



Regione Lombardia

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

2010 - 2012

APPROVATO CON DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE N. IX/1175 DEL 29 DICEMBRE 2010

INDICE

PIANO STRATEGICO

Capitolo 1. I principi fondanti il nuovo approccio alla prevenzione in Lombardia	5
1.1. Prevenzione: definizione, criteri e ambiti	5
1.2. Valenza del Piano e coerenza con gli atti di programmazione regionale	5
1.3. I concetti innovativi	6
1.4. Il coinvolgimento del più ampio schieramento di risorse e competenze nelle politiche di prevenzione	8
1.5. La normativa regionale recente	9
1.6. Criticità	11
Capitolo 2. Il quadro di contesto	12
2.1. Indicatori demografici	12
2.2. Indicatori socio economici	13
2.3. Indicatori di qualità ambientale	14
2.4. Indicatori di rischio individuali	18
2.5. Indicatori delle condizioni di salute e del ricorso a prestazioni	23
Capitolo 3. Risorse e organizzazione	29
3.1. Risorse umane del Dipartimento di Prevenzione Medico	29
3.2. Controllo di gestione nelle attività di prevenzione	30
3.3. L'organizzazione: autonomia e flessibilità	31
Capitolo 4. I risultati raggiunti	32
4.1. Semplificazione e rilancio delle attività di controllo	32
4.2. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro	34
4.3. Prevenzione e profilassi delle malattie infettive	39
4.4. Promozione della salute e di stili di vita salubri	41
4.5. Attività di screening oncologico	43
4.6. Sicurezza e qualità alimentare	45
Capitolo 5. Priorità della prevenzione	47
5.1. Principi e obiettivi	47
5.2. Le priorità della prevenzione in Lombardia nel triennio 2010-2012	48
5.3. Valutazione del Piano e Guadagno di salute atteso	51
Conclusioni	53

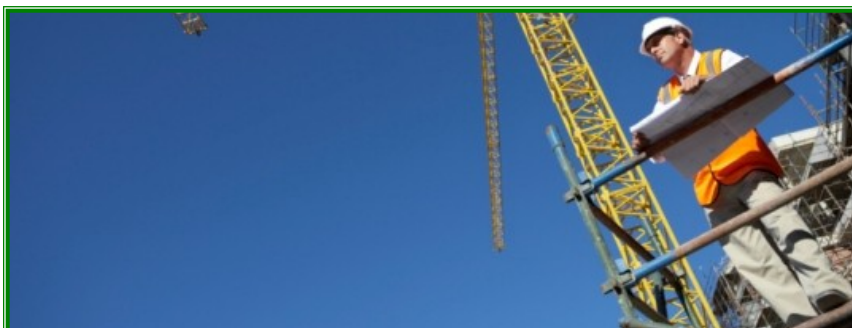
PIANO OPERATIVO

Capitolo 6.	55
6. 1. Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro	56
6.1.a. Piani integrati di vigilanza e controllo	58
6.1.b. Prevenzione e sicurezza dei lavoratori	60
6.1.c. Controllo e sicurezza degli alimenti non di origine animale e delle acque destinate al consumo umano	64
6.1.d. Prevenzione e sicurezza del consumatore: riduzione delle esposizioni a fattori di rischio chimico	68
6.1.e. Promozione di scelte favorevoli a una migliore qualità dell'ambiente e del territorio	71
6. 2. Prevenzione e controllo delle malattie infettive compresi gli interventi vaccinali	73
6.2.a. Malattie suscettibili di vaccinazione	74
6.2.b. Sorveglianza e controllo delle malattie infettive	77
6.2.c. Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	80
6.3. Migliorare la qualità di vita nella popolazione	82
6.3.a. Promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute	84
6.3.b. Prevenire l'incidentalità stradale	93
6.3.c. Prevenire l'incidentalità domestica	95
6.4. Medicina predittiva	97
6.4.a. Sistematizzare i dati di ricerca sulla medicina predittiva per implementarne i programmi di riconosciuta efficacia	97
6.5. Prevenzione delle patologie cronico-degenerative	100
6.5.a. Prevenzione oncologica e screening	101
6.5.b. Monitorare con appropriatezza la diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche	109
6.6. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia	113
6.6.a. Analizzare i dati epidemiologici e delle prestazioni fornendo un quadro complessivo ai decisori	113
Tabella 1 - Quadro d'insieme Piano Regionale Prevenzione Lombardia	115

PIANO STRATEGICO

CAPITOLO 1.

I principi fondanti il nuovo approccio alla prevenzione in Lombardia



1.1. Prevenzione: definizione, criteri e ambiti

La prevenzione ha assunto ruoli e compiti profondamente diversi, quasi agli antipodi rispetto al passato. Si è passati dalla polizia sanitaria con azioni rivolte esclusivamente a territorio, abitazioni e industrie (appannaggio ottocentesco e di buona parte del primo 900), alla medicina preventiva dei giorni nostri, prevalentemente intesa come insieme di prestazioni rivolte alla persona. Ancora, da funzione coincidente e svolta dai soli Dipartimenti/Servizi di Prevenzione a disciplina diffusa in modo trasversale tra tutte le figure del Servizio Sanitario.

E' dunque necessario operare una sintesi che, a partire dalla storia e tradizione dei diversi ambiti che hanno caratterizzato la prevenzione, valorizzi la valenza della prevenzione come attività della e per la comunità: come il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2010-2012 enuncia in premessa *"..... rispetto agli interventi di assistenza, diagnosi e cura, che riguardano la singola persona, per la quale ogni singolo evento che la riguarda è meritevole di attenzione da parte del SSN, la prevenzione ha una valenza ulteriore: si rivolge infatti alla comunità e, pur coinvolgendo a livello personale i singoli individui, ha comunque una motivazione ed una prospettiva d'insieme. Poiché gli interventi riguardano la prevenzione di rischi o patologie possibili - e non malattie in atto che vanno diagnosticate e curate - è chiaro che l'azione sarà focalizzata sugli eventi più frequenti e più gravi nella popolazione considerata e comunque quelli per cui ci sia la disponibilità di strumenti efficaci"*.

L'approccio col quale Regione Lombardia guarda alla prevenzione è quello dunque di una disciplina che comprende tutte le azioni, implementate sulla base di adeguate analisi epidemiologiche e delle conoscenze circa la loro evidenza di efficacia, che concorrono al benessere complessivo, siano esse "agite" nei confronti della singola persona, siano interventi di sistema sulla comunità e sul territorio. Ciò coinvolge molteplici ambiti di intervento, ben delineati dallo stesso PNP, che riguardano la vigilanza ed il controllo su ambienti di vita e di lavoro, la promozione della salute, la sicurezza alimentare, la prevenzione delle diverse patologie, sia con interventi di tipo educativo sia con prestazioni di tipo diagnostico e terapeutico.

E' altrettanto evidente come con questo approccio sia superata la concezione delle attività di prevenzione esercitate in modo esclusivo dai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, che invece assumono un ruolo determinante nel governo delle diverse strategie e attività, indipendentemente dal soggetto che poi le realizza.

1.2. Valenza del Piano e coerenza con gli atti di programmazione regionale

Il presente Piano Regionale della Prevenzione definisce i principi, i criteri di individuazione delle priorità, gli obiettivi, le azioni e le modalità di verifica dei risultati degli interventi di prevenzione in Lombardia nel triennio 2010-2012.

E' stato redatto in attuazione e in coerenza del PNP 2010-2012, oggetto della Intesa tra Stato e Regioni sancita il 29 aprile 2010, e comprende le attività e gli interventi che mirano alla tutela

sanitaria della persona, promuovendone la salute e prevenendo i fattori che possono indurre patologie. Le azioni delineate hanno quindi la finalità della prevenzione individuale, della prevenzione rivolta a gruppi di popolazione a rischio e della prevenzione collettiva, e pur tenendo conto dei risultati del PNP 2005-2009, assumono con convinzione la nuova visione unitaria della prevenzione, non frammentata in singoli interventi o linee operative.

Per tale motivo, 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), caratterizzata dalla introduzione di un nuovo approccio basato sui principi della *semplificazione*, *responsabilità*, *efficacia*, *integrazione* e *trasversalità*, illustrati nel successivo paragrafo, che sono alla base anche del presente Piano.

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. In particolare sia negli atti di pianificazione generali della Regione (Programma Regionale di Sviluppo e Documento di programmazione economico-finanziario regionale), che in quelli specifici dell'area sanitaria (Piano Socio-Sanitario 2010/2014, determinazioni annuali in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale (cosiddette "regole d'esercizio"), definizione annuale degli obiettivi di interesse regionale per i Direttori Generali di Azienda Sanitaria Locale - ASL e Azienda Ospedaliera - AO) è sempre stata esplicitata la funzione e relative attività della prevenzione.

Di più: nelle "regole di esercizio" per il 2010 e 2011 è stato chiesto alle ASL, nella predisposizione del documento di programmazione sanitaria e socio-sanitaria annuale, di garantire la metodologia già adottata per la redazione dei piani locali integrati di prevenzione per l'intera attività e, conseguentemente, di ricondurre l'area della prevenzione, pur dotata di propri specifici obiettivi, a fianco e con pari dignità, all'assistenza sanitaria primaria, specialistica, riabilitativa, così da garantire una reale integrazione e "governo" di tutti i processi del SSR.

1.3. I concetti innovativi

La Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia ha realizzato nell'ultimo triennio un percorso di *semplificazione* amministrativa in sanità pubblica e di rilancio e riqualificazione delle attività di prevenzione. La scelta di avviare queste azioni innovative è stata legata a una serie di valutazioni.

Innanzitutto vi è la necessità di coerenza con gli orientamenti adottati in ambito europeo, dove infatti l'impostazione del sistema delle *responsabilità* in campi come quelli della tutela dei lavoratori e della igiene e sicurezza alimentare ha visto importanti mutamenti nell'ultimo decennio, che hanno valorizzato la responsabilizzazione degli imprenditori e l'adozione di forme di autocontrollo, e hanno determinato il graduale cambiamento dell'approccio della pubblica amministrazione; quest'ultima sta passando infatti dal ruolo di controllore sistematico delle attività economiche nella fase precedente al loro avvio, attraverso la verifica formale di requisiti e condizioni ancora non operative, al ruolo di controllore "intelligente" delle attività di impresa nel loro esercizio.

Si è quindi iniziato a semplificare alcuni procedimenti amministrativi riguardanti l'avvio di attività produttive e di servizio sostituendoli con autodichiarazioni del titolare, basandosi sul principio della fiducia e della responsabilizzazione dell'imprenditore nella conoscenza e nel rispetto delle norme esistenti.

L'approvazione della l.r. 8/2007, e prima ancora della l.r. 12/2003 (ora confluite nel Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità – l.r. 33/09), ha rappresentato un passaggio fondamentale: con tali provvedimenti sono stati, infatti, aboliti all'interno degli ambiti di autonomia regionale riconosciuti a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione, una serie di certificati e atti amministrativi obsoleti e privi di evidenza scientifica nel campo della sanità pubblica e veterinaria e della tutela ambientale, oltreché superati da normative europee e da valutazioni di efficacia.

Nel contempo, si è infatti resa ineludibile una attenta analisi della *efficacia* delle attività di prevenzione tradizionalmente condotte dal

Servizio Sanitario Nazionale e ne sono state individuate numerose che non procurano più alcun valore aggiunto e non migliorano i risultati nella tutela della salute. Nel nostro tempo la consapevolezza dei cittadini rispetto alle proprie condizioni ed aspettative, i modi ed i rapporti di lavoro, le applicazioni scientifiche e tecnologiche sono elementi che si evolvono molto rapidamente e che la pubblica amministrazione deve saper seguire con capacità di adeguamento ai cambiamenti, se non anticipare con lungimiranza. Dunque, grande sottolineatura della valutazione di evidenza scientifica, cioè individuazione delle azioni e degli interventi che consentano effettivamente di ottenere risultati positivi nel miglioramento della tutela della salute, ove possibile in termini di guadagni di salute ottenuti.

Inoltre nella tutela della collettività, a fronte della complessità delle situazioni da affrontare nelle quali si intersecano e coesistono quasi sempre aspetti che riguardano la tutela del singolo, della popolazione nel suo complesso, dei lavoratori, dei consumatori e così via, appare necessario un approccio non settoriale e limitato alla lettura parziale di un solo tipo di rischio o di protezione da garantire, ma piuttosto un modo integrato di affrontare le situazioni che necessitano di interventi di prevenzione, in cui le competenze specialistiche concorrano con un metodo comune di valutazione ad individuare le priorità d'intervento.

Si è quindi agito sui seguenti aspetti essenziali:

- le attività di controllo negli ambienti di vita e di lavoro sono state rilanciate definendo criteri e indirizzi per basarle su valutazioni che indirizzino l'attenzione e le risorse dove concretamente si individua la presenza di rischi per la collettività, intesa come consumatori, cittadini o lavoratori, e per l'ambiente nei risvolti di rilevanza sanitaria; oggi sono infatti da considerare numerose variabili relativamente nuove che impattano sulla salute della popolazione come la circolazione mondiale di persone, merci e alimenti, la rapidissima evoluzione delle tecnologie e degli strumenti di comunicazione, l'ingresso in Italia di popolazioni con maggior

suscettibilità a patologie tipiche dei paesi di provenienza, l'incremento esponenziale del traffico automobilistico con conseguente incidentalità e apporto all'inquinamento atmosferico;

- le ASL sono state indirizzate a:
 - pianificare in base alla analisi di contesto (lettura dei principali dati sanitari, territoriali ed economici), allo scopo di individuare le priorità e i bisogni di salute;
 - impostare una procedura di analisi e graduazione dei rischi, intesa come la capacità di individuare i rischi potenzialmente connessi all'esercizio di determinate attività e di graduarne l'importanza, valutando numerosi fattori quali ad esempio la dimensione dell'attività economica in esame, la numerosità dei cittadini/consumatori/lavoratori direttamente o indirettamente coinvolti, la frequenza e l'entità dei danni che si possono verificare;
- nel contempo, si è spinto verso l'*integrazione*, cioè lettura trasversale e complessiva delle attività da valutare e approccio coordinato negli interventi.

Lo strumento con il quale le ASL hanno reimpostato e attuato le attività di prevenzione sono stati specifici Piani regionali che hanno interessato numerosi settori della prevenzione, che vanno da quello della prevenzione delle malattie infettive a quello degli infortuni sul lavoro, a quello della promozione della salute e di stili di vita sani.

Quest'ultimo settore ha assunto una rilevanza notevole nell'attuale quadro epidemiologico, caratterizzato da una prevalenza delle malattie cronico-degenerative e dal ruolo assunto nel loro determinismo da numerosi fattori, fra i quali l'aumento dell'attesa di vita e il conseguente invecchiamento della popolazione, i fattori comportamentali o stili di vita e quelli ambientali/organizzativi che li sostengono; è necessario quindi focalizzare l'interesse sulla promozione della salute, basata sullo studio dei determinanti di salute, su programmi di sanità pubblica di provata efficacia e sulla individuazione dei bisogni

delle fasce più fragili della popolazione, con particolare attenzione alla prevenzione delle patologie legate all'invecchiamento, e lavorare per la collaborazione del sistema sanitario con altri settori della società, come l'ambito scolastico, le associazioni di categoria e di cittadini, le parti sociali, al fine di sviluppare politiche più incisive nel favorire la salute.

La *trasversalità* e il coinvolgimento di altre forze negli interventi di prevenzione è, infatti, un altro elemento qualificante dell'impostazione regionale: per dare maggior peso, risonanza ed ampiezza di ricaduta alle attività del SSR è necessario stimolare ed accogliere il contributo di altri enti della pubblica amministrazione e di associazioni, portatori di interessi e gruppi di cittadini, individuando il terreno sul quale la collaborazione reciproca può valorizzare i rispettivi contributi e moltiplicare l'efficacia degli interventi di prevenzione.

I principi della *semplificazione, responsabilità, efficacia, integrazione e trasversalità* sono dunque alla base del presente Piano.

1.4. Il coinvolgimento del più ampio schieramento di risorse e competenze nelle politiche di prevenzione

La prevenzione in sanità, 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.

Quindi, a livello regionale, nell'ambito della DG Sanità, alla realizzazione del presente Piano collaborano con la UO Governo della Prevenzione e tutela sanitaria tutte le altre articolazioni organizzative; analogamente, a livello territoriale, all'interno delle ASL il Dipartimento di Prevenzione Medico, cui sono principalmente in capo le attività di prevenzione, opererà consolidando le collaborazioni con gli altri dipartimenti della ASL, e conseguentemente con i soggetti del SSR presenti sul territorio: strutture sanitarie e socio-sanitarie, medici di medicina generale, pediatri di famiglia e associazioni.

Un ruolo specifico è riservato alle Università ed alle Società scientifiche, chiamate a fornire supporto al percorso decisionale, basato sulla lettura della domanda di salute e sulle evidenze di efficacia dei programmi di prevenzione, oltreché coinvolte in fase di progettazione, analisi e produzione dei risultati. La collaborazione nell'attuazione del Piano si potrà sostanziare anche in opportunità di ricerca e studio per giovani ricercatori e specializzandi.

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.

In questa logica è necessario innanzitutto ricordare che Regione Lombardia è al centro del cosiddetto *sistema regionale* definito dalla l.r. 30/2006, che, oltre alle strutture amministrative regionali propriamente dette composte dalle Direzioni Generali, comprende enti e aziende, anche autonome, istituiti dalla Regione, gli enti del servizio sanitario regionale (SSR) e le società regionali.

Tra gli enti e le società regionali, quelle che maggiormente intersecano il sistema della prevenzione sono:

- Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente (ARPA), con cui vi è ovviamente un ampio terreno di interesse comune, in relazione ai compiti della Agenzia, ed è consolidato il rapporto di collaborazione con le ASL
- Ente regionale per la ricerca, la statistica e la formazione ex l.r. 14/10 per gli aspetti della formazione del personale dell'intero *sistema regionale* e per la conduzione di ricerche finalizzate
- Lombardia Informatica Spa (LISPA) per gli aspetti legati ai sistemi e flussi informativi, oggi determinanti per le politiche di prevenzione
- Fondazione Lombardia per l'Ambiente (FLA) per la condivisione di percorsi a tutela dell'ambiente che comportino positive ricadute sulla salute pubblica.

Analoga azione di tessitura di rapporti, collaborazioni e adozione di progetti comuni nelle politiche di attuazione degli obiettivi di prevenzione e promozione della salute va condotta con soggetti, istituzionali e non, esterni all'ambito regionale; si pensi ad esempio a:

- Comuni, nelle materie della pianificazione urbanistica e del governo del territorio, nelle politiche di promozione della salute, in relazione alle attività degli Sportelli unici per le attività produttive (SUAP), oltreché nei più tradizionali ambiti della sanità pubblica;
- Province, nelle materie di rilevanza per la tutela della salute connesse a problematiche di natura ambientale e dell'agricoltura e nelle implicazioni di valenza sanitaria nella formazione professionale;
- enti e istituzioni con cui sono già in atto e saranno rafforzate esperienze e attività comuni nel settore della prevenzione degli infortuni e della sicurezza del lavoro, come:
 - Direzione Regionale e Direzioni Provinciali del Lavoro, articolazioni territoriali del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che condividono con le ASL compiti di vigilanza;

- Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), nel quale è recentemente confluito l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL), organo tecnico-scientifico in materia di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e della sicurezza sul lavoro;
- organizzazioni datoriali, di categoria e sindacali;

- NAS e Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera (USMAF), dipendenti dal Ministero della Salute, con cui il SSR condivide competenze di controllo ai fini di tutela sanitaria;
- Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco (V.V.F.), con cui va ricercata la collaborazione nelle procedure di valutazione dei rischi connessi ad insediamenti produttivi e nelle situazioni di emergenze ambientali;
- Uffici Scolastici Regionali e Provinciali e singoli Istituti Scolastici, alleati essenziali nella attuazione delle politiche di promozione della salute;
- associazioni di volontariato e di consumatori, che possono apportare al sistema della prevenzione le proprie specificità e conoscenze.

1.5. La normativa regionale recente

I principi esposti nei precedenti paragrafi sono stati tradotti in linee di indirizzo per le ASL, specie nell'ultima legislatura, in coerenza con il ruolo di governo attribuito alla Direzione Generale Sanità, in un percorso di revisione delle attività di prevenzione orientato a:

- eliminare le attività obsolete a favore di quelle di provata efficacia;
- semplificare le procedure burocratiche;
- rendere aderenti esigenze del territorio e obiettivi regionali, attivare strumenti di rilevazione e sistemi informativi volti a raccogliere con metodo scientifico i dati epidemiologici e di attività svolta dai Servizi delle ASL;

- privilegiare le attività programmate rispetto a quelle derivanti da contingenze o richieste estemporanee.

In modo particolare, dagli atti di programmazione annuale, si evidenzia la seguente evoluzione:

- a partire dal 2006 sono stati definiti nell'ambito delle regole di esercizio specifici obiettivi di prevenzione, riconoscendone la pari dignità con le aree di diagnosi e cura e, in misura crescente nel tempo, la valenza strategica;
- dal 2007 sono stati implementati strumenti per la programmazione e la rilevazione delle attività svolte dalle ASL e loro standardizzazione (Piani integrati di prevenzione e controllo), superando l'autoreferenzialità e impegnando quindi i Servizi di prevenzione a documentare e rendere trasparenti le scelte e gli esiti delle attività di controllo;
- dal 2008 si è posta maggior attenzione alla integrazione e valorizzazione delle esigenze del territorio (Piani integrati di promozione della salute), privilegiando un'analisi complessiva del contesto e finalizzando gli interventi di prevenzione ai risultati di "guadagno di salute", in termini di miglioramento di alcuni indicatori di mortalità e morbosità.

Gli atti di indirizzo più significativi e più squisitamente tecnici che hanno caratterizzato il percorso, dopo l'approvazione della citata l.r. 8/07, possono essere individuati nei seguenti:

- a) DGR VIII/4799 del 30 maggio 2007, allegato B – "Linee di indirizzo per le attività di prevenzione e di controllo delle ASL e dell'ARPA alla luce delle innovazioni normative in materia di semplificazione amministrativa": ha fornito direttive sul potenziamento dei controlli, sulla programmazione dell'azione di controllo parametrata al livello di rischio, sull'efficienza nell'utilizzo delle risorse. Tutto ciò anche attraverso una maggior integrazione all'interno del sistema regionale della prevenzione, prima di tutto tra gli operatori addetti alle diverse strutture organizzative della ASL deputate alle attività di vigilanza, ispezione e

controllo, e quindi in prospettiva con ARPA, attraverso strumenti quali la condivisione di archivi e sistemi informativi e il coordinamento delle rispettive attività nelle aree di intervento comuni.

- b) DECRETO DIREZIONE GENERALE SANITÀ n. 7248 del 2 luglio 2007 "Organizzazione dei programmi di screening oncologici in Regione Lombardia. Raccomandazioni per la qualità": ha segnato il completamento di un percorso iniziato con il Piano Oncologico Regionale 2004-2006 e successive linee guida per gli screening del carcinoma di mammella, cervice uterina e colon retto, che ha visto la progressiva estensione dei programmi di screening sino a raggiungere con il relativo invito, alla fine del 2008, il 90% di cittadini e cittadine di età target per la diagnosi precoce.
- c) DGR VIII/6222 del 19 dicembre 2007, allegato "Valutazione d'efficacia e definizione di un modello integrato di promozione della salute": ha dato compimento al percorso svolto nella revisione delle attività di promozione della salute recependo i risultati di un progetto di ricerca sull'efficacia degli interventi di educazione sanitaria. Questi ultimi, quasi sempre svolti nelle scuole, necessitavano di valutazioni più accurate per comprenderne l'effettivo impatto, ossia la capacità di influire su comportamenti e stili di vita dei destinatari. Questo provvedimento, unitamente ad atti successivi e strumenti formativi ad hoc, ha fornito alle ASL linee di indirizzo e raccomandazioni per la stesura di Piani di promozione della salute nell'ambito dei quali realizzare interventi di educazione sanitaria di dimostrata efficacia, non solo teorica, ma tali anche nella loro applicazione sul campo.
- d) DGR VIII/6918 del 2 aprile 2008 "Piano regionale 2008-2010 per la promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro": è stato sottoscritto da tutti i rappresentanti del Partenariato Sociale,

ivi comprese le parti sociali, ed ha previsto indicatori di misura di risultato coerenti con le politiche europee (la Commissione Europea ha indicato l'obiettivo, nel quinquennio 2007-2012, della riduzione del 25% del tasso complessivo d'incidenza degli infortuni sul lavoro). Il suddetto Piano, che ha messo al centro la responsabilità di impresa e la tutela della persona che lavora, ha previsto azioni a supporto dell'attività d'impresa e promosso sinergie d'azione con Enti e Associazioni di categoria in una logica di sistema regionale, con protocolli operativi con la Direzione Regionale del Lavoro, INAIL e altre articolazioni regionali.

Oltre ai suddetti atti amministrativi vanno infine richiamate circolari e note regionali, tra le quali si ricordano:

- a) le circolari regionali n. 32/SAN/07, n. 19/SAN/08 e n. 26/SAN/09, che discendono dalla citata DGR VIII/4799, hanno fornito le indicazioni per la stesura, da parte delle ASL, di Piani integrati delle attività di prevenzione e dei controlli, con arco temporale triennale e pianificazione annuale;
- b) la circolare regionale n. 21/SAN/08, che ha supportato, similmente a quelle già citate, la traduzione operativa dei principi guida nell'area della prevenzione primaria delle patologie cerebrocardiovascolari, oncologiche, infettive, a trasmissione sessuale, ecc. e più in generale degli interventi di promozione della salute;
- c) le "Linee guida regionali sulle attività di controllo, vigilanza e ispezione negli ambienti di vita e di lavoro di competenza dei Dipartimenti Medici di Prevenzione delle ASL", emanate nel maggio 2009, che hanno affrontato i seguenti temi:
 - criteri di impostazione generale delle attività di controllo, vigilanza e ispezione;
 - indicazioni per le ispezioni nei vari settori produttivi e di servizio soggetti al controllo delle ASL;
- criteri e modalità di controllo da applicare nel caso dei nuovi insediamenti e per i quali pervengono alle ASL le dichiarazioni di inizio attività produttiva (DIAP);
- d) linee di indirizzo per la stesura dei Piani Integrati Locali degli interventi di promozione della salute delle ASL, emanate nel 2009, che hanno definito in particolare criteri di appropriatezza professionale ed organizzativa in questo ambito.

Ciascuna delle circolari regionali di cui ai punti a) e b) ha fornito le indicazioni operative alle ASL per la stesura dei Piani per l'anno successivo; le ASL, ed in particolare i Dipartimenti di Prevenzione, hanno quindi attuato per la prima volta nel 2008 i Piani integrati di prevenzione e controllo negli ambienti di vita e di lavoro ed i Piani integrati per gli interventi di promozione della salute, con un notevole sforzo per mettere in campo una modalità di programmazione delle attività, a parte quelle dettate da obblighi normativi, che fosse il più trasversale e unitaria possibile nelle metodologie e nei criteri di individuazione delle priorità, con una visione complessiva delle attività sempre più orientate a criteri di efficacia. I Piani integrati predisposti hanno man mano rappresentato passi avanti nel percorso: in molte ASL ha dato i suoi frutti un lavoro originale di riflessione ed elaborazione e sono emersi modelli interessanti di analisi e graduazione dei rischi, sono stati individuati e definiti strumenti e indicatori sia di processo che di risultato per valutare le attività svolte e sono state realizzate, o sono in corso, esperienze molto interessanti di integrazione.

1.6. Criticità

In considerazione dei risultati positivi raggiunti in questi anni, anche nell'ambito delle azioni del precedente Piano Regionale di Prevenzione, ed in particolare relativamente alla revisione normativa sopra descritta e ai sistemi informativi dettagliati negli specifici capitoli, si ritiene di non indicare criticità generali di sistema, ma di esplicitare puntualmente nella trattazione degli specifici ambiti quelle rilevanti nella realizzazione dei progetti proposti, indicandone il percorso di risoluzione ove individuato e percorribile.

CAPITOLO 2.

Il quadro di contesto

L'analisi del contesto, sotto il profilo demografico, socio - economico, sanitario che costituisce la base di partenza di qualsivoglia politica preventiva, è stata redatta con il contributo delle Università e Società scientifiche. Nel presente capitolo vengono ripresi i principali indicatori, che possono essere approfonditi consultando la referenze messe a disposizione, che informano le scelte successive.

2.1. Indicatori demografici

La Lombardia, comprendente 12 Province e 1.546 Comuni, ha raggiunto nel 2009 i 9.742.676 residenti, rispetto agli 8 milioni di abitanti del 1992.

Popolazione residente in Lombardia nel 2009

	Lombardia	Italia	% Lombardia/Italia
Popolazione residente	9.742.676	60.045.068	16,2
- di cui femmine (%)	51,1	51,4	16,1
- di cui stranieri (%)	9,3	6,5	23,3
- di cui nei comuni > 50.000 abitanti (%)	25,6	34,7	11,9

Fonte: Annuario Statistico Regionale 2009

Negli ultimi dieci anni la Lombardia si è caratterizzata come regione dinamica, sia per l'incremento complessivo di popolazione che per la positività del saldo naturale (nel 2007 e 2008 solo Trentino Alto Adige e Campania hanno presentato un saldo naturale, rispettivamente 23 e 20, superiore a quello della Lombardia, pari a 9), a motivo soprattutto di un aumento del numero di nati rispetto ai morti, questi ultimi sostanzialmente stabili. La dinamicità della popolazione lombarda è anche da imputare al positivo saldo migratorio, cui

corrisponde un altro fenomeno demografico rilevante e cioè la presenza di stranieri, che ha raggiunto il valore del 9,3%

Confronto Lombardia / Italia di alcuni indicatori demografici – anno 2009

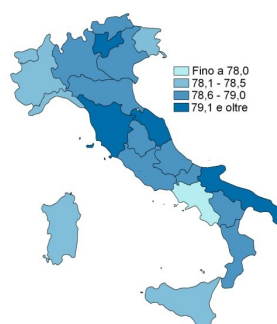
	Lombardia	Italia
Tasso di natalità	10,2	9,6
Tasso di mortalità	9,3	9,8
Speranza di vita alla nascita maschi	78,9	78,8
Speranza di vita alla nascita femmine	84,3	84,1
Saldo naturale	0,92	-0,14
Tasso di immigrazione	42,6	34,2
Tasso di emigrazione	33,2	26,9
Saldo migratorio	9,4	7,3
Indice di vecchiaia	142,4	143,4
Indice di dipendenza	51,4	51,9
Indice ricambio popolazione attiva	137,6	119,8

Fonte: Annuario Statistico Regionale

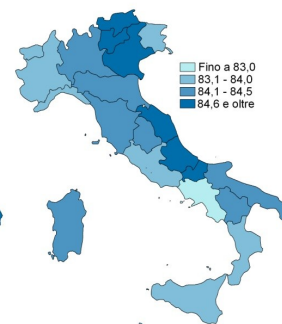
La speranza di vita alla nascita è anch'essa favorevole, come per tutta l'Italia, che registra un'aspettativa di vita tra le più alte al mondo. Tra le regioni italiane, la Lombardia si colloca nella media, analogamente alle altre del centro-nord.

Speranza di vita (in anni) alla nascita per regione

Maschi



Femmine



IN CONCLUSIONE

Sotto il profilo demografico ci caratterizziamo per essere una popolazione:

- in aumento, grazie ai positivi saldi naturale e migratorio, quest'ultimo in prevalenza di stranieri;
- con una struttura per età con prevalenza di adulti e anziani, pur in presenza di un trend di natalità crescente;
- con una speranza di vita che si colloca nella fascia medio alta nel contesto nazionale, che, a sua volta, è tra le prime al mondo.

2.2. Indicatori socio-economici

Gli indicatori riguardanti l'occupazione, da cui consegue in gran parte il livello economico, rilevano una situazione, alla fine del 2009, migliore rispetto alla media nazionale, pur in presenza delle criticità presenti a livello europeo e mondiale.

Il maggior livello occupazionale è da ricondurre alla vivacità del settore produttivo, che vede il numero di imprese lombarde attive per km² in valore doppio rispetto alla media del Paese; i settori produttivi sono omogeneamente rappresentati. All'opportunità di lavoro si lega il livello di reddito: anche in tal caso, pur con valori assoluti rilevanti, la Lombardia si colloca percentualmente molto al di sotto gli indici di povertà nazionali.

Livelli occupazionali: confronto Lombardia/ Italia

	Lombardia	Italia
Popolazione attiva >15anni (migliaia)	8.333	51.315
- di cui femmine (%)	51,4	51,4
Occupati (migliaia)	4.300	23.025
Occupati (%)	51,6	44,8
- di cui femmine (%)	41,8	40,1
- di cui dipendenti (%)	77,3	75,0
- di cui dipendenti a tempo determinato (%)	6,9	9,3
- di cui indipendenti (%)	22,7	25,0
- di cui in agricoltura (%)	1,7	3,8
- di cui nell'industria (%)	35,6	29,2
- di cui nei servizi (%)	62,7	67,0
- di cui a part-time (%)	15,2	14,3
Persone in cerca di lavoro (migliaia)	244	1.945
- di cui femmine (%)	50,4	48,6
- di cui 15-24 anni (%)	23,6	23,1

Attività economiche: confronto Lombardia / Italia

	Lombardia	Italia	% Lombardia/Italia
Imprese "attive" iscritte al Registro delle Imprese (31.12.2009)	823.268	5.283.531	15,6
di cui artigiane (%)	32,2	27,7	18,1
di cui industria manifatturiera (%)	14,8	12	19,3
di cui industria delle costruzioni (%)	17,1	15,3	17,5
di cui commercio, alberghi, pubblici esercizi (%)	29,1	32,7	13,9
Imprese "attive" per Km ² (31.12.209)	34,5	17,5	-
Imprese iscritte nell'anno (2009)	62.089	385.512	16,1
Tasso di natalità delle imprese (%) (2009)	7,5	7,1	-
Imprese cessate nell'anno (2009)	66.009	406.751	16,2
Tasso di mortalità delle imprese (%) (2009)	8	7,2	-

Fonte: Infocamere, Sincert, ISTAT, Inps

Individui che vivono in famiglie povere e famiglie povere per regione - Anno 2008

Fonte: ISTAT, Indagine sui consumi delle famiglie

Regioni ripartizioni geografiche	Individui poveri		Famiglie povere	
	Valori assoluti	Incidenza di povertà per 100 individui	Valori assoluti	Incidenza di povertà per 100 famiglie
Lombardia	489.421	5,1	179.779	4,4
Nord-ovest	973.920	6,2	352.537	5,1
Nord-est	617.888	5,5	219.557	4,6
Italia	8.077.834	13,6	2.737.026	11,3

Per quanto riguarda il sistema scolastico, la Lombardia presenta, rispetto alla media nazionale, un solo aspetto in controtendenza, cioè il minor tasso di iscrizione all'Università, coerente, per certi versi, con la maggior opportunità di lavoro nelle regioni del nord.

Istruzione e cultura: confronto Lombardia / Italia

	Lombardia	Italia	% Lombardia/ Italia
Bambini che frequentano la scuola dell'infanzia a.s. 07- 08	112.154	975.757	11,5
Alunni che frequentano la scuola primaria a.s. 07-08	404.688	2.579.938	15,7
Alunni che frequentano la scuola secondaria di I grado a.s. 07 – 08	233.270	1.625.651	14,3
Alunni che frequentano la scuola secondaria di II grado a.s. 07 – 08	335.026	2.570.010	13
Tasso di abbandono alla fine del I anno di scuola secondaria di II° a.s. 06-07	1,5	2,4	
Tasso di iscrizione all'Università A.A. 06-07	33,2	40,3	-
Spesa delle famiglie per ricreazione e cultura sul totale della spesa per consumi finali (%) Anno 2008	4,5	4,3	-

Fonte: ISTAT, Ministero dell' Istruzione, Ministero Università e Ricerca Scientifica



IN CONCLUSIONE

Sotto il profilo socio-economico ci caratterizziamo per:

- livelli imprenditoriali e occupazionali elevati, rispetto alla media nazionale;
- distribuzione regionale omogenea dei settori produttivi (circa 1/3 rispettivamente di imprese artigiane, industria e servizi);
- indice di frequenza universitaria inferiore alla media nazionale, pur in presenza di una offerta di istruzione significativa.

2.3. Indicatori di qualità dell'ambiente naturale e antropizzato

Urbanizzazione e industrializzazione caratterizzano il territorio lombardo, anche se in modo disomogeneo tra le province. Infatti, la provincia di Milano, e ancor più quella di Monza Brianza, presentano rispettivamente il 39% e il 55% del territorio urbanizzato, mentre la Lombardia, complessivamente, vede prevalere, nell'occupazione del suolo, le aree agricole (44%) e quelle boschive naturali e seminaturali (38%).

La forte pressione antropica, derivante dall'urbanizzazione, comporta ricadute sia a breve, sia a lungo termine sull'ambiente, con potenziali impatti negativi sulla salute. Sotto tale aspetto è da considerare la rilevante presenza di attività d'impresa. In particolare nel settore industriale va ricordato come la Lombardia sia la regione ove si colloca il maggior numero di aziende a rischio di incidente rilevante, con una distribuzione pressoché limitata all'area centrale delle province di Milano, Monza Brianza, Bergamo e Brescia.

Un altro fattore di pressione sulla qualità dell'ambiente derivante dalle attività umane è la produzione di rifiuti, solidi e reflui, che può avere impatto a lungo termine sulle falde idriche, in particolare quelle per l'approvvigionamento di acqua destinata al consumo umano. Per quanto riguarda i rifiuti urbani, il trend delle quantità raccolte è in crescita, anche se dal 2000 il valore è sempre risultato inferiore alla media nazionale.

La percentuale di rifiuti oggetto di raccolta differenziata indica una buona sensibilità alla problematica da parte dei cittadini lombardi.

Della rimanente quota di rifiuto prodotto, il 33,6 viene inviato a termovalorizzazione, il 4,5% in discarica (cui afferiscono anche residui della termovalorizzazione) e il rimanente a impianti di pre-trattamento.

Per quanto riguarda i rifiuti liquidi, derivanti sia dalle abitazioni, sia da insediamenti industriali, il 99% dei Comuni lombardi è dotato di fognature (le reti in esercizio sono con 8.348) e la popolazione servita rappresenta il 92% del totale. Gli impianti di depurazione presenti nella nostra regione sono

800 e secondo gli ultimi dati ISTAT disponibili, relativi al 2005, assicurano la depurazione completa degli scarichi fognari del 69% della popolazione, a fronte di una media nazionale pari al 55%. Tale situazione nella raccolta e depurazione dei reflui idrici concorre al miglioramento della qualità delle acque superficiali verificatosi nell'ultimo decennio.

Un altro elemento, generalmente concomitante all'urbanizzazione, da considerare per l'impatto sull'ambiente è la mobilità di persone e merci.

In Lombardia vi sono aspetti positivi da registrare come l'utilizzo mezzi pubblici e di piste ciclabili, anche se l'uso dei mezzi pubblici da parte di lavoratori e studenti appare in diminuzione e ciò, pur collocandosi in media nazionale, costituisce un elemento di criticità (tabella fondo pagina).

Raccolta differenziata di rifiuti urbani per regione - Anni 2001-2007 (% rispetto al totale dei rifiuti urbani)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Lombardia	36,1	36,4	39,9	40,9	42,5	43,6	44,5
Nord-ovest	29,1	30,3	33,7	35,7	37,7	39,5	41,5
Nord-est	27,9	31,0	33,6	35,2	38,3	40,4	43,7
Italia	17,4	19,2	21,5	22,7	24,2	25,8	27,5

Fonte: Istituto Superiore per la protezione e la ricerca ambientale (Ispra, già Apat)

Occupati, studenti e scolari, utenti di mezzi pubblici sul totale delle persone che si sono spostate per motivi di lavoro e di studio e hanno usato mezzi di trasporto pubblici (%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Lombardia	22,5	22,8	22,9	23,0	22,2	22,0	21,1	20,9	20,7	n.d.	19,7	21,6	20,3	19,6
Nord Italia	20,0	20,5	19,9	19,1	19,8	18,6	18,4	17,9	17,6	n.d.	18,3	18,4	18,4	18,4
Italia	20,4	20,6	20,3	20,3	20,7	19,7	18,9	18,8	18,9	n.d.	19,0	18,7	19,5	19,2

Fonte: ISTAT, Competitività e attrattività delle città e dei sistemi urbani

La disponibilità di piste ciclabili è un altro indicatore Interessante circa l'utilizzo del territorio e delle iniziative che possono favorire politiche a minor impatto sull'ambiente e di promozione della salute. A differenza delle province lombarde del nord-ovest, tutte le altre hanno incrementato considerevolmente i chilometri percorribili, in alcuni casi con livelli veramente significativi.. Come visibile dalla tabella a fondo pagina.

La principale problematica connessa alla mobilità, per l'impatto ambientale e sanitario che ne deriva, è rappresentata dal traffico auto-veicolare, che tuttavia, in termini assoluti, presenta percentuali compatibili con la popolazione residente ed infatti il rapporto veicoli circolanti/abitanti è simile a quello del Paese. Va considerato però che sul territorio regionale vivono, lavorano e transitano moltissime persone non residenti.

Traffico auto veicolare e viabilità – Anno 2008

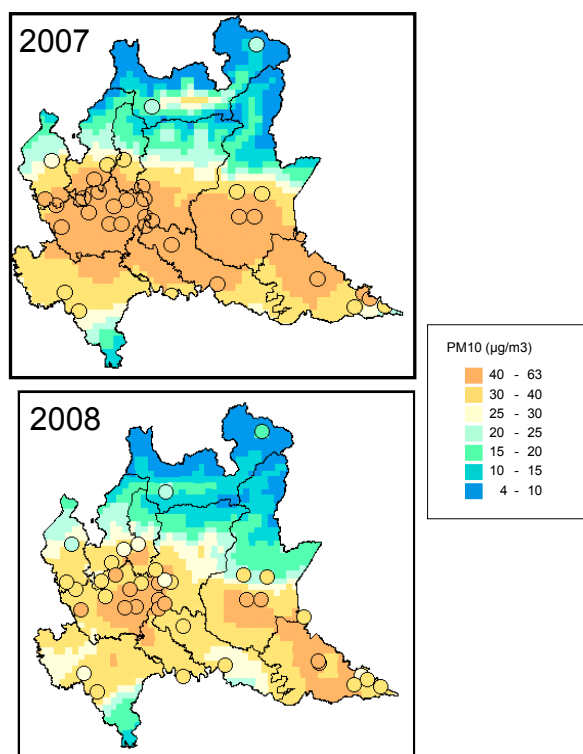
	Lombardia	Italia	% su Italia
Veicoli circolanti (1)	7.512.400	47.936.938	15,07
di cui autovetture (%)	76	75,3	15,8
di cui automezzi pesanti (%) (2)	10,6	10,4	15,9
Autovetture circolanti per 1.000 abitanti	586	601,3	-
Autostrade	1,6	2,1	-
Strade statali	3,3	3,4	-
Strade provinciali	3,6	3,8	-
Strade comunali extraurbane	2,3	2,5	-
Strade urbane	0,7	0,9	-

*Veicoli a motore per i quali è stata pagata la tassa di circolazione Comprende autobus, autocarri, trattrici, rimorchi e semirimorchi
Fonte: Annuario Statistico Regionale – Regione Lombardia*

Correlato con l'elevata urbanizzazione e traffico autoveicolare, l'inquinamento atmosferico è il fattore che incide maggiormente sulla qualità dell'ambiente in Lombardia, anche in relazione alle particolari condizioni meteo-climatiche riscontrabili nella pianura padana.

La radicale trasformazione degli impianti di riscaldamento domestico, le innovazioni motoristiche e di abbattimento delle emissioni

Mappa concentrazione media annua PM10 – Anni 2007 e 2008



Fonte: ARPA Lombardia anno 2009
I cerchi indicano le concentrazioni rilevate nelle stazioni della rete di rilevamento. (limite di legge=40 µg/m3)

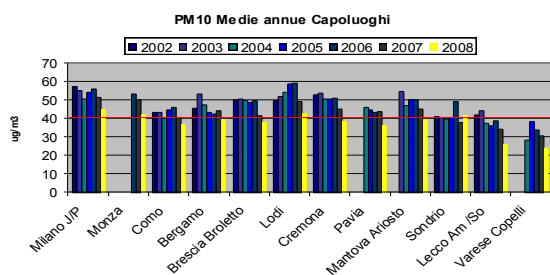
Densità di piste ciclabili nei comuni capoluogo di provincia - Anni 2000-2008 (a)

COMUNI	Km per km2 di superficie comunale									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Varese	17,3	17,3	17,3	17,3	17,3	17,3	17,3	17,3	17,3	
Como	12,1	12,9	12,1	12,1	12,1	12,1	12,1	12,1	12,1	
Lecco	-	-	-	-	13,1	13,1	13,1	13,1	13,1	
Sondrio	73,4	73,4	73,4	73,4	73,4	73,4	73,4	73,4	73,4	
Milano	21,9	23,1	33	36,2	42,8	40,9	26,5	36,8	41,1	
Bergamo	12,6	12,6	12,6	12,6	12,6	12,6	28,5	28,5	41,9	
Brescia	27,6	33,1	55,1	55,1	107	107	125,7	126	130,3	
Pavia	38,2	43	46,1	49,3	50,9	50,9	58,9	58,9	63,6	
Lodi	31,1	31,1	34,8	34,8	40,1	40,1	59,9	70,7	70,7	
Cremona	38,4	38,4	39,6	48	49,6	54,4	59,4	61,4	62,2	
Mantova	29,1	35,3	37	46,1	55,2	63,5	72,2	72,2	72,2	
Italia (b)	5,6	6,2	7,1	7,6	8,9	9,6	10,7	12,3	13,3	

Fonte: ISTAT, Dati ambientali nelle città (a)Alcuni valori dell'indicatore sono stati stimati. b)La dicitura Italia si riferisce al complesso dei comuni capoluogo di provincia.

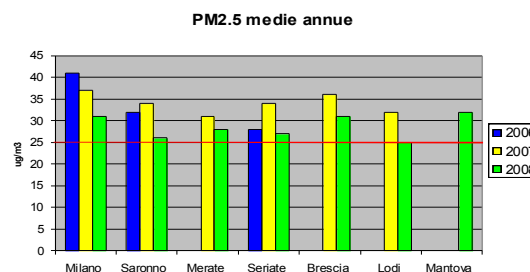
come pure la chiusura di grandi impianti manifatturieri, hanno comportato una profonda modificazione degli inquinanti, con una loro progressiva riduzione negli ultimi decenni (biossido di zolfo, monossido di carbonio e benzene), mentre biossido di azoto e ozono, pur ridotti, presentano ancora in alcune aree della regione aspetti di criticità. Il particolato totale sospeso (PTS) si è ridotto sensibilmente negli ultimi 15 anni, così come anche la frazione di particolato PM10, che origina principalmente dal traffico autoveicolare e le cui concentrazioni misurate non sono sempre compatibili con i limiti previsti dalla normativa.

PM10 media annua nei capoluoghi lombardi



Dal 2006 è iniziato anche il monitoraggio sistematico del PM 2.5, particolato più fine del PM10; la registrazione sistematica dei livelli di PM2.5 evidenzia come le concentrazioni medie annue misurate in Lombardia negli ultimi anni oscillino nelle diverse province tra i 25 e i 35 µg/m³. Nell'area di Milano mediamente il PM 2.5 rappresenta una frazione del PM10 pari a circa il 67%.

Concentrazioni medie annue PM 2.5. Il limite di legge, da conseguirsi entro il 2015, è pari a 25 µg/m³



Fonte ISTAT

Per quanto riguarda infine le acque destinate al consumo umano, l'approvvigionamento idrico avviene per oltre l'80% da acque sotterranee e solo in minima parte da sorgenti (16% circa), specie nei territori montani di Sondrio e Bergamo, e da acque superficiali (3% circa); la qualità delle acque distribuite dagli acquedotti lombardi è complessivamente buona, e solo in rari casi si registrano superamenti dei limiti rispetto ai parametri controllati o episodi in cui si deve ricorrere alla interruzione della distribuzione di acqua da parte dell'acquedotto.

Allo stato attuale, rispetto ai parametri previsti a livello europeo, sono presenti solo alcune situazioni critiche per la presenza di arsenico di provenienza naturale, mentre nessuna deroga a tali parametri è più necessaria per altri contaminanti derivanti da rifiuti o scarichi.



IN CONCLUSIONE

Sotto il profilo della qualità dell'ambiente naturale e antropizzato la Lombardia si caratterizza per:

- un territorio con aree disomogenee e, nelle province urbanizzate, con alta occupazione del suolo, traffico veicolare in incremento, alta produzione di rifiuti, solidi e liquidi, pur con ottima capacità di raccolta differenziata e smaltimento;
- presenza di indici di inquinamento atmosferico, peraltro in diminuzione rispetto al passato, legati sia all'elevata pressione antropica che a condizioni geoclimatiche;
- qualità delle acque distribuite dagli acquedotti lombardi complessivamente buona.

2.4. Indicatori di rischio individuale

I principali indicatori concernenti i fattori di rischio prevalentemente determinati da stili di vita tracciano una situazione complessivamente più favorevole rispetto al livello nazionale, pur con alcuni aspetti da monitorare.

Per quanto riguarda il peso corporeo, in Lombardia nel 2008 tra le persone di 18 anni e oltre vi era il 9,6% di obesi e il 33% di sovrappeso, a fronte di valori nazionali del 9,9% e del 35,5%; l'Italia peraltro nel 2003 presentava percentuali di adulti obesi inferiori a quelle di tutti gli altri paesi europei, con l'eccezione di Svizzera e Norvegia (fonte OECD

Health data 2006). Come noto, tutte le regioni del nord e quindi la Lombardia, presentano valori di tali condizioni più bassi rispetto alle regioni meridionali (l'obesità segue, infatti, tipicamente, un gradiente nord-sud) che interessano soprattutto l'età adulta.

Più interessante ai fini della programmazione degli interventi di promozione della salute è la valutazione dei comportamenti alimentari negli adolescenti: l'esito dello studio rappresentato nel grafico che segue evidenzia l'ampio spazio di intervento ancora necessario per favorire l'assunzione di alimenti sani in rapporto a cibi ipercalorici.

Persone di 18 anni e più in sovrappeso per genere e classe di età - Anno 2007 (tassi specifici per 100 persone dello stesso genere e età e tassi standardizzati)

	Classi di età				Tasso (a)	Classi di età				Tasso (a)	Classi di età				Tasso (a)
	25-44	45-64	> 65	Tot		25-44	45-64	> 65	Tot		25-44	45-64	> 65	Tot	
	Maschi					Femmine					Totale				
Lombardia	35,0	49,4	47,3	40,6	41,5	12,4	27,3	35,3	22,6	24,0	24,0	38,2	40,3	31,3	32,5
Nord	34,7	50,7	48,9	41,4	42,0	13,7	29,9	37,5	25,0	25,7	24,4	40,2	42,3	32,9	33,6
ITALIA	39,4	52,5	51,7	44,3	44,7	16,9	33,4	40,7	27,6	28,1	28,2	42,8	45,3	35,6	36,2

(a) Tassi standardizzati utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione italiana di 18 anni e più al Censimento 2001.

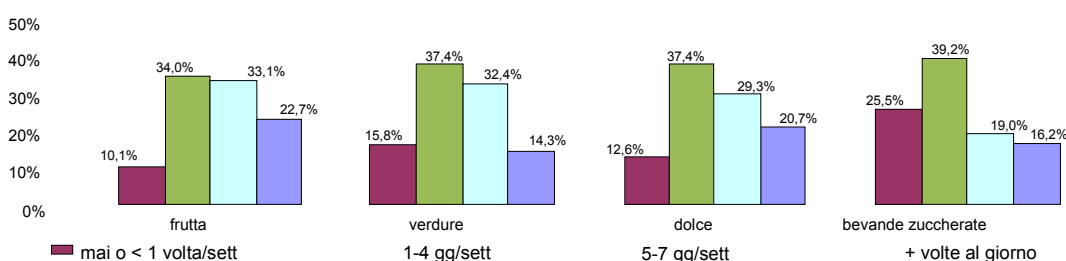
Persone di 18 anni e più obese per genere e classe di età - Anno 2007 (tassi specifici per 100 persone dello stesso genere e età e tassi standardizzati)

	Classi di età				Tasso (a)	Classi di età				Tasso (a)	Classi di età				Tasso (a)
	25-44	45-64	> 65	Tot		25-44	45-64	> 65	Tot		25-44	45-64	> 65	Tot	
	Maschi					Femmine					Totale				
Lombardia	8,6	13,2	12,5	10,3	10,6	6,2	10,8	9,0	7,9	7,5	7,4	12,0	10,4	9,0	9,0
Nord	7,7	13,6	12,8	10,3	10,8	5,0	11,6	11,1	8,5	8,2	6,4	12,6	11,8	9,3	9,5
ITALIA	8,1	14,4	12,9	10,6	11,1	4,9	12,6	13,4	9,2	9,4	6,5	13,5	13,2	9,9	10,3

(a) Tassi standardizzati utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione italiana di 18 anni e più al Censimento 2001.

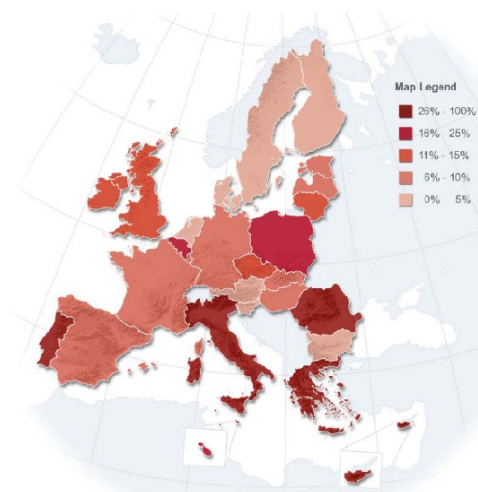
Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", Anni 2004-2005, ISTAT, Roma, 2008.

Consumo di alimenti sani (frutta e verdura) ed ipercalorici (dolci e bevande zuccherate) in un campione di giovani di anni 11 – 13 – 15 — Studio HBSC 2008, Lombardia (dati non pubblicati)



Benché il quadro nazionale della sedentarietà sia tra i più sfavorevoli in Italia, rispetto agli altri Paesi Europei (oltre il 26% dichiara di non svolgere mai attività fisica), la nostra regione si presenta più virtuosa a confronto con le altre, con percentuali complessivamente buone di persone che praticano attività sportive; il 66% di persone di 3 aa e più, rispetto al 59,8%, pratica attività sportive, in modo continuativo o saltuario, o perlomeno attività fisica.

Mappa della assenza di pratica fisica nei cittadini dei paesi europei nel 2009 (% di persone che dichiarano di non svolgere MAI alcun tipo di attività: sport, cammino, uso di bicicletta, giardinaggio, ballo, ecc.)

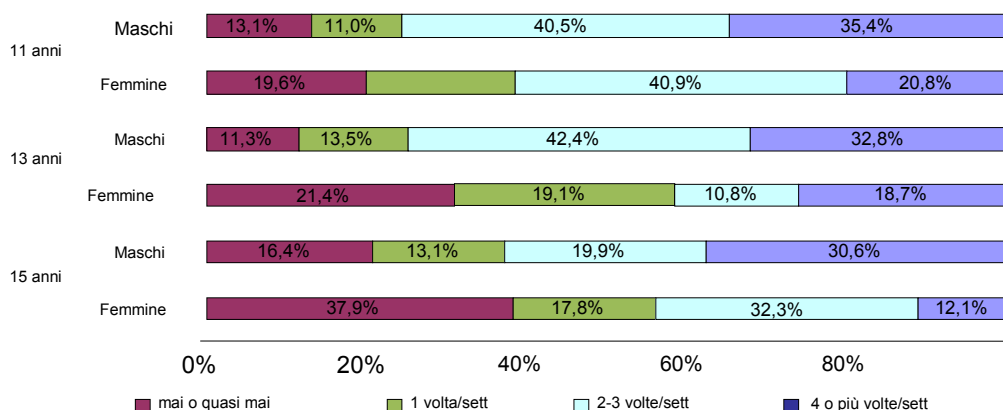


Persone di 3 anni e più che praticano sport, qualche attività fisica e persone non praticanti per regione - Anno 2007 (per 100 persone di 3 anni e più della stessa zona)

	Praticano sport in modo continuativo	Praticano sport in modo saltuario	Praticano solo qualche attività fisica	Non praticano sport né attività fisica	Non indicato	Totale
Lombardia	25,1	10,2	31,3	32,7	0,8	100,0
Nord-ovest	24,0	10,9	31,4	33,0	0,6	100,0
Nord-est	25,0	12,0	35,6	26,9	0,5	100,0
Italia	20,6	9,6	29,6	39,5	0,7	100,0

Fonte: La vita quotidiana nel 2007, ISTAT, Roma, 2009.

Percentuale di n° di volte a settimana dedicate all'attività fisica fuori dall'orario scolastico dichiarato da un campione di giovani di 11, 13 e 15 anni - Studio HBSC 2008 - Lombardia (dati non pubblicati)



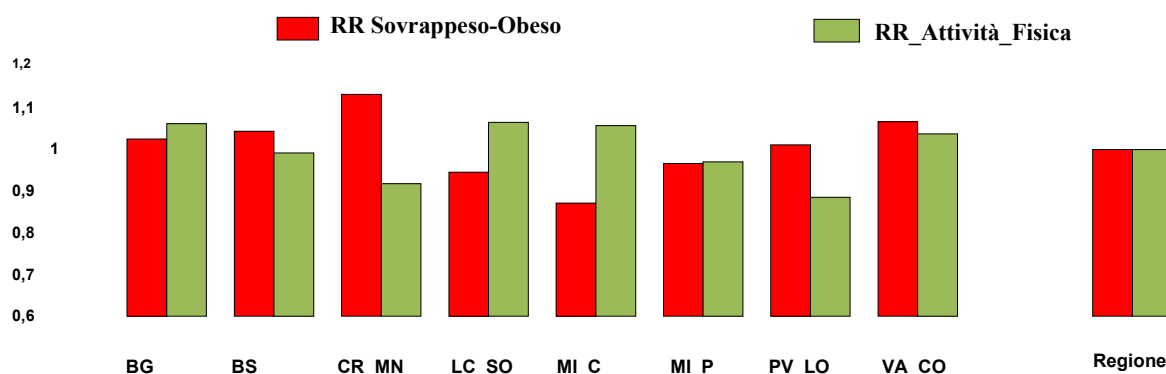
Nel grafico successivo vengono posti a confronto i due fattori di rischio – obesità e attività fisica – utilizzando il parametro del cosiddetto rischio relativo (ossia la maggiore, se superiore a 1, o minore, se inferiore a 1, presenza di persone obese o che svolgono attività fisica, rispetto alla media regionale, per aree omogenee). La variabilità intraregionale di obesità e sedentarietà vede la città di Milano come l'area più virtuosa, nella quale cioè la quota di obesi/sovrappeso è più bassa rispetto alla media regionale e l'attività fisica più alta, al contrario delle province di Cremona e Mantova dove è proporzionalmente più elevata la quota di obesi e di soggetti che svolgono poca attività fisica.

Per quanto riguarda l'abitudine al fumo di sigarette, dimostrato fattore di rischio, se non addirittura causa, per plurime patologie, si è verificato nel nostro Paese un trend in diminuzione straordinario: dagli anni ottanta ad oggi la percentuale di fumatori si è quasi dimezzata (40% vs 22%), in particolare negli ultimi anni a motivo dell'innovativa legislazione adottata relativamente al divieto di fumo in locali pubblici.

In Lombardia nel 2007 tra le persone di 15 anni e oltre vi era il 17,6% di fumatrici tra le donne e il 26,8% di fumatori tra gli uomini, a fronte di valori nazionali rispettivamente del 16,6% e del 28,6%, e si rileva quindi uno scostamento per il genere femminile rispetto al trend generale in diminuzione; il fenomeno come illustrato nella tabella sottostante è particolarmente evidente nelle fascia d'età compresa dai 15 ai 34 anni.

Lombardia: confronto intraregionale tra i fattori di rischio sovrappeso- obesità e attività fisica

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", Anni 2004-2005 – Macroaree regione Lombardia, ISTAT, Roma, 2008.



Fumatori di 15 anni e più per genere e classe di età - Anno 2007 (tassi specifici per 100 persone dello stesso genere e età)

	Maschi							Femmine						
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65	Totale	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>65	Totale
Lombardia	24,2	39,8	32,3	31,6	17,4	13,7	26,8	17,7	23,8	21	23,8	18,4	6,9	17,6
Nord	26,4	36,4	30,5	29,8	21,5	12,9	26	18	23,8	20,6	24,1	18,8	7,1	17,5
Centro	25,2	36,9	40	36,2	25,9	16,5	30,1	18,3	21	23,8	23,2	18,1	8,5	17,8
Mezzogiorno	24,9	40,8	38,3	38,5	28,9	15,8	31,2	12,7	20,6	20,7	21,8	14,7	3,1	14,9
ITALIA	25,5	38	35	34	24,8	14,6	28,6	15,7	22,1	21,3	23,1	17,4	6,2	16,6

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", Anni 2004-2005, ISTAT, Roma, 2008.

Percentuale di persone di 11 anni e più per consumo di aperitivi e bevande alcoliche, regione, ripartizione geografica - Anno 2008 Fonte: La vita quotidiana nel 2008, ISTAT, Roma, 2009. (mod.)

	Consuma aperitivi alcolici	Consuma aperitivi alcolici eccezionalmente	Consuma amari	Consuma amari eccezionalmente	Consuma liquori	Consuma liquori eccezionalmente	Consuma alcolici fuori pasto	Consuma alcolici fuori pasto meno di 1 volta a settimana	Non consuma né vino, né birra, né alcolici fuori pasto
Lombardia	31,1	58,0	24,9	60,7	25,1	66,0	312	74,8	30,2
Nord – ovest	30,1	58,3	24,1	61,5	23,8	66,4	29,0	75,5	30,6
Italia	28,8	59,6	25,9	61,1	22,1	66,8	25,4	75,5	32,5

Persone di 11 anni e più per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche - Anno 2008

	Almeno un comportamento di consumo a rischio	Tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche di cui (a)		
		Giornaliero non moderato	Giornaliero non moderato solo a pasto	Binge drinking
MASCHI				
Lombardia	26,5	14,5	50,3	12,8
Italia nord-occidentale	27,6	16,6	51,1	12,5
Italia	25,5	15,4	51,1	12,1
FEMMINE				
Lombardia	8,5	4,4	76,3	3,5
Italia nord-occidentale	8,4	4,9	75,1	3,1
Italia	7,0	3,8	75,5	2,8
MASCHI E FEMMINE				
Lombardia	17,3	9,3	56,6	8,0
Italia nord-occidentale	17,7	10,6	56,8	7,7
Italia	15,9	9,4	56,1	7,3

(a) per 100 persone di 11 anni e più con consumo giornaliero non moderato di bevande alcoliche dello stesso sesso, regione, ripartizione geografica

Fonte: La vita quotidiana nel 2008, ISTAT, Roma, 2009.

Riguardo il consumo di bevande alcoliche, la situazione sembra essere sostanzialmente sovrapponibile a quella nazionale, con un solo dato fuori media re-

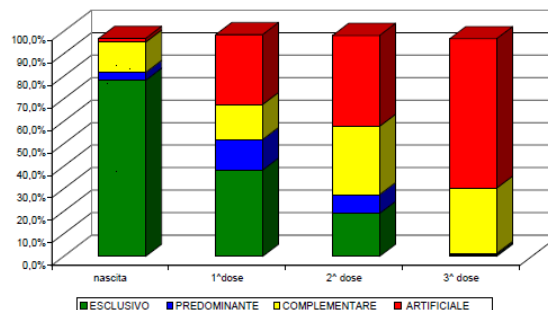
lativo al maggior consumo in Lombardia di alcolici fuori pasto. La maggior tendenza al consumo di alcolici si rileva nei maschi, in linea col dato nazionale.

Persone di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno e che hanno consumato sempre durante il pasto o almeno una volta fuori dal pasto o fuori dal pasto per sesso - Anno 2008

	Maschi		Femmine		Maschi e femmine	
	Almeno una volta fuori pasto	Sempre durante il pasto	Almeno una volta fuori pasto	Sempre durante il pasto	Almeno una volta fuori pasto	Sempre durante il pasto
Lombardia	53,7	46,3	34,1	65,9	45,1	54,9
Italia nord-occidentale	50,6	49,4	30,4	69,6	41,8	58,2
Italia	46,2	53,8	26,8	73,2	37,9	62,1

Nell'ambito del sostegno ai comportamenti salutari, in particolare a tutela della coppia mamma - bambino, è da ricondurre l'attività di promozione dell'allattamento al seno: in Lombardia nel 2006 è stata effettuata una indagine di prevalenza (vedi cap. 4) nei punti nascita e in quelli vaccinali (nascita, 3° 6° e 12° mese); alla nascita l'allattamento esclusivo al seno è pari al 79%, si riduce al 40% alla prima seduta vaccinale ed al 20% circa alla seconda vaccinazione. I dati sottolineano la necessità di focalizzare l'attenzione sulle modalità di attivazione della rete di sostegno ospedale – territorio per limitare la caduta dei tassi. Inoltre evidenziano la non aderenza alle indicazioni internazionali che raccomandano l'allattamento materno esclusivo fino al 6° mese compiuto per tutti i bambini sani.

Allattamento al seno nel primo anno di vita in Lombardia



Fonte: "Prevalenza, esclusività e durata dell'allattamento al seno in Lombardia"

Report 2007 – Direzione Generale Sanità Regione Lombardia



IN CONCLUSIONE

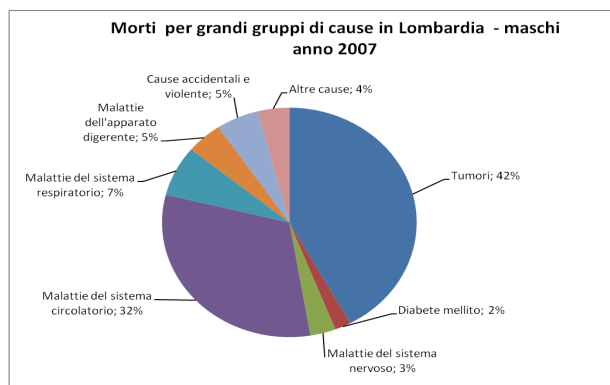
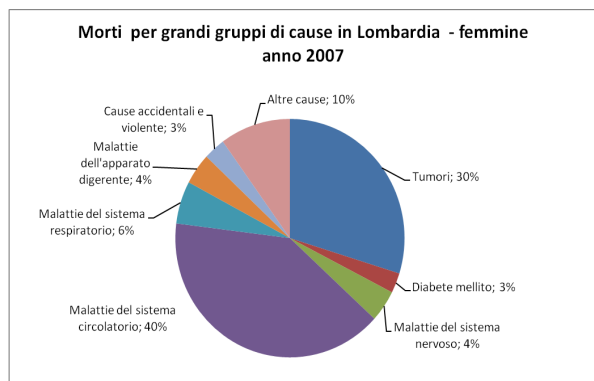
I principali parametri che rispecchiano gli stili di vita (alimentazione, attività fisica, abitudine al fumo e alcol) evidenziano per i cittadini lombardi:

- livelli di obesità-sovrappeso di poco inferiori a quelli nazionali, con la necessità di migliorare soprattutto in alcune aree, quali le province geograficamente collocate più a sud della regione;
- allattamento al seno non ancora in linea con le raccomandazioni internazionali OMS – Unicef;
- abitudine diffusa alla pratica sportiva e all'attività fisica;
- tendenza complessiva alla riduzione del fumo, ma non tra le donne;
- tendenza al consumo di alcool fuori pasto.

2.5. Indicatori delle condizioni di salute e del ricorso a prestazioni

L'analisi della mortalità per causa evidenzia che più del 70% è sostenuta dalle patologie cardiovascolari e dai tumori.

Morti per grandi gruppi di cause suddivisi per sesso, residenti in Lombardia nel 2007



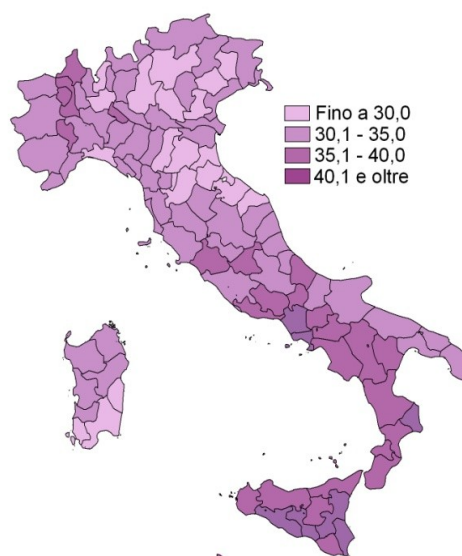
Fonte: ISTAT, 2010

Nella nostra regione si registrano peraltro tassi di mortalità generale al di sotto della media nazionale, in particolare per le patologie prevenibili. Nei grafici successivi osserviamo i tassi per provincia per le due principali cause di morte, le malattie cardiovascolari e i tumori.

Indiscutibilmente, la minore mortalità per malattie cardiovascolari in tutte le province lombarde origina sia da stili di vita meno rischiosi –anche le indagini ISTAT sulle condizioni di salute degli italiani rilevano una minore prevalenza nei lombardi di fattori di rischio legati alle abitudini ed agli stili di vita – che dalla disponibilità di una rete di diagnosi e cura che affronta tempestivamente gli eventi acuti, insieme all'utilizzo di protocolli terapeutici per ipertensione e altre condizioni di rischio cardiovascolare.

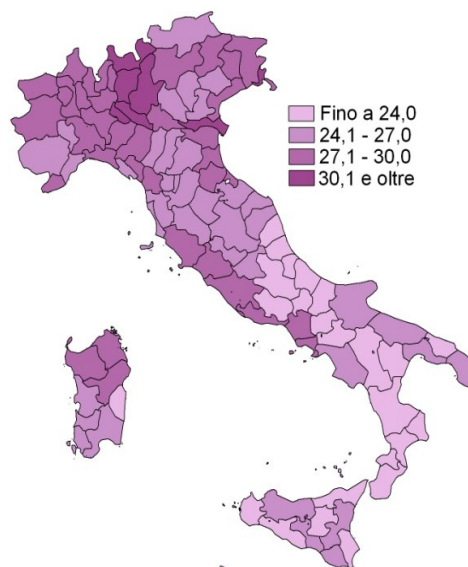
La più elevata mortalità per neoplasie, che peraltro riguarda non tutte le province lombarde, richiede invece una lettura più approfondita: certamente ad essa contribuisce una maggior precisione diagnostica e di certificazione delle cause di morte, ma è verosimile anche una maggior prevalenza dei fattori di rischio.

Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio per provincia. Anno 2006 (per 10.000 abitanti)



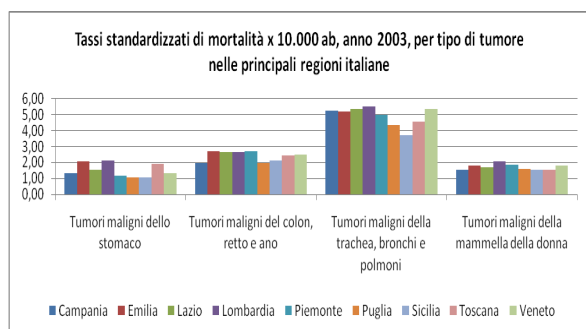
Tasso standardizzato di mortalità per tumori per provincia. Anno 2006 (per 10.000 abitanti)

Fonte: ISTAT, Indagini sulle cause di morte



In particolare per i principali tumori la Lombardia si colloca sempre ai primi posti, a confronto con le altre regioni più popolose, anche se il divario è comunque contenuto nel confronto con il settentrione.

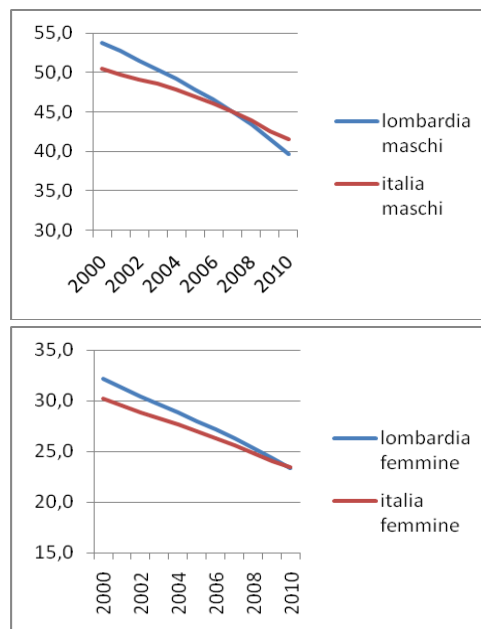
Tassi standardizzati di mortalità x 10.000 ab. per tipo di tumore nelle principali regioni italiane. Anno 2003



Fonte: ISTAT, 2009

Considerando l'andamento della mortalità specifica per causa per tumore alla mammella nella fascia di età invitata allo screening mammografico (50 – 69 anni), si osserva che nel periodo 2000 – 2009 il valore è passato da 68,5 a 51.7/100.000 abitanti; analogamente il trend di mortalità per il tumore colon rettale nel periodo 2000 – 2010, nei maschi e nelle femmine di età compresa tra i 50 ed i 69 anni, risulta sovrapponibile e in diminuzione in Lombardia e in Italia, e in particolare a partire dal 2007 in Lombardia nei maschi si osserva un decremento maggiore. Tali risultati positivi si riscontrano pur considerando che l'attivazione dei relativi programmi di screening data rispettivamente dal 2000 per lo screening mammografico e dal 2005 per quello colon rettale.

Tassi mortalità per cancro colon rettale in Lombardia e Italia anni 2000-2009



Fonte: www.Tumori.net

Per quanto riguarda l'incidenza delle patologie tumorali, considerando che la mortalità è l'esito di processi patologici il cui inizio e quindi le cause risalgono a molti anni prima, la Lombardia, dalle stime 2008 della banca dati del registro tumori AIRTUM, risulta collocarsi in modo differenziato tra uomini e donne: nella tabella seguente si presenta un confronto della situazione tra le regioni che per tassi standardizzati risultano al primo e ultimo posto, l'Italia e la Lombardia, e quest'ultima non mostra tassi di incidenza tra i più elevati.

Numero di nuovi casi di tumore, tasso grezzo di incidenza per 100.000, tasso standardizzato (standard europeo) per 100.000. Tutti i tumori (ICD-9 140-208 escl. 173) Età: 0-84. Anno 2008

Uomini				Donne			
AREA	Numero Casi	Tasso grezzo	Tasso std	AREA	Numero Casi	Tasso grezzo	Tasso std
Calabria	3576	357	275	Piemonte	7004	272	190
ITALIA	132141	483	336	Lombardia	2989	292	207
Lombardia	23349	541	367	ITALIA	9923	530	298
Campania	12573	437	395	Basilicata	3208	576	328

Fonte: I tumori in Italia – rapporto AIRTUM 2009

Per quanto riguarda la mortalità dovuta all'incidentalità stradale, la Lombardia si colloca in Italia, per numero di morti per incidente ogni milione di abitanti, a livello medio-basso e per indice di pericolosità degli incidenti (numero medio dei decessi x 100 infortunati) poco sotto il valore medio nazionale (1,2 vs 1,5).

Incidenti stradali. Confronto Lombardia e Italia 2008

INCIDENTI STRADALI Anno 2008	Lombardia	Italia	% Lombardia su Italia
Incidenti stradali (n°)	41.827	218.963	19,0
Morti (n° infortunati)	680	4.731	14,4
Feriti (numero infortunati)	56.953	310.739	18,3
Indice di pericolosità (n° medio dei decessi x 100 infortunati)	1,2	1,5	-

Fonte: Annuario Statistico Regionale 2009 – Regione Lombardia

Si rileva che la distribuzione del fenomeno degli infortuni stradali nel territorio regionale non è del tutto omogenea, poiché nelle province di Sondrio e in provincia di Brescia nell'area della Vallecambonica Sebino proprio i decessi per incidenti stradali sono la principale causa di mortalità prevenibile (Fonte dati Atlante ERA mortalità evitabile).

Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro il relativo andamento mostra un trend in decisa diminuzione negli ultimi anni, sia nel totale degli eventi denunciati ed indennizzati, che per i casi mortali. In particolare si evidenzia l'andamento del tasso di infortuni denunciati per mille occupati sceso dal 37,9 al 34,4 in Lombardia, comunque sempre al di sotto dell'andamento del medesimo tasso a livello nazionale.

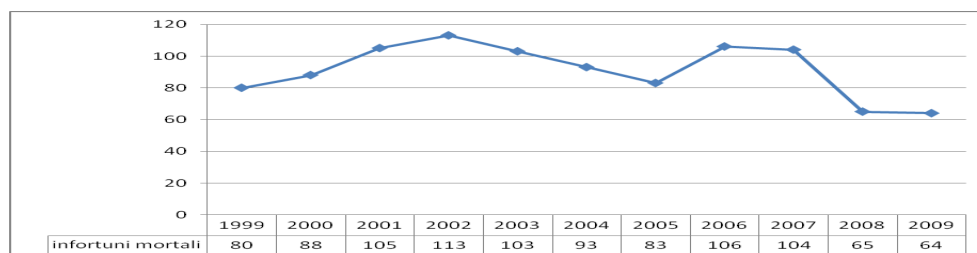
L'analisi dei casi accaduti e inseriti nel Registro regionale degli infortuni mortali, mostra una riduzione negli anni 2008 e 2009 rispetto al 2006.

Infortuni sul lavoro: indicatori andamento anni 2005-2009

Periodo (Anno)		2005	2006	2007	2008	2009*
Lombardia	N infortuni	158.994	157.998	155.480	149.506	134.087
	di cui mortali	192	233	214	179	177
	Numeri indice (2004=100)	98,3	97,6	96,1	92,4	82,8
	Var.% anno prec.	-1,7	-0,6	-1,6	-3,8	-10,3
	Tasso Infortuni denunciati su 1.000 occupati	37,9	37,0	36,1	34,4	
	Tasso infortuni mortali su 1.000 occupati	1,2	1,5	1,4	1,2	
ITALIA	N infortuni	940.021	928.158	912.410	874.940	
	di cui mortali	1.280	1.341	1.207	1.120	
	Numeri indice (2004=100)	97,2	96,0	94,4	90,5	
	Var.% anno prec.	-2,8	-1,3	-1,7	-4,1	
	Infortuni su 1.000 occupati	41,7	40,4	39,3	37,4	
	Morti su 1.000 infortuni	1,4	1,4	1,3	1,3	

Fonte: INAIL "Rapporto Annuale Regionale 2008" Ottobre 2009
 ISTAT "Rilevazione sulle forze lavoro" Comunicato stampa trimestrale, 20 marzo 2009

Andamento infortuni sul lavoro mortali in Lombardia nel periodo 1999-2009



Fonte: Registro regionale Infortuni mortali. Il Registro è stato istituito presso la DG Sanità ed è alimentato dal flusso informativo originato dalle ASL. A differenza della banca dati INAIL, al cui interno confluiscono anche gli infortuni stradali e in itinere, il Registro Regionale è dedicato esclusivamente agli infortuni mortali avvenuti nei luoghi di lavoro.

Per quanto riguarda l'andamento delle malattie infettive in Lombardia, le più frequenti sono costituite dalle malattie esantematiche infantili: la varicella in particolare costituisce l'ultima malattia a carattere francamente epidemico (18.485 casi nel 2009), mentre le altre, suscettibili di vaccinazione, seguono a notevole distanza. Il morbillo, dopo i 1.000 casi del 2008, con tre significativi focolai, presenta un'incidenza nel 2009 di 1,7 per 100.000 ab..

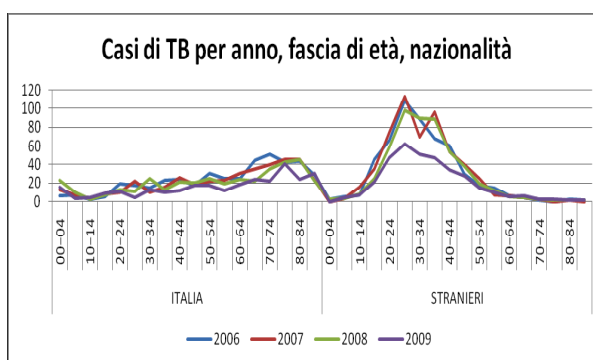
Le patologie gastrointestinali sono in ascesa: quelle ascrivibili al consumo di alimenti contaminati si verificano perlopiù in ambito domestico, mentre quelle trasmesse da altri veicoli –mani, superfici,oggetti- sono da attribuire alla incrementata presenza di soggetti in condizioni di fragilità individuale; a fronte della costante diminuzione delle salmonellosi (1960 casi nel 2009), si è avuto un incremento delle cosiddette diarree infettive, tra le quali possiamo distinguere quelle non direttamente correlate al consumo di alimenti contaminati (clostridium difficile - 2104 casi nel 2009 - tipica dell'anziano e defedato, la cui esplosione interessa tutta l'Europa; rotavirus – 872 casi nel 2009 - con prevalente trasmissione interumana tra bimbi) e quelle attribuibili invece ad alimenti contaminati, che vede il campylobacter, interessante bambini e adulti, al primo posto.

Le patologie che suscitano, per la loro gravità, maggior allarme sociale (tubercolosi, meningiti da pneumococco e meningococco) presentano tassi di incidenza estremamente contenuti, sia rispetto alla media nazionale che a quella degli altri Paesi Europei.

La malattia tubercolare, con incidenza bassa e stabile negli ultimi anni, colpisce in prevalenza

stranieri di età giovane-adulta, mentre gli italiani, in minor numero, si collocano nell'età anziana. Un buon sistema di sorveglianza e di assistenza deve essere in grado di sottoporre a terapia i soggetti infetti o malati, sia per loro tutela che per ridurre le possibilità di contagio tra i famigliari: i dati dell'ultimo triennio (per il 2009 il dato è ancora da definire, essendo la durata media della terapia di 6 mesi) evidenziano una percentuale ancora elevata di soggetti persi al follow-up, che invece, secondo gli standard internazionali, non dovrebbe superare il 20%.

Caratteristiche demografiche dei soggetti colpiti da TBC – Anni 2006/2009



La malattia invasiva pneumococcica ha mostrato negli ultimi anni un incremento, da attribuire tuttavia al fatto che dal 2007 vengono segnalate oltre che le meningiti, anche le polmoniti e le sepsi, cui è infatti da ascrivere quasi totalmente l'aumento, mentre le meningiti appaiono in decremento. Costante si mantiene la distribuzione per età, con un picco nel primo anno di vita ed un progressivo incremento dopo i 55 aa , ove si colloca più del 60% dei casi.

Trend malattie esantematiche – Anni 2000/2009

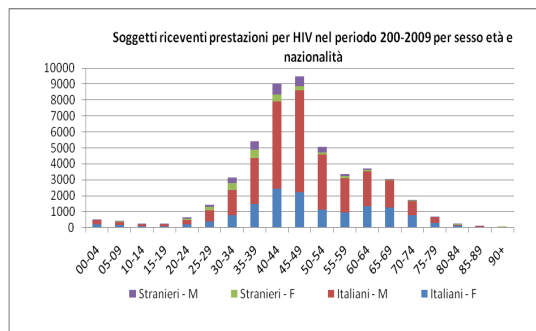
Inizio Sintomi Anno	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
VARICELLA	21418	23437	17594	19490	25815	15088	25986	21040	25287	18485
SCARLATTINA	4844	5662	6331	7419	6371	6277	6597	6395	7071	6213
PAROTITE EPIDEMICA	10454	9823	1632	1186	1088	888	572	442	471	423
MONONUCLEOSI INFETTIVA	456	523	356	343	370	257	225	260	327	263
MORBILLO	135	246	599	467	62	57	68	105	1.054	171
PERTOSSE	381	366	228	116	150	78	84	118	52	80
ROSOLIA	159	281	1.624	172	79	49	37	46	292	43

Fonte: Direzione Generale Sanità Regione Lombardia

L'analisi dei dati 2009 conferma la contenuta incidenza della malattia meningococcica (nel 2009 0,5 casi ogni 100.000 ab., di cui il 90% guariti senza esiti) e la comparabilità coi dati nazionali ed internazionali dei principali indici (distribuzione per età prevalente in bambini e adolescenti; letalità più elevata con l'avanzare dell'età; dopo la prevalenza del sierogruppo C nel 2003-2006 è ritornato a predominare il B, per ora non suscettibile di vaccinazione); significativo il verificarsi nell'ultimo biennio di due cluster – Milano ed Erba- coinvolgenti soggetti adulti.

La principale emergenza in ambito infettivologico è costituita dall'infezione da HIV, con circa 2000 nuove infezioni ogni anno; il rapporto tra nuove infezioni da HIV/soggetti con malattia conclamata è risultato del 25% (la stima nazionale è del 50%), ad indicare la sensibilità dei cittadini della nostra regione a sottoporsi al test precocemente ovvero la buona diffusione della rete di offerta per lo screening. Nel grafico nel paragrafo successivo sono riportati i soggetti sieropositivi per HIV per sesso, età e nazionalità che hanno ricevuto prestazioni sanitarie. I soggetti che contraggono l'infezione non vanno incontro a guarigione, ma, grazie alle terapie antiretrovirali, ad un blocco della progressione verso la malattia conclamata. Ciò spiega come il numero dei sieropositivi per HIV presenti nella nostra regione sia aumentato anche nel corso del 2009: sono 48.311 i soggetti che, a motivo dell'infezione, nel periodo 2000-2009 hanno ricevuto almeno una volta una prestazione sanitaria (ricovero, somministrazione di farmaci antivirali, controlli specifici per RNA-HIV), suddivisi per sesso, età e nazionalità. Si conferma la prevalenza del sesso maschile e dell'età giovane-adulta; i soggetti stranieri costituiscono circa l'11 % del totale.

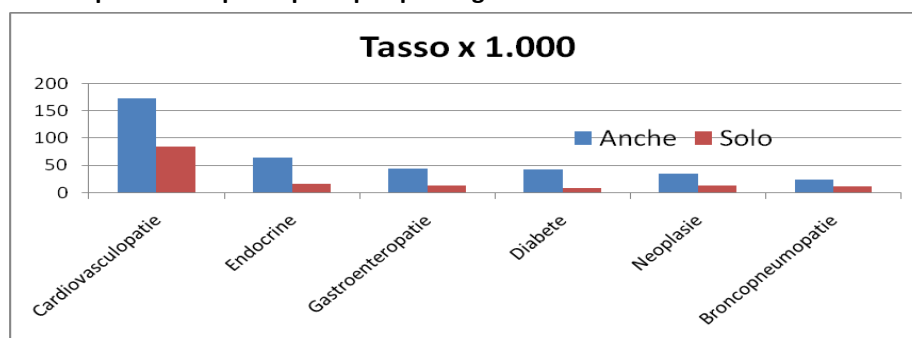
Soggetti riceventi prestazioni per HIV in Lombardia nel periodo 2000-2009



Per quanto riguarda il fenomeno influenzale, infine, la sorveglianza epidemiologica ha consentito di tracciare il quadro dell'andamento dal 1999; l'influenza da A/H1N1v che si è manifestata nel 2009-2010 ha presentato tassi di incidenza simili a quelli della stagione 1999-2000.

Per quanto riguarda la prevalenza per malattie croniche da diversi anni in Regione Lombardia vengono sistematicamente raccolte informazioni relative ai più importanti eventi sanitari che interessano i singoli cittadini: ricoveri ospedalieri, prestazioni specialistiche ambulatoriali, farmaceutica territoriale ed ospedaliera, sono esempi degli eventi più importanti sottoposti a monitoraggio costante. Dall'intuizione che con l'integrazione di queste informazioni, avendo al centro il cittadino lombardo, possa emergere una significativa lettura dello stato di salute della popolazione (e gli interventi che ne possono conseguire) è nata la Banca Dati Assistenti (BDA), uno strumento di programmazione sanitaria unico nel nostro Paese che ha già saputo dimostrare la sua utilità in diversi modi.

Tasso di prevalenza per le principali patologie croniche



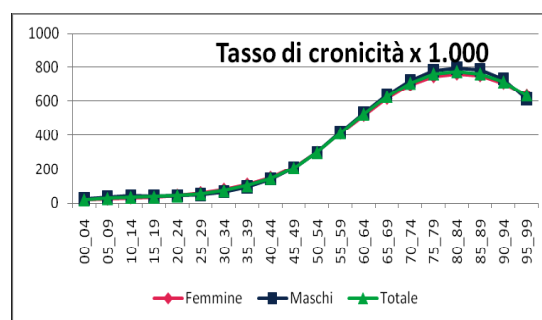
Fonte: Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

Combinando opportunamente tutte le informazioni raccolte, a livello della singola prestazione erogata e del soggetto usufruente, ed applicando alcune regole classificatorie condivise (sulla base di alcune prestazioni-target che identificano con elevata sicurezza la sussistenza di un quadro clinico, ed attraverso le quali è possibile attribuire ad un cittadino le patologie croniche che lo interessano) si è cominciato a descrivere lo stato di salute della popolazione lombarda per le principali patologie croniche che la caratterizzano (trapiantati, insufficienze renali croniche, HIV positivi e AIDS conclamati, neoplastici, diabetici, cardiovascolopatici, broncopneumopatici, gastroenteropatici, neuropatici, malattie autoimmuni, malattie endocrine, deceduti).

In base ai dati 2007 della BDA emerge che quasi il 28% dei cittadini lombardi soffre almeno di una patologia cronica e che tale percentuale varia da un minimo di poco meno del 26% della ASL Città di Milano ad un massimo di quasi il 30% nella ASL Vallecambonica Sebino.

Le patologie croniche che sono risultate numericamente più frequenti sono cardiovascolopatie sia nei pazienti che hanno solo la patologia cronica sia in quelli che, oltre alla patologia ne hanno almeno un'altra sempre di tipo cronico. La distribuzione per sesso ed età indica come, prevedibilmente, siano le fasce di popolazione anziana ad essere maggiormente coinvolte.

Tasso di cronicità distribuito per sesso ed età. Anno 2007



Fonte: Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia



IN CONCLUSIONE

Lo stato di salute della popolazione lombarda si caratterizza per:

- il complessivo calo della mortalità per malattie cardiovascolari, con contestuale presenza di persone con tali patologie trattate cronicamente;
- la rilevanza della patologia tumorale, specie negli uomini;
- la riduzione degli infortuni stradali pur in presenza di aree con alti livelli di mortalità prevenibile;
- un trend in decisa diminuzione degli infortuni sul lavoro negli ultimi anni;
- il peso dell'infezione da HIV, che costituisce il problema di maggior rilevanza nell'ambito delle patologie infettive con più di 1500 nuove infezioni ogni anno.

CAPITOLO 3.

Risorse e organizzazione

Il presente capitolo descrive le risorse disponibili in Lombardia per le attività svolte dai Dipartimenti di Prevenzione Medici (DPM), considerando che a tale patrimonio vanno comunque aggiunti servizi/strutture delle ASL che pur con diversa afferenza organizzativa svolgono prevalentemente funzioni preventive (quali ad esempio gli osservatori epidemiologici, i servizi/dipartimenti di accreditamento e controllo delle strutture sanitarie e sociosanitarie, le unità di educazione sanitaria alla salute, gli staff delle direzioni sanitarie, oltre che i servizi del Dipartimento di Prevenzione Veterinario).

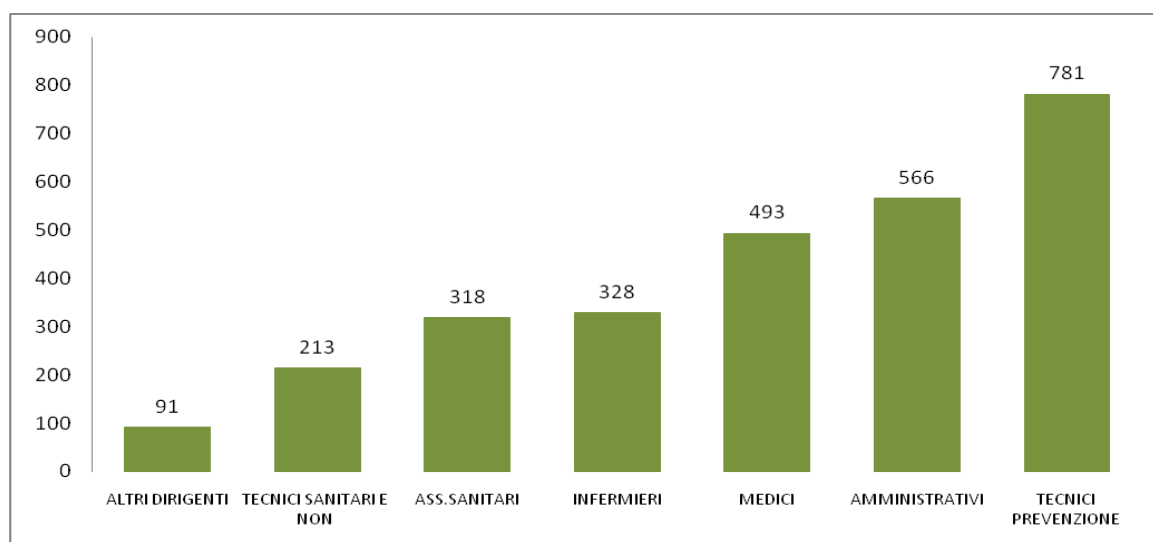
In Lombardia inoltre da molti anni sono attive le Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro (UOOML), che oltre a svolgere funzioni di diagnosi e cura, concorrono alla promozione della sicurezza nei luoghi di lavoro fornendo contributi per la definizione di linee guida in materia.

Infine agli operatori del SSR si affiancano altre istituzioni, come ARPA (che conta circa 1000 operatori) e professionisti esterni al SSR quali Medici competenti e Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione, figure cui sono state assegnate funzioni specifiche all'interno delle imprese e aziende a supporto del datore di lavoro, ma che comunque operano in materia di prevenzione e sicurezza del lavoro.

3.1. Risorse umane del Dipartimento di Prevenzione Medico

Gli operatori dipendenti e operanti nei Servizi del DPM delle ASL nel corso del 2009 erano in totale 3962, cui corrispondono 2797 "operatori-equivalenti". Per tener conto del fatto che vi sono operatori part-time oppure in gravidanza, malattia o aspettativa, si divide il numero complessivo di ore lavorate nell'anno ricavabili dai flussi informativi abituali legati al controllo di gestione FLU.PER – ossia numero di ore per struttura organizzativa e qualifica prestate in servizio - per 1700, cioè le ore che si considerano dovute in un anno da un operatore a tempo pieno, e si ottengono gli operatori equivalenti. Nel grafico seguente è rappresentata la loro suddivisione per qualifica.

Operatori equivalenti dei DPM delle ASL della Lombardia distinti per qualifica – Anno 2009

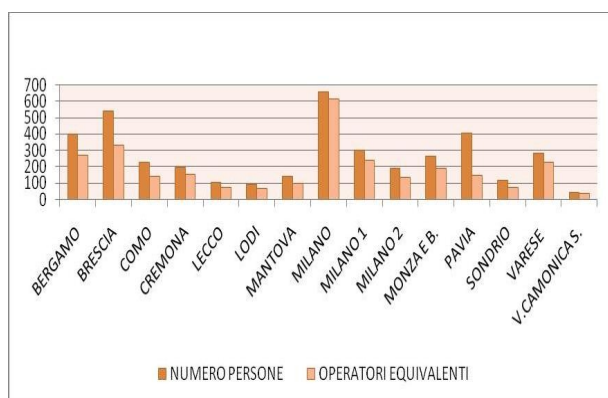


Fonte: Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

Si evidenzia il peso significativo degli operatori delle aree dell'Igiene e Sanità Pubblica e della Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro (quest'ultima comprensiva anche degli operatori dei Servizi Impiantistica e Sicurezza).

La suddivisione per ASL degli operatori dei DPM, sia persone sia equivalenti, presenta come prevedibile un quadro eterogeneo, legato a diversi fattori tra cui la diversa dimensione e complessità dei territori afferenti alle Aziende.

Numero persone e operatori equivalenti dei DPM nelle ASL della Lombardia– Anno 2009



IN CONCLUSIONE

Sono necessarie azioni di benchmarking tra le Aziende, che raffrontino quantità e qualità degli interventi con le risorse impegnate: in questo senso i sistemi informativi riguardanti malattie infettive, vaccinazioni, screening, attività di vigilanza e controllo consentiranno indubbiamente di rilevare gli scostamenti dalla media in modo oggettivo; A fronte di tale entità e distribuzione di

risorse dovranno essere avviate/implementare le seguenti azioni:

- 1) considerare in modo concreto nei piani strategici di sviluppo delle risorse umane il cambiamento dei percorsi formativi: in particolare nell'area della Dirigenza, andrà meglio equilibrato il reclutamento di Dirigenti Sanitari della prevenzione;
- 2) revisionare i rapporti tra qualifiche, e in modo particolare tra comparto e dirigenza, a favore del primo, e tra Servizi, così da salvaguardare le rispettive specificità, e nel caso, avviare percorsi di riqualificazione e aggiornamento, ma anche razionalizzare i carichi di lavoro di ciascuno, evitando che attività prioritarie non vengano svolte per carenze compensabili a livello di DPM.

3.2. Controllo di gestione nelle attività di prevenzione

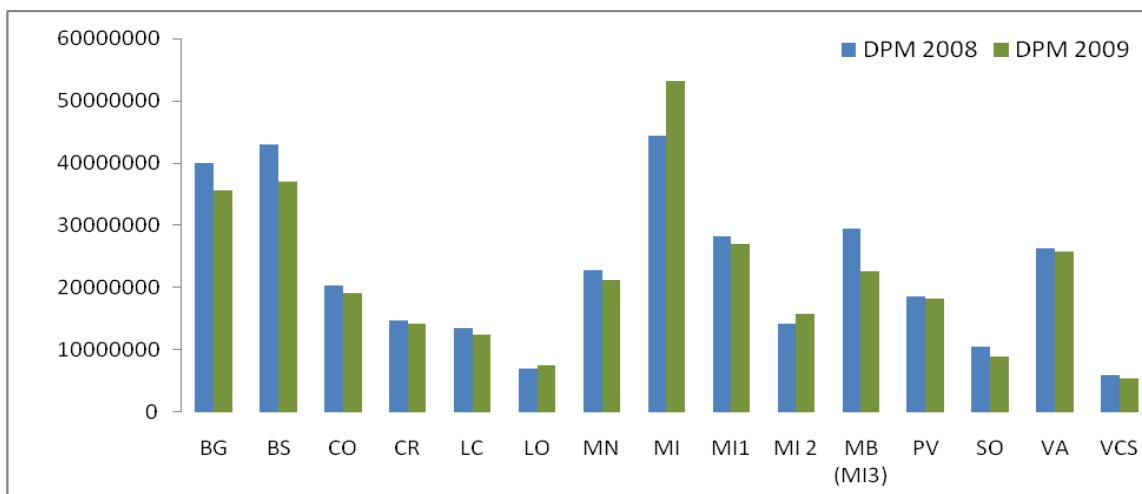
La disponibilità di dati derivanti dai citati sistemi di controllo di gestione consente di comprendere l'entità delle risorse assegnate alle attività di prevenzione e la loro destinazione per singola Azienda Sanitaria Locale e Servizio.

Limitando l'analisi ai centri di responsabilità e di costo del DPM, si ricava la situazione per ciascuna ASL relativa agli anni 2008 e 2009.

Non si osservano variazioni di rilievo, eccezion fatta per Milano e Monza Brianza, ma si tratta di una redistribuzione di risorse a seguito del recente riassetto.

Costi (€) dei DPM delle ASL della Lombardia 2008-2009

Fonte: Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia



La suddivisione dei costi per Area-Servizio è in gran parte sovrapponibile a quanto già visto per l'attribuzione del personale, essendo del resto quest'ultimo il principale fattore che assorbe risorse, cui seguono i vaccini, per 34 mln € e 39 mln € rispettivamente nel 2008 e 2009, e le prestazioni di screening per 16 mln € e 19 mln € nei due anni considerati.

3.3. L'organizzazione: autonomia e flessibilità

Gli indirizzi adottati da Regione Lombardia negli ultimi anni sono stati improntati a riconoscere l'autonomia professionale ad ogni Azienda Sanitaria Locale e a stimolare una maggior capacità di integrazione, pur nella salvaguardia delle specializzazioni acquisite che debbono essere messe a servizio del DPM e non mantenute in rigidi schemi organizzativi.

Ad oggi, anche a fronte del fatto che nessun modello ha dato piena risposta alle criticità degli assetti organizzativi (rapporto Dipartimenti-Distretti, difficoltà di coniugare la specializzazione dei Servizi con la integrazione nel Dipartimento, equilibrio tra decentramento del personale e centralizzazione degli uffici di staff e direzionali, suddivisione e spesso sovrapposizione delle competenze funzionali), emerge in maniera sempre più rilevante l'esigenza di un'organizzazione che sappia guardare al proprio contesto in modo complessivo e dinamico, fornendo risposte integrate, soprattutto sul piano della programmazione e definizione delle priorità. Non è più sostenibile, né corretto, un approccio per singoli settori di attività, che rischiano di

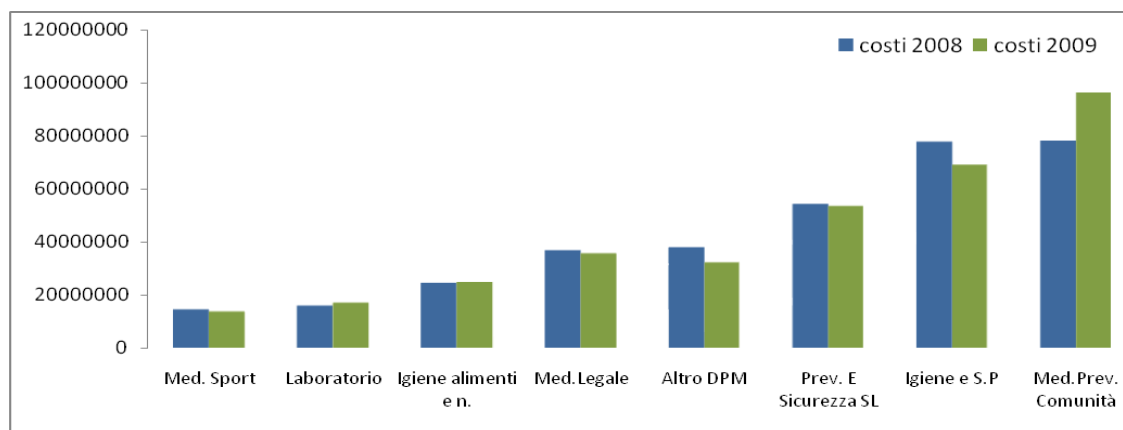
portare a programmare in modo autoreferenziale o comunque con una visione parziale dei fabbisogni delle persone e dei territori.

Pensare solo per specifico ambito specialistico comporta uno squilibrio, soprattutto in termini di equità per la popolazione e di efficacia/efficienza del sistema. E' quindi necessario orientare la programmazione in termini di analisi e graduazione dei rischi e di conseguenza definire le priorità, verso cui indirizzare le risorse.

Conseguentemente gli indirizzi regionali non sono orientati a definire modelli organizzativi, standard di personale, numerosità di strutture complesse o semplici, ma a:

- definire i macroobiettivi entro i quali, in base al contesto locale, le ASL devono orientare la loro programmazione ed organizzazione;
- individuare strumenti per il monitoraggio delle attività svolte, quali sistemi informativi, e adottare linee guida e protocolli fondati sull'evidenza, sollecitando il confronto tra ASL, individuando gli spazi di miglioramento, promuovendo opportunità di formazione;
- agevolare il perseguimento degli obiettivi di prevenzione, riconoscendoli fattivamente negli strumenti programmatici regionali, quali il Programma di Legislatura – Programma Regionale di Sviluppo, il Piano Socio-Sanitario, il Bilancio annuale - Regole di esercizio per il SSR, gli obiettivi dei Direttori Generali.

Distribuzione dei costi per Servizio del DPM nelle ASL 2008-2009



Fonte: Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

CAPITOLO 4.

I risultati raggiunti

Il presente capitolo prende in considerazione i più recenti risultati raggiunti dal sistema regionale in materia di prevenzione. Analogamente al Capitolo 2, i dati di attività vengono descritti in forma sintetica trovando approfondimenti di dettaglio nei documenti: *“Rapporto sulle attività mediche di prevenzione in Lombardia – risultati e prospettive di sviluppo”* - pubblicato nel 2009 – e sul relativo aggiornamento, recentemente divulgato tramite il sito web della DG sanità.

La lettura dei principali risultati raggiunti unitamente alla analisi di contesto è prodromica alla definizione di priorità e nuovi obiettivi per il prossimo triennio che vengono descritti al Capitolo 5.

I risultati raggiunti nel campo della prevenzione che si presentano, riguardano le azioni per l’attuazione dei percorsi innovativi in ambito di prevenzione descritti al Capitolo 1 e le azioni coerenti rispetto al precedente Piano Regionale di Prevenzione Attiva 2005-2007 (e successive proroghe 2008, 2009) inserite in appositi box al termine dei rispettivi paragrafi. La Lombardia, nella valutazione del precedente Piano, ha ottenuto ottime performance, con un valore medio di valutazione pari al 95% sulle linee operative previste (*“Certificazione degli adempimenti per l’anno 2008”* Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali).

4.1. La programmazione delle attività di controllo

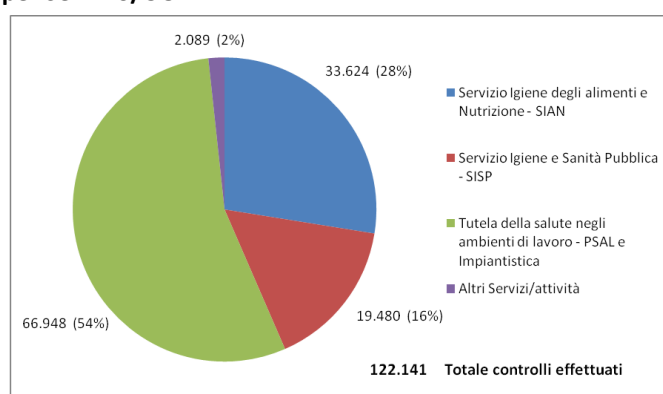
Sulla base delle indicazioni regionali le ASL hanno prodotto e attuato per il 2008 e il 2009, e sono in corso per il 2010, Piani integrati di prevenzione e dei controlli negli ambienti di vita e di lavoro e nel contempo è stata avviata la realizzazione del sistema informativo regionale della prevenzione, accompagnato da adeguati interventi formativi.

A) Risultati dell’attività di controllo svolta nel 2009

Nel 2008, sulla base dei Piani integrati, erano stati svolti dai Dipartimenti Medici di Prevenzione controlli su circa 53.000 attività economiche/di servizio, con circa 115.000 sopralluoghi e verifiche ai fini della igiene degli alimenti, per la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro e in materia di igiene e sanità pubblica.

I controlli (inseriti ed elaborati tramite il Sistema Impres@, illustrato nel paragrafo seguente) effettuati nel 2009 dai Servizi dei Dipartimenti Medici di Prevenzione nelle rispettive aree di intervento sono stati complessivamente 122.141.

Controlli effettuati dalle ASL lombarde nel 2009, per Servizio/UE



Fonte: Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

Tali controlli, aumentati rispetto all’anno precedente, sono comprensivi anche di quelli su nuove attività economiche/di servizio attivati a seguito della presentazione di Dichiarazioni di Inizio Attività Produttiva (DIAP), che vengono presentate agli Sportelli Unici per le Attività Produttive (SUAP) dei Comuni e da questi trasmesse sia alla ASL che ad ARPA per gli aspetti di controllo di rispettiva competenza.

La tabella a pagina successiva mostra l’andamento dei controlli sulle DIAP svolti dalle ASL nel 2008 e 2009: circa i $\frac{3}{4}$ delle Dichiarazioni presentate riguardano attività economiche in campo alimentare e di queste circa un terzo sono relative ad attività temporanee; tutte le Dichiarazioni ricevute sono state sottoposte a valutazione e la programmazione del numero e tipo di ispezioni è stata impostata sulla base della analisi dei rischi connessi alle attività economiche avviate. Si può osservare nel biennio l’aumento delle dichiarazioni presentate e quello delle non conformità riscontrate, attribuibile almeno in parte al miglioramento della capacità delle ASL di programmazione dei controlli indirizzandoli verso le attività più a rischio/con indicatori di inadeguatezza.

Va osservato inoltre che nelle “non conformità” sono anche conteggiate le segnalazioni di difformità dai requisiti di legge non sempre rilevanti per la tutela della salute.

B) Sistema informativo regionale della prevenzione I.M.PRE.S@

Il sistema informativo Informatizzazione Monitoraggio Prevenzione Sanitaria, di cui I.M.PRE.S@ è l'acronimo, si caratterizza come una banca dati (attività economiche/di servizio, strutture scolastiche, strutture sanitarie, etc) alimentata da anagrafiche di varia provenienza (ad es. registri camere di commercio) e dai dati relativi ai controlli effettuati dai diversi Servizi e Dipartimenti di Prevenzione delle ASL (derivanti dai sistemi di gestione di cui ciascuna ASL è dotata) e, in prospettiva, da altri enti operanti con finalità di prevenzione e sicurezza, quali Direzioni Provinciali del lavoro, INAIL, Organismi paritetici, ARPA, Comuni.

Attraverso I.M.PRE.S@ gli operatori hanno la possibilità di consultare un ampio bagaglio di informazioni relative alle diverse imprese/strutture oggetto di controllo (caratteristiche, numero addetti, tipologia di attività svolta, infortuni sul lavoro e/o malattie professionali occorsi ai lavoratori ivi operanti, ispezioni o verifiche effettuate dalle diverse ASL) e di condividere informazioni di interesse comune, pur svolgendo attività di controllo con specificità diverse.

L'utilità che ne consegue è evidente: da un lato la disponibilità di anagrafiche aggiornate e comuni a tutte le ASL dall'altro la conoscenza di informazioni molto più ampie di quelle disponibili per il singolo servizio, come ad esempio conoscere l'esito di precedenti interventi ispettivi anche presso cantieri siti in altra provincia, o che in un'azienda è stato registrato un tasso di infortuni elevato può evidentemente concorrere a indirizzare l'attività di vigilanza; conoscere i controlli condotti da diversi Servizi dell'ASL in una Residenza Sanitaria per Anziani – inerenti la somministrazione di alimenti o le caratteristiche strutturali o la sicurezza dei lavoratori - e i relativi esiti consente una visione complessiva della struttura, con un'analisi dei rischi integrata.

Il Sistema I.M.PRE.S@ è stato avviato negli anni scorsi ma è a partire dal 2009 che documenta tutta l'attività di vigilanza e controllo svolta dalle ASL. Implementando il Sistema con l'invio costante dei dati relativi ai controlli man mano effettuati, ciascuna ASL potrà disporre di informazioni standardizzate necessarie ad una corretta graduazione delle attività maggiormente a rischio, sulle quali reindirizzare le risorse per la vigilanza e da utilizzare per una verifica dell'efficacia degli interventi condotti.

Nel 2009 inoltre il Sistema è stato integrato con l'applicativo che consente l'invio elettronico della notifica preliminare di inizio cantiere, prevista dal D. Lgs. 81/08 “Testo unico in materia di prevenzione e sicurezza del lavoro”, consentendo così all'ASL, alla Direzione Provinciale del Lavoro e al Comune territorialmente competente.

DIAP: numero e tipo pervenute alle ASL lombarde nel 2008 e nel 2009, relative ispezioni effettuate e non conformità rilevate

	Anno	Settore alimen- tare	Altri settori produttivi	Servizi alla persona	Totale
DIAP pervenute alle ASL	2008	24.100	5.400	2.900	32.400
	2009	25.200	5.500	3.200	34.400*
di cui relative attività econo- miche controllate	2008	4.900	600	1.200	6.700
		20,3%	11,1%	41,4%	20,7%
	2009	4.250	600	1.250	6.100
		16,9%	10,9%	39,1%	17,7%
di cui casi di non conformità rilevati	2008	1.800	160	200	2.160
	2009	1.760	170	570	2.500
di cui % n.c. sulle attività controllate per settore	2008	36,7%	26,7%	16,7%	32,2%
	2009	41,4%	28,3%	45,6%	41,0%

*il totale comprende anche 500 DIAP relative ad altre attività economiche

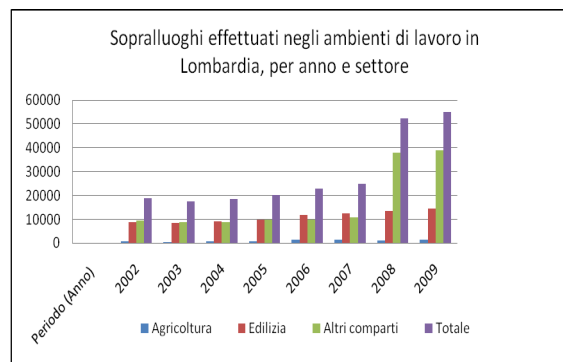
4.2. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro

4.2.1. La prevenzione degli infortuni sul lavoro

In materia di prevenzione nei luoghi di lavoro, nel periodo 2002 - 2009, tre sono stati gli elementi più significativi:

- l'incremento costante dell'attività di controllo, mantenendo particolare attenzione al settore delle costruzioni;
- la programmazione condivisa nel perseguire la cultura della sicurezza negli ambienti di lavoro: è stato emanato il *Piano regionale 2008-2010 per la promozione della sicurezza e salute negli ambienti di lavoro*, adottato e condiviso con le parti sociali, che ha posto l'obiettivo di una riduzione significativa degli infortuni attraverso un incremento del numero dei controlli nelle aziende e la promozione di Sistemi di Gestione della Sicurezza e della Salute sul Lavoro nelle aziende mediante la definizione di linee guida relative a buone pratiche;
- la disponibilità di strumenti per la rilevazione puntuale e secondo modalità omogenee della attività di controllo, per la lettura dei risultati in termini di riduzione degli infortuni, ottenuta attraverso l'attivazione del sistema I.M.PRE.S@dal 2009.

Numero sopralluoghi ASL per settore di attività – Anni 2002-2009



Fonte: Direzione Generale Sanità Regione Lombardia

Il Piano Regionale ha fissato l'obiettivo strategico citato per il triennio 2008 – 2010 della riduzione del 15% del tasso complessivo d'incidenza degli infortuni sul lavoro denunciati. L'analisi degli indici di frequenza - rapportando gli eventi da fonte Inail, agli occupati da fonte ISTAT - mostra, nel primo anno di applicazione del Piano, una riduzione pari al 5% sul 2007 e del 7% rispetto al 2006.

Inoltre, in rapporto all'obiettivo specifico regionale di riduzione del 10% del numero assoluto degli infortuni mortali nel triennio 2008 - 2010, l'analisi dei casi accaduti e inseriti nel Registro Regionale degli Infortuni Mortali, nel periodo 2007/2009, mostra una riduzione di circa il 38%: sembra riaffermarsi il trend decrescente osservato nel periodo 2002 – 2005, benché si debba raffrontare il dato assoluto con le ore lavorate onde poter descrivere l'andamento in termini di tasso di incidenza.

Le azioni nel Piano di Prevenzione di Attiva 2005 - 2009

Linea "Infortuni sul lavoro"

Sistema informativo

- Raccordo del Sistema Informativo Regionale "I.M.Pre.S@" con il Sistema Informativo Nazionale Prevenzione (SINP) previsto dall'art. 8 del D. Lgs. 81/08.

Agricoltura

- Effettuazione nel 2009 di circa 1.372 sopralluoghi, valore nel quale non sono comprese, quindi, le verifiche documentali. Le aziende agricole complessivamente interessate dai controlli sono state 1.405.
- Monitoraggio dei fattori di rischio e delle dinamiche di infortunio;
- Partecipazione al sistema di registrazione nazionale degli infortuni da macchine agricole, nel quadro dei flussi informativi INAIL, ISPESL, Coordinamento delle Regioni;
- Inserimento nei data base dei dati delle schede di sopralluogo;
- Campagna di messa a norma dei trattori in collaborazione con le Polizie Locali in applicazione art. 106 Codice della Strada e promozione dello svecchiamento del parco macchine, proponendo se possibile, opportune politiche di incentivazione;
- Collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione Veterinaria per gli interventi congiunti nel settore della zootecnia;
- Coordinamento con il Piano di Sviluppo Rurale (PSR) e inserimento, in condivisione dell'accordo con la DG Agricoltura, del rispetto di requisiti di sicurezza e salubrità dei luoghi di lavoro, al fine dell'accesso ai finanziamenti pubblici previsti nello stesso PSR. Tutte le aziende che hanno richiesto il contributo regionale sono state verificate sotto il profilo della presenza degli standard di sicurezza, con esclusione dal finanziamento in loro assenza.
- Elaborazione delle seguenti linee di indirizzo:
 - linea operativa "Gestione parco macchine" per il contenimento degli eventi infortunistici nel comparto agricolo;
 - linee guida per la sorveglianza sanitaria;
 - linee guida integrate per la sicurezza in edilizia rurale e zootecnia.

Costruzioni

- Nel 2009, a fronte di 47.933 cantieri notificati, sono state effettuate 17.367 ispezioni, pari al 36%; la copertura, calcolata sul numero di aziende del settore è pari al 12% (fonte: rilevazione ISPESL 2009);
- Coordinamento degli interventi con le Polizie Locali;
- Controllo dei DPI; controllo di procedure per la movimentazione; controllo dei ponteggi; interventi mirati di prevenzione in lavori su coperture (sfondamento eternit, lucernari, manutenzione, ecc.);
- Controllo della installazione di sistemi di ancoraggio sulle coperture degli edifici;
- Promozione di Modello di Piano Montaggio, uso, smontaggio dei ponteggi (PIMUS) elaborato da Coordinamento Nazionale dei Comitati Paritetici Territoriali (CNCPT).
- Elaborazione delle seguenti linee di indirizzo:
 - prevenzione dei rischi di caduta dall'alto per il contenimento degli eventi infortunistici nel comparto edile;
 - movimentazione in quota, all'interno dei cantieri temporanei e mobili, di pallet attraverso l'uso di forche per il contenimento degli eventi infortunistici nel comparto edile.

TAV e Grandi Opere

- Realizzate azioni per assicurare il mantenimento del traguardo del 60% dei piani di lavoro realizzati secondo lo standard rispetto al numero totale dei cantieri interessati dal progetto.
- Raggiungimento dei seguenti requisiti nei cantieri lombardi:
 - adeguatezza del sistema della prevenzione (flussi informativi, rapporti tra Enti Pubblici, imprese ai diversi livelli, forze sociali);
 - rispetto dei requisiti tecnici (caratteristiche e requisiti igienico-sanitari dei campi base, procedure di sicurezza per possibili interferenze con opere viabilistiche esistenti, ecc.);
 - adeguatezza della formazione dei lavoratori e dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza;
 - adeguatezza della sorveglianza sanitaria periodica;
 - realizzazione di controlli ambientali.
- Consolidamento di un modello di sorveglianza che potrà essere impiegato per le grandi opere previste per Expo 2015.

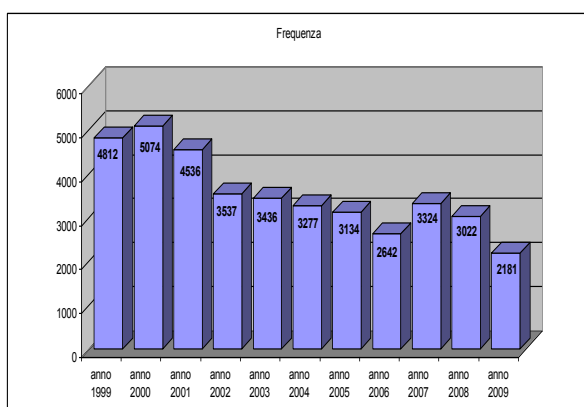
4.2.2. La prevenzione delle malattie professionali

Il trend delle patologie professionali, analogamente all'andamento che si osserva a livello nazionale, ha subito significative modificazioni nel corso degli ultimi anni: risultano diminuite le malattie d'origine esclusivamente lavorativa (es. silicosi, ipoacusia da rumore), con incremento delle malattie correlate al lavoro o a genesi multifattoriale, per le quali l'esposizione ad agenti patogeni presenti sul lavoro è solo una delle cause determinanti la malattia (es. bronchite cronica, malattie muscoloscheletriche, neoplasie).

Si rilevano due aspetti critici:

- queste patologie a eziologia multipla non vengono incluse dall'INAIL nella specifica tabella per il riconoscimento automatico del nesso causale, richiedendo al lavoratore che ne risulta portatore, l'onere della prova dell'origine lavorativa e dell'efficacia dell'esposizione subita. Tale iter determina inoltre una carenza nelle denunce all'Istituto Assicuratore con perdita di dati epidemiologici e registrazione solo parziale del fenomeno;
- vi è evidente sottotitola delle segnalazioni: è il noto fenomeno delle "malattie professionali perdute", confermato anche dai dati raccolti in Regione Lombardia e da anni oggetto d'intervento da parte degli operatori della prevenzione. In tal senso l'obiettivo in questo settore è stato soprattutto il contenimento delle malattie professionali anche attraverso l'adozione di iniziative favorevoli all'emersione delle stesse.

Dal 1999 al 2009 sono state registrate (registro regionale MALPROF) complessivamente 38.985 **malattie da lavoro** il cui andamento annuale è illustrato nel grafico seguente



Le azioni intraprese sono state mirate ad una maggiore sensibilizzazione di Medici Competenti, Medici di Medicina Generale e Specialisti Ospedalieri nonché alla implementazione/miglioramento dei sistemi di registrazione, in particolare sono stati attivati

Banca dati INAIL e Flussi INAIL – ISPEL – Regioni Sistema di registrazione MAL. PROF. – Integra Ricerca attiva di malattie professionali tramite flussi informativi tra Ospedali e SPSAL – UOOML

4.2.3. Prevenzione del rischio amianto

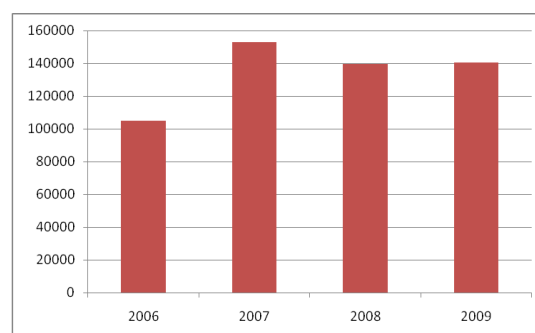
Nel 2006 ha preso il via il Piano Regionale Amianto Lombardia (PRAL) che persegue l'obiettivo strategico della rimozione dell'amianto dal territorio lombardo entro il 2016 tramite una pluralità d'azioni coordinate dalla D.G. Sanità:

- censimento dei siti, anche naturali, con presenza di amianto;
- mappatura delle coperture degli edifici in cemento amianto;
- monitoraggio ambientale delle fibre di amianto aerodisperse;
- linee guida e strumenti operativi per le bonifiche;
- sorveglianza sanitaria degli ex esposti ed esposti all'amianto e Registro Mesoteliomi.

Il PRAL è monitorato da uno specifico nucleo di valutazione - Nucleo Amianto - a cui partecipano oltre alle ASL lombarde, anche la Direzione Generale Ambiente, energia e reti, l'ARPA, l'UPL e l'ANCI.

Per quanto concerne la rimozione delle coperture in amianto, nel 2009 la quantità è stata pari a 140.436 m³.

Quantitativi (m³) di amianto bonificati in Lombardia — Anni 2006 - 2009



Fonte: Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

Per quanto concerne invece il monitoraggio ambientale effettuato da ARPA, si è evidenziato che in tutta la regione le concentrazioni di fibre di amianto aerodisperse sono notevolmente inferiori ai limiti cautelativi stabiliti dall'OMS per la popolazione generale; in particolare nel 2009-2010 in circa la metà dei filtri oggetto di analisi non è stata trovata neanche una fibra di amianto, mentre nei rimanenti casi sono state rilevate pochissime fibre, in concentrazione molto vicina al limite di rilevanza della metodica analitica (0,01 fibre/litro).

Tali basse concentrazioni di amianto in aria e ambiente, nonostante la intensa attività di bonifica dell'amianto nell'ultimo decennio, soprattutto nella provincia di Milano, sono state raggiunte da un lato grazie all'efficacia non solo delle normative europee e nazionali dall'altro attraverso un'attività di controllo da parte degli organi di vigilanza sulla base delle linee guida regionali per la gestione del rischio amianto.

4.2.4. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita e a tutela del territorio

L'attività svolta per la tutela della salute negli ambienti di vita si è articolata in più ambiti: il contributo agli atti di pianificazione territoriale ed alle valutazioni di impatto ambientale,

L'analisi e valutazione della potenziale ricaduta sanitaria di condizioni di inquinamento ambientale diffuse o puntuali, l'attività di prevenzione e controllo di inquinanti outdoor e indoor che possono causare effetti sanitari acuti.

Le ASL hanno svolto attività di rilievo ai fini della prevenzione collettiva contribuendo alla pianificazione e tutela del territorio, in collaborazione con i differenti e competenti enti istituzionali:

- interventi in procedura di VIA di competenza nazionale, 6 progetti relativi ad infrastrutture strategiche, secondo le procedure previste dalla Legge Obiettivo, e 76 progetti in VIA di competenza regionale, oltre a 347 interventi sottoposti a verifica di esclusione dalla procedura di VIA regionale;
- nella tabella è illustrato lo stato di avanzamento nel percorso di valutazione dei Piani di Governo Territoriale nelle province lombarde.

Per quanto riguarda le situazioni di inquinamento ambientale con possibili ricadute sanitarie sulla popolazione, diverse sono le situazioni territoriali identificate in Lombardia in cui le conseguenze di attività industriali, svolte in passato, hanno determinato fenomeni che in alcuni casi generano forte preoccupazione, della popolazione e delle autorità locali, per il possibile impatto sulla salute.

In queste situazioni le ASL conducono da un lato, in collaborazione con i Dipartimenti Provinciali di ARPA, i monitoraggi ambientali e sanitari e dall'altro attivano/approfondiscono indagini epidemiologiche per la valutazione degli effetti sulla salute della popolazione coinvolta.

Situazione avanzamento dei Piani di Governo del Territorio nei Comuni lombardi - aggiornamento al 31 ottobre 2009

Province	Totale Comuni	PGT avviati	PGT adottati	PGT approvati
BG	244	172 (70%)	38 (16%)	34 (14%)
BS	206	125 (61%)	40 (19%)	41 (20%)
CO	162	123 (76%)	23 (14%)	16 (10%)
CR	115	60 (52%)	43 (37%)	12 (11%)
LC	90	66 (73%)	14 (16%)	10 (11%)
LO	61	45 (74%)	10 (16%)	6 (10%)
MN	70	49 (70%)	12 (17%)	9 (13%)
MI	139	101 (73%)	18 (13%)	20 (14%)
MB	50	25 (50%)	8 (16%)	17 (34%)
PV	190	145 (76%)	31 (16%)	14 (8%)
SO	78	71 (91%)	6 (8%)	1 (1%)
VA	141	116 (82%)	22 (16%)	3 (2%)
TOTALE	1546	1098 (71%)	265 (17%)	183 (12%)

Fonte: Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

Anche nel 2009 sono state affrontate alcune situazioni critiche riguardo alle ricadute sulla salute, quali ad esempio:

- l'area ex Chimica Saronio nei Comuni di Melegnano e Cerro al Lambro, area ricompresa tra i siti contaminati di interesse nazionale, con criticità legate alle ammine aromatiche;
- l'area interessata dall'evento Icmesa con criticità legate alla presenza di diossine rinvenute nei terreni nelle aree potenzialmente interessate dai cantieri della Pedemontana, che hanno portato ad un approfondimento degli studi epidemiologici in atto da circa 30 anni attraverso il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale;
- i siti ricreativi posti nelle vicinanze della raffineria Tamoi di Cremona;
- l'area della lavorazione del legno nel Viadanese (MN) e l'area ad elevata industrializzazione dell'alto mantovano.

In altre aree si sono evidenziate situazioni di inquinamento più limitate, sulle quali le ASL sono intervenute in collaborazione con ARPA e la Regione ha esercitato un'azione di coordinamento delle attività da porre in atto:

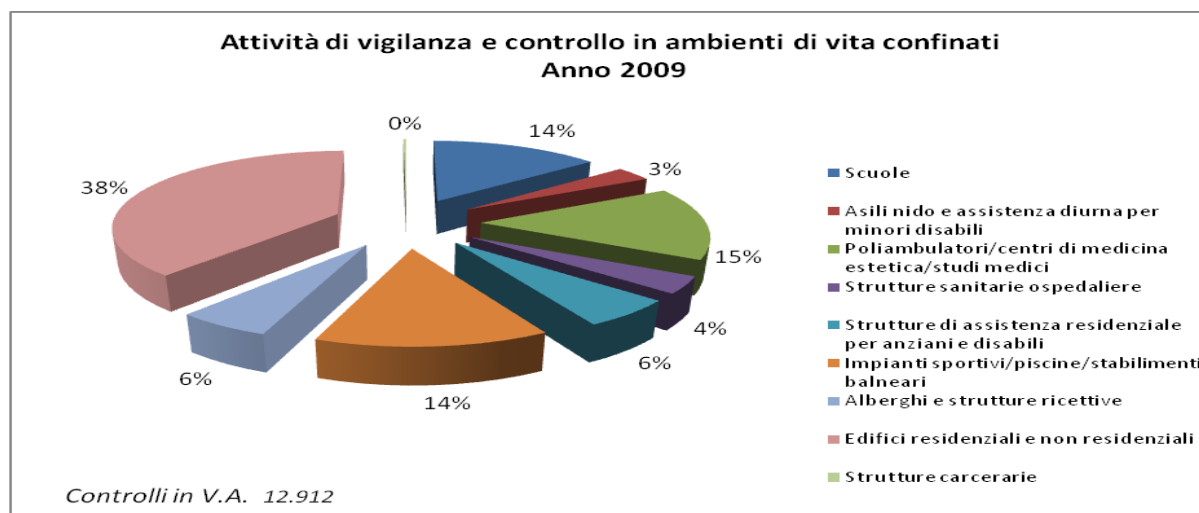
- contaminazione diffusa delle acque sotterranee da Cromo VI e Organoclorurati in: Valtrompia (BS), Comuni di Verdellino, Ciserano e Arcene (BG);
- contaminazione diffusa dei suoli da PCB in Valcamonica (BG-BS);

- contaminazione dei sedimenti del torrente Vrenda da idrocarburi policiclici aromatici (benzo(a)pirene) e nichel nel comune di Odolo (BS);
- contaminazione da PCB in terreni agricoli nel comune di San Rocco al Porto (LO);
- contaminazione da organo clorurati in falda nel comune di Saronno e altri (MI);
- area di spagliamento del Torrente Arno nel comune di Castano Primo (Va).

Per quanto concerne la verifica della qualità delle acque di balneazione, le attività di controllo svolte dalle ASL nel 2009 hanno coinvolto 190 località per un totale di 1714 controlli. Relativamente ai controlli volti alla verifica del profilo microbiologico, gli esiti hanno confermato il livello qualitativo dello scorso anno, che, per quasi tutte le località sottoposte a controllo, raggiunge il requisito di livello eccellente. Per quanto riguarda invece il monitoraggio algale, che viene svolto su quasi tutti i corpi idrici lombardi, è risultato che il fenomeno della presenza di alghe ha interessato quasi esclusivamente i corpi idrici delle province di Como e Lecco.

L'azione di vigilanza delle ASL sugli ambienti di vita confinati – sia residenziali che di servizio - si è realizzata tramite 13000 controlli circa che hanno riguardato la sicurezza degli edifici e degli impianti, la tutela delle persone sottoposte ad attività di cura e assistenza e le attività rivolte alle persone.

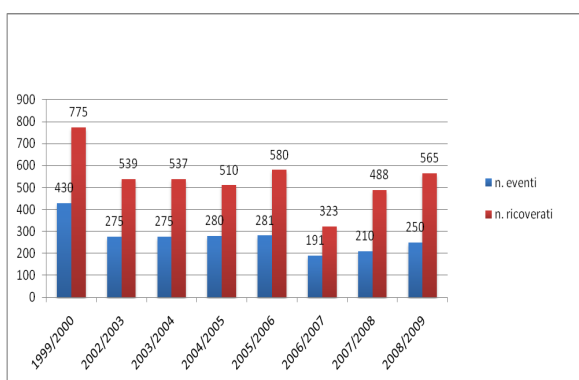
Attività di vigilanza e controllo in ambienti di vita confinati – Anno 2009



Fonte: Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

Tra le attività a tutela della salute dei cittadini vanno registrate anche quelle connesse alla prevenzione della esposizione ad inquinanti indoor; come indicatore si può considerare l'andamento delle intossicazioni acute da monossido di carbonio: si conferma la significatività e la gravità del fenomeno con 7 decessi e 565 ricoverati registrati nella stagione 2008-2009.

Andamento delle intossicazioni da CO in Lombardia dal 1999 al 2009



Fonte: Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

L'azione di vigilanza si è esplicata tramite sopralluoghi realizzati dalle ASL: nel periodo maggio 2008 – aprile 2009 sono stati effettuati complessivamente 10.844 interventi fra valutazioni indoor e attività ispettiva, di cui 5.688 di iniziativa e 5.156 su richiesta.

L'attività di controllo sulle acque destinate al consumo umano svolta nel 2009 si è concretizzata non solo nell'esecuzione di campionamenti e analisi ma anche su controlli di tipo ispettivo e documentale sulle procedure operative e i sistemi di verifica e sulle modalità di gestione dell'acquedotto (n. 4269).

I parametri oggetto di attenzione variano in relazione alle caratteristiche delle diverse aree e dipendono dalla destinazione attuale ma anche da quella pregressa delle stesse (industriale, abitativa agricola); inoltre la tipologia degli approvvigionamenti (pozzo sorgente, acqua superficiale) e le soluzioni adottate per garantirne l'idoneità all'uso influenzano le caratteristiche dell'acqua distribuita.

Gli esiti dei controlli analitici testimoniano una buona qualità delle acque distribuite dagli acquedotti lombardi. In un solo caso si è dovuto ricorrere a limitazione dell'uso dell'acqua distribuita dall'acquedotto, essendo stata ritenuta

responsabile di alcuni episodi di natura gastroenterica nella popolazione.

Per il resto, solo in rari casi si sono registrati superamenti dei limiti rispetto ai parametri controllati; non sono state segnalate nel corso del 2009 particolari situazioni che abbiano determinato, se non a scopo cautelativo, interruzioni o limitazioni della erogazione dell'acqua da parte degli acquedotti. Le aree risultate in passato interessate dalla presenza di arsenico di provenienza endogena sono diminuite (sono circa una decina di comuni ancora interessati) a seguito dell'ampliamento ed estensione delle reti acquedottistiche con opportuni interventi.

4.3. Prevenzione e profilassi delle malattie infettive

E' stata avviata la completa revisione del sistema di sorveglianza delle malattie infettive in Lombardia alla luce dei principi di efficacia e di semplificazione, attraverso le seguenti azioni:

- la definizione di protocolli e procedure di controllo sulla base dell'Evidence Based Prevention (EBP), la diffusione delle innovazioni introdotte attraverso materiale informativo con particolare attenzione alle collettività (ad es. il manuale "Malattie infettive e comunità infantili", condiviso anche dal Canton Ticino);
- la definizione della rete dei laboratori di riferimento per le singole patologie;
- l'adozione di un sistema informativo avanzato, *MAINF*, per la registrazione delle malattie infettive, in grado di alimentare il sistema informativo nazionale e costruito in modo da consentire il successivo raccordo con il sistema europeo. Tutti i dati sono stati resi anonimi e disponibili attraverso un portale, ad accesso riservato per gli operatori sanitari, che consente di visionare, in tempo reale, l'andamento delle principali malattie infettive per diversi parametri (età, sesso, residenza, modalità di contagio, fattori di rischio, esami e terapie effettuate): ciò ha consentito di produrre a partire dal 2006 diversi report (15 circa, disponibili sul sito web della DG Sanità www.sanita.regione.lombardia.it, nella scheda *Influnews*) sull'andamento delle malattie infettive nella regione, a cui si rimanda per la consultazione di dati analitici e più dettagliati, consentendo a tutti gli attori del sistema la conoscenza del fenomeno;

- d. la predisposizione, nel 2006, del Piano Pandemico Regionale da cui discendono i Piani Locali di ciascuna ASL, la costituzione del Comitato pandemico regionale e l'avvio di uno studio, in collaborazione con l'Istituto di Virologia dell'Università degli Studi di Milano, sulla circolazione del virus dell'influenza aviaria in un campione di lavoratori di allevamenti avicoli. Per fronteggiare la circolazione del virus A/H1N1 è stato somministrato il vaccino pandemico a più di 150.000 persone, sulle quali è in corso uno studio di efficacia in collaborazione con l'ISS.
- e. nell'ambito più specifico della prevenzione dell'HIV e della lotta all'AIDS, l'azione si è indirizzata verso una conoscenza più approfondita dello scenario epidemiologico che si è delineato in questo ultimo decennio: i dati, anonimi e derivanti dai flussi informativi già disponibili, sono stati analizzati dalla commissione regionale AIDS, per comprendere la diffusione dell'infezione da HIV (i soli dati relativi all'AIDS non sono infatti sufficienti a capire il fenomeno, a fronte della disponibilità di farmaci che ritardano di anni l'evoluzione dall'infezione alla malattia). Per consentire una migliore conoscenza delle condizioni e dei comportamenti che espongono maggiormente al rischio di contagio è stato promosso ed avviato dal dicembre 2008, uno studio in

collaborazione con l'Università di Brescia e l'Istituto Superiore di Sanità, i cui risultati preliminari indicano una prevalenza di soggetti di sesso maschile (78%) e con età media di 39 anni; rispetto alle modalità di contagio, il 51% degli intervistati ha riferito rapporti eterosessuali e il 41% pregressi rapporti omobisessuali.

Per quanto riguarda la strategia in ambito vaccinale, è stato aggiornato il Piano Regionale Vaccini definendo:

- il calendario delle vaccinazioni raccomandate, con una offerta più estesa rispetto a quella nazionale (antipneumococcica sia per l'infanzia che per adulti; antimeningococcica fino a 18 anni);
- l'informatizzazione dei dati di vaccinazione dei minori con collegamento alla carta SISS; in tal modo è possibile calcolare costantemente i livelli di copertura vaccinale raggiunti;
- i requisiti di qualità dei servizi vaccinali, che hanno comportato la revisione della rete regionale degli ambulatori vaccinali;
- il superamento dell'obbligo tramite accordo col Tribunale dei minori, rinnovato nel 2010.

Vaccinazioni effettuate contro virus A/H1N1 - Dati aggiornati al 18 aprile 2010

Fonte: Direzione Generale Sanità Regione Lombardia

Categorie	Totale vaccinati
Personale sanitario	35.870
Forze dell'ordine e personale non sanitario addetto ai servizi essenziali	6.757
Donne in gravidanza	6.542
Donne madri < di 6 mesi/ famigliari di malati cronici	1.412
Donatori sangue	283
Soggetti con patologie croniche	101.494
Bambini e ragazzi da 0 a 17 aa	1.722
Totale	154.080

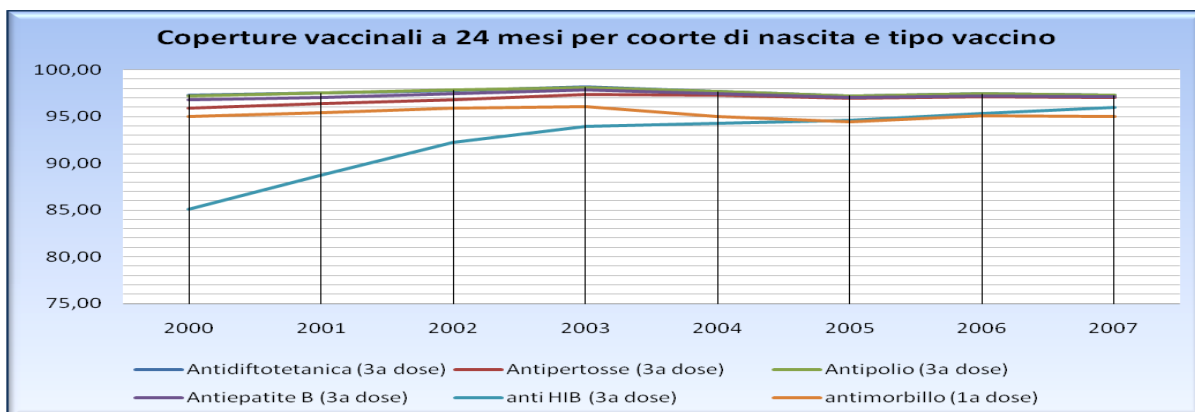
Il grafico che segue evidenzia il raggiungimento degli obiettivi di copertura per tutte le vaccinazioni "raccomandate" nel Piano Vaccini regionale (vaccinazione dell'infanzia previste nei LEA e vaccinazione contro morbillo-parotite-rosolia).

Nel 2008 è stata avviata la vaccinazione nelle undicenni con vaccino anti HPV, nell'ambito di una più complessiva strategia di contrasto del carcinoma della cervice uterina, che prevede, oltre alla vaccinazione, la qualificazione del pap

test (che pur essendo svolto da circa l'80% delle donne lombarde, viene spesso effettuato al di fuori delle strutture sanitarie accreditate) ed il raggiungimento delle donne che non vi si sono mai sottoposte e che appartengono, generalmente, alle fasce socialmente deboli.

Nei primi mesi del 2010 sono state dettate specifiche disposizioni per rendere disponibile, ad un prezzo "sociale", il vaccino contro il papilloma virus, presso strutture ambulatoriali specialistiche accreditate.

Copertura vaccinale raggiunta in Lombardia. Anni 2000-2007



Fonte: Direzione Generale Sanità Regione Lombardia

Le azioni nel Piano di Prevenzione di Attiva 2005 - 2009	
Linea "Vaccinazioni"	
•	Informatizzazione completa delle vaccinazioni per i nati dopo il 1990 e trasferimento sul Fascicolo sanitario elettronico per le coorti successive al 2000;
•	Costituzione di banche dati per i soggetti a rischio in ogni ASL con offerta attiva delle relative vaccinazioni;
•	Obiettivo di copertura vaccinale superiore al 95% per tutte le vaccinazioni dell'infanzia incluse nei LEA; in particolare dalla coorte 2006 è stata raggiunta la copertura prevista per morbillo-parotite-rosolia.

4.4. Promozione della salute e di stili di vita salubri

L'attività di prevenzione è stata indirizzata verso la revisione metodologica e riorientata in un'ottica di promozione della salute e di azione sinergica tra i diversi soggetti coinvolti.

Ciò ha comportato:

- la costituzione di una commissione regionale interistituzionale "Promozione della salute e stili di vita sani" (Decreto Direttore Generale Sanità n. 2078 del 27/02/2006) con l'obiettivo di attivare processi intersettoriali tra Direzioni

Generali regionali e Ufficio Scolastico regionale attraverso la condivisione di principi, metodologie, obiettivi e strumenti fino a siglare il "Protocollo d'intesa per le attività di promozione ed educazione alla salute nelle scuole";

- la predisposizione congiunta con Ufficio Scolastico Regionale di linee guida didattiche ("Promossi alla salute" - "Elementi per la lettura qualitativa degli interventi di Educazione Sanitaria proposti alle scuole" - "Elementi caratterizzanti una scuola che promuove salute") per lo sviluppo di interventi educativi curriculari realizzati dalle scuole in tema di promozione di stili di vita sani;

- l'attuazione di percorsi formativi per sostenere l'efficacia e la qualità degli interventi e per sostenere lo sviluppo di una progettazione locale efficace, integrata, coerente ai problemi di salute delle comunità e che consenta continuità di risposta;
- investimento nella ricerca con un progetto nazionale (ex art.12 lett.b) del decreto legislativo n. 502/92) "Valutazione di efficacia e definizione di modello integrato di promozione della salute", con capofila la Lombardia e la partecipazione di Puglia, Emilia Romagna, Veneto e Piemonte, delle Università degli Studi di Pavia e Perugia, dello IULM di Milano e del Centro Cochrane Italiano, per identificare elementi di efficacia teorica e pratica e relativi indicatori per l'area della promozione di stili di vita sani, esitato in:
 - 2007 - documento di "Raccomandazioni per gli operatori" (DGR VIII 006222)
 - 2008 - Convegno Nazionale di presentazione e discussione dei risultati con rappresentanti di realtà scientifiche e istituzionali nazionali, professionisti, pianificatori regionali e locali, Istituzioni scolastiche, Enti Locali e Associazioni.
 - 2008 - realizzazione di un sito web per rendere disponibili conoscenze, metodologie, esperienze e risorse per lo sviluppo di azioni efficaci e politiche integrate (www.promozionesalute.regione.lombardia.it).

Le azioni nel Piano di Prevenzione di Attiva 2005 – 2009
Linea "Obesità"
<ul style="list-style-type: none"> • Percorsi formativi per potenziare le competenze di progettazione e valutazione mediante un approccio integrato, efficace, intersettoriale e sostenibili. • Indirizzi regionali sulla prevenzione e la gestione integrata ospedale-territorio del sovrappeso e dell'obesità "Linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione integrata ospedale-territorio del sovrappeso e dell'obesità 2008-2010". • Attuazione a livello territoriale dei progetti "Piedibus" / "Walkingbus" e "Gruppi di cammino" per la promozione dell'attività fisica nel target bambini e adulti. • I risultati raggiunti sono descritti, nei report pubblicati nel 2009 e nel 2010
Linea "Incidenti stradali"
<ul style="list-style-type: none"> • Nel periodo 2000/2007 in Lombardia si è registrato un decremento del 13,6% per quanto riguarda il numero di incidenti, del 28% nel numero dei morti e del 17% in quello dei feriti. • Lo studio analitico ed epidemiologico dei ricoveri ospedalieri basato sulle SDO in seguito ad incidente stradale nel periodo 2003/2007 ha evidenziato una riduzione del numero assoluto di ricoveri per incidente stradale (2003: 14.506; 2007: 11.562) ed una riduzione della percentuale dei ricoveri per incidenti stradali su tutti i ricoveri (2003: 1,1% - 2007: 0,8 %).
Linea "Infortuni domestici"
<ul style="list-style-type: none"> • Attuate nel 2008 le campagne informative regionali "Ricordati di proteggerlo" sulla prevenzione delle intossicazioni acute in età pediatrica e quella "Consigli senza età per prevenire le cadute in casa" sulla prevenzione delle cadute degli anziani. • Avviato a livello locale il processo di attivazione comunitaria sulla prevenzione "Cadute anziani" mediante la costruzione di una rete partecipata locale. • Lo studio analitico ed epidemiologico dei ricoveri ospedalieri basato sulle SDO in seguito ad infortuni domestici nel periodo 2005-2008, ha evidenziato una diminuzione del 21% dei ricoveri dovuti ad avvelenamento nei bambini (0-3 anni), nonché una riduzione dell'1% dei ricoveri dovuti a tutte le tipologie di infortuni domestici in questa fascia d'età. • Nel periodo 2005-2008, si è verificata una diminuzione del 5% dei ricoveri dovuti a fratture degli anziani (65 anni ed oltre), nonché una riduzione del 6% dei ricoveri totali dovuti ad infortuni domestici negli anziani di età >74 anni.
Linea "Complicanze del diabete"
<ul style="list-style-type: none"> • Definito a livello regionale un set minimo di indicatori di processo, di esito e di costo finalizzata alla gestione integrata della patologia diabetica. • Attuazione da parte di tutte le ASL lombarde dei programmi di gestione integrata del diabete con una sostanziale uniformità di indicazioni operative, in coerenza con le normative regionali. • Condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici fra clinici; conseguente avvio del Day Service Ambulatoriale per i diabetici con complicanze in seguito alla realizzazione del progetto RADICI (Reti A Diversa Intensità di Cura Integrate – programma ricerca 2004, Ministero Salute ex art.12, lett. b D. Lgs. 502/92).
Linea "Rischio cardiovascolare"
<ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione di un sistema informativo regionale per la raccolta dei dati sul rischio cardiocerebrovascolare da parte di MMG . • Pur in assenza di un accordo specifico regionale, ciascuna ASL ha avviato, con diversi gradi di copertura, accordi e modalità specifiche per la somministrazione della carta attraverso i medici di medicina generale. • Invio, tramite sistema informativo regionale, da parte delle ASL dei dati raccolti dai MMG sino al 3% della popolazione target. • Valutazione dei progetti innovativi regionali proposti nel 2007 e nel 2008 per l'applicazione del piano cardiocerebrovascolare.
Linea "Recidive degli accidenti cardiovascolari"
<ul style="list-style-type: none"> • Sperimentazione di modelli di gestione innovativa del paziente cardiopatico al domicilio: telemedicina. • Emanazione del documento tecnico "Organizzazione in rete e criteri di riconoscimento delle unità di cura Cerebrovascolari (UCV-stroke unit)", che riporta una sezione specifica sugli aspetti riabilitativi quale base per un follow-up strutturato del paziente.

Nell'ambito del sostegno ai comportamenti salutari, in particolare a tutela dell'infanzia, è da ricondurre l'attività di promozione dell'allattamento al seno. Nel corso del 2006, a conclusione di un percorso formativo/informativo per i professionisti coinvolti, è stata effettuata una indagine durante l'accesso alle vaccinazioni dell'infanzia sulla prevalenza, esclusività e durata dell'allattamento al seno, i cui risultati evidenziano come alla nascita l'allattamento al seno (esclusivo) sia pari al 79% per ridursi al 40% alla prima seduta vaccinale. Tale risultato suggerisce di rivalutare le modalità assistenziali (contatto precoce, protocolli per l'ipoglicemia neonatale e alimentazione con formula, attuazione del rooming in 24/24 ore ecc.) nei diversi "punti nascita", e di focalizzare l'attenzione anche sulle modalità di attivazione della rete di sostegno ospedale - territorio, sulla tempistica e sulle modalità di presa in carico in particolare dalla pediatria di famiglia, ed infine, sulle competenze cognitive e relazionali (counselling) possedute dagli operatori sanitari sia territoriali che ospedalieri.

Per quanto riguarda l'incidentalità stradale, si è concorso alla stesura del Piano regionale per la sicurezza stradale del 2009; inoltre dall'elaborazione dei dati dei Piani Integrati Locali di Promozione della Salute delle ASL emerge che tutte hanno recepito le "Linee guida per la prevenzione degli infortuni da traffico veicolare" realizzando azioni diversificate: interventi informativo-comunicativi, educativi in collaborazione con Istituzioni Scolastiche, Associazioni e Scuole guida, e realizzazione di sistemi di sorveglianza locale nell'ambito delle attività di rilascio/rinnovo della patente di guida.

4.5. Attività di screening oncologico

Negli ultimi anni notevoli risorse sono state indirizzate, con il raggiungimento di importanti obiettivi nell'implementazione dello screening mammografico per il carcinoma mammario e dello screening con la ricerca del sangue occulto nelle feci per il carcinoma del colon retto.

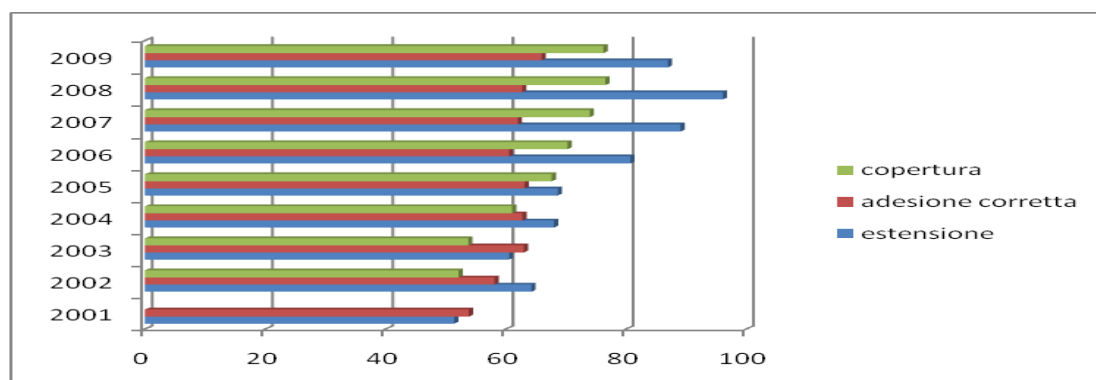
Tutte le 15 ASL lombarde hanno attivato programmi di screening mammografico da circa 10 anni. Ciò significa che tutte le donne residenti tra i 50 ed i 69 anni di età (1.232.000 circa in Lombardia) sono candidate all'invito attivo, di solito tramite lettera personalizzata, ad effettuare una mammografia bilaterale ogni due anni circa.

Nel 2009 sono state complessivamente invitate dai programmi 530.728 donne e di queste hanno effettuato la mammografia aderendo all'invito 296.117. Il dato di estensione (cioè il numero di donne che hanno effettivamente ricevuto nell'intervallo di screening un invito attivo sul totale delle donne aventi diritto), nel biennio 2008 -2009 è pari al 91.5%, mentre il dato nazionale di riferimento è pari al 62%.

Inoltre il tasso di adesione all'invito (cioè il numero delle donne rispondenti sul totale delle donne invitate, tenuto conto di coloro che hanno già fatto una mammografia recente) è pari al 65.6%, superiore al dato nazionale di riferimento per il 2008 (60%).

I risultati raggiunti in termini di capacità diagnostica hanno consentito nel 2008 di individuare e trattare nell'ambito dei programmi di screening in Lombardia 1116 cancro: di questi il 10% circa sono carcinomi cosiddetti "in situ", cioè molto precoci e localizzati ed il 25% circa sono tumori di dimensioni inferiori al centimetro. L'87% dei tumori diagnosticati sono stati sottoposti a trattamento chirurgico conservativo.

Screening mammografico in Lombardia: estensione degli inviti, adesione corretta e copertura Anni 2001-2009



Fonte: Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

Per quanto riguarda la prevenzione del carcinoma coloretale, le 15 ASL lombarde hanno attivato programmi di screening a partire dal 2005.

Tutti i residenti tra i 50 ed i 69 anni di età (2.481.000 circa in Lombardia) sono candidati a ricevere l'invito, tramite lettera personalizzata, ad effettuare una ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni circa. Ai soggetti positivi al test di screening viene proposta l'esecuzione di una colonscopia di approfondimento.

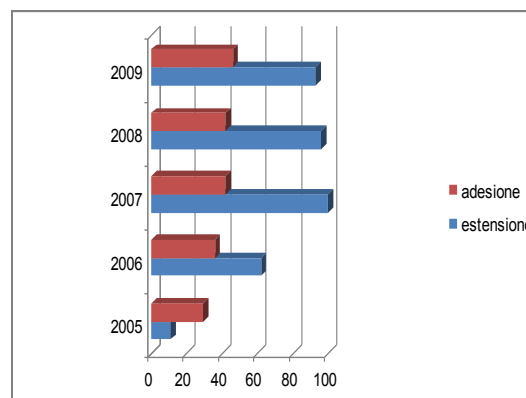
Nel 2009 sono state complessivamente invitate dai programmi 1.116.688 persone, e di queste hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci, aderendo all'invito 502.841 persone.

Il dato di estensione, nel biennio 2008 - 2009 è pari al 94%, mentre il dato nazionale di riferimento è pari al 71 %. Inoltre il tasso di adesione all'invito è pari al 46.9%, in linea con il dato nazionale di riferimento per il 2008 (47.5%).

Nel 2008 sono stati diagnosticati e trattati 994 cancri del colon retto, di cui 192 (19.3%) adenomi cancerizzati, e 5.685 adenomi ad alto rischio di trasformazione neoplastica, cioè oltre un terzo delle lesioni identificate allo screening in Italia

nello stesso anno (2.518 carcinomi e 13.178 adenomi avanzati a livello nazionale). Il 30% dei cancri ed il 95% degli adenomi avanzati diagnosticati allo screening sono stati sottoposti a trattamento endoscopico.

Screening del carcinoma colon rettale in Lombardia: estensione degli inviti ed adesione corretta 2005-2009



Fonte: Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

Le azioni nel Piano di Prevenzione di Attiva 2005 - 2009
Linea "Screening oncologici"
<p>Screening per carcinoma della mammella Il 99% delle donne da 50 a 69 ricevono ogni biennio l'invito ad effettuare la mammografia e di esse il 60% aderisce, cui si aggiunge un ulteriore 20% che si reca spontaneamente ad effettuare l'indagine; essendo lo screening adottato nella nostra regione già dal 2000, è possibile osservare una riduzione della mortalità per questa neoplasia.</p>
<p>Screening per carcinoma del colon retto Avviato nel 2005, è giunto a regime nel 2008, con l'invito biennale al 99% de uomini e donne di età compresa tra i 50 e i 69; l'adesione media regionale è del 40%, in ragione della diffusione recente di questa proposta preventiva (sul complesso di questo screening, la Lombardia concorre per la metà della casistica nazionale).</p>
<p>Screening del carcinoma della cervice uterina Le donne tra i 25 ed i 65 anni che eseguono il pap test nella nostra regione sono l'80%, sia a seguito di invito (solo 6 ASL conducono programmi organizzati), sia presentandosi spontaneamente a strutture accreditate o professionisti privati; nel 2009 tutti i pap test eseguiti presso strutture pubbliche o private accreditate sono stati registrati nei flussi informativi regionali.</p>

4.6. Sicurezza e qualità alimentare

A fronte del complessivo riordino della normativa comunitaria, caratterizzato dalla forte responsabilizzazione degli operatori del settore alimentare, a livello regionale sono stati emanati provvedimenti volti a precisare le modalità di applicazione delle direttive dell'Unione Europea e a stabilire linee guida per la gestione di specifici ambiti tra i quali rientrano: i criteri per l'applicazione del sistema di autocontrollo HACCP, le procedure per la rintracciabilità e l'eventuale ritiro dal mercato dei prodotti e le indicazioni per la gestione delle emergenze alimentari, la sorveglianza nutrizionale e la formazione degli operatori.

Regione Lombardia ha puntato fortemente anche sul rafforzamento della sicurezza alimentare attraverso:

- l'integrazione della filiera alimentare e l'attuazione dei regolamenti comunitari di sicurezza e igiene;
- lo sviluppo di accordi con il mondo della produzione, della trasformazione e della grande distribuzione. La stipula del Patto per la sicurezza e la qualità alimentare (13 novembre 2003) ha portato ai seguenti risultati:
 - a. protocolli base per l'applicazione della rintracciabilità alle filiere lombarde
 - b. istituzione di un Comitato Consultivo per la sicurezza finalizzato ad ottimizzare la comunicazione tra i soggetti della filiera alimentare e la pubblica amministrazione
 - c. iniziativa pilota di valorizzazione dei prodotti lombardi presso la grande

distribuzione organizzata;

- la riorganizzazione e razionalizzazione delle procedure per la gestione del Sistema di allerta per alimenti che ha comportato:
 - a. l'individuazione a livello regionale a partire dal 2006 di un unico punto di contatto regionale per il Sistema di allerta rapida della Comunità Europea e la attivazione presso ogni ASL a partire dal 2007 di un analogo punto di contatto unico per la gestione dei sistemi di allerta a livello locale;
 - b. la realizzazione di un sistema informatico per la gestione delle notifiche di allerta da parte del Punto di contatto regionale e dei Punti di contatto delle ASL, utilizzato da tutte le ASL a partire dal 2008. Il sistema è entrato in funzione progressivamente e nel corso degli ultimi tre anni è stato lo strumento per gestire la notifica e gli interventi di controllo; le attivazioni sono mediamente 120/anno;
- la pianificazione delle attività di controllo da parte delle ASL secondo il criterio di analisi della graduazione del rischio.

La tabella evidenzia nel 2009:

- un consistente aumento del numero di attività controllate, a fronte di un numero di ispezioni sostanzialmente in linea con quello dell'anno precedente; ciò si spiega con il fatto che si è operata una razionalizzazione delle modalità di intervento nei controlli ufficiali, utilizzando non solo lo strumento dell'intervento ispettivo ma anche quello della valutazione documentale;

Controlli delle ASL (DPM) su operatori del settore alimentare, e relativi esiti, ai fini della igiene degli alimenti non di origine animale in Lombardia, Anni 2008-2009 — Fonte: Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

	2008	2009
Numero di unità presenti sul territorio	88.095	103.886
Numero di unità controllate	20.673 pari al 23,5% delle unità presenti	26.742 pari al 25,7% delle unità presenti
Numero di ispezioni	38.798	37.198
Numero di unità con infrazioni	4.969 pari al 24,0% delle unità controllate	8.357 pari al 31,2% delle unità controllate
Provvedimenti	6.457	7.799

- un incremento del numero di attività economiche nelle quali sono state evidenziate situazioni di non conformità; tale risultato trova motivazione nel fatto che si sono affinate le capacità di analisi e graduazione dei rischi da parte delle ASL, che hanno indirizzato meglio i controlli sulle attività economiche più critiche fermo restando che le infrazioni constatate rappresentano, talvolta, criticità facilmente risolvibili.

Per quanto riguarda invece l'attività di controllo sulla qualità degli alimenti messi a disposizione del consumatore, sono stati eseguiti campionamenti sia nella fase di produzione sia nella fase di commercializzazione: interessando alimenti

prodotti in Lombardia e alimenti provenienti da altre regioni o nazioni.

Inoltre l'attività di campionamento è stata influenzata anche da episodi di allerta e da campagne specifiche di controllo su alcune tipologie di alimenti.

Tali elementi vanno tenuti in considerazione nel valutare i dati che vengono riassunti nella sottostante tabella, la quale evidenzia una sensibile diminuzione del numero di non conformità sia dal punto di vista sostanziale (composizione, quantità, ingredienti, ecc.) sia dal punto di vista formale (etichetta, confezione, ecc.).

Controlli analitici delle ASL, e relativi esiti, su campioni di alimenti non di origine animale in Lombardia —Anni 2008-2009

	anno 2008			anno 2009		
	campioni prelevati	irregolari	%	campioni prelevati	irregolari	%
TOTALE	7780	523	7	6309	229	4
MATRICI PIÙ CAMPIONATE						
grassi ed oli	371	35	9	320	14	5
bevande non alcoliche (comprese acque minerali)	662	80	12	346	13	4
ortofruttilicoli freschi e trasformati	1138	73	6	959	24	3
cereali	1903	117	6	1182	34	3
prodotti di gastronomia	2135	167	7	1890	92	5

Fonte: Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

CAPITOLO 5.

Priorità della prevenzione

5.1. Principi e obiettivi

Il contesto descritto nel capitolo 2 evidenzia un mutamento demografico, epidemiologico, sociale ed economico di cui non vi è ancora forse piena e diffusa consapevolezza, ma che richiede una radicale ridefinizione degli obiettivi di prevenzione, da parte del Servizio Sanitario Regionale e di tutti i soggetti, istituzionali e non, che vi concorrono.

Se per molti decenni obiettivo principe è stato la riduzione della mortalità generale e, conseguentemente l'allungamento della vita, ora, a fronte dell'invecchiamento progressivo della popolazione e dell'incremento di persone con patologie croniche e invalidanti, non solo tale obiettivo non è verosimilmente migliorabile, ma, senza modifica della struttura demografica che consenta un aumento relativo della popolazione giovane, esso è destinato a peggiorare.

Poiché, infatti, l'evento morte è inevitabile, è evidente che in una popolazione nella quale si incrementa ulteriormente la frazione anziana – e ciò avverrà a maggior ragione nei prossimi dieci anni – il numero assoluto e relativo di decessi non può che aumentare.

Nell'ambito dei **macro obiettivi di salute e prevenzione** è dunque necessario:

- intraprendere politiche a sostegno della natalità e a tutela dei minori con particolare attenzione agli ambiti di fragilità sociale;
- focalizzare l'attenzione sulla mortalità in età giovane-adulta, individuando le cause rispetto alle quali sia effettivamente possibile intervenire (cosiddetta mortalità evitabile);
- contribuire a migliorare stili e ambienti di vita, intervenendo sui fattori positivi e negativi che influiscono sull'insorgenza delle principali patologie croniche, per potenziare i primi e ridurre la presenza

dei secondi;

- avviare politiche di qualità per la diagnosi precoce, la cura e la riabilitazione che ne migliorino gli effetti e l'efficacia e riequilibrino le risorse a disposizione verso le patologie a maggior impatto.

A tali macro obiettivi vanno affiancati **tre principi** che debbono guidare nella programmazione in ambito preventivo:

- **l'approccio deve riguardare la persona e la comunità nella sua interezza** e non le singole malattie o determinanti: la visione e gli obiettivi riguardano il benessere complessivo, come derivante dall'azione di più fattori che si intersecano fra loro – patrimonio genetico, ambiente fisico e sociale, comportamenti e stili di vita individuali e collettivi, riferimenti valoriali – e non la settorializzazione in malattie, fattori di rischio, fattori protettivi visti singolarmente;
- molti degli obiettivi già raggiunti, quali ad esempio la riduzione della mortalità infantile, l'incremento della aspettativa di vita, la bassa incidenza di alcune malattie infettive, la disponibilità di alimenti qualitativamente adeguati, richiedono che **le azioni preventive già poste in atto siano mantenute**: dunque anche malattie o fattori di rischio attualmente "*sotto controllo*" necessitano il proseguimento delle azioni che hanno determinato tale stato;
- per quasi tutti gli obiettivi vi è una soglia che è inverosimile pensare di superare: azzerare alcune malattie o fattori di rischio che le determinano può apparire *suggestivo*, ma non è compatibile né con il rischio intrinseco ad ogni attività umana, né con la libertà individuale che in ultima analisi è all'origine di scelte e stili di vita.

La definizione di obiettivi di prevenzione realistici potrà dunque prevedere, per esempio, un contenimento di incidenti e infortuni, ma non il loro annullamento, come pure campagne e iniziative di sensibilizzazione potranno consentire che una maggior quota di popolazione non acquisisca l'abitudine al fumo o abbia un'alimentazione sana ma non certo che la totalità della popolazione si adegui a tali indirizzi.

5.2. Le priorità della prevenzione in Lombardia nel triennio 2010-2012

Alla luce di tali obiettivi e principi, si evidenziano di seguito le priorità individuate nel contesto regionale, rispetto alle quali verranno intraprese azioni e promosse iniziative.

5.2.1. Obiettivi raggiunti, obiettivi da mantenere

E' indiscutibile che i maggiori risultati, in termine di prevenzione, raggiunti nel secolo scorso, siano da attribuire alle azioni "di sistema" che hanno consentito che la società, nel suo complesso, migliorasse le condizioni dell'ambiente, delle abitazioni, dei luoghi di vita collettiva e dei luoghi di lavoro, dei servizi di distribuzione dell'acqua e di raccolta e smaltimento dei rifiuti, della produzione e preparazione degli alimenti.

Tali obiettivi sono stati conseguiti grazie a normative innovative ed all'azione di promozione e controllo svolta da diverse istituzioni, a partire dalle strutture sanitarie del SSR, innanzitutto ASL e Aziende Ospedaliere.

Oltre che da fattori contingenti – in primo luogo la globalizzazione – il rischio che tali risultati non siano mantenuti deriva proprio da un possibile calo di attenzione da parte di chi ha la responsabilità del controllo, come pure dall'incapacità a rivedere profondamente il proprio approccio e ruolo.

Mentre in passato era sufficiente che ASL, Provincia, Comune verificassero la presenza di alcuni requisiti, prevalentemente di natura strutturale, perché un'impresa o una scuola o un ospedale iniziassero a funzionare, è ora necessario che l'attenzione sia spostata sulla qualità di tale funzionamento nel tempo: ciò richiede un riorientamento delle competenze del personale deputato all'attività di controllo, in particolare verso le innovazioni tecnologiche e i sistemi di gestione, e contestualmente il pieno

riconoscimento delle responsabilità d'impresa.

E' cioè necessario uscire da una mentalità esclusivamente repressiva, che contrappone controllore e controllato in una reciproca attribuzione di carenze, per far crescere tutto il sistema, nel quale ciascuno gioca il proprio ruolo ma per un obiettivo comune.

Anche nell'ambito "storico" della prevenzione e controllo delle malattie infettive gli importanti risultati raggiunti sia in termini di copertura vaccinale che di *ristrutturazione del sistema* attraverso l'adeguamento dei supporti informativi e la revisione delle prassi alla luce dell'EBP, richiedono azioni che ne garantiscano il mantenimento.

Conseguentemente si individua il seguente primo gruppo di priorità :

- ◇ migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'attività di controllo degli ambienti di vita e di lavoro e a tutela della sicurezza alimentare, a conferma di quanto già contenuto nei precedenti capitoli del presente Piano, proseguendo quanto già intrapreso con il percorso di semplificazione delle procedure amministrative e di responsabilizzazione d'impresa, e in particolare:
 - disporre di una completa ed aggiornata conoscenza del contesto produttivo e del territorio nel quale si opera, delineando il profilo con sistemi informativi adeguati, anche di georeferenziazione, dei settori - primario, secondario e terziario - attraverso l'informatizzazione e condivisione di tutte le banche dati disponibili, in integrazione con le Camere di Commercio, le Direzioni Regionali e Provinciali del Lavoro, l'ARPA, le Province e i Comuni, l'INPS e l'INAIL;
 - individuare le attività economiche che presentano maggiori rischi per la salute, sia della popolazione che dei lavoratori, concentrando su di esse i controlli;
 - spostare l'attenzione dai soli requisiti strutturali preventivi ai requisiti di funzionamento a posteriori: attraverso l'analisi dei piani di autocontrollo e di valutazione dei rischi delle imprese, come previsto dalle direttive europee in materia di sicurezza alimentare, sicurezza nei luoghi di lavoro, sicurezza negli ambienti di vita e nelle reti di servizi, e la verifica della loro corretta applicazione;

- avviare un meccanismo virtuoso che, dando trasparenza all'azione di controllo dell'ASL, evidenzi quali sono le non conformità o violazioni più comuni, consentendo così di avviare l'adeguamento delle normative per migliorare complessivamente la qualità di tutti i sistemi;
- ◇ incrementare la capacità di intervento sistemico sul contesto ambientale locale operando in collaborazione con gli altri soggetti coinvolti, amministrazioni ed enti, nella programmazione territoriale e del patrimonio urbanistico, a tutela della salubrità degli ambienti di vita, attraverso la lettura integrata delle informazioni derivanti dal territorio;
- ◇ mantenere i risultati raggiunti nel campo della prevenzione e controllo delle malattie infettive, ed in particolare:
 - i livelli di copertura vaccinale raggiunti;
 - il monitoraggio delle patologie infettive non suscettibili di vaccinazione, così da evidenziare precocemente eventuali trend negativi;
- ◇ aumentare efficienza e qualità dell'accesso alla prestazione vaccinale, revisionando la rete degli ambulatori ed includendo in essi anche i medici e pediatri di famiglia, grazie alla disponibilità dell'anagrafe informatizzata per tutti i nuovi nati.

5.2.2. Responsabilità nelle scelte individuali

In relazione alla promozione di stili di vita sani, nel secolo scorso l'attenzione dei servizi di prevenzione è stata puntata soprattutto all'obiettivo di diffondere conoscenze corrette, come:

- iniziative per la lotta al fumo, alcol e droghe;
- educazione alimentare;
- comportamenti responsabili nei rapporti sessuali;
- sensibilizzazione nei confronti di vaccinazioni e screening oncologici;
- educazione alla convivenza civile responsabile con interventi di educazione stradale e alla guida sicura;
- utilizzo delle misure di protezione in ambito lavorativo;
- prevenzione degli incidenti domestici.

Oggi è però necessario fare un salto di qualità in quanto è ormai noto a tutti che la sola informazione/conoscenza sulle ricadute negative per la salute di un comportamento non basta a determinare la scelta di evitarlo, e nemmeno conoscere le ricadute positive di altri comportamenti ne determina automaticamente l'adozione. E' quindi necessario uno sforzo molto più rilevante sia per implementare interventi che favoriscano l'adozione, la sostenibilità e quindi il consolidamento delle scelte salutari da parte di ciascuno, che per superare l'estemporaneità degli interventi stessi, riconoscendo che essi non possono essere appannaggio dei soli servizi di prevenzione ma richiedono l'attivazione di ruoli e responsabilità di tutti i settori, in primis la scuola e più in generale i soggetti del sistema educativo, quindi le istituzioni, le amministrazioni e gli enti, ed il coinvolgimento di associazioni e della società civile nel suo complesso.

Ne discende che in questo ambito è prioritario:

- proseguire nel percorso regionale attivato con l'Ufficio Scolastico per la Lombardia, con cui nel 2006 è già stato siglato un protocollo di intesa, affinché le scuole diventino luoghi di promozione della salute sia mediante l'integrazione dei temi dell'educazione alla salute nei programmi curriculari realizzati dagli insegnanti, che attraverso cambiamenti ambientali e organizzativi, nell'ambito di processi sviluppati localmente con il supporto delle ASL;
- individuare su alcuni temi trasversali e di interesse generale, specifiche campagne regionali di informazione, anche con l'utilizzo dei nuovi canali multimediali, che favoriscano sani stili di vita;
- sostenere degli interventi che aumentino le opportunità di cessazione al fumo nelle donne e il miglioramento qualitativo dell'offerta di percorsi di disassuefazione al fumo;
- sviluppare percorsi di attivazione delle comunità locali, attraverso sinergie/collaborazioni con associazioni ed altri gruppi informali, finalizzati all'acquisizione di conoscenze, competenze e consapevolezza in tema di salute e relativamente alla sicurezza in ambito domestico;

- sostenere la realizzazione, anche da parte di amministrazioni ed enti coinvolti, di interventi di provata efficacia per la promozione della sicurezza stradale e la guida responsabile;
- attuare accordi con associazioni di categoria per favorire scelte salutari in campo alimentare (es: accordi con panificatori, con grande distribuzione, con settore della distribuzione automatica...) e sostenere Comuni e Province nella predisposizione di interventi favorevoli all'attività motoria, anche nell'ambito della pianificazione urbanistica;
- perseguire una maggior consapevolezza del rischio di infezione da HIV tra i gruppi a maggior frequenza di contagio, anche con un'adeguata offerta del test di screening e conseguente incremento dei soggetti diagnosticati precocemente.

5.2.3. Attenzione e sensibilità alla domanda di salute: la sfida delle disuguaglianze

In ambito preventivo, come in quello della diagnosi e cura, è evidente il problema delle disuguaglianze, destinato ad assumere ancora maggior rilevanza a fronte del fenomeno dell'immigrazione, ma anche degli effetti della crisi economica degli ultimi anni. Pertanto, l'obiettivo non deve essere quello di costruire interventi ad hoc, con percorsi separati da quelli per gli altri cittadini, ma piuttosto di garantire, all'interno delle proposte per la popolazione, spazi e modalità di offerta che considerando differenze e svantaggi, assicurino equità di accesso.

Un'area di particolare rilievo è poi costituita dagli anziani e disabili, per i quali è evidente la necessità di una medicina maggiormente incentrata sul territorio e sulla cosiddetta continuità assistenziale: è infatti chiaro a tutti come il fabbisogno sanitario si collochi, oggi, quasi sempre al di fuori dell'ospedale, cui sono riservate le acuzie e brevi tempi di degenza.

Alla luce di queste considerazioni risulta prioritario:

- realizzare modalità specifiche per intercettare la popolazione che non ha mai effettuato test di screening oncologico;
- attuare interventi di supporto di tipo sociale e sanitario per i soggetti a rischio di sviluppare patologie infettive legate alla povertà/

emarginazione sociale, come la tubercolosi;

- garantire la cura e i percorsi di reinserimento sociale attraverso la rete per l'assistenza extraospedaliera ai malati di AIDS e sindromi HIV correlate;
- promuovere la gratuità di interventi di profilassi delle malattie infettive da importazione;
- coordinare e integrare l'offerta assistenziale del territorio, con particolare attenzione alle patologie cardiocerebrovascolari e diabete, ponendo in un *continuum* articolato prestazioni di assistenza primaria, specialistica e riabilitativa, ivi comprese le cure domiciliari.

5.2.4. Diagnosi precoce, cura e riabilitazione: la persona al centro di percorsi di qualità

Il tema della medicina predittiva, come pure quello della medicina basata sulle evidenze, ha modificato radicalmente il paradigma assistenziale, richiedendo maggior capacità di individualizzazione dei percorsi ed insieme di revisione delle pratiche alla luce delle innovazioni scientifiche subentrante e soprattutto della consapevolezza di utilizzare al meglio le risorse limitate.

Il ruolo della prevenzione in tale ambito, pur secondario a quello del clinico, sia esso medico di famiglia o specialista ospedaliero, è di fornire dati epidemiologici, rielaborare le informazioni derivanti dalle attività mediche, suggerire percorsi diagnostico-terapeutici fondati sull'evidenza di efficacia, monitorare i risultati delle azioni intraprese, implementare percorsi per garantire elevato livello di qualità dell'offerta, in particolare quando si tratti di interventi di popolazione quali ad esempio gli screening oncologici.

Pertanto, in un'ottica di rete, le differenti competenze nell'area della prevenzione contribuiranno a garantire gli elementi informativi utili a definire percorsi di miglioramento dell'offerta in ambito preventivo, di diagnosi precoce e di cura.

In tale ambito si considera prioritario:

- ◇ concorrere al monitoraggio e miglioramento delle performance del sistema, con le seguenti azioni:

- predisporre report periodici su mortalità e morbosità nei rispettivi contesti territoriali, con evidenza degli scostamenti rispetto alla media regionale e nazionale;
 - analizzare i consumi sanitari, in particolare ricoveri, prestazioni specialistiche ambulatoriali, farmaceutica territoriale ed ospedaliera, residenzialità riabilitativa e per anziani, presidi e protesi, assistenza sanitaria di base (prestazioni domiciliari, bilanci di salute...), con scostamenti interaziendali e da medie regionali;
 - individuare le criticità nella rete assistenziale – di assistenza primaria e specialistica – e definire le possibilità di miglioramento;
 - potenziare le attività di sorveglianza epidemiologica delle infezioni ospedaliere e correlate all’assistenza sanitaria (monitoraggio dei sistemi per gli agenti sentinella, studi di prevalenza, aumento delle competenze delle strutture nella lettura dei dati epidemiologici e nella relativa pianificazione di azioni efficaci) e contestualmente migliorarne l’efficacia attraverso il raccordo con le attività di accreditamento e di risk management.
- ◇ proseguire nelle azioni intraprese finalizzate alla riduzione dell’incidenza di patologie cronico-degenerative attraverso l’individuazione del rischio individuale: carta del rischio CCV, costruzione di percorsi diagnostico terapeutici per le patologie croniche a maggior impatto;
- ◇ attivare percorsi di ricerca relativi agli interventi di medicina predittiva che rendano disponibili evidenze relative a target d’elezione, ambiti di applicazione, analisi di costo/efficacia e impatto sul SSR, sui quali fondare una loro programmazione coerente e sostenibile;
- ◇ migliorare la qualità dei programmi di screening oncologici (carcinoma della mammella, del colon retto e della cervice uterina) mantenendo il trend in aumento dell’adesione.

5.3. Valutazione del Piano e Guadagno di salute atteso

Il Piano operativo, nell’articolazione per specifiche azioni, indica, per ciascuna, i mezzi di verifica e gli indicatori da porre sotto osservazione e ad essi si rinvia per il monitoraggio che verrà svolto nei tempi e modi dettagliati nei quadri logici del Piano.

Come già esplicitato vi sono molti **indicatori di processo** – percentuali di copertura, rete d’offerta qualificata, numero di ispezioni/aziende presenti- e pochi indicatori di risultato: le ragioni di ciò sono note e risiedono nei tempi lunghi della prevenzione, nella multifattorialità degli eventi su cui agiamo, nella libertà individuale di aderire o meno alle proposte di prevenzione.

Tuttavia, lo sforzo già iniziato nella nostra regione di ricercare il “guadagno di salute”, e conseguentemente dimostrare l’efficacia delle attività di prevenzione, deve proseguire. In tal senso sono stati scelti alcuni **indicatori di risultato**, qui declinati secondo le priorità illustrate precedentemente:

- il mantenimento del trend in riduzione degli infortuni sul lavoro; il mantenimento del trend in riduzione delle tossinfezioni alimentari;
- la riduzione dell’incidenza per malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo per l’HIV e l’incremento dei soggetti diagnosticati precocemente;
- la riduzione fino all’eliminazione dei casi di morbillo autoctono e di rosolia neonatale.
- il mantenimento del trend in riduzione della mortalità per incidenti stradali
- la riduzione di mortalità per carcinoma mammario nelle donne al di sotto dei 69 aa, con contestuale incremento del livello di adesione allo screening;
- la riduzione percentuale di donne fumatrici e il miglioramento qualitativo dell’offerta di percorsi di disassuefazione al fumo;
- il mantenimento di livelli di obesità nell’adulto al di sotto dei valori medi nazionali e delle regioni del nord-ovest;
- l’incremento della pratica sportiva e dell’attività motoria nella popolazione giovane-adulta.

Gli indicatori di processo e in particolar modo gli indicatori di risultato necessitano di sistemi per monitorare il fenomeno, che si esplicitano tramite diversi sistemi di sorveglianza: in alcuni ambiti sono utilizzati da tempo (sistema di sorveglianza della malattie infettive) ed in altri si stanno sviluppando (I.M.PRE.S@e Person@). Per quanto riguarda la sorveglianza degli stili di vita la scelta di Regione Lombardia è orientata all'utilizzo delle indagine multiscopo ISTAT, come è visibile dal capitolo 2. Le riflessioni che hanno portato a tale orientamento sono legate al fatto che l'attivazione di nuovi sistemi di sorveglianza presuppone che non vi siano dati disponibili sul fenomeno che si vuole sorvegliare. Inoltre, al di là dell'interesse scientifico a sondare e approfondire l'epidemiologia della popolazione per diverse variabili, la scelta di implementare nuovi sistemi di rilevazione deve essere guidata da un attento esame dei costi-benefici ed insieme delle possibili alternative, che consentendo di ottenere dati e informazioni anche più "grezze" ma comunque adeguate ad orientare direttive e programmazione, siano disponibili senza ulteriori costi.

Si ritiene, quindi, che l'indagine multiscopo ISTAT sia adeguata e garantisca la disponibilità di dati omogenei, così da poter operare un confronto tra regioni e/o singole ASL.

Vi sono anche una serie di **valutazioni "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.

Gli strumenti per questa valutazione riguardano la capacità di "governo" regionale, che va oltre la realizzazione di progetti e attività a cura delle ASL, ma che ne costituisce supporto e stimolo, sono:

1. coerenza del presente Piano 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 ASL e Obiettivi per i diversi istituti contrattuali/convenzionali (risorse aggiuntive regionali, retribuzioni di risultato, contributi aggiuntivi per medicina generale...) dovranno contenere obiettivi e mezzi coerenti con il PRP e adeguati a garantirne la realizzazione;

2. adeguata allocazione delle risorse per la realizzazione degli obiettivi: come noto programmazioni perfette prive di una correlazione con risorse disponibili non sono sostenibili, tanto più alla scadenza di vigenza di Piani di durata limitata; è quindi necessario che siano utilizzati tutti gli strumenti correnti per la verifica delle risorse attribuite – controllo di gestione, dotazioni organiche e ore lavorate - e, insieme, che le iniziative preventivate siano compatibili con i LEA e, dunque, abbiano garanzia di continuità oltre la vigenza del PRP 2010-2012.

In ultima analisi la capacità che il PRP dovrà esprimere sarà quella di aver incluso la prevenzione nella programmazione nazionale e regionale, evitandone la residualità che spesso ha pagato questa disciplina, forse originata proprio dall'essersi considerata come ambito a sé stante e separato da quelli della cura e riabilitazione.

Conclusioni

La stesura del Piano Regionale della Prevenzione è stata colta, nella nostra regione, come un'opportunità: pensare e programmare le attività con una prospettiva di medio termine, fuori cioè dalla emergenzialità, che spesso detta il ritmo alle attività di prevenzione, ragionando sui traguardi e obiettivi già raggiunti e rideterminandone di nuovi, sulla base della situazione attuale.

Per questo motivo notevoli risorse sono state spese per la ricostruzione dei dati epidemiologici, ambientali, sociali ed economici, scoprendo la notevole ricchezza di fonti, spesso sconosciute anche agli addetti ai lavori, ed esercitando la capacità di sintesi e comparazione, propria della nostra disciplina.

La lettura del contesto ci ha riservato positive gratificazioni – per il buon livello delle reti di servizi, dell'offerta preventiva ed assistenziale, dei sistemi di monitoraggio e di qualità – ma anche la preoccupazione di saper affrontare le sfide della cronicità e dell'invecchiamento, della presenza di persone straniere e del tema delle disuguaglianze, dei fattori di rischio ambientali generati dall'elevata antropizzazione della Lombardia.

Ma, in ultima analisi, la vera sfida risulta quella di sapere mantenere i livelli di prestazioni e conseguenti guadagni di salute già ottenuti, riguardo ad infortuni e malattie professionali, incidenti stradali, sicurezza alimentare, coperture vaccinali ed estensione/adesione degli screening oncologici, igiene delle abitazioni e delle strutture di vita collettiva.

Quest'ultimo emerge quindi come il principale obiettivo da conseguire per il prossimo triennio, con una particolare attenzione all'area della prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, ove la tendenza all'oggettiva riduzione dei diversi eventi patologici verificatasi negli ultimi anni, rischia di invertirsi per il cessare delle azioni di vigilanza e controllo, che invece sono state determinanti a conseguire i benefici acquisti.

Integrate a tali azioni, vi è l'area dei servizi alla persona, nella quale i tradizionali interventi di educazione sanitaria, che spesso hanno dimostrato di non generare reali cambiamenti di comportamento, vanno sostituiti con l'approccio della promozione della salute: i servizi sanitari in quest'ottica si pongono più che come diretti

protagonisti, come facilitatori della Scuola, degli Enti Locali, delle Associazioni.

E' infatti la presenza nei programmi scolastici delle conoscenze su comportamenti corretti, la disponibilità di ambienti, strutture e iniziative che invitano a muoversi di più e a non fumare, l'offerta di cibi che contemperino gusto e salute, ad aumentare la consapevolezza e le scelte dei cittadini verso il benessere e stili di vita più sani.

Ogni azione e attività di prevenzione deve trovare però nella responsabilità del datore di lavoro, delle imprese, dei gestori di servizi, del singolo cittadino, degli operatori del SSR e più in generale della pubblica amministrazione, la leva con cui agire e senza la quale difficilmente gli obiettivi già raggiunti e quelli previsti per il futuro potranno essere raggiunti.

PIANO OPERATIVO

CAPITOLO 6.

Il presente capitolo è declinato nella forma indicata alle Regioni da parte del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nell'ambito della attività di sostegno tecnico-metodologico alla progettazione dei Piani regionali di prevenzione, ispirato al modello concettuale denominato *Project Cycle Management* (PCM).

L'adesione al PCM ha richiesto, in ciascuna area descritta, le rappresentazioni grafiche del "modello logico" (*"Definisce la consequenzialità causa-effetto che deve correlare le varie componenti del progetto affinché sia garantito il raggiungimento degli obiettivi generali, ovvero il flusso delle correlazioni strutturate nel quadro logico..."*) e tabellari del "quadro logico" (*"Un metodo analitico che facilita, mediante l'adozione di una matrice, l'analisi sistematica degli elementi essenziali di un progetto ed evidenzia le relazioni causali che si ipotizzano tra questi..."*)*.

L'Intesa Stato-Regioni richiede evidenza della corrispondenza tra aree indicate nel Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) e aree sviluppate nei Piani regionali: è stata scelta la soluzione di indicare nel box a fondo grigio posto all'inizio di ciascun paragrafo la macroarea, la linea di intervento generale e gli obiettivi generali di salute perseguiti con riferimento al PNP.

Si è scelto di adottare tale modello per la possibilità di offrire, in modo sintetico e chiaro, evidenza degli obiettivi, delle azioni e della logica di processo utilizzata. Tale sinteticità consente in corso d'opera di percorrere soluzioni diverse se ritenute più efficaci, ricalibrando le azioni alla luce di eventuali elementi positivi o di criticità che si dovessero verificare.

Infine, prima del titolo di ciascun progetto è indicato il numero "identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1".

* definizioni tratte dal materiale didattico indicato nell'ambito dell'attività centrale di sostegno alle Regioni

6.1. Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE 2010-2012

Macroarea 3 La prevenzione universale

Linea di intervento generale:

3.2 a) Infortuni sul lavoro

3.3 b) Prevenzione da patologie da esposizione ad agenti chimici, fisici, biologici

3.3 c) Prevenzione delle malattie determinate da alimenti

Obiettivi generali di salute:

- a. Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo
- b. Monitoraggio
- c. Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali
- d. Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici (allergeni, muffe, pollini), con particolare attenzione alla salute dei bambini
- e. Contenimento entro i limiti previsti degli inquinanti da emissioni e scarichi degli insediamenti produttivi
- f. Riduzione delle fonti di inquinamento indoor, con particolare riguardo a radon e amianto e fumo passivo
- g. Controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti

Programma - *Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro*

Beneficiari

Tutti i cittadini, in quanto lavoratori, consumatori, fruitori dell'ambiente e del territorio.

Gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione Medici delle ASL che si occupano della programmazione delle attività di controllo.

Attori

Regione Lombardia, tramite la Direzione Generale Sanità, pianifica e definisce le strategie d'intervento indicando le priorità, tenuto conto del contesto epidemiologico e normativo nazionale; delinea i criteri organizzativi di carattere generale; fornisce linee di indirizzo e supporto tecnico all'avvio ed al proseguimento dei programmi, anche attraverso attività di formazione; monitora i principali indicatori di processo e risultato dei programmi sul territorio regionale; garantisce il raccordo tra i programmi locali.

Azienda Sanitaria Locale "traduce" l'azione a livello locale, sulla base delle caratteristiche del territorio e tenuto conto degli indirizzi regionali. In particolare promuove, coordina, organizza, gestisce e valuta, nell'ambito territoriale di competenza, i programmi di prevenzione e controllo, individuando tutte le risorse coinvolgibili e garantendo adeguati strumenti di coordinamento tra le diverse professionalità ed i diversi soggetti.

Inoltre, un'azione trasversale comporta l'attivazione di tutto il *sistema regionale*.

In particolare, tra le strutture regionali, oltre alle Direzioni Centrali della DG Presidenza, le Direzioni Generali:

- Agricoltura, Industria, artigianato, edilizia e cooperazione, Commercio, turismo e servizi, Ambiente, energia e reti, le cui competenze prevalenti sono legate al mondo del lavoro;
- Istruzione, formazione e lavoro, per le competenze legate alla formazione;
- Famiglia, conciliazione, integrazione e solidarietà sociale, Protezione civile, polizia locale e sicurezza, Cultura, Sport e Giovani, Territorio ed urbanistica, Infrastrutture e Mobilità, con competenze in materia di sicurezza sociale e qualità e sicurezza dell'ambiente e del territorio.

Tra le strutture tecniche appartenenti alla rete degli enti dipendenti, quelle che intersecano il sistema della prevenzione sono:

- ARPA, con cui vi è un ampio terreno di interesse comune ed un consolidato rapporto di collaborazione con le ASL
- Lombardia Informatica per gli aspetti legati ai sistemi e flussi informativi

Analoga azione di condivisione di obiettivi, collaborazioni e adozione di progetti comuni nelle politiche di attuazione degli obiettivi di prevenzione e promozione della salute vede coinvolti soggetti, istituzionali e non, esterni all'ambito regionale, tra cui:

- Comuni per le competenze in materia di pianificazione territoriale, tramite i Piani di governo del territorio; in relazione alle attività degli Sportelli unici per le attività produttive e nel loro ruolo di destinatari delle notifiche preliminari di avvio cantiere ex art. 90, comma 9, lett. c) D. Lgs. 81/08 e s.m.i.;
- Province per le competenze in materia di tutela ambientale, di agricoltura e nelle implicazioni di valenza sanitaria nella formazione professionale;
- enti, istituzioni e associazioni con competenze nel settore della prevenzione degli infortuni e della sicurezza del lavoro, quali:
 - Direzione Regionale e Direzioni Provinciali del Lavoro, articolazioni territoriali del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che condividono con le ASL compiti di vigilanza
 - Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), nel quale è recentemente confluito l'ex Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL), e Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS);
 - organizzazioni datoriali, di categoria e sindacali;
 - organismi paritetici territoriali;
- NAS e Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera (USMAF), dipendenti dal Ministero della Salute, con cui il Servizio Sanitario Regionale (SSR) condivide competenze di controllo ai fini di tutela sanitaria;
- Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco (V.V.F.), per la collaborazione nel percorso di valutazione dei rischi connessi ad insediamenti produttivi e nelle situazioni di emergenze ambientali;
- Associazioni di volontariato, associazioni di consumatori.

Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: 2.2.1**6.1.a. Progetto: Piani integrati di prevenzione e controllo*****Analisi di contesto***

Dopo la l.r. 8/2007, ora confluita nella l.r. 33/09 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", ed i successivi provvedimenti attuativi, gli interventi dei servizi di prevenzione volti al controllo delle attività e strutture che comportano un rischio per la salute delle singole persone, dei lavoratori e della popolazione sono stati profondamente innovati, in forza dei principi di responsabilizzazione ed autocontrollo degli imprenditori e della semplificazione delle procedure amministrative; la programmazione dei controlli è stata basata sulla analisi di contesto, quindi sui principali dati sanitari, territoriali ed economici, allo scopo di individuare le priorità e i bisogni di salute e ha visto la impostazione di una procedura di analisi e graduazione dei rischi applicata alle attività economiche e di servizio oggetto di controllo per ciascun settore di attività delle ASL.

La concreta realizzazione di tale impostazione si è tradotta nella stesura, da parte delle ASL, di Piani integrati delle attività di prevenzione e dei controlli, con arco temporale triennale e pianificazione annuale; le ASL hanno quindi prodotto nel 2007 e attuato per la prima volta nel 2008 i Piani integrati di prevenzione e controllo negli ambienti di vita e di lavoro, con un notevole sforzo per mettere in campo una modalità di programmazione delle attività, a parte quelle dettate da obblighi normativi, che fosse il più trasversale e unitaria possibile nelle metodologie e nei criteri di individuazione delle priorità, con una visione complessiva delle attività di prevenzione e controllo.

Nel 2008, sulla base dei Piani integrati, sono stati svolti dai Dipartimenti Medici di Prevenzione circa 115.000 controlli, tra ispezioni, verifiche e indagini, ai fini della igiene degli alimenti e nutrizione, per la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro e in materia di igiene e sanità pubblica; nel 2009 i controlli effettuati sono stati 122.141, con un significativo incremento rispetto all'anno precedente, e per la prima volta la rilevazione a livello regionale dei dati di attività delle ASL è avvenuta tramite le informazioni sui controlli svolti che sono state inserite nel Sistema Informativo delle Prevenzione Impres@.

Infatti a supporto dell'azione di programmazione delle ASL la Regione ha messo a punto il sistema informativo Informatizzazione Monitoraggio Prevenzione Sanitaria, di cui Impres@ è l'acronimo, che si caratterizza come una banca dati alimentata da anagrafiche di varia provenienza (camera di commercio, strutture scolastiche, strutture sanitarie...) e dai dati sui controlli effettuati dalle ASL (derivanti dai sistemi di gestione delle attività di cui ciascuna ASL è dotata) e, in prospettiva, da altri Enti operanti nell'ambito della prevenzione e sicurezza, quali Direzioni Provinciali del lavoro, INAIL, Organismi paritetici, Comuni.

Tale impostazione è sottolineata anche nel PNP ove si richiama che la categorizzazione delle attività soggette a controllo, in base al livello di rischio, debba consistere, da una parte, nel sistematizzare l'analisi del livello di rischio in base a parametri e metodi standardizzati da definire ed applicare su base regionale; dall'altra, nel condurre valutazioni che guardino complessivamente l'impatto e analizzino il rischio connesso ad una determinata attività o struttura, relativo a tutti i soggetti coinvolti nell'eventuale danno.

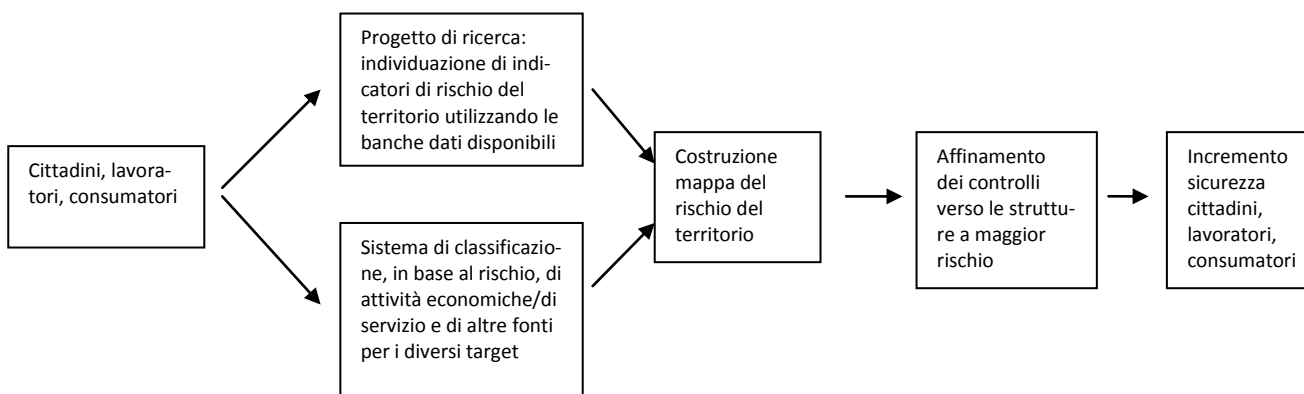
Nei Piani integrati sono stati man mano sviluppati dalle ASL modelli interessanti di analisi e graduazione dei rischi e sono stati individuati e definiti strumenti e indicatori sia di processo sia di risultato per valutare le attività svolte; inoltre, sono state realizzate in numerose ASL esperienze interessanti di integrazione e collaborazione attiva.

Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (2.2.1)

Affinare la programmazione per incrementare la sicurezza del lavoratore, del cittadino, del consumatore

Visto il percorso descritto nel paragrafo precedente, appare quanto mai necessario, per migliorare ulteriormente la capacità di pianificare i controlli, affinare gli strumenti di lettura del contesto territoriale e di analisi e classificazione in base al rischio delle attività economiche/di servizio. In particolare si intende migliorare la capacità di lettura del contesto per individuare le priorità attraverso un percorso formativo che prevede anche l'elaborazione di indicatori attraverso il supporto di una ricerca scientifica. Nel contempo si intende implementare il sistema di classificazione delle attività economiche/di servizio in base ai rischi connessi, valorizzando le *best practice* maturate nelle ASL in questi anni. Successivamente, i due sforzi dovrebbero convergere nella costruzione di una mappatura dei rischi presenti sul territorio e del relativo sistema dei controlli a tutela della popolazione e dei lavoratori.

Questo sottoprogetto ha quindi l'ambizione di aumentare la sicurezza di cittadini, lavoratori e consumatori, ovviamente presidiata dalla regolare attività di vigilanza e controllo, rendendone più efficace la programmazione.



Programma - Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro							
Progetto: Piani integrati di prevenzione e controllo							
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
Incrementare la sicurezza del lavoratore, del cittadino, del consumatore	R 1.1 Miglioramento della capacità di lettura del contesto ai fini della individuazione delle priorità di intervento	A 1.1 Individuare gli indicatori qualitativi utili a definire le priorità del territorio	Definizione del set di indicatori (progetto di ricerca) e relativa formalizzazione nelle indicazioni operative per le ASL	Adozione del set di indicatori nei Piani integrati predisposti dalle ASL		Definizione del set di indicatori (progetto di ricerca)	Utilizzo da parte delle ASL del set di indicatori nella pianificazione locale
	R 1.2 Affinamento del sistema di classificazione delle attività economiche/di servizio e più in generale delle fonti di rischio sul territorio	A 1.2 Mettere a punto di un sistema di classificazione che consideri i rischi per differenti tipologie di "esposti": cittadino, lavoratore, consumatore	Applicazione del sistema di classificazione in base al rischio alle strutture economiche/di servizio esistenti sul territorio	Adozione del sistema di classificazione in base al rischio nei Piani integrati predisposti dalle ASL. Georeferenziazione delle attività economiche/di servizio classificate		Definizione del sistema di classificazione in base al rischio	Utilizzo da parte delle ASL del sistema di classificazione in base al rischio, anche attraverso il portale di geo referenziazione

Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: 2.2.2**6.1.b. Progetto: Prevenzione e sicurezza dei lavoratori****Analisi di contesto**

In materia di prevenzione nei luoghi di lavoro il periodo 2004 - 2009 è stato caratterizzato da un incremento costante dell'attività di controllo, mantenendo particolare attenzione al settore delle costruzioni. L'andamento degli infortuni sul lavoro mostra un deciso miglioramento rispetto agli anni precedenti, sia nel totale degli eventi denunciati ed indennizzati, sia per i casi mortali.

Il "Piano Regionale Promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" 2008 – 2010 ha fissato, quale obiettivo strategico per il triennio, la riduzione del 15% del tasso complessivo d'incidenza degli infortuni sul lavoro denunciati (base dati: INAIL 2006). Nel 2009 il tasso complessivo d'incidenza degli infortuni sul lavoro denunciati ha mostrato una variazione pari a - 13,7% rispetto all'anno 2006.

Gli indicatori sono stati calcolati anche tenendo conto delle variabili introdotte dalla crisi economica che sta attraversando il Paese, in particolare del decremento delle ore lavorate. I rapporti di rilevazione delle forze lavoro in Italia evidenziano, nell'Industria e nei Servizi, una riduzione delle *ore effettivamente lavorate per dipendente al netto del ricorso alla cassa integrazione guadagni* (c.i.g.): in dettaglio, nell'anno 2009 ne è stata registrata una riduzione dell'1,6% rispetto all'anno 2008 e dell'1,1% rispetto all'anno 2006 (Fonte: ISTAT: Indicatori del lavoro nelle grandi imprese dell'industria). Le frequenze calcolate per l'Industria e i Servizi, sia aggregate sia distinte, pur corrette in rapporto alle ore effettivamente lavorate, non mostrano sostanziali variazioni di andamento. La variazione del tasso complessivo d'incidenza degli infortuni sul lavoro denunciati stimata sull'anno 2006, calcolata sulle frequenze corrette in base alle ore effettivamente lavorate in quell'anno, mostra una riduzione del 15,2% per l'anno 2009 (contro il 16,2% per le frequenze non corrette).

Rispetto all'obiettivo specifico a lungo periodo (anno 2010) di riduzione del 15% degli infortuni sul lavoro denunciati, la variazione per Industria, Servizi, Agricoltura e Dipendenti Conto Stato rispetto all'anno 2008 è -10,3%; rispetto all'anno 2006, è -14,9%. Inoltre, in rapporto all'obiettivo specifico regionale di riduzione del 10% del numero assoluto degli infortuni mortali nel triennio 2008 - 2010, l'analisi dei casi accaduti e inseriti nel Registro Regionale degli Infortuni Mortali mostra una riduzione percentuale negli anni 2008 e 2009 rispetto al 2006, rispettivamente, pari a -38,7% e -37,7%.

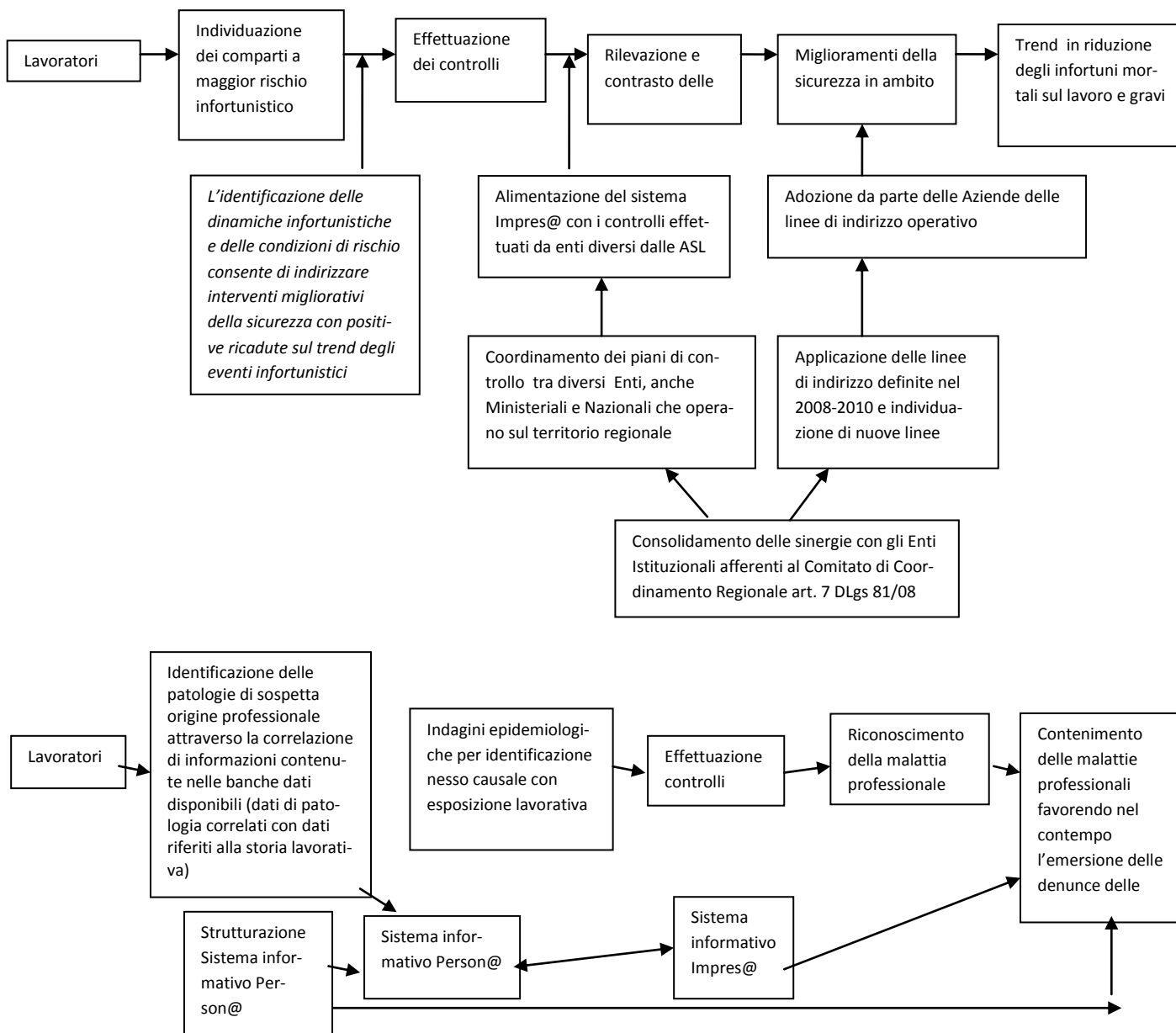
Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (2.2.2)

Mantenere il trend in riduzione degli infortuni mortali e invalidanti (intesi come eventi che determinano un'inabilità temporanea assoluta al lavoro superiore a 40gg e come eventi con postumi uguali e superiori al 25% del danno biologico), nell'ottica della riduzione del 15% nel periodo 2010 - 2012 necessaria a conseguire l'obiettivo europeo.

Contenere le malattie professionali favorendo nel contempo l'emersione delle denunce delle stesse.

Si intende mantenere il trend di riduzione degli infortuni proseguendo nell'azione di controllo nelle imprese/ strutture, effettuata a partire dall'individuazione dei comparti a maggior rischio d'infortunio per i lavoratori. L'obiettivo si persegue, altresì, promuovendo nelle aziende l'applicazione e la sperimentazione delle linee di indirizzo già prodotte da Regione Lombardia nell'ambito del Piano della sicurezza 2008-2010, allo scopo di verificarne l'efficacia in coerenza con i criteri elaborati dalla Commissione Consultiva ex art. 6 del D.Lgs. 81/98 relativamente alla validazione di "buone prassi".

La rilevazione dei controlli è effettuata attraverso il Sistema Informativo Regionale Impres@. Per le malattie professionali, favorendo nel contempo, l'emersione delle relative denunce, si opererà attraverso l'utilizzo da parte delle ASL del Sistema Informativo gestionale Person@, strumento che consentirà l'identificazione delle patologie di sospetta origine professionale attraverso la correlazione di informazioni tratte dalle banche dati disponibili (dati di patologia correlati con dati riferiti alla storia lavorativa).



2 Poiché si dispone delle ore effettivamente lavorate solo per Industria e Servizi, le frequenze, differentemente dalle precedenti elaborazioni, sono calcolate solo per queste gestioni, escludendo dunque Agricoltura e Dipendenti Conto Stato

3 Il Registro è stato istituito presso la DG Sanità ed è alimentato dal flusso informativo originato dalle ASL. A differenza della banca dati INAIL, al cui interno confluiscono anche gli infortuni stradali e in itinere, il Registro Regionale è dedicato esclusivamente agli infortuni mortali avvenuti nei luoghi di lavoro.

4 Strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul lavoro 2007-2012 (Bruxelles, 21.2.2007) : riduzione del 25% del tasso complessivo di incidenza degli infortuni sul lavoro.

Programma - Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro							
Progetto: Prevenzione e sicurezza dei lavoratori							
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
<p>Mantenere il trend in riduzione degli infortuni mortali e invalidanti (intesi come eventi che determinano un'inabilità temporanea assoluta al lavoro superiore a 40gg e come eventi con postumi uguali e superiori al 25% del danno biologico), nell'ottica della riduzione del 15% nel periodo 2010 - 2012 necessaria a conseguire l'obiettivo europeo. Contenere le malattie professionali favorendo nel contempo l'emersione delle denunce delle stesse.</p>	<p>R 1.1 Garantire controlli in almeno il 5% del totale delle imprese attive (escludendo attività non rilevanti ai fini della sicurezza del lavoratore), con particolare riguardo ai settori edilizia e agricoltura. Ottenere la diminuzione del tasso complessivo di incidenza degli infortuni sul lavoro del 5% annuo (base dati: Inail 2009)</p>	<p>A 1.1.1 Programmare i controlli sulla base di priorità di rischio, da parte delle ASL</p> <p>A 1.1.2 Effettuare i controlli nel rispetto dei criteri di efficacia individuati anche in seno al Piano sicurezza lavoro 2011-2013</p> <p>A 1.1.3 Effettuare una quota dei controlli dedicata al rischio chimico, alla verifica dell'applicazione del regolamento REACH e CLP</p>	<p>% copertura dei controlli effettuati dalle ASL</p> <p>Confronto, per annualità, della frequenza infortunistica</p>	<p>Rilevazione attraverso il Sistema Informativo Impres@ del N° totale imprese controllate</p> <p>Rilevazione attraverso banca dati INAIL e ISTAT/forze lavoro</p>		<p>Copertura dei controlli effettuati dalle ASL pari al 5% delle imprese attive</p>	<p>Copertura dei controlli effettuati dalle ASL, pari al 5% delle imprese attive</p>
	<p>R 1.2 Consolidamento delle sinergie con gli Enti istituzionali afferenti al Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 D. Lgs. 81/08 in materia di controlli in edilizia (DRL, ANCE, ANCI, Organismo Paritetico per l'edilizia)</p>	<p>A 1.2.1. Definire un piano regionale coordinato di vigilanza nei cantieri</p> <p>A 1.2.2. Caricare nel Sistema informativo Impres@, entro il 2013, i controlli effettuati da altri Enti, diversi dalle ASL</p>	<p>% copertura dei controlli effettuati nel comparto edilizia dalle ASL e dagli altri Enti istituzionali</p>	<p>Rilevazione attraverso il Sistema Informativo Impres@ del N° imprese edili controllate da ASL e dagli altri Enti istituzionali</p>	<p>Mancata adesione alla realizzazione dell'obiettivo degli Enti coinvolti</p>		<p>Aumento del valore della copertura dei controlli effettuati dalle ASL, pari al 10% delle imprese edili attive, grazie al contributo di altri Enti istituzionali</p>

Programma - Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro

Progetto: Prevenzione e sicurezza dei lavoratori

Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012	
Mantenere il trend in riduzione degli infortuni mortali e invalidanti (intesi come eventi che determinano un'inabilità temporanea assoluta al lavoro superiore a 40gg e come eventi con postumi uguali e superiori al 25% del danno biologico), nell'ottica della riduzione del 15% nel periodo 2010 - 2012 necessaria a conseguire l'obiettivo europeo. Contenere le malattie professionali favorendo nel contempo l'emersione delle denunce delle stesse.	R 1.3 Applicazione nelle aziende lombarde delle linee di indirizzo prodotte nel triennio 2008-2010 relative a: prevenzione patologie muscolo-scheletriche, prevenzione cadute dall'alto, movimentazione in quota con forche, gestione rischio stress, gestione del parco macchine in agricoltura, utilizzo dei fitofarmaci, sorveglianza sanitaria in agricoltura, applicazione dei SGSL nelle strutture sanitarie, valutazione del rischio da interferenza nelle strutture sanitarie, comparto metalmeccanica, stampaggio plastica, lavorazione del legno, stampaggio gomma, asfaltatura e edilizia stradale, galvanica.	A 1.3.1 Nell'ambito dell'attività del Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 D. Lgs. 81/08, promuovere attraverso le ASL e i Comitati provinciali, l'applicazione e la sperimentazione delle linee di indirizzo già prodotte nelle aziende, allo scopo di verificarne l'efficacia in coerenza con i criteri elaborati dalla Commissione Consultiva ex art. 6 del D.Lgs. 81/98 relativamente alla validazione di "buone prassi", nonché in coerenza con l'iter di riconoscimento di "buona pratica" da parte dell'INAIL.	N° linee indirizzate sperimentate / N° linee di prodotte nel triennio 2008-2010 > = 0,5	Rilevazione attraverso validazione Commissione Consultiva e INAIL	Mancata elaborazione di criteri da parte della Commissione Consultiva ex art. 6 del D.Lgs. 81/98		N° linee indirizzate sperimentate / N° linee di prodotte nel triennio 2008-2010 > = 0,5	
	R 1.4 Produzione di nuove linee di indirizzo ("buone pratiche") relative alle tematiche d'intervento strategico individuate dal Piano sicurezza lavoro 2011-2013	A 1.4.1 Stesura a cura dei Laboratori di Approfondimento e validazione in seno alla Cabina di Regia per l'applicazione del Piano sicurezza lavoro 2011-2013 di nuove linee di indirizzo	N° provvedimenti regionali di approvazione di nuove linee di indirizzo		N° provvedimenti regionali di approvazione di nuove linee di indirizzo			N° provvedimenti regionali di approvazione di nuove linee di indirizzo
	R 1.5 Costruzione del Sistema Informativo Person@, collegato al Sistema Informativo Impres@, gestionale per la corretta conoscenza dei soggetti esposti a rischi lavorativi	A 1.5.1 Effettuare ricognizione e scelta delle informazioni utili ad alimentare il Sistema Informativo Persona (indagini di polizia giudiziaria per infortunio e malattia professionale; ...)	Applicazione del Sistema Informativo Person@ presso le ASL		Criticità correlate al rispetto delle norme sulla privacy nel trattamento dei dati personali	Adozione del Sistema Informativo Person@ presso le ASL		
	R 1.6. Attivazione di strategie per l'emersione delle denunce di malattie professionali, anche attraverso la ricerca attiva (con particolare attenzione alle patologie tumorali e al rilievo di cluster). Incremento annuo del 3% del numero assoluto delle malattie professionali denunciate a INAIL (base dati INAIL 2009).	<p>A 1.6.1. Programmare, sulla base di priorità di rischio, da parte delle ASL</p> <p>A 1.6.2. Potenziare i sistemi di registrazione di patologie tumorali ad alta frazione epidemiologica occupazionale: registro dei mesoteliomi e registro delle neoplasie naso sinusali, nell'ambito dell'obiettivo di adozione del Sistema Informativo gestionale Persona da parte delle ASL</p> <p>A 1.6.3. Generare potenziali casi con il metodo OCCAM, nell'ambito dell'obiettivo di adozione del Sistema Informativo gestionale Persona da parte delle ASL</p> <p>A 1.6.4. Effettuare la sorveglianza epidemiologica su patologie diagnosticate dalle strutture sanitarie specialistiche (Reperti Ospedalieri di pneumologia, chirurgia toracica, urologia, otorinolaringoiatria, anatomia patologica, ...) per il rilievo della correlazione con l'esposizione lavorativa.</p>	Incremento annuo del numero assoluto delle malattie professionali denunciate a INAIL.	Rilevazione attraverso banca dati INAIL.	Incremento del 3% del numero assoluto delle malattie professionali denunciate a INAIL (base dati INAIL 2009).	Incremento del 3% del numero assoluto delle malattie professionali denunciate a INAIL (base dati INAIL 2009).		Incremento del 3% del numero assoluto delle malattie professionali denunciate a INAIL (base dati INAIL 2009).
R 1.7 Garantire la formazione del corpo docente degli Istituti scolastici di II° ciclo	<p>A 1.7.1 Avviare il progetto formativo</p> <p>A 1.7.2 Formare i docenti degli Istituti scolastici di II° ciclo</p>	N° di Istituti scolastici di II° ciclo aderenti al progetto/ N° di Istituti scolastici di II° ciclo totali		N° di Istituti scolastici di II° ciclo aderenti al progetto/ N° di Istituti scolastici di II° ciclo totali		N° di Istituti scolastici di II° ciclo aderenti al progetto/ N° di Istituti scolastici di II° ciclo totali	N° di Istituti scolastici di II° ciclo aderenti al progetto/ N° di Istituti scolastici di II° ciclo totali	

Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: 2.8.1**6.1.c. Progetto: Controllo e sicurezza degli alimenti non di origine animale e delle acque destinate al consumo umano****Analisi di contesto**

A fronte del complessivo riordino della normativa comunitaria, caratterizzato dalla forte responsabilizzazione degli operatori del settore alimentare, a livello regionale sono stati emanati provvedimenti volti a precisare le modalità di applicazione delle direttive dell'Unione Europea e a stabilire "linee guida" per la gestione di specifici ambiti (tra i quali rientrano i criteri per l'applicazione del sistema HACCP, le procedure per la rintracciabilità e il ritiro dal mercato dei prodotti e le indicazioni per la gestione delle emergenze alimentari, la sorveglianza nutrizionale e la formazione degli operatori).

Regione Lombardia ha puntato fortemente sul rafforzamento della sicurezza attraverso:

- l'integrazione della filiera alimentare e l'attuazione dei regolamenti comunitari in materia di igiene e sicurezza dei prodotti alimentari;
- lo sviluppo di accordi con il mondo della produzione, della trasformazione e della grande distribuzione;
- la riorganizzazione e razionalizzazione delle procedure per la gestione del Sistema di allerta per alimenti, che è entrato in funzione progressivamente e nel corso degli ultimi tre anni è stato lo strumento per gestire la notifica dei casi di allerta;
- la pianificazione delle attività di controllo, secondo il criterio della graduazione del rischio in modo da rendere omogenee le modalità di programmazione dei controlli ufficiali.

Anche nel settore della qualità delle acque destinate al consumo umano la normativa responsabilizza i gestori imponendo loro l'attuazione del controllo interno sulle diverse componenti dell'acquedotto (captazione, adduzione, distribuzione).

Per questo l'attività di controllo svolta nel 2009 si è concretizzata non solo nell'esecuzione di campionamenti e analisi ma anche su controlli (4.269) di tipo ispettivo-documentale sulle procedure operative e i sistemi di verifica e sulle modalità di gestione dell'acquedotto.

Il superamento di alcune criticità nell'effettuazione del controllo interno da parte dei gestori consentirà una migliore e più efficace pianificazione dell'attività di campionamento, orientata verso la scelta di parametri significativi per la tutela della salute.

Gli esiti dei controlli analitici testimoniano per una buona qualità delle acque distribuite dagli acquedotti lombardi; solo in rari casi si sono registrati superamenti dei limiti rispetto ai parametri controllati.

L'azione intrapresa da Regione Lombardia tende ad estendere la rete degli acquedotti e a concentrare la loro gestione in strutture di adeguate dimensioni e dalle idonee capacità tecnologiche e operative.

Attraverso questo processo è stato possibile affrontare anche la problematica della presenza di Arsenico nelle acque utilizzate per il consumo umano riducendo progressivamente il numero degli acquedotti interessati e, di conseguenza, la popolazione coinvolta: i Comuni ancora interessati sono ormai circa una decina.

I dati relativi alle malattie trasmesse da alimenti evidenziano come la principale causa delle malattie correlate a consumo di alimenti sia l'errata conservazione o preparazione in ambito domestico. Ciò significa che a fianco degli interventi di vigilanza nell'ambito del settore alimentare e della ristorazione – che verosimilmente è all'origine proprio della ridotta incidenza di patologie riferibili a tale ambito di contagio – è necessario potenziare l'utilizzo di buone pratiche in ambito domestico, anche considerando che probabilmente i casi registrati sono comunque solo una piccola parte di quelli che effettivamente si verificano. I tassi di incidenza delle principali malattie di origine virale trasmesse da alimenti (quali Epatite di tipo A, Tossinfezioni da Norovirus, Adenovirus, ecc.) e di origine batterica (quali Salmonellosi, infezioni da *Campylobacter*, *Clostridium perfringens*, Listeriosi, ecc.) hanno evidenziato un andamento costante nel periodo 2000-2009; va tuttavia precisato che si è registrato una diminuzione delle salmonellosi, il cui tasso è passato da 30/100.000 nel 2000, a 20/100.000 nel 2009. Negli ultimi 3 anni il contagio è avvenuto in ambito domestico in più del 50% dei casi.

Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (2.8.1)**Contenere le tossinfezioni alimentari e intossicazioni da funghi incrementando la sicurezza degli alimenti e dell'acqua destinata al consumo umano**

L'operatore del settore alimentare è responsabile anche del comportamento dei propri addetti (applicazione dei manuali, rispetto delle procedure, modalità operative igienicamente corrette, ecc.): a tal fine egli deve prevedere che il personale sia adeguatamente formato, aggiornato e addestrato.

Diventa, pertanto, necessario che i percorsi formativi siano "ripensati" in termini di contenuti, sia per quanto riguarda la formazione professionale di base, sia per quanto riguarda la formazione e l'aggiornamento professionale degli addetti già in attività.

Tale processo di revisione coinvolge da un lato la Direzione Generale regionale competente in materia di formazione professionale e dall'altro le associazioni di categoria, con le quali collaborare per una corretta impostazione dei contenuti, così da garantire l'adeguata preparazione degli addetti.

Anche per quanto riguarda i soggetti formatori occorrerà concordare con la Direzione Generale competente idonee procedure affinché vi sia la garanzia di poter usufruire di formazione adeguata per il conseguimento degli obiettivi di sicurezza alimentare (es. accreditamento dei formatori).

Per una efficace tutela della salute dei consumatori l'attività di controllo ufficiale va impostata in modo da controllare con maggior intensità le attività che possono costituire rischi per la salute del consumatore stesso, sia per caratteristiche intrinseche (tipologia di attività), sia per valutazioni di altra natura (documenti di auto-controllo, esito di sopralluoghi, non conformità prodotti, ecc).

Sulla base di tale categorizzazione del rischio saranno programmati i controlli, al fine di rilevare e contrastare eventuali irregolarità, conseguendo l'obiettivo di fornire le dovute garanzie di sicurezza alimentare.

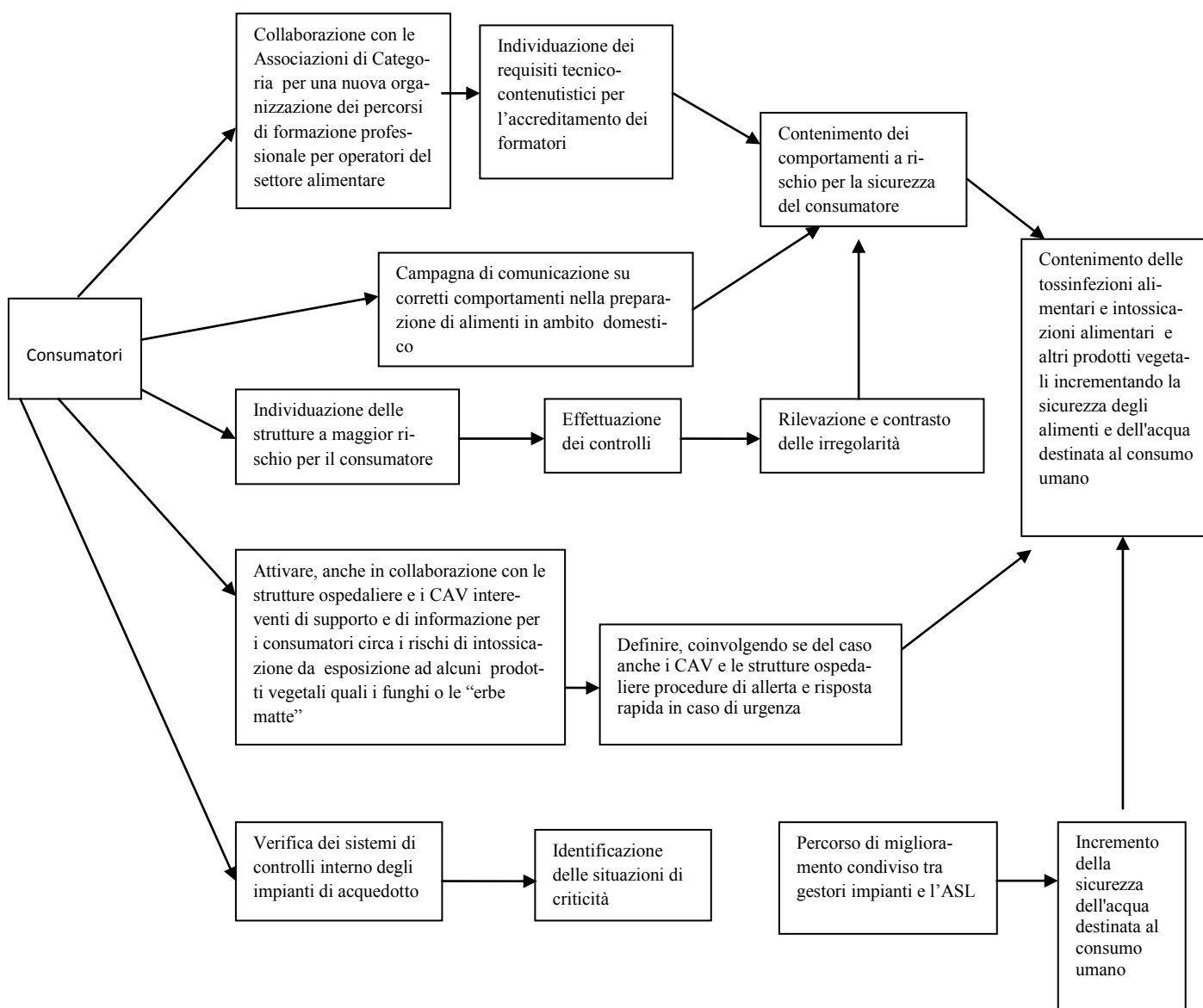
Il principio della responsabilità degli operatori nell'adottare criteri gestionali e procedure operative idonee a garantire la tutela della salute del consumatore deve essere esteso anche alla captazione e distribuzione dell'acqua destinata al consumo umano da parte dei gestori del servizio idrico, con particolare riguardo agli impianti di acquedotto: anche essi devono adottare, attraverso i piani di controllo interno, procedure e sistemi idonei a garantire che l'acqua distribuita per il consumo umano rispetti i limiti fissati dalla normativa.

La qualità dell'acqua viene, infatti, garantita non tanto dall'effettuazione reiterata di analisi, quanto con l'adozione di pratiche gestionali corrette (procedure operative, sistemi di verifica, azioni correttive, ecc) relativamente alle opere di captazione, trasporto, trattamento e distribuzione.

Occorre quindi che gli organismi di controllo si indirizzino verso la verifica della congruità dei sistemi adottati al fine di identificare le situazioni di criticità ed attuare un percorso di miglioramento condiviso con gli organismi gestori.

Un ulteriore momento di particolare rilevanza per la sicurezza alimentare è rappresentato dai comportamenti che il consumatore medesimo pone in atto tra le mura domestiche (acquisto, conservazione, preparazione e trasformazione di alimenti) o in altri momenti nei quali, per interesse personale, si dedica alla raccolta di funghi o alla raccolta di prodotti vegetali (es. "erbe matte"), o quando ne subisce gli effetti per cause accidentali. Diventa pertanto indispensabile predisporre ed attuare interventi di comunicazione sulle precauzioni più immediate da adottare al fine di contenere i comportamenti a rischio per le tossinfezioni alimentari nelle preparazioni domestiche.

Occorre infine provvedere ad attivare, anche in collaborazione con i Centri Antiveneni e le strutture ospedaliere, momenti di supporto e di informazione e definire opportune procedure di allerta e risposta rapida in caso di urgenza per contenere le intossicazioni da esposizioni a vegetali (quali le intossicazioni da funghi, o l'assunzione di "erbe matte").



Programma - Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro							
Progetto: Controllo e sicurezza degli alimenti non di origine animale e delle acque destinate al consumo umano							
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
Contenere le tossinfezioni alimentari e intossicazioni da funghi e vegetali ("erbe matte"), incrementando la sicurezza degli alimenti e dell'acqua destinata al consumo umano	R 1.1 Miglioramento del monitoraggio del fenomeno attraverso l'aggiornamento di MAINF (suddivisione delle diverse patologie, registrazione delle intossicazioni)	A 1.1.1 Collaborare con le Associazioni di Categoria per la revisione dei percorsi di formazione professionale per operatori del settore alimentare A 1.1.2 Individuare i requisiti tecnico - contenutistici per l'accreditamento, a cura delle DDGG competenti, degli enti di formazione	Rilevazione delle iniziative attuate e correlazione con l'incidenza delle tossinfezioni/intossicazioni	Rilevazione del fenomeno mediante MAINF		Rilevazione delle iniziative attuate e correlazione con l'incidenza delle tossinfezioni / intossicazioni	Rilevazione delle iniziative attuate e correlazione con l'incidenza delle tossinfezioni/intossicazioni
	R 1.2 Contenimento delle tossinfezioni alimentari nelle preparazioni domestiche	A 2.1.1 Effettuare Campagna di comunicazione sulle precauzioni universali in ambito domestico A 2.1.2 Pubblicare periodicamente report sull'andamento epidemiologico					
	R 1.3 Contenimento delle intossicazioni da esposizioni a vegetali ("erbe matte")	A 1.3.1 Attivare, anche in collaborazione interventi di supporto e informazione circa i rischi di intossicazione da esposizione ad alcuni prodotti vegetali (funghi e erbe matte) A 1.3.2 Definire anche con il coinvolgimento dei Centri Antiveneni regionali e le strutture ospedaliere procedure di allerta e di risposta rapida in caso di urgenza					
	R 1.4. Mantenimento dell'azione di controllo e vigilanza sul comparto alimentare indirizzando l'attività verso il maggior rischio per il consumatore	A 1.4.1 Individuare le strutture a maggior rischio per il consumatore A 1.4.2 Effettuare i controlli	% di copertura dei controlli effettuati dalle ASL	Rilevazione da sistema informativo Impres@		% di copertura dei controlli effettuati dalle ASL	% di copertura dei controlli effettuati dalle ASL
	R 1.5 Mantenimento dell'azione di controllo e vigilanza sulla qualità delle acque destinate al consumo umano	A 1.5.1 Verificare i sistemi di controlli interno degli impianti di acquedotto	Identificazione delle situazioni di criticità e percorso di miglioramento condiviso tra gestori e l'ASL				Identificazione delle situazioni di criticità e percorso di miglioramento condiviso tra gestori e l'ASL

Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: 2.7.1 - 2.7.3**6.1.d. Progetto: Prevenzione e sicurezza del consumatore: riduzione delle esposizioni a fattori di rischio chimico****Analisi di contesto**

Recentemente sono stati adottati in ambito europeo regolamenti che hanno l'obiettivo della tutela della salute, sia dei lavoratori sia dei consumatori, nei confronti della esposizione a sostanze chimiche pericolose e della tutela dell'ambiente, coinvolgendo tutta la filiera di distribuzione delle sostanze chimiche, delle miscele e degli articoli, dalla produzione/importazione all'uso finale delle stesse.

Si tratta dei Regolamenti (CE) n. 1907/2006 (Regolamento REACH – Registration, Evaluation and Authorisation of Chemicals) e n. 1272/2008 (Regolamento CLP – Classification, Labelling and Packaging), che andrà a sostituire, con un periodo di transizione, le Direttive 67/548/CEE (DSD – Dangerous Substances Directive) e 1999/45/CE (DPD – Dangerous Preparation Directive) sulla classificazione, l'etichettatura e l'imballaggio delle sostanze e delle miscele pericolose con effetto già a partire dal 1° dicembre 2010.

In tale contesto strategico si collocano in particolare i processi di sostituzione delle sostanze più preoccupanti e una consapevole gestione dei rischi associati all'uso delle sostanze chimiche, tenendo conto che le sostanze chimiche più diffuse e di maggior rilievo ambientale e sanitario comprendono le sostanze tossiche organiche persistenti e bioaccumulabili, quali i microinquinanti (diossine, PCB), i pesticidi, gli idrocarburi alogenati e aromatici, gli idrocarburi policiclici aromatici e i metalli.

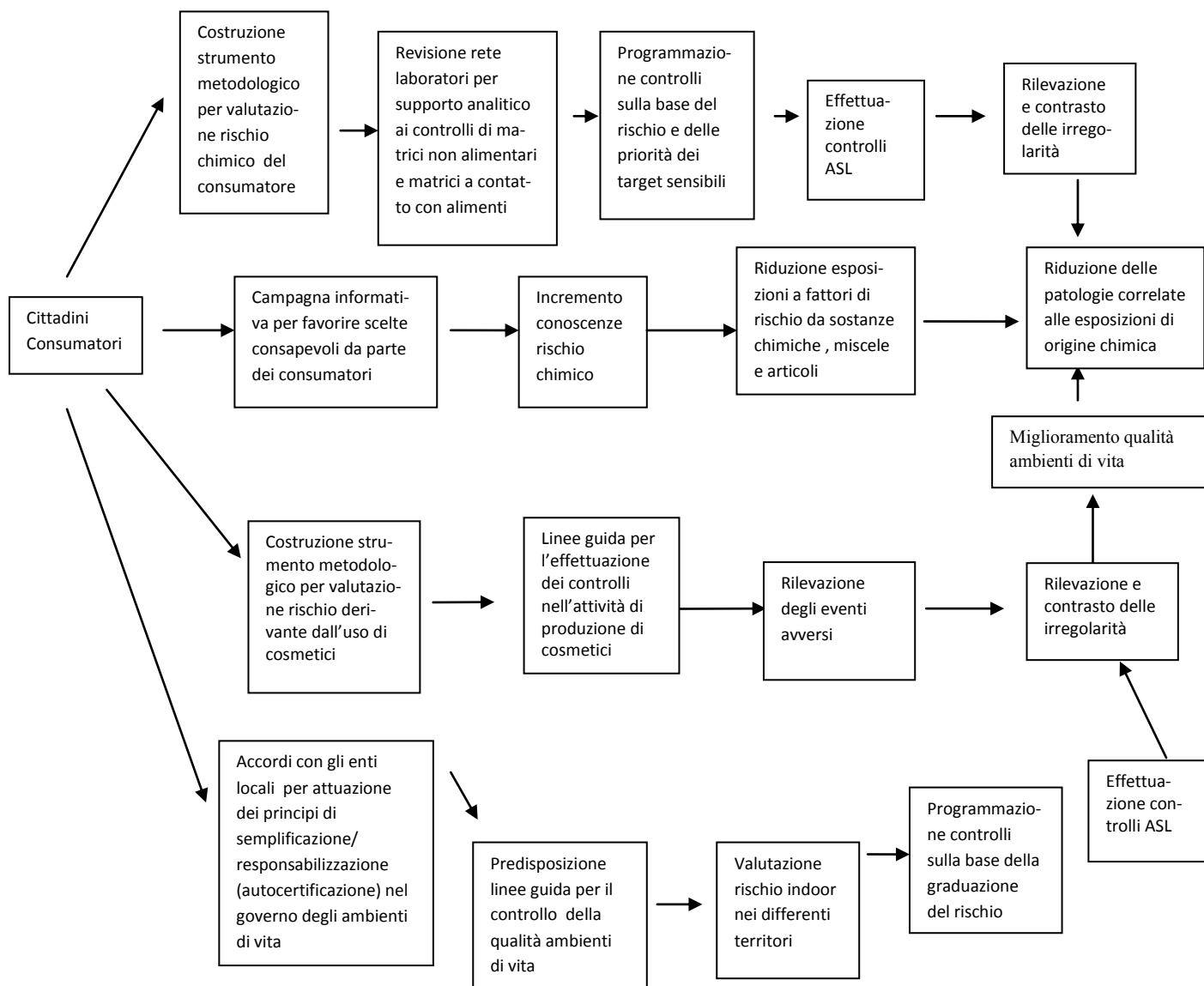
Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (2.7.1, 2.7.3)

1 - Ridurre le esposizioni a fattori di rischio chimico

2 - Migliorare la qualità degli ambienti di vita

Si incrementano i controlli sul rischio chimico nelle imprese/strutture appartenenti a tutte le fasi della catena di approvvigionamento, con attenzione a quelle che producono o importano sostanze chimiche, miscele o articoli, a partire dall'individuazione di priorità quali comparti a maggior rischio, target maggiormente sensibili (es. bambini e adolescenti) e sostanze/miscele/articoli pericolosi (es. sostanze soggette a restrizioni e considerate altamente preoccupanti). La rilevazione dei controlli svolti dalle ASL, siano essi ispezioni, audit, indagine o monitoraggio, sarà effettuata attraverso il Sistema Informativo Regionale Impres@. Si intende contenere le malattie da esposizione a fattori di rischio chimico, con particolare attenzione alle fasce di popolazione maggiormente sensibili, anche attraverso l'utilizzo da parte delle ASL del Sistema Informativo gestionale Person@, strumento che consentirà l'identificazione delle patologie di sospetta origine da esposizioni a fattori di rischio chimico attraverso la correlazione di informazioni in esso contenute con le banche dati disponibili.

Si incrementano inoltre i controlli negli ambienti di vita, effettuati a partire dall'individuazione dei luoghi/territori/aree a maggior rischio o maggior criticità ambientale.



Programma - Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro							
Progetto: Prevenzione e sicurezza del consumatore: riduzione delle esposizioni a fattori di rischio chimico							
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
1 - Ridurre le esposizioni a fattori di rischio chimico	R 1.1 Concorrere alla tutela della salute della popolazione tramite la riduzione dall'esposizione a fattori di rischio chimico anche attraverso l'implementazione dei regolamenti REACH e CLP	A 1.1.1 Predisporre strumenti per migliorare il livello di conoscenza dei processi produttivi ove sono utilizzate sostanze chimiche: a) Implementare metodologie di valutazione del rischio chimico per il consumatore b) revisione della rete dei laboratori per il supporto analitico ai controlli di matrici non alimentari	Linee guida per i controlli sulle sostanze chimiche	Rilevazione da sistema informativo Impres@	Mancata adesione alla realizzazione dell'obiettivo da parte degli Enti coinvolti	Almeno il 60% dei controlli nel settore della sicurezza negli ambienti di vita sono effettuati su strutture a rischio elevato (1 e 2)	Adozione delle linee guida per i controlli sulle sostanze chimiche
		A 1.1.2 Programmare, nel Piano Controlli delle ASL, ed effettuare i controlli, sulla base dei criteri di graduazione del rischio	Almeno il 60% dei controlli nel settore della sicurezza negli ambienti di vita sono effettuati su strutture a rischio elevato (1 e 2)				
		A 1.1.3 Attuare una campagna di comunicazione sull'uso consapevole delle sostanze chimiche e di informazione per la sostituzione delle sostanze "pericolose"	Campagna informativa			Adozione delle linee guida per l'effettuazione dei controlli nell'attività di produzione di cosmetici	
		A 1.1.4 Produrre linee guida per l'effettuazione dei controlli nell'attività di produzione di cosmetici	Linee guida per l'effettuazione dei controlli nell'attività di produzione di cosmetici				
		A 1.1.5 Predisporre un sistema di rilevazione degli eventi avversi			Scarsa conoscenza dei regolamenti da parte delle PMI		
2 - Migliorare la qualità degli ambienti di vita	R 2.1 Integrazione delle azioni preventive e di controllo svolte dalle ASL e dagli altri Enti/ Amministrazioni interessati	A 2.1.1 Predisporre linee strategiche atte a tutelare dall'esposizione a radon e ad inquinanti chimici (es. fibre di amianto, fibre artificiali, monossido di carbonio, ecc.), in coerenza con il percorso di semplificazione/ responsabilizzazione ed evidenza di efficacia.	Indirizzi strategici sul controllo della qualità degli ambienti di vita		Limitata disponibilità di enti/ amministrazioni interessate ad adottare azioni preventive mirate	Elaborazione degli indirizzi strategici	Adozione degli indirizzi strategici finalizzati alla riduzione del rischio da inquinanti indoor

Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: 2.7.2**6.1.e .Progetto: Promozione di scelte favorevoli a una migliore qualità dell'ambiente e del territorio*****Analisi di contesto***

Con legge regionale 12/2005 "Legge per il governo del territorio", Regione Lombardia ha dettato le norme di governo del territorio ispirate ai criteri di sussidiarietà, sostenibilità, partecipazione, collaborazione, flessibilità, in cui tutti i soggetti sono coinvolti nei processi di pianificazione territoriale e di valutazione degli effetti delle scelte di pianificazione, tramite una partecipazione attiva e collaborativa.

Le ASL, in coerenza con l'approccio metodologico dei piani integrati di prevenzione, e attraverso un contributo partecipativo e attivo, contribuiscono alla costruzione dei Piani di Governo del Territorio (PGT) e al processo di Valutazione Ambientale Strategica (VAS), supportando i Comuni, attraverso:

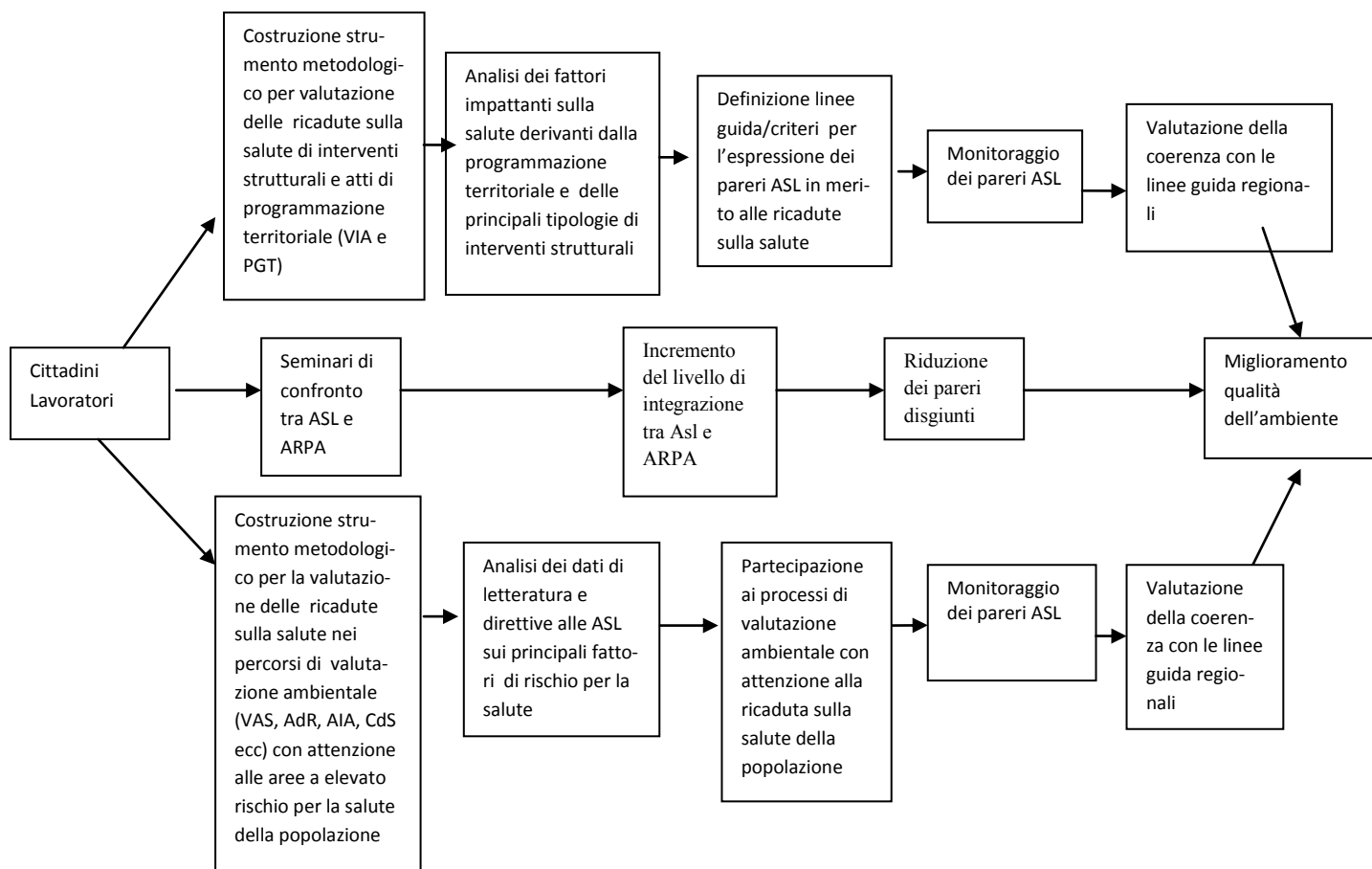
- l'analisi del contesto basata sulle conoscenze epidemiologiche e il complesso di dati sulla salute della popolazione coinvolta, da cui derivare l'analisi dei bisogni in termini di salute e socio sanitari
- l'individuazione di criticità sul territorio legate ad usi non compatibili o in conflitto con la tutela della salute della popolazione
- l'individuazione degli obiettivi di salute e di salubrità del territorio analizzandone le ricadute in termini di guadagno di salute sia delle attività economiche/infrastrutture esistenti ma in particolare di quelle di nuova previsione.

Diverse sono le situazioni territoriali identificate in Lombardia in cui le conseguenze di attività industriali, svolte in passato, hanno determinato fenomeni in alcuni casi rilevanti di inquinamento ambientale, che generano forte preoccupazione, della popolazione e delle autorità locali, per il possibile impatto sulla salute.

Inoltre, la valutazione delle ricadute sulla salute di atti di programmazione territoriale e di interventi strutturali - quali ad esempio interventi sottoposti alle procedure di valutazione d'impatto ambientale (VIA), di autorizzazione integrata ambientale (AIA) e alle analisi di rischio - è premessa indispensabile, unitamente allo studio della correlazione ambiente salute per pianificare interventi che siano efficaci nel migliorare gli elementi che principalmente incidono sulla patologia. Il monitoraggio e la valutazione dello stato di salute della popolazione in relazione ai diversi fattori di rischio compresi quelli di origine ambientale viene perseguito attraverso il miglioramento della capacità di intervento sistemico sul contesto ambientale locale, attraverso la lettura integrata delle informazioni derivanti dal territorio (dati epidemiologici ed ambientali) e attraverso le valutazioni delle ricadute sulla salute di atti di programmazione e delle valutazioni ambientali di interventi sul territorio sviluppando la collaborazione multidisciplinare tra diversi attori (Osservatori epidemiologici, Registri Tumori e di Patologia, Dipartimenti Medici di Prevenzione delle ASL, Dipartimenti Provinciali di ARPA Lombardia, Enti Locali).

I maggiori risultati raggiunti, in termini di prevenzione, negli ultimi decenni sono indiscutibilmente da attribuire alle azioni "di sistema"; in tale contesto è necessario che le ASL effettuino valutazioni delle ricadute sulla salute di interventi o programmi riprendendo l'indirizzo OMS "la salute in tutte le politiche" e quindi anche in quelle territoriali, di governo del territorio e dell'ambiente.

Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (2.7.2)
Ridurre le esposizioni a fattori di rischio di origine ambientale



Programma - Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro							
Progetto: Promozione di scelte favorevoli a una migliore qualità dell'ambiente e del territorio							
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
Ridurre le esposizioni a fattori di rischio di origine ambientale	R 1.1 Disponibilità di una metodologia per la valutazione delle ricadute sulla salute dello "stato" del territorio (VIA, VAS, AdR siti contaminati, AIA, VIS, Risk Assessment...)	A 1.1.1 Predisporre procedure/ linee guida di valutazione integrata delle ricadute sulla salute, a sostegno del supporto partecipativo delle ASL nei processi di programmazione territoriale (PGT, VAS) A 1.1.2. Predisporre procedure/ linee guida di valutazione integrata delle ricadute sulla salute a supporto della partecipazione ai processi valutazione ambientale (VIA, AdR, AIA, ecc)	Presenza di linee guida , modelli /metodi e procedure	Report sulle modalità, contenuti e strumenti utilizzati nella definizione dei pareri espressi dalle ASL nelle procedure di VIA e di supporto alla definizione dei PGT	Coordinamento e sinergia tra Istituzioni ed Enti in quanto Autorità competenti e preposti alla prevenzione dei rischi (DDGG, Province e Comuni e ARPA)	Redazione di Report sulle modalità, contenuti e strumenti utilizzati nella definizione dei pareri espressi dalle ASL nelle procedure di VIA e di supporto alla definizione dei PGT	Adozione di Linee guida per la valutazione delle ricadute sulla salute

6.2. Prevenzione e controllo delle malattie infettive compresi gli interventi vaccinali

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE 2010-2012

Macroarea 3 La prevenzione universale

Linea di intervento generale:

3.3 a) Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione e delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria

Obiettivi generali di salute:

- a. Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione (poliomielite, difterite, epatite B, morbillo, rosolia congenita) o del significativo contenimento (tetano, pertosse, m.i. da haemophilus di tipo B)
- b. Definire le strategie vaccinali per preparati non ancora inseriti nei LEA o per i quali sono disponibili nuove conoscenze (influenza, pneumococco 23-valente) o per cui devono essere acquisite ulteriori conoscenze (HPV)
- c. Ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV
- d. Raggiungere elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva, con particolare riguardo alle scuole
- e. Ridurre le infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto (profilassi perioperatoria, catecterizzazione)
- f. Definire modalità operative di intervento per le patologie ritenute maggiormente incidenti e per cui sono disponibili interventi di controllo (TB)
- g. Ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali

Programma - *Prevenzione e controllo delle malattie infettive compresi gli interventi vaccinali*

Beneficiari

Gli interventi di prevenzione e controllo delle malattie infettive compresi gli interventi vaccinali interessano tutta la popolazione, suddivisa per fasce d'età.

Attori

Regione Lombardia, tramite la Direzione Generale Sanità, pianifica e definisce le strategie d'intervento indicando le priorità, tenuto conto del contesto epidemiologico e normativo nazionale; delinea i criteri organizzativi di carattere generale; fornisce linee di indirizzo e supporto tecnico all'avvio ed al proseguimento dei programmi, anche attraverso attività di formazione; monitora i principali indicatori di processo e risultato dei programmi sul territorio regionale; garantisce il raccordo tra i programmi locali.

Azienda Sanitaria Locale "traduce" l'azione a livello locale, sulla base delle caratteristiche del territorio e tenuto conto degli indirizzi regionali. In particolare promuove, coordina, organizza gestisce e valuta, nell'ambito territoriale di competenza i programmi vaccinali e di prevenzione e controllo delle malattie infettive, individuando tutte le risorse coinvolgibili, e garantendo adeguati strumenti di coordinamento le diverse professionalità ed i diversi soggetti.

Aziende Ospedaliere, IRCCS, Case di Cura attuano gli interventi di sorveglianza e notifica delle malattie infettive e i programmi di controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria.

Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Famiglia (PdF) sono coinvolti attivamente nell'attuazione degli interventi di prevenzione in questa materia.

Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: 2.4.1 – 2.4.2 – 2.4.3**6.2.a. Progetto: Malattie suscettibili di vaccinazione****Analisi di contesto**

Grazie alla completa informatizzazione delle anagrafi vaccinali dei nati dopo il 1990 è possibile evidenziare, in modo dinamico, l'andamento delle coperture vaccinali, ossia quanti bambini residenti di ciascuna classe-coorte hanno ricevuto le vaccinazioni raccomandate. La copertura vaccinale ha particolare importanza, perché solo al di sopra di una certa soglia, variabile per malattia ma sempre superiore al 90%, si raggiunge la cosiddetta "immunità di gregge": in Lombardia tale obiettivo è già raggiunto e mantenuto per difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B; per il morbillo è stato conseguito successivamente alle coorti di nascita 2000, mentre per haemophilus I.B l'obiettivo è stato raggiunto dal 2005.

Vi sono altre vaccinazioni proposte in età infantile, per le quali tuttavia non è possibile l'eliminazione o la riduzione significativa, sia perché sono responsabili della malattia sottotipi di virus/batteri non contenuti nel vaccino, sia perché la loro incidenza è così bassa che anche elevate coperture vaccinali non possono incidere significativamente.

La malattia invasiva pneumococcica ha mostrato negli ultimi anni un incremento, da attribuire tuttavia al fatto che dal 2007 vengono segnalate oltre che le meningiti, anche le polmoniti e le sepsi, cui è infatti da ascrivere quasi totalmente l'aumento, mentre le meningiti appaiono in decremento. Costante si mantiene la distribuzione per età, con un picco nel primo anno di vita ed un progressivo incremento dopo i 55 aa, ove si colloca più del 60% dei casi.

L'analisi dei dati 2009 conferma la contenuta incidenza della malattia meningococcica (nel 2009 0,5 casi ogni 100.000 ab., di cui il 90% guariti senza esiti) e la comparabilità dei principali indici (distribuzione per età prevalente in bambini e adolescenti; letalità più elevata con l'avanzare dell'età; dopo la prevalenza del sierogruppo C nel 2003-2006 è ritornato a predominare il B, per ora non suscettibile di vaccinazione) coi dati nazionali ed internazionali; significativo il verificarsi nell'ultimo biennio di due cluster – Milano ed Erba – coinvolgenti soggetti adulti.

In tal caso non vi è una soglia-obiettivo da conseguire, tuttavia nella nostra regione questi vaccini (meningococco C e antipneumococcico) sono comunque offerti gratuitamente, con adesioni in crescendo. Nel 2008 è stata avviata la vaccinazione antiHPV per la coorte di nascita 1997, cui ha aderito e concluso il ciclo di tre dosi il 70% delle invitate; nel 2009 la medesima vaccinazione è stata resa disponibile ad un prezzo sociale presso ambulatori specialistici accreditati anche a ragazze e donne sino ai 26 anni di età, e soprattutto è stata inserita in un percorso di counselling e prevenzione più generale, comprendente anche la proposta di pap-test.

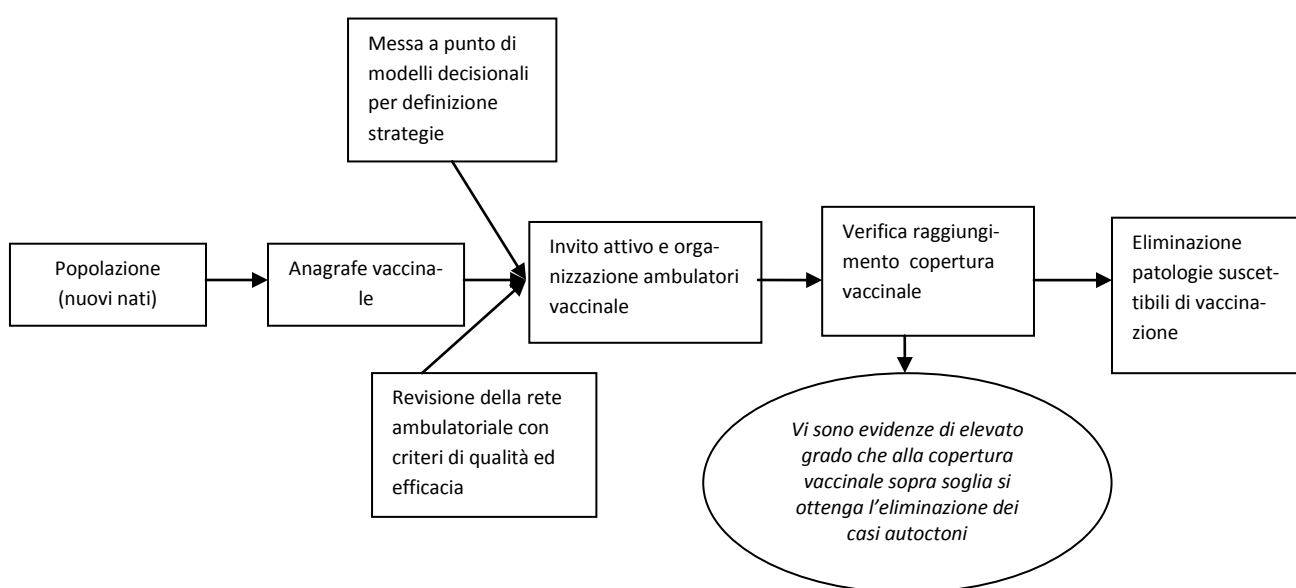
Obiettivi di salute e/o di processo perseguiti: (2.4.1,2.4.2,2.4.3)

- 1 - Mantenere gli obiettivi di eliminazione per polio, difterite, epatite B, morbillo e rosolia congenita.**
- 2 - Contenere le malattie infettive suscettibili di vaccinazione per cui non è possibile l'eliminazione (Malattia Invasiva meningococcica, pneumococcica, HIB; Influenza; HPV; rotavirus)**
- 3 – Costruzione di un modello decisionale per l'introduzione di nuovi vaccini**

La realizzazione del progetto prevede di mantenere nel tempo gli ottimi livelli di copertura vaccinale raggiunti in Lombardia nei confronti delle malattie di cui è prevista l'eliminazione. L'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale ha costituito il presupposto per una costante verifica dell'attività, e ha consentito l'inizio del processo di inserimento dei dati nel fascicolo sanitario elettronico, con disponibilità degli stessi per tutti gli operatori sanitari del sistema regionale.

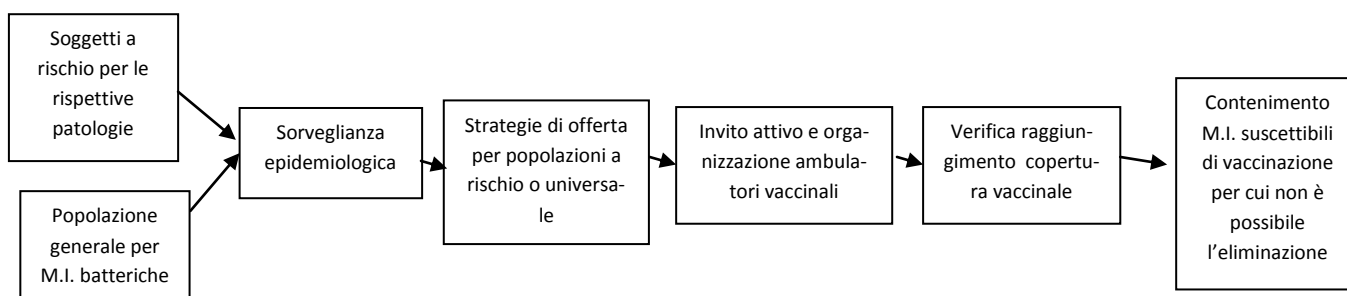
Il consolidamento del processo di informatizzazione potrà agevolare il coinvolgimento di altre figure professionali nell'attività vaccinale, in primo luogo i Pediatri di Famiglia, consentendo l'interconnessione attraverso la CRS-SISS e la piena sinergia delle varie fasi dell'attività.

Vi è la necessità di definire i criteri e i modelli decisionali per l'introduzione di nuovi vaccini, con il contributo di rappresentanti del mondo della ricerca, partendo dal costante monitoraggio della situazione epidemiologica delle malattie infettive sul nostro territorio.



La realizzazione del progetto prevede di definire, ed omogeneizzare sul territorio regionale, le procedure per l'individuazione dei soggetti a rischio attraverso la consultazione periodica delle banche dati, al fine di offrire attivamente le relative vaccinazioni.

Il mantenimento di una efficiente rete di sorveglianza epidemiologica è un requisito essenziale per poter adeguare o modificare nel tempo le strategie di offerta vaccinale.



Programma - Prevenzione e controllo delle malattie infettive compresi gli interventi vaccinali							
Progetto: Malattie suscettibili di vaccinazione							
Obiettivi	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
1 - Mantenere gli obiettivi di eliminazione per polio, difterite, epatite B, morbillo e rosolia congenita	R 1.1 Eliminazione dei casi autoctoni e mantenere le coperture vaccinali > 95% a 24 mesi e richiami (ove previsti)	A 1.1.1 Revisionare la rete di offerta con coinvolgimento dei Pediatri di famiglia e delle strutture specialistiche definendo a livello regionale le linee di indirizzo per le ASL	Rispetto delle indicazioni regionali fornite in seguito alle proposte delle ASL di revisione della rete degli ambulatori % copertura vaccinale a 24 mesi e richiami (ove previsti) Incidenza di polio, difterite, epatite B, morbillo e rosolia congenita % soggetti vaccinati/ totale residenti	Rilevazione semestrale delle anagrafe vaccinali delle ASL completa per coorti 1990-2009 mediante sistema informativo regionale	La mancata o non completa adesione dei PdF può impattare negativamente sul raggiungimento del risultato	Definire le linee di indirizzo per le ASL per il coinvolgimento dei Pediatri di famiglia e delle strutture specialistiche > 90%	Rispetto delle indicazioni regionali sulla revisione della rete degli ambulatori >95%
		A 1.1.2 Rendere disponibile nel Fascicolo Sanitario Elettronico le vaccinazioni effettuate a partire dalla coorte 1990	Presenza delle prestazioni "vaccinali" nel Fascicolo Sanitario Elettronico a partire dalla coorte 1990	Evidenza sul Fascicolo Sanitario Elettronico e su portale regionale	Disponibilità dei dati	Disponibilità dei dati	
2 – Contenere le malattie infettive suscettibili di vaccinazione per le quali non è possibile l'eliminazione (Malattia Invasiva meningococcica, pneumococcica, Hib; Influenza; HPV)	R 2.1 Intercettazione dei soggetti a rischio cui offrire attivamente le relative vaccinazioni	A 2.1.1 Intercettare i soggetti a rischio cui offrire attivamente le relative vaccinazioni attraverso il confronto periodico fra banche dati (esenzioni, ricoveri per patologia, SDO, ecc.)	Esistenza di procedure per il rilevamento dei nuovi soggetti a rischio .			Report	Report
	R 2.2 Mantenimento della sorveglianza epidemiologica con tipizzazione di malattie invasive e altri soggette a sorveglianza speciale	A 2.2.1 Monitorare le attività di indagini epidemiologiche e di accertamento microbiologico	Concordanza tra notifiche e SDO Tipizzazione malattie invasive	Utilizzo sistema informativo regionale MAINF		Concordanza tra notifiche e SDO > 90% Tipizzazione malattie invasive > 80%	
3 - Mettere a punto modello decisionale per l'adozione / modifica delle strategie di offerta vaccinale	R 3.1 Messa a punto modelli decisionali per l'adozione / modifica delle strategie di offerta vaccinale, basate su epidemiologia, evidenza di efficacia, impatto per i nuovi vaccini a fronte della carenza di evidenze	A 3.1.1 Costruire e validare un modello decisionale per l'introduzione di nuovi vaccini	Presenza Modello decisionale	Progetto di ricerca		Presenza Modello decisionale	Validazione del modello decisionale per alcuni vaccini

Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: 2.6.1 – 2.6.2 – 2.6.3**6.2.b. Progetto: Sorveglianza e controllo delle malattie infettive*****Analisi di contesto***

Nel 2009 le iniziative avviate per migliorare qualità ed attendibilità della sorveglianza delle malattie infettive sono giunte a compimento e ad esse si sono aggiunti i primi risultati o l'avvio di alcune indagini e progetti di ricerca su focus specifici (Ricerca AIFA per la valutazione dell'immunità antiepatite B in soggetti vaccinati con esavalente, progetto per la tipizzazione di rotavirus in bimbi ricoverati, Studio NuDiH dei comportamenti e abitudini in soggetti con positività recente per HIV, avvio progetto per lo studio della circolazione dell'HPV in popolazioni a rischio).

Sotto il versante epidemiologico, come per gli anni precedenti, le malattie più frequenti sono costituite dalle malattie esantematiche infantili: la varicella in particolare costituisce l'ultima malattia a carattere francamente epidemico (18.485 casi nel 2009), mentre le altre, suscettibili di vaccinazione, seguono a notevole distanza. Il morbillo, dopo i 1.000 casi del 2008 con tre significativi focolai, ha presentato un'incidenza nel 2009 di 1,7 per 100.000 ab., compatibile quindi col raggiungimento dell'eliminazione nei prossimi anni.

Le patologie gastrointestinali hanno subito, negli ultimi anni, un sensibile mutamento qualitativo: a fronte della costante diminuzione delle salmonellosi, si è avuto un incremento delle cosiddette diarree infettive, tra le quali possiamo distinguere quelle non direttamente correlate al consumo di alimenti contaminati (clostridium difficile, tipica dell'anziano e defedato, la cui esplosione interessa tutta l'Europa; rotavirus, con prevalente trasmissione interumana tra bimbi) e quelle attribuibili invece ad alimenti contaminati, che vede il campylobacter, interessante bambini e adulti, al primo posto.

La malattia tubercolare, con incidenza bassa e stabile negli ultimi anni, colpisce in prevalenza stranieri di età giovane-adulta, mentre gli italiani, in minor numero, si collocano nell'età anziana.

Un buon sistema di sorveglianza e di assistenza deve essere in grado di sottoporre a terapia i soggetti infetti o malati, sia per loro tutela, che per ridurre le possibilità di contagio tra i famigliari: i dati dell'ultimo triennio (per il 2009 il dato è ancora da definire, essendo la durata media della terapia di 6 mesi) evidenziano una percentuale ancora elevata di soggetti persi al follow-up, che invece, secondo gli standard internazionali, non dovrebbe superare il 20%.

L'infezione da HIV continua a costituire un problema di rilievo: al 31.12.2008 erano 44.000 le persone con infezione da HIV residenti nella nostra regione, in gran parte maschi adulti, che dal 2000 avevano ricevuto una prestazione specifica per HIV almeno una volta (es.: ricoveri, terapia antiretrovirale, follow-up per RNA, ...).

I soggetti che si sottopongono a screening per HIV, spontaneamente o su consiglio del curante, sono numerosi (circa 500.000 test annui in regime ambulatoriale), prevalentemente di sesso femminile, ma la percentuale di essi che risulta positiva è minima (circa 3 ogni mille esami) a significare che i soggetti veramente a rischio di infezione non vi si sottopongono.

L'infezione continua a riguardare in larga prevalenza i maschi, in età adulta; i risultati preliminari dello studio NuDiH indicano nella trasmissione per via sessuale, parimenti distribuita tra etero e omo, la principale modalità di contagio. Le linee di attività sono dunque finalizzate alla riorganizzazione dell'offerta del test HIV e più in generale alla rete per la prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale.

Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (2.6.1, 2.6.2, 2.6.3)

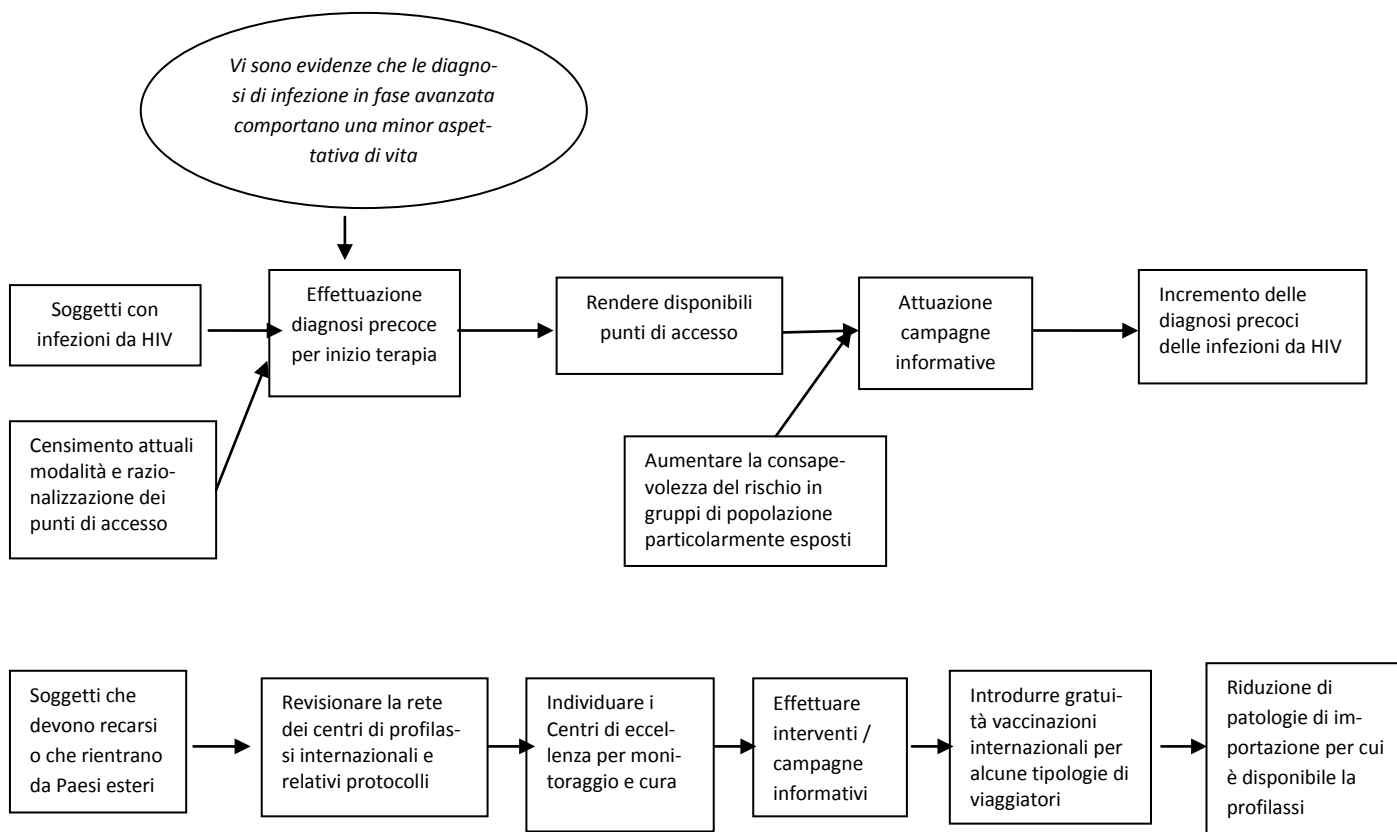
- 1 - Incrementare le diagnosi precoci delle infezioni da HIV**
- 2 - Garantire l'accesso e la qualità della cura per i malati di TB, anche al fine di contenere il contagio**
- 3 - Contenere le infezioni da veicoli animali e le zoonosi, con riguardo anche alle patologie di importazio-**

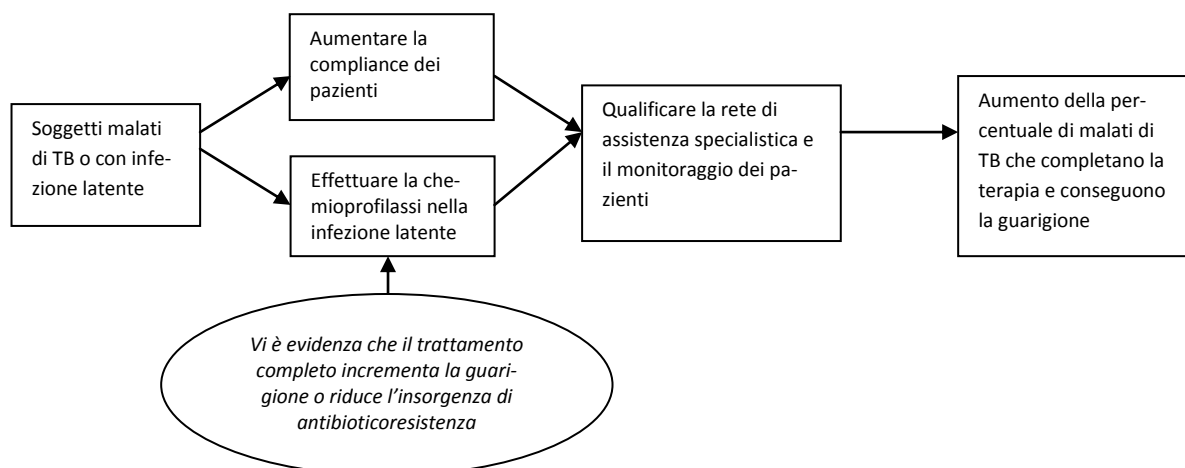
Il lavoro di ottimizzazione del sistema di sorveglianza delle malattie infettive effettuato negli ultimi anni, sia dal punto di vista degli strumenti di rilevazione sia della revisione alla luce delle evidenze di efficacia degli interventi di controllo, consente di indirizzare la progettualità verso le emergenze infettivologiche: HIV; tubercolosi; patologie da importazione.

Come noto l'accesso precoce alle terapie antiretrovirali per i soggetti sieropositivi costituisce un blocco verso la malattia conclamata; saranno quindi avviati percorsi finalizzati alla formazione del MMG per l'inclusione del test HIV in presenza di quadri patologici più frequentemente correlati con l'infezione, nonché la riorganizzazione e la razionalizzazione dei presidi territoriali di offerta del test e promozione in collaborazione con associazioni e gruppi di interesse.

Per quanto riguarda la tubercolosi, l'interessamento significativo di fasce socialmente deboli impone di indirizzare diversamente gli interventi di controllo privilegiando le collaborazioni con associazioni e gruppi di interesse in modo da garantire il completamento della cura (come noto una bassa compliance favorisce l'insorgenza di MDR) e l'indagine epidemiologica sui "casi" per il controllo nei gruppi target.

L'incremento degli scambi internazionali sia delle persone sia delle merci impone la revisione della rete di offerta degli ambulatori dei viaggi e delle migrazioni per la profilassi ed il controllo delle patologie da importazione, valorizzando le eccellenze presenti in Lombardia.





Programma - Prevenzione e controllo delle malattie infettive compresi gli interventi vaccinali							
Progetto: Sorveglianza e controllo delle malattie infettive							
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
1 – Incrementare le diagnosi precoci delle infezioni da HIV/MTS	R 1.1 Miglioramento qualitativo delle aspettative di vita dei soggetti con HIV	A 1.1.1 Revisionare e aggiornare la rete di offerta del test HIV	% dei soggetti con infezione in fase avanzata/ soggetti con nuova diagnosi < 50%	Rilevazione annuale delle nuove infezioni mediante MAINF		Report	Report
		A 1.1.2 Effettuare interventi di informazione sulle misure di prevenzione e sull'accesso al test				Rete di offerta sul sito RL	
2 - Garantire accesso e qualità della cura per i malati di TB, anche al fine di contenere il contagio	R 2.1 Aumento della percentuale di malati di TB che completano la terapia e conseguono la guarigione	A 2.1.1 Revisionare la rete dei laboratori di micobatteriologia (limitando il 2° e 3° livello solo a quelli rispondenti agli standard internazionali)	Conclusione della terapia per almeno l'80% dei soggetti	Rilevazione delle infezioni mediante MAINF		Report	Report
		A 2.1.2 Potenziare la formazione continua dei centri specialistici che prendono in carico i malati					
		A 2.1.3 Migliorare la tracciabilità dei percorsi di follow-up dei malati					
		A 2.1.4 Registrare nel sistema informativo delle malattie infettive anche l'Infezione tubercolare latente e relativa chemioprolifassi					
3 - Contenere le patologie di importazione	R 3.1 Riduzione delle patologie di importazione per cui è disponibile la profilassi	A 3.1.1 Revisionare la rete dei centri di profilassi internazionale e relativi protocolli	Verifica dei trend delle principali patologie prevenibili	Rilevazione delle infezioni mediante MAINF		Indicazioni regionali per la revisione dei centri di profilassi internazionale	Rete di offerta sul sito RL
		A 3.1.2 Individuare centri di eccellenza per il monitoraggio e la cura, anche in raccordo con il Ministero della Salute					
	R 3.2 Diagnosi e trattamento precoce dei soggetti malati	A 3.2.1 Introdurre in regime di gratuità le vaccinazioni internazionali per particolari tipologie (volontari in missioni estere, minori migranti, ...)	Predisporre atto di indirizzo alle Asl per offerta gratuita di profilassi vaccinale ad alcune tipologie di soggetti			Atto formale	

Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: 2.5.1**6.2.c. Progetto: Contenere le infezioni correlate all'assistenza sanitaria****Analisi di contesto**

Nell'ambito degli indirizzi nazionali sulle politiche di controllo delle infezioni ospedaliere (I.O.), la Lombardia ha adottato, nel 2002, un modello organizzativo originale, dando vita ad un comitato regionale, il CR-CIO, costituito da rappresentanti dei comitati per la lotta alle infezioni ospedaliere di ospedali che rispondessero ad alcuni criteri di qualità, quali l'aver costituito il gruppo operativo, destinato risorse mediche ed infermieristiche, documentato l'attività di riunioni e formazione.

Nel corso del biennio 2005-2007, la riflessione all'interno del Coordinamento Regionale dei CIO, partendo dalla constatazione che alla conoscenza e formazione in materia di controllo delle I.O. non corrisponde la loro automatica attuazione, ha condotto a costituire alcuni sottogruppi per l'approfondimento delle problematiche inerenti i requisiti normativi previsti per le strutture accreditate, i sistemi di indagine/monitoraggio delle IO, l'utilizzo dei dati epidemiologici nella pratica clinica, i protocolli di prevenzione e controllo e loro effettivi livello di applicazione, la formazione e aggiornamento degli operatori.

Successivamente, notevole implementazione è stata data alla sorveglianza epidemiologica, con il progetto "sorveglianza a partire dalle microbiologie" su un set di patogeni "sentinella", avviato nel settembre 2004 su adesione volontaria, è stato esteso nel 2009 a tutti i laboratori di microbiologia, o con sezioni dedicate, delle strutture di ricovero e cura accreditate lombarde.

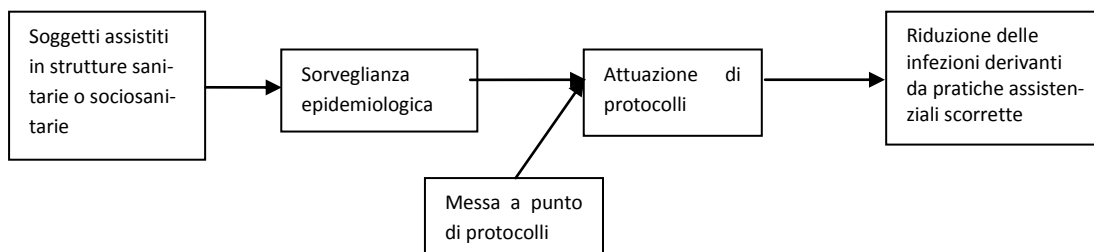
La partecipazione ai progetti di sorveglianza ha consentito, alle strutture sanitarie che hanno via via aderito, di consultare in continuo i propri dati, anche attraverso una rielaborazione, per alcuni parametri (percentuale segnalazioni per UO/Reparto di ricovero, incidenza per agente sentinella e numero di ricoveri e numero di giornate di degenza, di presidio/reparto). Nel 2010 i medesimi dati sono disponibili su un portale regionale accessibile a ciascuna struttura.

Infine, dal 2009 sono attivi gruppi di lavoro su problematiche specifiche per lo studio di protocolli e linee guida sulla prevenzione delle I.O. nelle strutture di lungodegenza, sulle diarree da clostridium difficile. L'evoluzione prevede una maggior capacità di utilizzo dei dati di sorveglianza in modo che impattino realmente sulle prassi operative, pur consapevoli che il fenomeno delle I.O. è multifattoriale (aumento popolazione fragile e immunocompromessa, tecnologie diagnostiche e terapeutiche invasive ecc..)

Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (2.5.1)

1- Contenere le infezioni ospedaliere e correlate all'assistenza sanitaria

Con Decreto della Direzione Generale Sanità n. 7846 del 29 luglio 2009 è stato sistematizzato il processo attivo in questo ambito, pertanto l'obiettivo perseguito è quello di contenere le infezioni ospedaliere e correlate all'assistenza sanitaria, mediante l'attivazione operativa delle indicazioni in esso contenute, in particolare per quanto riferito al sistema di sorveglianza, alla definizione e applicazione di protocolli operativi di miglioramento interno alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, alla condivisione di informazioni, tra i diversi settori e livelli del sistema, su risultati e percorsi intrapresi.



Programma - Prevenzione e controllo delle malattie infettive compresi gli interventi vaccinali							
Progetto: Contenere le infezioni correlate all'assistenza sanitaria							
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
1 - Contenere le infezioni correlate all'assistenza sanitaria	R 1.1 Riduzione delle infezioni derivanti da pratiche assistenziali scorrette (es. inf. vie urinarie,...)	A 1.1.1 Monitorare le infezioni attraverso sistemi "sentinella" o studi di prevalenza A 1.1.2 Migliorare le competenze nella lettura dei dati epidemiologici e le azioni da porre in atto per la prevenzione e il controllo A 1.1.3 Studiare nuovi modelli organizzativi che raccordino il controllo delle infezioni con le attività di risk management e di accreditamento	Adesione al sistema SentLomb dei laboratori di microbiologia accreditati > 90% Definizione di protocolli condivisi per il contenimento delle infezioni	Rilevazione tramite sistema SentiLomb i trend dei sentinella nelle strutture di ricovero e riabilitazione Relazione delle azioni poste in atto da parte delle strutture sanitarie, socio-sanitarie, ASL Presenza di protocolli		Adesione al sistema SentLomb dei laboratori di microbiologia accreditati > 90% Definizione di protocolli condivisi per il contenimento delle infezioni	
	R 1.2 Contenimento delle infezioni al cui aumento concorrono le condizioni di base (es. clostridium difficile)	A 1.2.1 Definire protocolli comportamentali per il contenimento delle infezioni da clostridium d. e altri patogeni ricorrenti basati sull'evidenza e fattibilità A 1.2.2 Pubblicare periodicamente report sull'andamento epidemiologico	Definizione di protocolli basati sull'EBM Pubblicazione di report	Presenza di protocolli Report		Pubblicazione di report	Definizione di protocolli basati sull'EBM Pubblicazione di report

6.3. Migliorare la qualità di vita nella popolazione

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE 2010-2012

Macroarea 3 La prevenzione universale

Linea di intervento generale:

3.4. Prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari

3.2 Area della sicurezza

Obiettivi generali di salute:

- 2.1** Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali, con particolare riguardo a quelli determinati da uso di sostanze stupefacenti, eccesso di velocità e di quelli dovuti a mancato utilizzo di protezioni passive (corretto uso di casco, cinture e utilizzo dei seggiolini per bambini)
- 2.3** a) Riduzione della mortalità da eventi traumatici, in particolare frattura di femore nella popolazione anziana (età > 65 aa)
b) Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e dei ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni
- 2.9** a) Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10% (da valutare con stime campionarie)
b) Incremento dell'attività motoria, con particolare riguardo alla popolazione giovane-adulta (da valutare con dati ISTAT e con sistemi di sorveglianza specifica)
c) Riduzione dei consumatori di alcol a rischio (percentuale dei consumatori fuori pasto, dei consumatori giornalieri di quantità superiori a quelle considerate compatibili, anche in relazione all'età, dei "binge drinkers", dei consumatori che guidano in stato di alterazione psicofisica derivante dall'alcol, dei consumatori all'interno dei luoghi di lavoro), da valutare con dati ISTAT, ISS e con sistemi di sorveglianza specifica
d) Riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo alle fumatrici e a soggetti in età giovane-adulta (da valutare con dati ISTAT e con sistemi di sorveglianza specifica)
e) Prevenzione delle patologie da carenza iodica
f) Sviluppo di programmi di prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze nelle scuole medie di primo e secondo grado, e nei luoghi di aggregazione giovanile formali e informali, mirati ad implementare la conoscenza delle dinamiche emotivo-relazionali e dei fattori di rischio personali e sociali nella fascia adolescenziale

Programma - Migliorare la qualità di vita nella popolazione

Beneficiari

Gli interventi di promozione di stili di vita sani e ambienti favorevoli alla salute interessano tutta la popolazione (giovani e studenti, lavoratori, consumatori, fruitori dell'ambiente e del territorio, ecc.)

Attori

Regione Lombardia, tramite la Direzione Generale Sanità, pianifica e definisce le strategie d'intervento indicando le priorità, tenuto conto del contesto epidemiologico e normativo nazionale; fornisce linee di indirizzo e supporto alla programmazione locale, anche attraverso attività di formazione; monitora i principali indicatori di processo e risultato dei programmi sul territorio regionale; garantisce il raccordo tra i programmi locali.

Le diverse linee progettuali implicano l'attivazione di tutto il *sistema regionale* con il coinvolgimento – nella forma di accordi, protocolli, coprogettazioni, ecc - di una molteplicità di attori; in particolare:

- tra le strutture regionali le Direzioni Generali: Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale; Semplificazione e Digitalizzazione; Sport e Giovani; Ambiente, Energia e Reti; Territorio e Urbanistica; Istruzione, Formazione e Lavoro; Casa; Agricoltura;
- l'ente regionale per la ricerca, la statistica e la formazione ex l.r. 14/10;
- istituzioni ed enti locali quali l'Ufficio Scolastico per la Lombardia, Comuni, Province
- Associazioni e Privato Sociale.

Azienda Sanitaria Locale, pianifica l'azione a livello locale, sulla base delle caratteristiche del territorio e degli indirizzi regionali, mediante i Piani Integrati Locali degli Interventi di Promozione della Salute (PIL), strumenti di programmazione che le Aziende predispongono annualmente in un'ottica di integrazione istituzionale, gestionale ed operativo-funzionale interna, nell'ambito della più generale attività di programmazione aziendale, finalizzata a consentire un effettivo e misurabile «guadagno di salute» nella popolazione.

Analisi di contesto

La ragione di un progetto ampio che coinvolge molte azioni, differenti attori ed ambiti diversi prende origine dall'obiettivo di integrare i diversi interventi con un approccio che guarda alla persona ed alla Comunità come fenomeni complessi e quindi necessitanti di risposte articolate, coordinate e non settoriali.

Tale prospettiva si colloca in un contesto regionale che, a partire dal 2006, ha intrapreso una serie di azioni volte a sostenere un processo di miglioramento continuo per lo sviluppo di interventi efficaci e di qualità di carattere formativo, programmatico – organizzativo e comunicativo – informativo. Inoltre, Regione Lombardia è stata capofila del progetto di Ricerca Nazionale (ex art.12, lett. b del d.lgs. 502/92) "Valutazione di efficacia e definizione di modello integrato di promozione della salute", finalizzato ad identificare elementi ed indicatori di efficacia e di "buona pratica" per gli interventi di promozione di stili di vita sani (esitato in Linee Guida per gli operatori e relativo percorso formativo), al quale hanno partecipato le Regioni Puglia, Emilia Romagna, Veneto e Piemonte, le Università degli Studi di Pavia, di Perugia e IULM di Milano e il Centro Cochrane Italiano.

L'azione di governo regionale ha quindi, nella realtà lombarda, il suo sviluppo nella pianificazione integrata realizzata dalle ASL. Gli interventi di promozione della salute realizzati localmente si caratterizzano per due tipologie: il primo rappresentato da interventi a carattere informativo – comunicativo (quali campagne di comunicazione, cicli di incontri, conferenze, convegni, ecc.), formativo (quali corsi, laboratori, programmi formativi) ed educativo (quali attività didattiche in ambito scolastico realizzate dagli insegnanti con il supporto esterno di operatori ASL, counselling, peer education, ecc.), finalizzati ad aumentare conoscenze, competenze e consapevolezza idonee a sostenere comportamenti di salute.

Il secondo gruppo raccoglie interventi tesi a promuovere e favorire quei cambiamenti di carattere strutturale, ambientale, sociale (aumento di piste ciclabili, aree pedonali, spazi verdi, trasformazione pedonale del percorso casa-scuola, riorientamento dei menù nella ristorazione collettiva scolastica e aziendale, dei consumi, incentivazione all'uso di scale in alternativa all'ascensore in ambienti di vita e di lavoro, aumento della responsabilità della comunità e degli individui, ecc.) necessari a sostenere le scelte individuali e collettive di salute nelle comunità locali al fine di renderli duraturi nel tempo e radicati nella cultura.

Dal punto di vista dei processi, il contesto sin qui descritto evidenzia come nella nostra regione siano radicati, sia da un punto di vista culturale che operativo, principi e linee di attività proposte dal Piano Nazionale della Prevenzione, in particolare per quanto attiene aspetti di appropriatezza quali:

- la scelta di interventi di provata efficacia o riferibili a "buone pratiche";
- l'approccio integrato che riconosce la multifattorialità dei problemi e supera la visione per singolo determinante;
- l'intersectorialità che riconoscendo il limite del settore sanitario nel processo di "salute", attiva la responsabilità di tutti gli attori che vi devono concorrere.

Il quadro di contesto in termini di problemi/fattori di salute - descritto dettagliatamente nel capitolo 2 – in relazione ai principali parametri che rispecchiano stili di vita che impattano sulla salute (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) evidenzia per i cittadini lombardi:

- livelli di obesità-sovrappeso di poco inferiori a quelli nazionali, con la necessità di migliorare soprattutto in alcune aree, quali le province geograficamente collocate più a sud della regione;
- abitudine diffusa alla pratica sportiva e all'attività fisica;
- tendenza complessiva alla riduzione del fumo, ma non tra le donne.

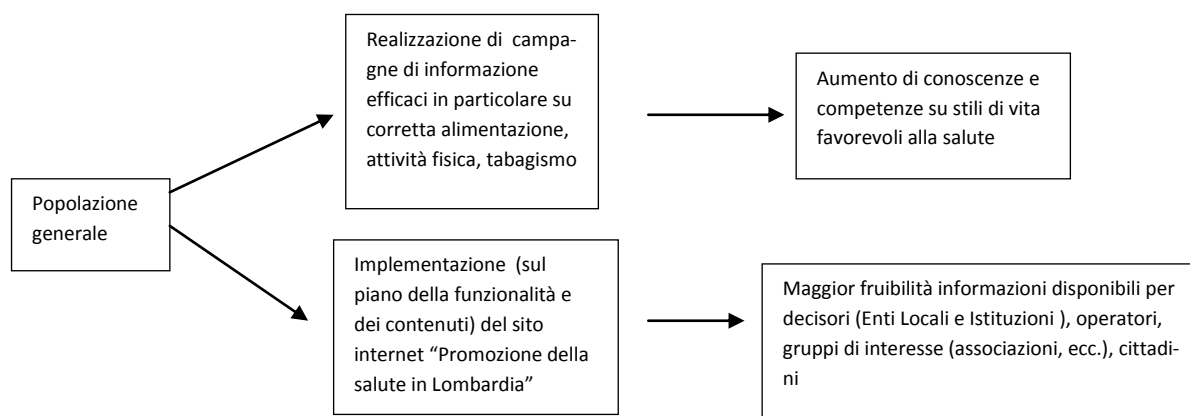
Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: **2.9.2 – 2.9.3 – 2.9.4 – 2.9.5**

6.3.a .Progetto: Promuovere stili di vita e ambienti favorevoli alla salute

Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: **(2.9.2, 2.9.3, 2.9.4, 2.9.5)**

1 - Aumentare l'informazione e la formazione su interventi per la promozione della salute efficaci

Si intende realizzare una serie di azioni di comunicazione (campagne, sito web, ecc.) tese a sostenere nei cittadini lombardi l'adozione di stili di vita favorevoli alla salute, con particolare riferimento a corretta alimentazione e stile di vita attivo (considerati, insieme al fattore di rischio determinato dall'abitudine tabagica, i principali determinanti comportamentali per la prevenzione di malattie cardiocerebrovascolari, diabete, tumori). I messaggi saranno strettamente correlati con le relative opportunità di adozione proprie del contesto lombardo (caratteristiche culturali, ambientali ed organizzative), così che l'informazione sia rinforzata in termini di credibilità, fattibilità e sostenibilità.



Programma: <i>Migliorare la qualità di vita nella popolazione</i>							
Progetto: <i>Promuovere stili di vita e ambienti favorevoli alla salute</i>							
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
1.1 - Aumentare la disponibilità di informazioni su interventi che promuovono salute efficaci	R 1.1 Attuazione di interventi di comunicazione, pianificati secondo criteri di efficacia	A 1.1.1 Implementare dei contenuti e sviluppo della funzionalità del sito internet "Promozione della salute in Lombardia" A 1.1.2 Realizzare una campagna di informazione pianificata secondo criteri di efficacia comunicativa	Aggiornamento del sito internet Promozione della salute in Lombardia Campagna informativa realizzata	Monitoraggio degli accessi al sito		Aggiornamento del sito internet Promozione della salute in Lombardia	Campagna informativa realizzata
1.2 - Incrementare la partecipazione dei MMG, PdF, farmacisti nella promozione di stili di vita favorevoli alla salute	R 1.2 Coinvolgimento dei MMG, PdF, farmacisti orientato al cambiamento di comportamenti (scorretta alimentazione, sedentarietà, abitudine tabagica)	A 1.2.1 Offrire attività formativa al counselling motivazionale breve orientato al cambiamento di comportamenti (scorretta alimentazione, sedentarietà, abitudine tabagica), sull'utilizzo di farmaci anti-tabagici e misurazione del CO. A 1.2.3 Definire azioni specifiche per la riduzione del tabagismo nel target femminile	Attuazione di percorsi formativi Esperienze locali realizzate documentate	Monitoraggio su rendicontazione attività ASL	La mancata o scarsa adesione dei professionisti coinvolti può impattare negativamente sul raggiungimento dei risultati	Attuazione di workshop regionali Attuazione di percorsi formativi	Esperienze locali realizzate documentate Attuazione di percorsi formativi

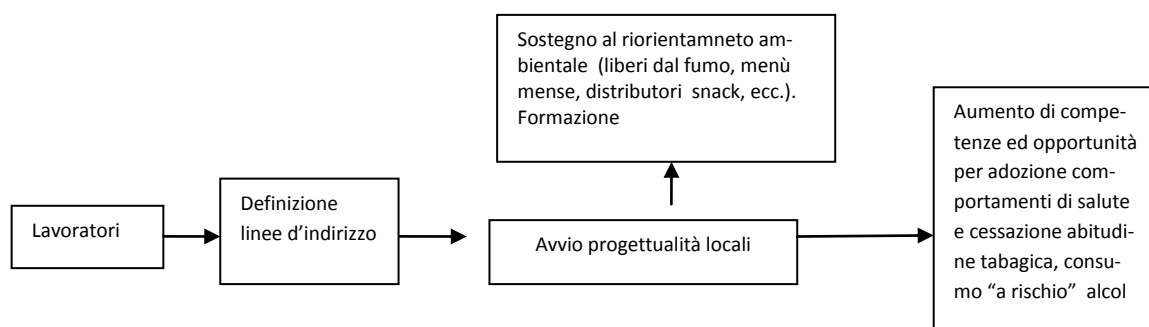
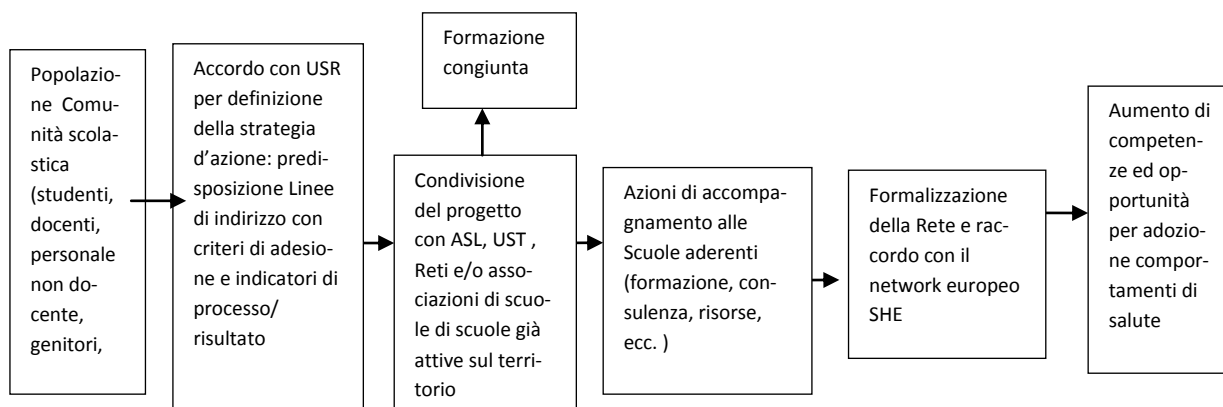
Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (2.9.2, 2.9.3, 2.9.4, 2.9.5)

2 - Attuare un programma sperimentale di promozione della salute nelle scuole e nei luoghi di lavoro, con riferimento a stili di vita e ambienti favorevoli

La realizzazione della "Rete lombarda delle scuole che promuovono salute" (network europeo "School for Health in Europe - SHE") intende sviluppare una piena consapevolezza e titolarità delle scuole circa i processi di salute determinati in tale contesto (sul piano dei curricula, degli ambienti fisici/organizzativi, delle relazioni interpersonali e del rapporto con le comunità locali).

Si prevede la formalizzazione di un piano di lavoro condiviso con l'Ufficio Scolastico Regionale –USR- per la Lombardia per la realizzazione di azioni centrali di sistema (predisposizione di linee di indirizzo e criteri di adesione, percorsi formativi congiunti, strumenti di comunicazione, sistemi di documentazione, sostegno organizzativo, ecc.) e sviluppo locale fondato su attività di co-progettazione tra Uffici Scolastici Territoriali (UST), Scuole e ASL.

Riconosciuto che il “luogo di lavoro” è uno degli ambienti che può sostenere e favorire l’aumento di competenze ed opportunità per l’adozione di comportamenti di salute (in particolare alimentazione, attività motoria, cessazione dell’abitudine tabagica, corretto consumo di alcol) da parte di lavoratori, si intende realizzare un progetto sperimentale, che prende avvio dalla stesura di linee di indirizzo regionali su buone pratiche, metodi e strumenti che caratterizzano un programma efficace di promozione della salute in questo contesto. A partire dallo strumento di indirizzo si sviluppano, con il coinvolgimento di Medici Competenti e Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro (UOOML), esperienze locali di progettualità con soggetti datoriali e parti sociali. Particolare attenzione è dedicata alle iniziative per la riduzione del tabagismo nel target femminile.



Programma: Migliorare la qualità di vita nella popolazione							
Progetto: Promuovere stili di vita e ambienti favorevoli alla salute							
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
2.1 – Attuare il programma "Rete delle Scuole che promuovono salute in Lombardia" in accordo con l'Ufficio Scolastico Regionale	R 2.1.1 Attivazione della "Rete Lombarda delle Scuole che promuovono Salute"	A 2.1.1 Definire Linee di indirizzo (condivise con USR) con criteri di adesione e indicatori di processo/risultato	Presenza di linee di indirizzo condivise con USR con criteri di adesione e indicatori di processo/risultato	Atti di indirizzo per attuazione programma emanati Monitoraggio mediante indagine ad hoc	Criticità in seno al sistema scolastico che potrebbero incidere sulla significatività del numero di scuole aderenti	Presenza di linee di indirizzo condivise con USR con criteri di adesione e indicatori di processo/risultato Elaborazione e attuazione percorsi formativi congiunti (scuola - sanità) Linee guida per capitolati d'appalto per distributori snack alimenti salutari, mense Scuole che aderiscono alla rete sul totale scuole a cui è stato proposto il programma	Monitoraggio mediante indagine ad hoc
		A 2.1.2 Programmare attività formativa congiunta con l'USR	Elaborazione e attuazione percorsi formativi congiunti (scuola - sanità) Linee guida per capitolati d'appalto per distributori snack alimenti salutari, mense				
2.2 - Attuare un programma sperimentale di promozione della salute , con riferimento a stili di vita e ambienti favorevoli, nei luoghi di lavoro	R 2.2.1 Realizzazione di programmi sperimentali di promozione della salute in alcune realtà lavorative significative	A 2.2.1- Definire Linee di indirizzo	Presenza di linee di indirizzo	Monitoraggio sui dati di rendicontazione attività ASL	Attuale crisi del sistema economico-produttivo che potrebbe determinare scarsa attenzione alle proposte sulla tematica non percepita come prioritaria	Monitoraggio delle iniziative già in essere in materia di promozione della salute Elaborazione di Linee di indirizzo	Nel territorio di ciascuna ASL sono presenti esperienze Adozione del progetto "Scale per la salute" almeno nel 50% delle sedi/presidi della ASL
		A 2.2.2 Sviluppare localmente progettualità con soggetti datoriali, parti sociali, con il coinvolgimento di medici competenti, UOOML, interne ai singoli luoghi di lavoro, in relazione ad interventi di carattere: - organizzativo ambientali (liberi dal fumo, menù mense, distributori snack, ecc.); - informativo, formativo, di offerta di pratiche preventive sanitarie (vaccinazioni, screening, ecc.) e di counselling motivazionale breve orientato agli stili di vita sani (con particolare riferimento al tabagismo e al consumo "a rischio" di alcool)	N° di esperienze realizzate localmente documentate Adozione del progetto "Scale per la salute" almeno nel 50% delle sedi/presidi della ASL				
		A 2.2.3 Sviluppare azioni specifiche per la riduzione del tabagismo nel target femminile					

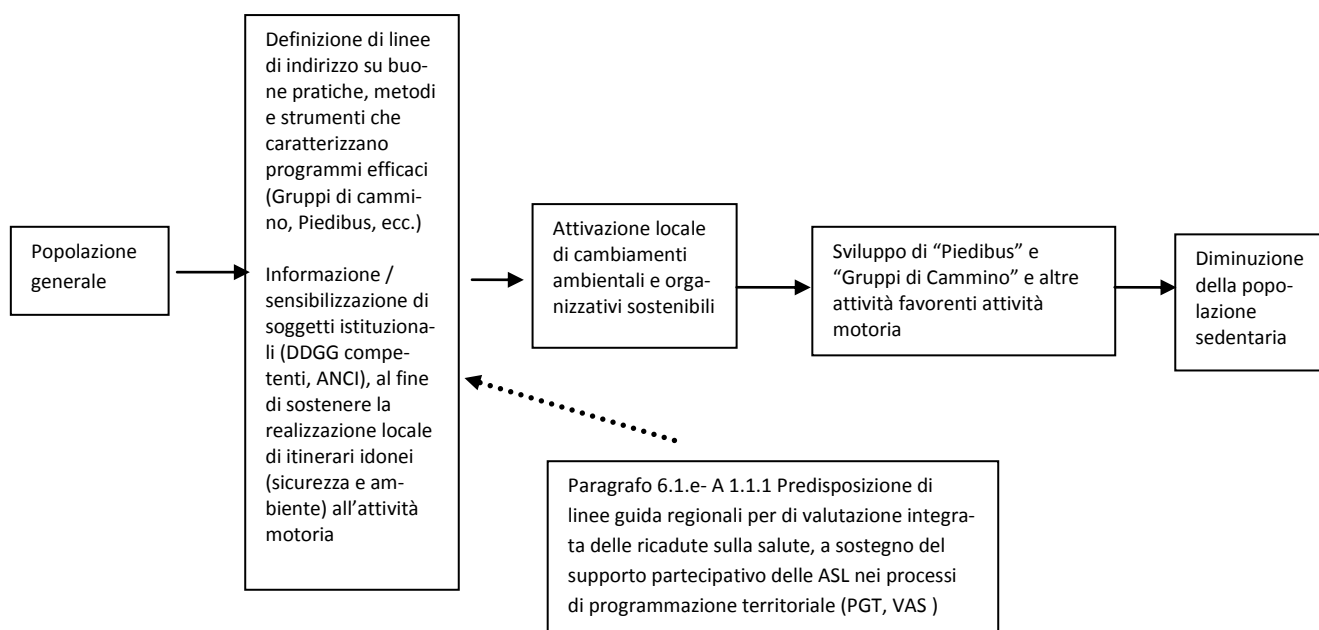
Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (2.9.2, 2.9.3, 2.9.4, 2.9.5)

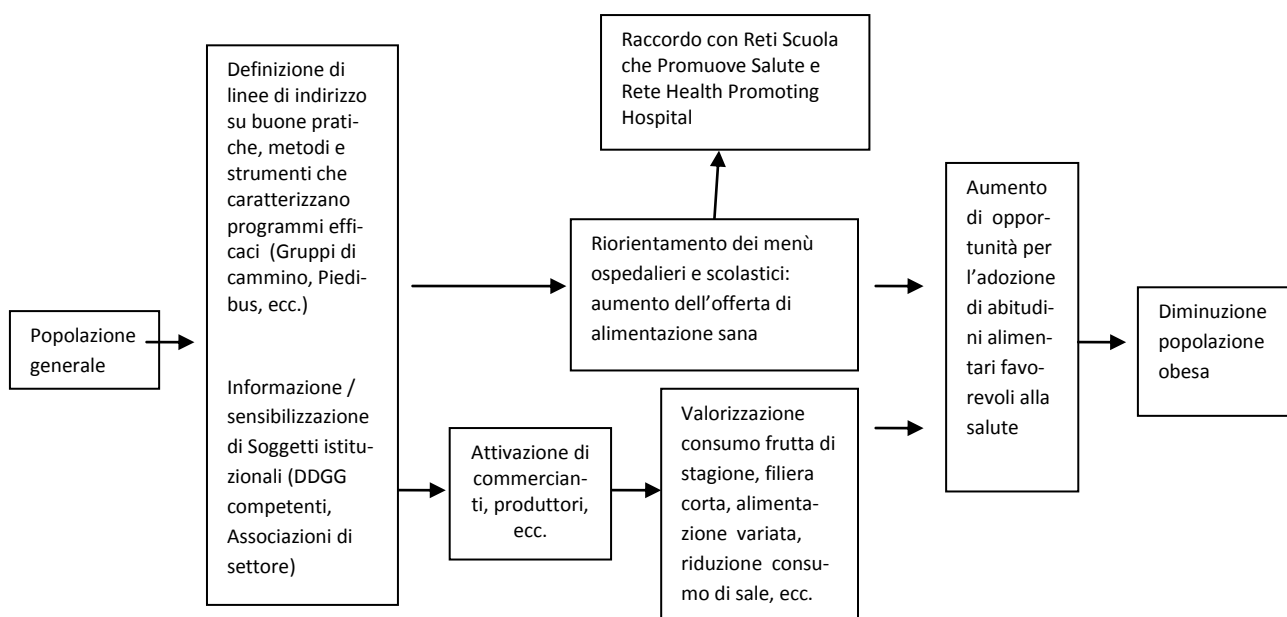
3 - Attivare politiche intersettoriali che facilitino:

- iniziative e indirizzi di programmazione territoriale favorenti la pratica motoria
- l'adozione di comportamenti alimentari, individuali e collettivi, favorevoli alla salute
- la pratica dell'allattamento al seno e la promozione di sani stili di vita orientati al target mamma- bambino

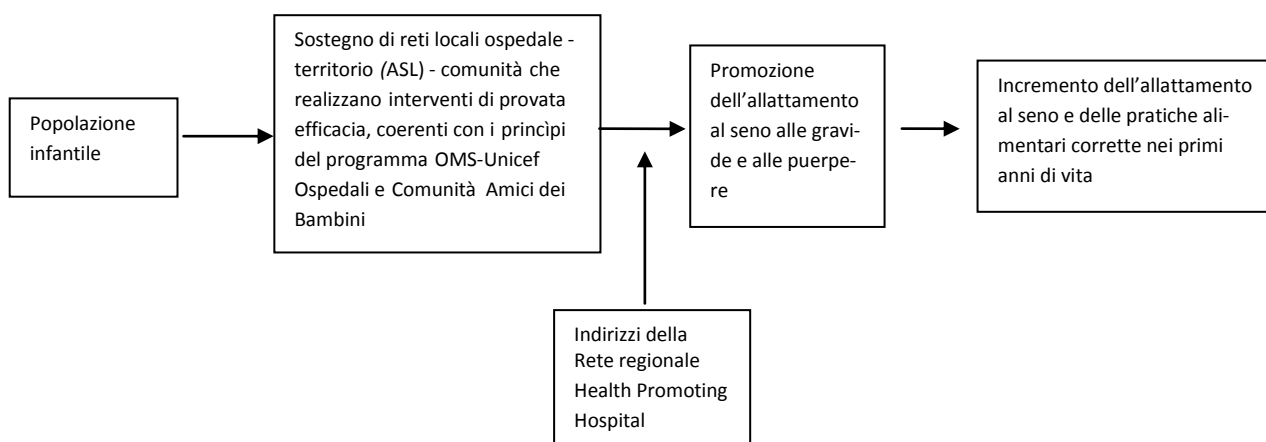
Riconosciuto che alcune scelte di programmazione territoriale, incidono significativamente sui determinanti ambientali favorenti la pratica motoria individuale (pedonale, ciclistica, ecc.) e collettiva (gruppi di cammino, piedibus, ecc.), nonché sulla riduzione dei fattori di rischio ambientali correlati all'incidentalità stradale, si intendono predisporre linee di indirizzo regionali su buone pratiche, metodi e strumenti che caratterizzano programmi efficaci, a partire dalle quali attivare un processo di informazione e/o sensibilizzazione dei soggetti istituzionali che hanno titolo ad intervenire su tali determinanti – valorizzando anche il contributo di iniziative già presenti promosse da soggetti associazionistici – al fine di sostenere/facilitare e sviluppare la realizzazione locale. Il processo si realizza in stretto raccordo con quanto previsto al paragrafo 6.1.e (Promozione di scelte favorenti una migliore qualità dell'ambiente e del territorio).

Riconosciuto che l'adozione individuale e collettiva di comportamenti alimentari favorevoli alla salute è sostenuta da corrette conoscenze unite da coerenti opportunità di acquisto e consumo, risulta determinante attivare politiche intersettoriali che riconoscano responsabilità e competenze a soggetti esterni al sistema sanitario. Si intende quindi predisporre linee di indirizzo regionali (in stretto raccordo con quanto previsto nel progetto 6.1.e) su buone pratiche efficaci (capitolati d'acquisto, ecc.), a partire dalle quali attivare un processo di informazione e/o sensibilizzazione di Direzioni Generali regionali che hanno titolo ad intervenire in tali ambiti, nonché di soggetti associazionistici di settore e di rappresentanza dei consumatori così da giungere alla realizzazione di azioni che sostengono/facilitano/orientano l'adozione di abitudini alimentari sane da parte di singoli individui e collettività.





In continuità con le attività di governo regionale già svolte si intende sostenere il processo di attuazione delle raccomandazioni OMS in tema di promozione dell'allattamento al seno a livello locale.



Programma: Migliorare la qualità di vita nella popolazione

Progetto: Promuovere stili di vita e ambienti favorevoli alla salute

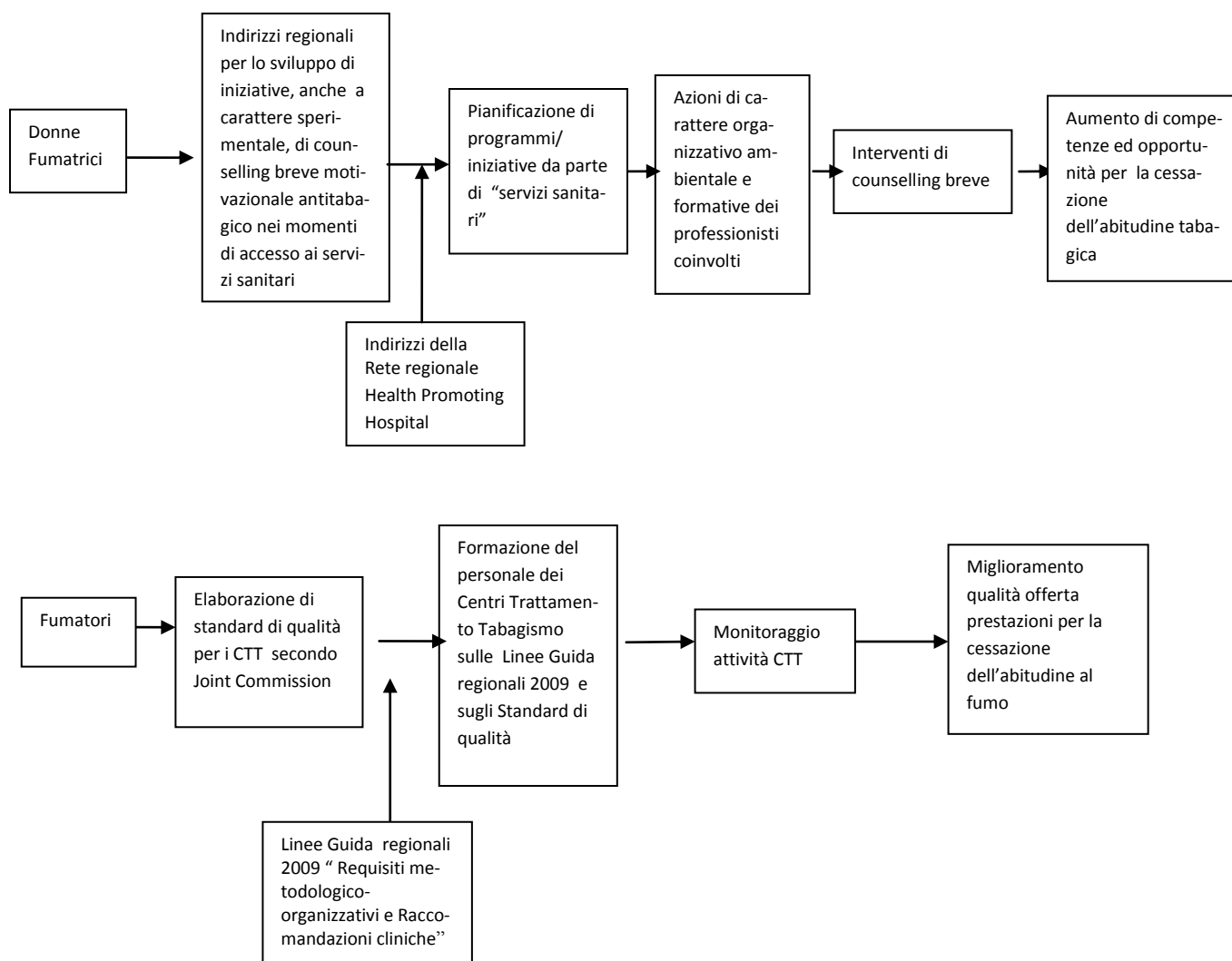
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
3.1 – Attivare politiche intersettoriali che facilitino iniziative e indirizzi di programmazione territoriale favorenti la pratica motoria	R 3.1.1 Sviluppo di condizioni ambientali e di attività favorenti la pratica motoria individuale e collettiva	<p>A 3.1.1 Definire linee di indirizzo regionali su buone pratiche ,metodi e strumenti che caratterizzano programmi efficaci</p> <p>A 3.1.2 Informare /sensibilire Soggetti istituzionali (DDGG competenti, ANCI)</p> <p>Paragrafo 6.1.e - A 1.1.1 Predispone procedure/linee guida di valutazione integrata delle ricadute sulla salute, a sostegno del supporto partecipativo delle ASL nei processi di programmazione territoriale (PGT, VAS)</p>	<p>Presenza di Linee di indirizzo</p> <p>Avvio documentato di Piedibus sul territorio laddove non attivati</p> <p>Incremento del $\geq 5\%$ di Piedibus attivi sul territorio</p> <p>Avvio documentato di gruppi di cammino sul territorio laddove non attivati</p> <p>Incremento del $\geq 5\%$ di gruppi di cammino attivi sul territorio</p>	Monitoraggio su dati di rendicontazione attività ASL		<p>Presenza di indirizzi regionali</p> <p>Monitoraggio sulle attività ASL favorenti la pratica motoria</p> <p>100% delle ASL ha avviato attività favorenti l'attività motoria</p>	<p>Incremento del $\geq 5\%$ di Piedibus attivi sul territorio</p> <p>Avvio di almeno 1 Piedibus sul territorio laddove non attivati</p> <p>Incremento del $\geq 5\%$ di gruppi di cammino attivi sul territorio</p> <p>Avvio di almeno 1 di gruppo di cammino sul territorio laddove non attivati</p>
3.2 - Attivare politiche intersettoriali che facilitino l'adozione di comportamenti alimentari, individuali e collettivi, favorevoli alla salute	R 3.2.1 Attuazione di interventi per la promozione di corrette abitudini alimentari	<p>A 3.2.1 A Definire linee di indirizzo regionali su buone pratiche (raccordo con punto 6.3.a.3)</p> <p>A.3.2.2 Informare /sensibilizzare Soggetti istituzionali, associativistici di settore (commercio distribuzione, consumatori) per la valorizzazione dell'impatto di salute nelle diverse iniziative</p> <p>A 3.2.3 Raccordo con Rete Scuola che Promuove Salute e HPH per il riorientamento della ristorazione collettiva</p>	<p>Presenza di Linee di indirizzo</p> <p>Presenza di azioni intersettoriali (commercio, agricoltura, distribuzione, consumatori) per la valorizzazione di stili alimentari sani</p> <p>Indicazione nei capitolati d'appalto per le ristorazioni collettive a supporto di menù corretti (pane a ridotto contenuto di sale, frutta di stagione, ecc.) con evidenza di accoglimento dei pareri espressi dalle ASL su richiesta del 90%</p> <p>Installazione di distributori per snack salutari almeno nel 20% delle Strutture del sistema sanitario regionale</p> <p>Installazione di distributori per snack salutari almeno nell'1 % Scuole secondarie di 2° grado</p> <p>Azioni locali realizzate documentate</p>	Monitoraggio mediante indagine ad hoc		<p>Indirizzi regionali</p> <p>Presenza di azioni intersettoriali (commercio, agricoltura, distribuzione, consumatori) per la valorizzazione di stili alimentari sani</p> <p>100% ASL ha avviato il progetto di installazione di distributori per snack salutari in ambienti di vita e di lavoro</p>	<p>Presenza di Accordi/ Intese con associazioni di categoria (commercio distribuzione, consumatori) per la valorizzazione di stili alimentari sani</p> <p>Evidenza di accoglimento dei pareri espressi dalle ASL su richiesta del 90% relativamente ai capitolati d'appalto per le ristorazioni collettive a supporto di menù corretti</p> <p>Installazione di distributori per snack salutari almeno nel 20% delle Strutture del sistema sanitario regionale</p> <p>Installazione di distributori per snack salutari almeno nell'1% delle Scuole secondarie di 2° grado</p>
3.3 – Attivare politiche intersettoriali che facilitino la pratica dell'allattamento al seno e la promozione di sani stili di vita orientati al target mamma- bambino (in raccordo con punto 6.3.4.1)	R 3.3.1 Valorizzazione della pratica dell'allattamento al seno e di altri interventi efficaci in tema di stili di vita sani attraverso il sostegno allo sviluppo di reti locali ospedale - territorio (ASL) - comunità che realizzano interventi di provata efficacia, coerenti con i principi del programma OMS-Unicef Ospedali e Comunità' Amici dei Bambini	<p>A 3.3.1 Comunicare lo stato dell'arte delle esperienze sul territorio e diffusione di buone pratiche locali</p> <p>A.3.3.2 Monitorare la prevalenza dell'allattamento al seno e della attivazione di interventi di promozione di sani stili di vita</p> <p>A 3.3.3 Inserire azioni specifiche (promozione dell'allattamento al seno) nei programmi della Rete regionale degli Ospedali e Servizi Sanitari per la promozione della salute (HPH)</p>	<p>Programmazione evento regionale e realizzazione</p> <p>Rilevazione esperienze locali sul territorio,</p> <p>Produzione e restituzione di reportistica</p> <p>Esperienze realizzate localmente documentate</p>	Monitoraggio su dati di rendicontazione attività ASL		<p>Realizzazione di un evento sullo stato dell'arte delle esperienze locali</p> <p>Realizzazione monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno e della attivazione di interventi per la promozione di sani stili di vita</p>	<p>Produzione e diffusione al SSR di report ad hoc</p>

Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (2.9.2, 2.9.3, 2.9.4, 2.9.5)

4 - Aumentare le opportunità di cessazione dell'abitudine tabagica nella popolazione femminile

L'analisi epidemiologica effettuata in Lombardia sui fattori di rischio individuali rileva un incremento dall'abitudine tabagica nella popolazione femminile superiore alla media nazionale. Alla luce di questo dato si intende sostenere lo sviluppo di iniziative di inserimento del counselling motivazionale breve antitabagico nei momenti di accesso ai servizi sanitari da parte delle donne (screening mammografico e pap test, gravidanza e puerperio, menopausa, visite angiologiche, ginecologiche, dietologiche, ecc.), nonché sperimentare programmi di promozione di stili di vita salubri presso una impresa/azienda di medie dimensioni con quota significativa di lavoratrici.

Per situazioni di forte dipendenza tabagica è inoltre possibile usufruire degli interventi di 2° livello offerti dai Centri Anti Fumo (CTT). In tal senso Regione Lombardia da anni raccoglie informazioni sui CTT relativamente alle caratteristiche strutturali e organizzative, alla tipologia dell'intervento effettuato ed all'attività attuale e pregressa. Alla luce dei dati dei monitoraggi effettuati (eterogeneità degli approcci metodologici e clinici attuati) e delle evidenze di efficacia degli interventi disponibili per promuovere la cessazione dell'abitudine tabagica, si ritiene utile attuare una specifica formazione del personale dei CTT sulle Linee Guida regionali 2009, definire standard di qualità per le prestazioni erogate dai CTT e verificare se attraverso la loro l'adozione si ottiene un miglioramento della qualità dell'offerta delle prestazioni relative alla cessazione dell'abitudine al fumo.



Programma: Migliorare la qualità di vita nella popolazione							
Progetto: Promuovere stili di vita e ambienti favorevoli alla salute							
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
<p>4.1 - Aumentare le opportunità di cessazione, dall'abitudine e tabagica nella popolazione femminile</p> <p>(raccordo con punto 6.3.3.3)</p>	<p>R 4.1.1 Realizzazione di programmi sperimentali finalizzati alla riduzione/cessazione dell'abitudine tabagica nella popolazione femminile</p>	<p>A 4.1.1 Sviluppare iniziative, a carattere sperimentale teso a valutarne impatto ed esiti, di inserimento del counselling motivazionale breve antitabagico nei momenti di accesso ai servizi sanitari da parte delle donne (screening mammografico e pap test, gravidanza e puerperio, menopausa, visite angiologiche, ginecologiche, dietologiche, ecc.)</p> <p>A 4.1.2 Sperimentare programmi di promozione di stili di vita salubri presso una struttura produttiva/di servizio di medie dimensioni con quota significativa di lavoratrici</p> <p>A 4.1.3 Inserire azioni specifiche (Mamme libere dal fumo", ecc.) nei programmi della Rete regionale Ospedali e Servizi Sanitari per la promozione della salute (HPH)</p>	<p>Indirizzi regionali</p> <p>100% delle ASL realizzano almeno 1 programma di comunicazione (counselling breve, ecc.) su stili di vita salutarie e cessazione dell'abitudine al fumo nell'ambito di percorsi di screening in essere e/ o percorsi nascita</p> <p>100% delle ASL realizzano almeno 1 programma di promozione di stili di vita salubri presso una struttura produttiva/di servizio di medie dimensioni con quota significativa di lavoratrici</p> <p>Esperienze realizzate localmente documentate</p>	<p>Monitoraggio su dati di rendicontazione attività ASL</p>		<p>Indirizzi regionali</p> <p>Esperienze realizzate localmente documentate</p>	<p>100% ASL realizzano almeno 1 programma di comunicazione (counselling breve, ecc.) su stili di vita salutarie e cessazione dell'abitudine al fumo nell'ambito di percorsi di screening in essere e/o percorsi nascita</p> <p>100% delle ASL realizzano almeno 1 programma di promozione di stili di vita salubri presso una struttura produttiva/di servizio di medie dimensioni con quota significativa di lavoratrici</p> <p>Esperienze realizzate localmente documentate</p>
<p>4.2 - Consolidare l'offerta di opportunità di cessazione dall'abitudine e tabagica, secondo criteri di evidenze di efficacia, attuata dai Centri Trattamento Tabagismo - CTT- lombardi</p>	<p>R 4.2.1 Miglioramento qualità offerta prestazioni per la cessazione dell'abitudine al fumo</p>	<p>A 4.2.1 Formare il personale dei CCT sulle Linee Guida</p> <p>A 4.2.2 Adottare da parte dei CTT le Linee Guida regionali 2009 "Requisiti metodologico-organizzativi e raccomandazioni cliniche"</p> <p>A 4.2.3 Elaborare standard di qualità per i CTT secondo JC</p>	<p>n. CTT che rispondono ai requisiti minimi metodologico-organizzativi definiti nelle LG regionali</p> <p>elaborazione di standard di qualità per i CTT</p>	<p>Monitoraggio attività dei CTT mediante indagini ad hoc</p>		<p>Formazione del personale dei CCT sulle Linee Guida</p> <p>Elaborazione di standard di qualità secondo JC</p> <p>Monitoraggio attività dei CTT mediante indagini ad hoc</p>	<p>n. CTT che rispondono ai requisiti minimi metodologico-organizzativi definiti nelle LG</p>

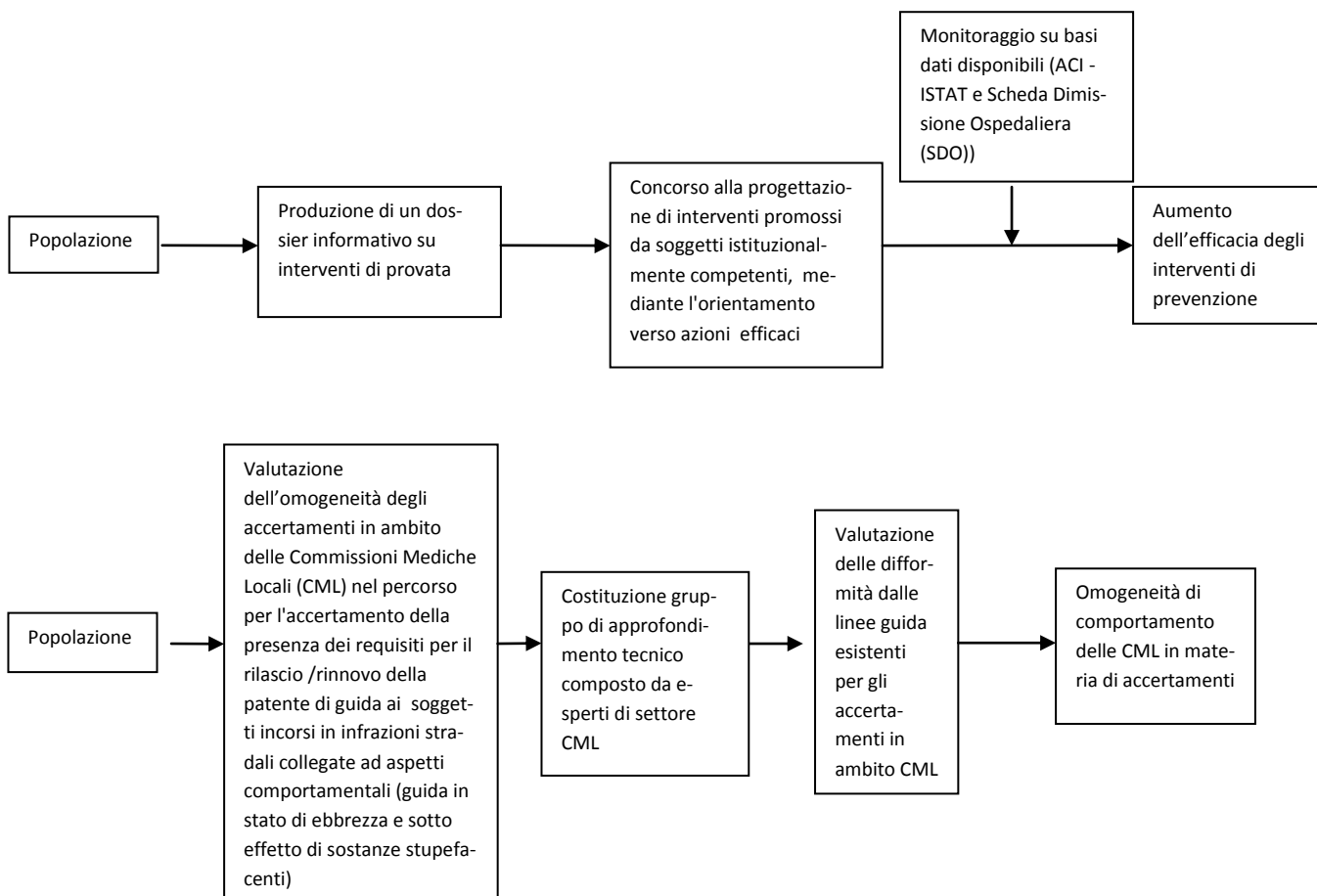
Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: 2.1.1

6.3.b .Progetto: Prevenire l’incidentalità stradale

Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (2.1.1)
Prevenire le lesioni in seguito ad eventi infortunistici in ambito stradale

A fronte di quanto già attuato in Regione Lombardia si intende, da una parte, proseguire con il monitoraggio del fenomeno infortuni stradali mediante basi dati disponibili e, dall’altra, perseguire specifiche azioni al fine di ottenere:

- l’aumento dell’efficacia di interventi di prevenzione (produzione di dossier informativi sugli interventi di prevenzione di provata efficacia (EBP), concorso alla loro progettazione da parte di soggetti istituzionalmente competenti, implementazione in ogni ASL di almeno un progetto EBP).
- l’omogeneità di comportamento delle Commissioni medico legali (CML) in materia di accertamenti (valutazione delle difformità di comportamento rispetto alle linee guida esistenti per le CML, evidenziazione delle criticità inerenti le difformità di comportamento tra le CML, indicazioni per l’omogeneizzazione delle attività delle CML in materia di accertamenti).



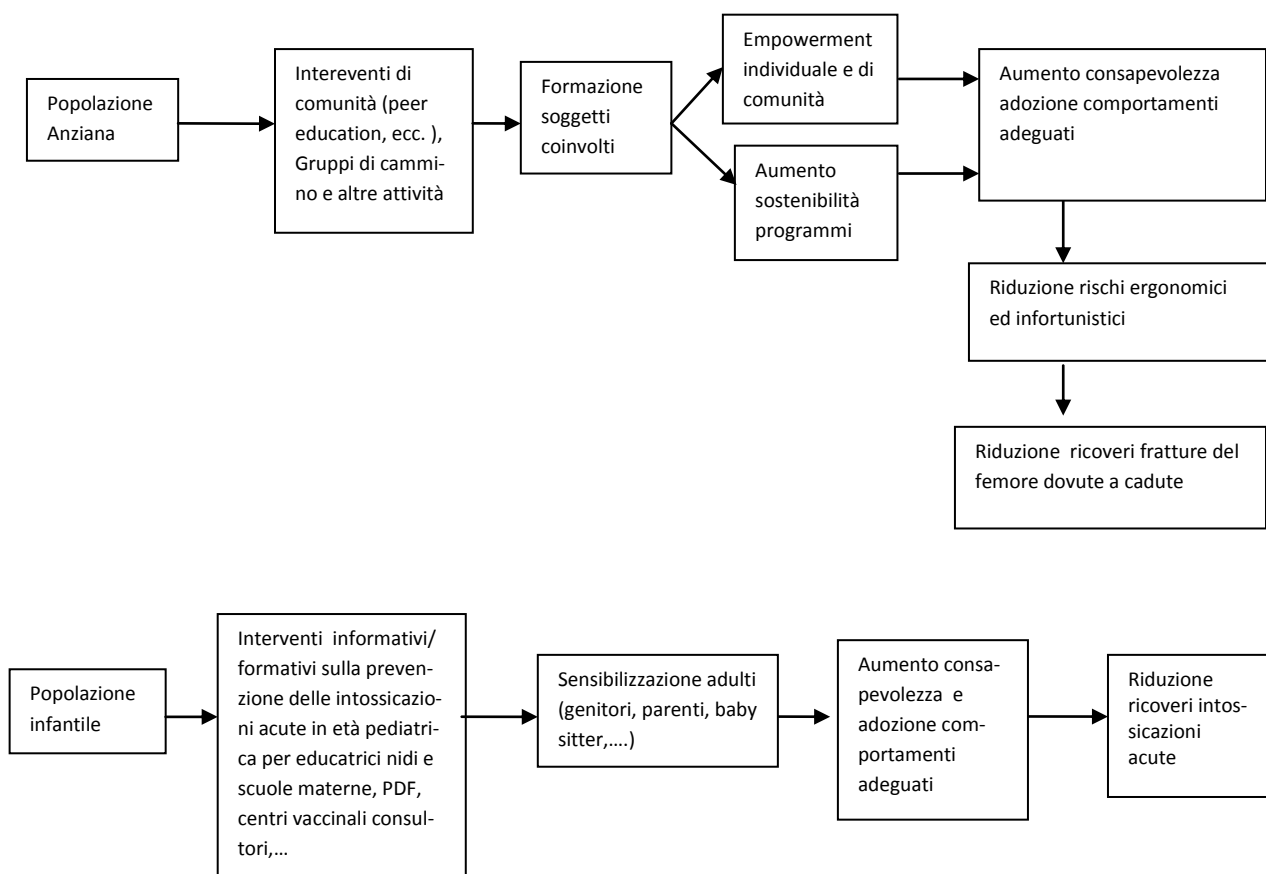
Programma: <i>Migliorare la qualità di vita nella popolazione</i>							
Progetto: <i>Prevenire l'incidentalità stradale</i>							
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
Prevenire le lesioni in seguito ad eventi infortunistici in ambito stradale	R 1.1 Sorveglianza degli eventi infortunistici in ambito stradale	A 1.1.1 Monitorare su basi dati disponibili (ACI - ISTAT e Scheda Dimissioni Ospedaliera (SDO))	Rilevazione annuale	Reportistica annuale		Report annuale sulle fonti dati disponibili	Report annuale sulle fonti dati disponibili
	R 1.2 Disponibilità di conoscenze su interventi di provata efficacia per i soggetti istituzionalmente competenti alla realizzazione di interventi	A 1.2.1 Produrre un dossier informativo su interventi di provata efficacia A 1.2.2 Concorrere alla progettazione di interventi promossi da soggetti istituzionalmente competenti, mediante l'orientamento verso azioni efficaci	Diffusione documentata del dossier informativo ai soggetti istituzionalmente competenti (EELL, Direzioni Generali regionali, ecc.) Programmi realizzati da soggetti istituzionalmente competenti che prevedono azioni di provata efficacia	Valutazione tramite l'analisi di dati esistenti di riduzione delle lesioni e della mortalità in seguito a incidenti stradali	Ridotto o mancato orientamento alle valutazioni di efficacia dei soggetti istituzionalmente competenti alla realizzazione degli interventi può caratterizzarsi quale fattore limitante	Rilevazione di interventi coerenti con EBP attuati in ASL	Implementazione di un progetto nelle ASL che non hanno adottato nel 2011 un intervento di prevenzione EBP
	R 1.3 Omogeneità di comportamento delle attività delle commissioni mediche locali per l'idoneità alla guida, nel percorso per l'accertamento della presenza dei requisiti per il rilascio /rinnovo della patente di guida ai soggetti incorsi in infrazioni stradali collegate ad aspetti comportamentali (guida in stato di ebbrezza e sotto effetto di sostanze stupefacenti)	A 1.3.1 Istituire un Gruppo di Approfondimento Tecnico regionale per la valutazione delle difformità di comportamento rispetto alle linee guida esistenti per le Commissioni Mediche Locali	Atto di istituzione Gruppo di Approfondimento Tecnico costituito da esperti di settore CML	Documentazione attività Gruppo di Approfondimento Tecnico (Verbale)	La complessità della tematica che implica aspetti di natura sociale, psicologica, cognitivo - comportamentale, legale, ecc. che può incidere negativamente sul raggiungimento dell'obiettivo prefissato	Rilevazione delle difformità di comportamento tra le ASL in materia di accertamento per valutare l'idoneità alla guida	Garantire omogeneità di trattamento dei cittadini presso le CML in materia di tipologia di accertamenti e programmi di aggiornamenti a cadenza annuale

Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: 2.3.1

6.3.c. Progetto: Prevenire l'incidentalità domestica

Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (2.3.1)
Prevenire le lesioni in seguito ad eventi infortunistici in ambito domestico

A fronte di quanto sostenuto e realizzato negli anni passati a livello locale, si intende per il target anziani consolidare progetti di comunità sulla prevenzione degli infortuni domestici in questa fascia di età (es. progetto Tartaruga, ...) nonché promuovere interventi favorenti attività motoria e finalizzati al miglioramento/mantenimento dell'equilibrio posturale quale fattore protettivo delle cadute, con particolare attenzione ai gruppi di cammino, e, per il target pediatrico, consolidare gli interventi informativi posti in atto per la prevenzione delle intossicazioni acute in questa fascia di età (nidi, scuole materne, pediatri di libera scelta, centri vaccinali, consultori,...).



Programma: <i>Migliorare la qualità di vita nella popolazione</i>							
Progetto: <i>Prevenire l'incidentalità domestica</i>							
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
Prevenire le lesioni in seguito ad eventi infortunistici in ambito domestico	R 1.1 Consolidamento degli interventi mirati ad incidere sui rischi ergonomici ed infortunistici da sviluppare in particolare in collaborazione con altri soggetti coinvolti	<p>A 1.1.1 Consolidare progetti di comunità sulla prevenzione degli infortuni domestici negli anziani (es. progetto Tartaruga, ...)</p> <p>A 1.1.2 Promuovere attività motoria negli anziani finalizzata al miglioramento/mantenimento dell'equilibrio posturale quale fattore protettivo</p> <p>A 1.1.3 Consolidare gli interventi informativi posti in atto per la prevenzione delle intossicazioni acute in età pediatrica (nidi, scuole materne, pediatri di libera scelta, centri vaccinali, consultori,...)</p>	<p>100% delle ASL attivano "gruppi di cammino" e/o altre iniziative che favoriscano l'attività fisica nell'anziano e di interventi di comunità</p> <p>Esperienze realizzate localmente documentate</p>	Monitoraggio su dati di rendicontazione attività ASL		<p>Monitoraggio sulle esperienze ASL in atto</p> <p>100% ASL hanno avviato almeno 1 di gruppo di cammino sul territorio</p>	<p>Incremento del ≥5% di gruppi di cammino attivi sul territorio</p> <p>Esperienze realizzate localmente documentate</p>
	R 1.2 Monitoraggio eventi infortunistici in ambito domestico (infortuni domestici totali e per fascia d'età, fratture femore >65aa, intossicazioni acute < 4aa)	A 1.2.1 Elaborare i dati derivanti da basi dati disponibili sugli infortuni domestici	Rilevazione annuale	Reportistica annuale		Rilevazione annuale	Rilevazione annuale

6.4. Medicina predittiva

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE 2010-2012

Macroarea 2 Un nuovo approccio alla prevenzione: la persona al centro del progetto di salute

Linea di intervento generale:

2.4. La medicina predittiva

Obiettivi generali di salute:

Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale

Programma - *L'approccio di comunità nell'approfondimento ed utilizzo della medicina predittiva*

Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: 1.1.1

6.4.a. Progetto: Sistematizzare i dati di ricerca sulla medicina predittiva per implementarne i programmi di riconosciuta efficacia

Beneficiari

Nella fase di ricerca e approfondimento i diretti interlocutori sono costituiti da Università ed Istituti di ricerca, mentre la successiva implementazione di specifici programmi comporta il coinvolgimento di gruppi di popolazione, omogenei per fattore di rischio indagato/individuato (beneficiari).

Attori

Regione Lombardia, tramite la Direzione Generale Sanità, pianifica e definisce le strategie d'intervento indicando le priorità, tenuto conto del contesto epidemiologico e normativo nazionale; in particolare si fa promotrice delle ricerche in ambito scientifico, come pure di progetti di Health Technologist Assessment.

Università e Istituti di ricerca: nell'ambito della propria attività di ricerca collaborano con la Regione nel mettere a punto progetti specifici, anche in relazione all'impatto sui programmi di sanità pubblica.

Strutture Sanitarie Accreditate che aderiscono ai programmi e garantiscono l'effettuazione degli stessi, i successivi approfondimenti diagnostici e gli eventuali trattamenti, secondo quanto pianificato ed in coerenza con gli obiettivi regionali, nell'ambito di regole definite da specifici contratti.

Analisi di contesto

Come ben sottolinea il Piano Nazionale di Prevenzione, la medicina predittiva è oggetto di un vivace dibattito scientifico, anche favorito dalla dinamicità e dall'innovazione tecnologica disponibile.

E' dunque necessario che, come per tutte le pratiche preventive e assistenziali, il servizio sanitario sappia cogliere gli elementi conoscitivi che emergono dalle ricerche (favorendole, nella misura del possibile) e le sappia analizzare per tradurle, secondo i principi di efficacia ed evidenza, in programmi operativi adeguati.

Nell'area della medicina predittiva possiamo riconoscere due ambiti di studio e approfondimento:

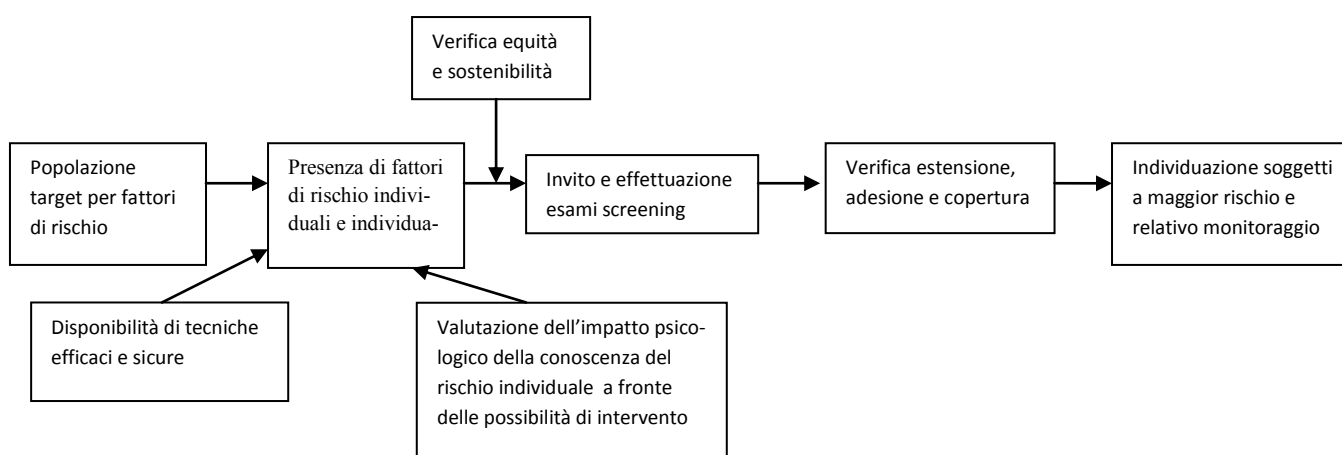
- la correlazione tra esposizione a fattori esogeni e indicatori del maggior rischio di sviluppare le patologie correlate;
- la valutazione di fattori genetici o familiarità che predispongono ad un maggior rischio di sviluppare le malattie.

La metodologia di approccio con cui si vogliono affrontare tali ambiti riprende le raccomandazioni della Scientific Foundation for Personal Genomics, recentemente pubblicate in Genetics IN Medicine dell'agosto 2009:

- (1) developing and applying scientific standards for assessing personal genomic tests;
- (2) developing and applying a multidisciplinary research agenda, including observational studies and clinical trials to fill knowledge gaps in clinical validity and utility;
- (3) enhancing credible knowledge synthesis and information dissemination to clinicians and consumers;
- (4) linking scientific findings to evidence based recommendations for use of personal genomics;
- (5) assessing how the concept of personal utility can affect health benefits, costs, and risks by developing appropriate metrics for evaluation. To fulfill the promise of personal genomics, a rigorous multidisciplinary research agenda is needed.

Obiettivi di salute e/o di processo perseguiti:

- 1. Promuovere la ricerca e condividerne i risultati tra i professionisti**
- 2. Individuare linee di intervento in ambiti di particolare interesse**



Programma - L'approccio di Comunità nell'approfondimento ed utilizzo della medicina predittiva Programma: Sistematizzare i dati di ricerca sulla medicina predittiva per implementarne i programmi di riconosciuta efficacia							
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
1. Promuovere la ricerca e condividerne i risultati tra i professionisti	R 1.1 Istituzione di un tavolo di coordinamento regionale tra Università, Istituti di ricerca e Società Scientifiche	A1.1.1 Predisporre un atto formale per l'individuazione del tavolo A 1.1.2 Regolamentarne l'attività	Atto formale e verbali	Relazione DGS		Istituzione tavolo di lavoro	
	R 1.2 Messa a disposizione dei professionisti i risultati delle ricerche condotte	A 1.2.1 Mettere a disposizione un report on-line gestito dagli Istituti Scientifici	Attivazione portale	Consultazione			Report
2. Individuare linee di intervento in ambiti di particolare interesse	R.2.1 Disponibilità degli elementi di conoscenza e di una metodologia valutativa per orientare la scelta anche in relazione al rapporto costo/beneficio	A 2.1.1 Mettere a punto uno strumento condiviso tra professionisti	Disponibilità dei criteri decisionali	Relazioni DGS	Le iniziative di comunicazione debbono essere ben calibrate, per evitare il rischio di messaggi confondenti o allarmanti		Report
	R.2.2 Attivazione di iniziative di informazione rivolte a cittadini e associazioni sulla medicina predittiva, evidenziando con trasparenza le scelte operate	A 2.2.1 Avviare iniziative di informazione	Effettuazione dell'iniziativa	effettuazione dell'iniziativa			Disponibilità sul sito RL di informazioni

6.5. Prevenzione delle patologie cronicodegenerative

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE 2010-2012

Macroarea 4 La prevenzione della popolazione a rischio

Linea di intervento generale:

4.2. I tumori e gli screening

Obiettivi generali di salute:

- Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e dei carcinoma del colon-retto (da valutare su dati dei Registri tumori)
- Rendere sostenibili i programmi di popolazione per lo screening del cancro di mammella, cervice uterina e colonretto, che verifichino adesione e parametri di qualità
- Contrastare il cancro del polmone
- Contrastare il cancro della prostata
- Riduzione dei fattori di rischio connessi all'esposizione a cancerogeni

Linea di intervento generale:

4.3 Le malattie cardiovascolari

Obiettivi generali di salute:

- Definire strumenti per la rilevazione epidemiologica del rischio cardio-cerebrovascolare (carta del rischio, ma anche rilevazione di indicatori indiretti come il consumo di farmaci specifici)
- Individuare screening di popolazione per l'identificazione precoce di ipertensione, ipercolesterolemia, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza (secondo l'indagine multiscopo ISTAT più del 50% della popolazione adulta controlla annualmente pressione arteriosa e parametri biochimici, senza tuttavia una standardizzazione)
- Predisporre protocolli terapeutici per il controllo dei principali fattori di rischio, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici dei diversi principi attivi
- Definire percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica
- Valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale per le acuzie e la cronicità e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione.

Linea di intervento generale:

4.4 Il diabete

Obiettivi generali di salute :

- Individuare precocemente la malattia nella popolazione a rischio aumentato, secondo criteri e
- caratteristiche di appropriatezza (secondo l'indagine multiscopo ISTAT più del 50% della popolazione adulta controlla annualmente la glicemia, senza tuttavia una standardizzazione e probabilmente con un eccesso di prestazioni)
- Predisporre protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici, anche con riguardo alla fornitura di presidi per il monitoraggio della glicemia
- Definire percorsi assistenziali con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica e dell'educazione terapeutica dei pazienti, considerando anche la frequente presenza di comorbidità
- Valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale per le acuzie e la cronicità e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione
- Favorire l'implementazione di sistemi informativi e banche dati che facilitino la gestione e la valutazione dei programmi.

Linea di intervento generale:

4.5 Le malattie respiratorie croniche

Obiettivi generali di salute:

- Individuare screening di popolazione per l'identificazione precoce di tali patologie (m.respiratorie), secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza
- Predisporre protocolli terapeutici per il controllo dei principali fattori di rischio, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici dei diversi principi attivi ; in particolare andrà valutato sia l'utilizzo di farmaci sia quello di presidi-protesi, come pure andranno predisposti protocolli per l'ossigenoterapia
- Definire percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica
- Valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale, per le acuzie e la cronicità, e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione

Linea di intervento generale:

4.6 Le malattie osteo-articolari

Obiettivi generali di salute:

- Individuare la diffusione di tali patologie (m.osteoarticolari) tramite indicatori indiretti (SDO, consumo di farmaci antinfiammatori) ;
- Predisporre percorsi diagnostici, anche per le forme algiche acute, improntate all'evidenza di efficacia e all'analisi costi-benefici ;
- potenziare la diffusione di programmi di supporto, inerenti l'attività motoria, che assume un ruolo fondamentale in integrazione coi trattamenti farmacologici

Programma - *Prevenzione e controllo delle malattie cronico-degenerative a eziologia multifattoriale e maggior rilevanza: tumori, malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie*

Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: 3.1.1 – 3.1.2

6.5.a. Progetto: Prevenzione oncologica e screening

Beneficiari

Gli screening oncologici interessano le seguenti popolazioni bersaglio:

- Carcinoma della mammella (Ca mammario): 1.227.123 (2008) donne tra i 50-69 anni
- Carcinoma del colon retto (Ca coloretta): 2.412.047 (2008) uomini e donne tra i 50-69 anni
- Carcinoma della cervice uterina (Ca cervice uterina): 3.027.986 (2008) donne tra i 25-64 anni

Attori

Regione Lombardia, tramite la Direzione Generale Sanità, pianifica e definisce le strategie d'intervento indicando le priorità, tenuto conto del contesto epidemiologico e normativo di riferimento; delinea i criteri organizzativi di carattere generale; fornisce linee di indirizzo e supporto tecnico all'avvio ed al proseguimento dell'attività, anche attraverso la formazione; monitora i principali indicatori di processo e risultato dei programmi sul territorio regionale; garantisce il raccordo tra i programmi locali e l'Osservatorio Nazionale Screening; definisce le regole di finanziamento e rendicontazione dell'attività.

Azienda Sanitaria Locale "traduce" l'azione a livello locale, sulla base delle caratteristiche del territorio e tenuto conto degli indirizzi regionali. In particolare promuove, coordina, organizza, gestisce e valuta, nell'ambito territoriale di competenza, i programmi di screening oncologici, individuando tutte le risorse coinvolgibili e garantendo adeguati strumenti di coordinamento tra le diverse professionalità ed i diversi soggetti.

Medico di Medicina Generale intercetta per primo la domanda di salute dei propri assistiti, canalizzandola nell'ambito dei programmi di prevenzione e facendosi promotore di proposte ed indicazioni condivise.

Strutture Sanitarie Accreditate che aderiscono ai programmi garantiscono l'effettuazione dei test di screening, i successivi approfondimenti diagnostici e gli eventuali trattamenti secondo quanto pianificato dall'ASL ed in coerenza con gli obiettivi regionali, nell'ambito di regole definite da specifici contratti.

Analisi di contesto

Le prospettive di sviluppo nell'ambito dei programmi di screening (cancro della mammella, del colonretto e della cervice uterina) non possono che essere coerenti con i risultati che la Lombardia ha già raggiunto e che di seguito si delineano.

Lo screening del carcinoma mammario, mediante offerta biennale della mammografia bilaterale alle donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni, è attivo da circa 10 anni sul territorio regionale, con buoni livelli di estensione (prossimi al 100%), adesione (64.5%) e copertura (76.6%) riferiti al 2008. Inoltre, i dati stimati di mortalità specifica in Lombardia per la popolazione femminile in fascia d'età 50 - 69 anni nel periodo di attivazione dei programmi mostrano un trend in progressiva diminuzione dell'indicatore che, dal 2000 al 2008, passa da 68,5 a 53,3/100.000 abitanti.

Lo screening del carcinoma colorettrale, mediante offerta biennale della ricerca del sangue occulto fecale (SOF) alla popolazione di età compresa tra i 50 ed i 69 anni, attivato in Lombardia a partire dal 2005, è a regime sul territorio regionale con ottimi livelli di estensione degli inviti (prossima al 100%) e soddisfacenti livelli di adesione (42,5%) riferiti al 2008. Di rilievo sono anche i risultati ottenuti per la popolazione in termini di diagnosi precoce. Infatti nel 2008 sono stati diagnosticati e trattati 994 cancri del colonretto, di cui 192 (19.3%) adenomi cancerizzati, e 5.685 adenomi ad alto rischio di trasformazione neoplastica, cioè oltre un terzo delle lesioni identificate allo screening in Italia nello stesso anno (2.518 carcinomi e 13.178 adenomi avanzati a livello nazionale), il che testimonia il grande sviluppo che ha avuto questa linea di screening nella nostra regione.

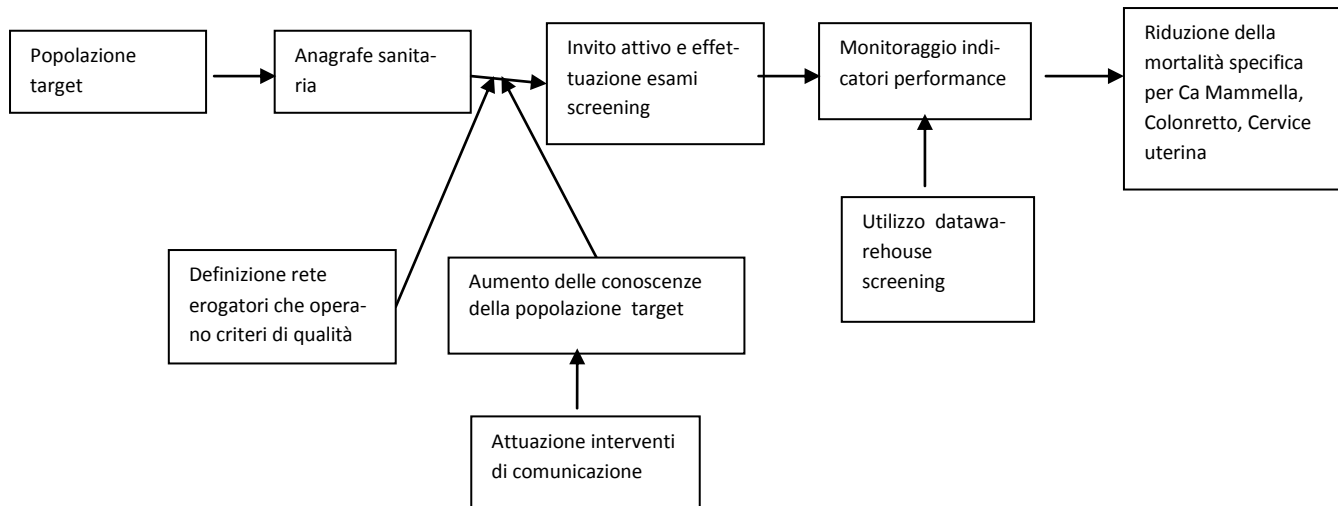
In tema di prevenzione del carcinoma della cervice uterina, in Lombardia, secondo dati desunti da indagini campionarie, il 70% delle donne residenti tra i 25 ed i 64 anni effettua il pap test con regolarità presso strutture sanitarie o consultoriali, ma anche presso ginecologi di fiducia. Anche i tassi di incidenza della malattia si collocano poco al disotto della media rilevata dai registri tumori italiani (9,4/100.000 abitanti) e ciò in un contesto regionale nel quale sono attivi programmi organizzati di screening in solo 6 Aziende Sanitarie Locali, mentre nelle restanti 9 ASL le donne accedono spontaneamente alle prestazioni di prevenzione.

Il presente Piano non descrive iniziative in relazione a protocolli/indagini dei quali non vi è al momento di disponibilità di evidenza certa di efficacia per la diagnosi precoce (es. tumore del polmone e tumore della prostata), fermo restando l'attenzione all'emergere di nuove evidenze dalla ricerca in essere.

Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (3.1.1)

1 - Mantenere gli obiettivi di estensione, adesione e copertura degli screening

In considerazione delle buone performance di attività e risultato ottenute in tema di prevenzione secondaria dei tumori della mammella, colonretto e cervice uterina si intendono da un lato proseguire le azioni già in essere che hanno consentito il raggiungimento degli obiettivi di estensione, adesione e copertura (informative, formative, organizzative e valutative), dall'altro implementare flussi informativi ad hoc integrati con il DataWarehouse (DWH) regionale ed ottimizzare la rete degli erogatori che operano con criteri di qualità.

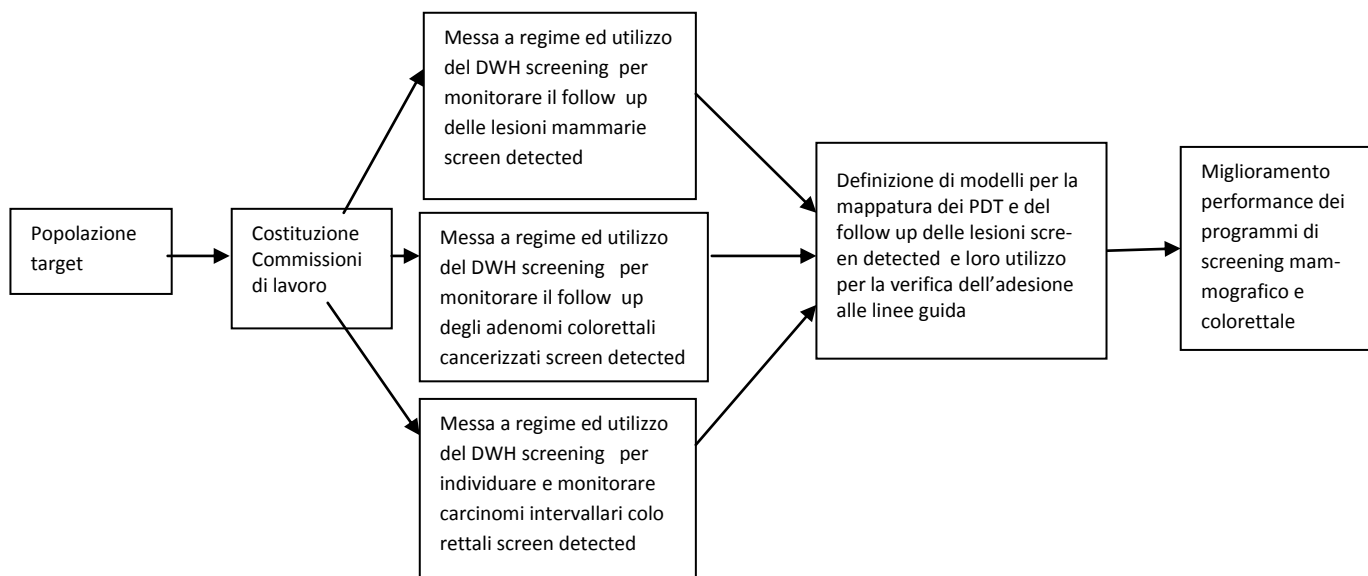


Programma - Prevenzione e controllo delle malattie cronico-degenerative a eziologia multifattoriale e maggior rilevanza: tumori, malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie e malattie osteoarticolari Progetto: Prevenzione oncologica e screening							
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
1 – Mantenere gli obiettivi di estensione, adesione e copertura degli screening	R 1.1 Mantenimento della % di inviti al 90% alla popolazione target (Ca Mammella e Ca Colonretto)	A 1.1-4 Proseguire con le attività in essere che hanno consentito il raggiungimento degli obiettivi di estensione, adesione e copertura	% popolazione che ha ricevuto l'invito >/=90%	Monitoraggio mediante specifico sistema informativo regionale Indagini campionarie ad hoc	Il mantenimento dei livelli di adesione è soggetto a variabili indipendenti associate anche a credenze e atteggiamenti e comportamenti degli assistiti	popolazione che ha ricevuto l'invito >/=90%	popolazione che ha ricevuto l'invito >/=90%
	R 1.2 Mantenimento dell'adesione al programma di screening colorettales >/= 40%		% popolazione che ha aderito ai programmi di screening >/= 40%			popolazione che ha aderito ai programmi di screening >/= 40%	popolazione che ha aderito ai programmi di screening >/= 40%
	R 1.3 Mantenimento dell'adesione al programma di screening mammografico >/= 60%		% popolazione che ha aderito ai programmi di screening >/= 60%			popolazione che ha aderito ai programmi di screening >/= 60%	popolazione che ha aderito ai programmi di screening >/= 60%
	R 1.4 Mantenimento % di accesso spontaneo/ programmato di popolazione che effettua il test per il Ca Cervice Uterina >/= 70%		% copertura complessiva della popolazione target >/= 70%			Indagini campionarie	% copertura complessiva della popolazione target >/= 70%

Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (3.1.1)

2 - Monitorare l'impatto dei programmi regionali di screening del Ca mammario e colorettales sul profilo assistenziale delle specifiche patologie

In considerazione dei livelli di estensione ed adesione raggiunti dai programmi regionali di screening del ca mammario e colorettales si intende, attraverso la messa a regime ed utilizzo del DWH screening, da un lato monitorare i carcinomi intervallari della mammella e del colonretto, dall'altro monitorare il follow up delle lesioni mammarie screen detected e degli adenomi colorettales cancerizzati screen detected al fine di definire modelli per la mappatura dei percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) e di follow up delle lesioni citate e successiva verifica dell'adesione alle linee guida.



Programma - Prevenzione e controllo delle malattie cronico-degenerative a eziologia multifattoriale e maggior rilevanza: tumori, malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie e malattie osteoarticolari

Progetto: Prevenzione oncologica e screening

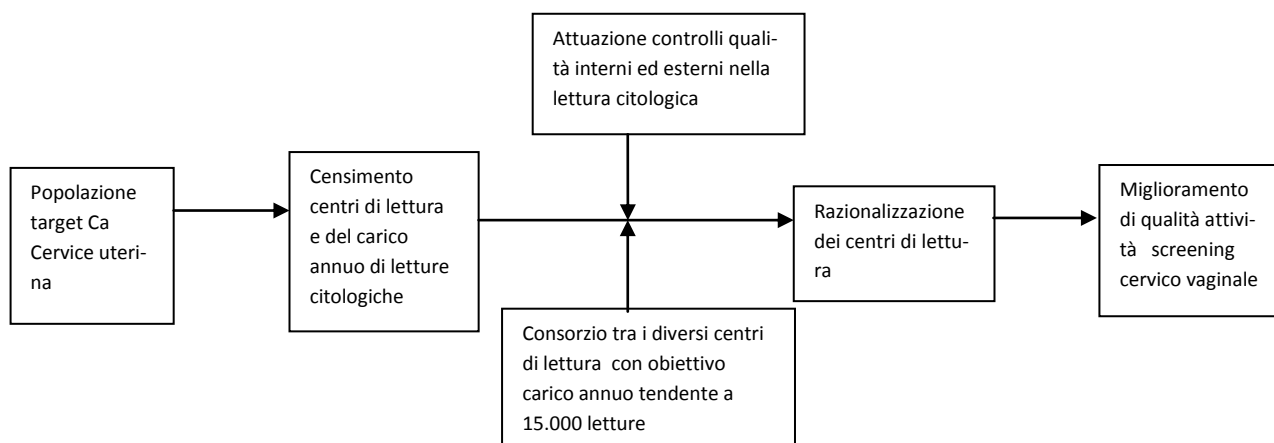
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
2- Monitorare l'impatto dei programmi regionali di screening del Ca mammario e colorettales sul profilo assistenziale delle specifiche patologie	R 2.1 Miglioramento delle performance dei programmi di screening	A 2.1.1 Utilizzare la banca dati assistiti per individuare e monitorare carcinomi intervallari colo rettales screen detected e della mammella	Predisposizione e diffusione di apposita reportistica	Utilizzo del DWH regionale e database screening	L'attività di indagine scientifica, oltre alle capacità statistiche presuppone la disponibilità di esperti operanti al di fuori della struttura regionale (in AO,IRCCS) e dunque il risultato è vincolato da tempi e modi della collaborazione	Messa a regime del DWH	Avvio del monitoraggio sistematico dei ca intervallari del colon retto e della mammella
		A 2.1.2 Utilizzare la banca dati assistiti per monitorare il follow up degli adenomi colorettales cancerizzati e lesioni mammarie screen detected	Definizione di modelli di mappatura				Definizione di modelli per la mappatura dei PDT e del follow up delle lesioni screen detected e loro utilizzo per la verifica dell'adesione alle linee guida

Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (3.1.1)
3 - Migliorare la qualità nell'ambito della attività di prevenzione del carcinoma della cervice uterina

Stante le attuali raccomandazioni per la diagnosi precoce del Ca della cervice uterina (pap test ogni tre anni alle donne tra i 25 - 64 anni come screening primario) si intende allargare progressivamente al SSR le indicazioni tipiche dei programmi organizzati in tema di promozione della qualità per gli aspetti organizzativi e tecnico professionali.

In particolare, a partire dal censimento dei centri di lettura e del rispettivo carico annuo di esami citologici, si intende avviare e sostenere una azione di razionalizzazione dei centri.

Ciò, anche attraverso la definizione di specifici accordi/consorzi tra le diverse strutture erogatrici che prevedano procedure di verifica e miglioramento della qualità nella lettura citologica, con controlli di qualità (Cdq) interni ed esterni, nonché verifica dell'adozione di sistemi di controllo di qualità dei centri riconosciuti dalla Regione per la lettura.

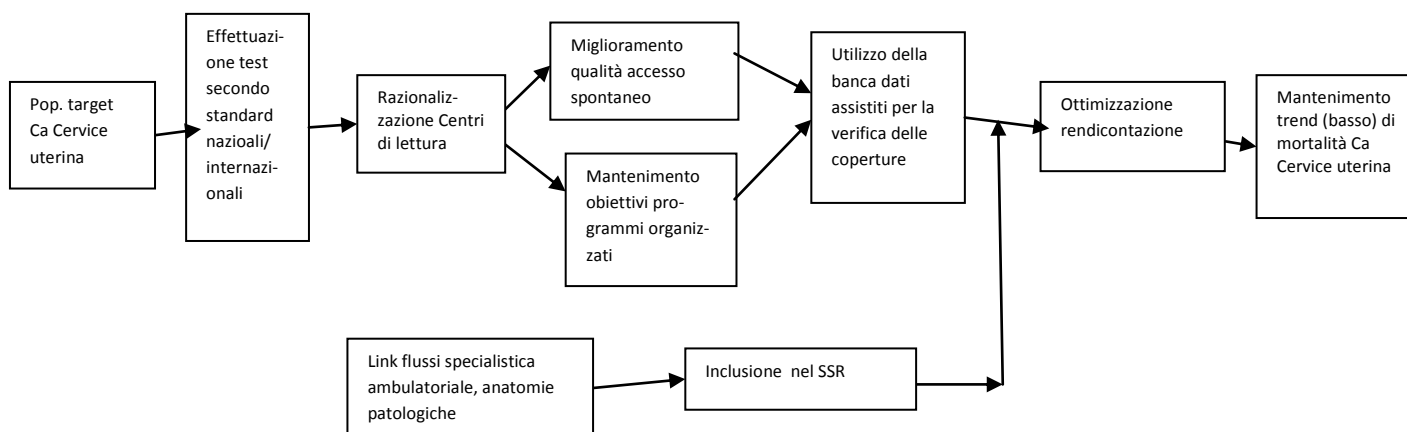


Programma - Prevenzione e controllo delle malattie cronicodegenerative a eziologia multifattoriale e maggior rilevanza: tumori, malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie e malattie osteoarticolari							
Progetto: Prevenzione oncologica e screening							
Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
3 - Migliorare la qualità nell'ambito della attività di prevenzione del Ca Cervice uterina	R 3.1 Razionalizzazione dei centri di lettura con l'obiettivo di un carico annuo tendente a 10000 - 15000 letture, da raggiungere anche attraverso step intermedi e consorzi	A 3.1.1 Definire specifici accordi/consorzi tra le diverse strutture erogatrici	n accordi/consorzi tra le diverse strutture erogatrici	Relazione da parte delle ASL	La riorganizzazione di attività consolidate genera resistenze da parte dei diversi enti che sono chiamati a stabilire accordi in service, riallocare il personale ecc...	100% Asl presentano proposta di razionalizzazione dei centri di lettura per il proprio territorio	
		A 3.1.2 Definire procedure di verifica e miglioramento della qualità nella lettura citologica da parte dei centri di lettura, con controlli di qualità (Cdq) interni ed esterni	Verifica dell'adozione di sistemi di controllo di qualità dei centri riconosciuti dalla regione per la lettura				Evidenza dell'adozione di sistemi di controllo di qualità dei centri riconosciuti dalla regione per la lettura

Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (3.1.1)

4 - Ottimizzare la rendicontazione nel flusso della specialistica ambulatoriale di tutti gli esami citologici

Stante quanto già avviato, tutte le ASL proseguono nelle azioni finalizzate alla corretta e completa rendicontazione di tutti gli esami citologici (cod. nomenclatore 91385) generati dai pap-test, nel flusso della specialistica ambulatoriale, effettuati presso strutture sanitarie accreditate, strutture consultoriali o ambulatori ASL.



Programma - Prevenzione e controllo delle malattie cronico-degenerative a eziologia multifattoriale e maggior rilevanza: tumori, malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie e malattie osteoarticolari

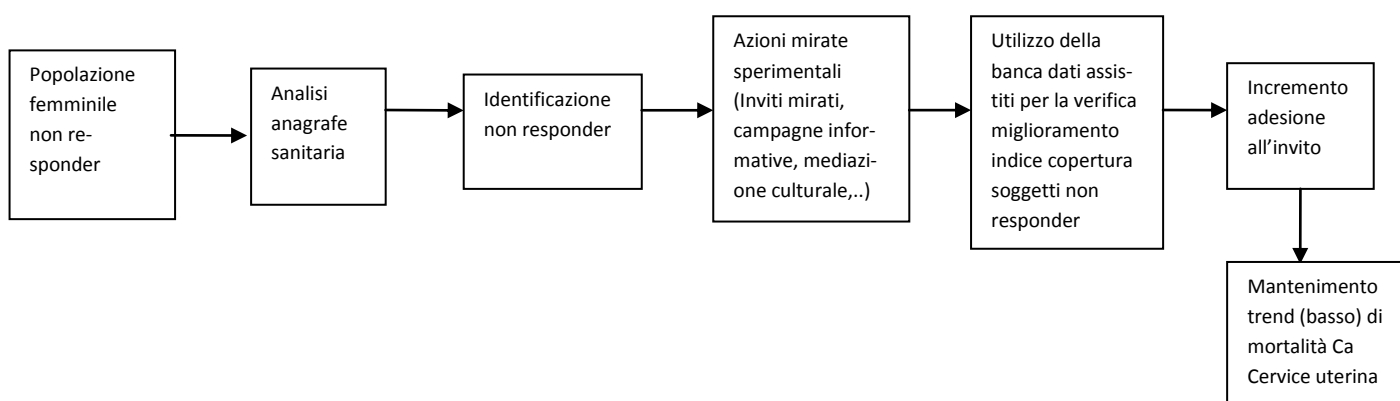
Progetto: Prevenzione oncologica e screening

Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
4 – Ottimizzare la rendicontazione nel flusso della specialistica ambulatoriale di tutti gli esami citologici	R 4.1 Miglioramento della rendicontazione nel flusso della specialistica ambulatoriale di tutti gli esami citologici -cod. nomenclatore 91385 -, generati dai pap-test, ovunque effettuati e comunque remunerate nell'ambito del sistema	A 4.1.1 Ottimizzare i percorsi di programmi di screening organizzato laddove già in atto	n. esami citologici cod. nomenclatore 91385 - generati dai pap-test nell'ambito del sistema	Rilevazione della copertura regionale rendicontata nei flussi amministrativi		Adesione >= 40% nei territori con programmi attivi ; monitoraggio esami citologici (cod. nomenclatore 91385) generati dai pap-test per ciascun territorio	Adesione >= 40% nei territori con programmi attivi ; monitoraggio esami citologici (cod. nomenclatore 91385) generati dai pap-test per ciascun territorio
		A 4.1.2 Inserire nel flusso della specialistica ambulatoriale tutti gli esami citologici -cod. nomenclatore 91385 -, generati dai pap-test, effettuati nell'ambito del sistema				Monitoraggio copertura annuale	Monitoraggio copertura annuale
		A 4.1.3 Confronto tra citologici e anagrafe assistiti, in modo da verificare l'effettiva copertura della popolazione target (accessi programmati+accessi spontanei) e l'appropriatezza (osservanza età target e scadenze/periodicità)	Percentuale di copertura tra popolazione target e popolazione che ha effettuato il test	Rilevazione dell'attività di screening organizzato tramite lo specifico flusso informativo			

Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (3.1.1)

5 - Identificare e coinvolgere le persone fragili che non accedono alla prestazione di prevenzione del Ca della cervice uterina

Stante quanto già avviato nelle diverse ASL, si intende proseguire nell'azione di identificazione delle donne che non risultano aver avuto accesso a prestazioni di prevenzione del Ca della cervice uterina nell'ultimo quinquennio, monitorando il risultato di sperimentazioni che si avvalgono di strumenti diversi: invito, mediazione culturale, sensibilizzazione della comunità. L'identificazione e la verifica del miglioramento dell'indice di copertura dei soggetti non responder avverrà attraverso l'anagrafe sanitaria.



Programma - Prevenzione e controllo delle malattie cronic-degenerative a eziologia multifattoriale e maggior rilevanza: tumori, malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie e malattie osteoarticolari

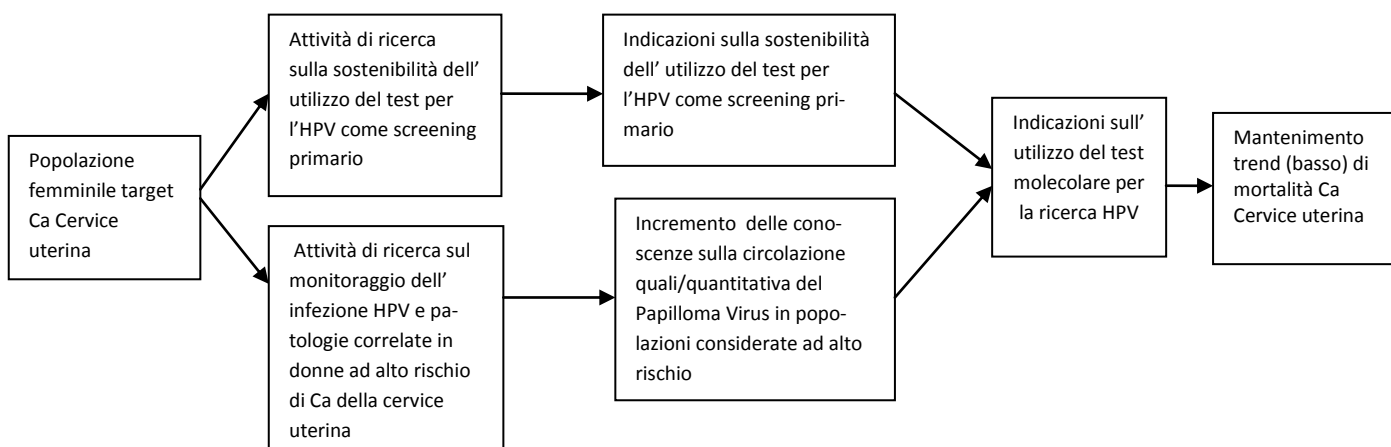
Progetto: Prevenzione oncologica e screening

Obiettivi	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
5- Identificare e coinvolgere le persone fragili che non accedono alla prestazione di prevenzione del Ca della cervice uterina	R 5.1 Coinvolgimento delle persone fragili che non accedono alla prestazione di prevenzione del Ca della cervice uterina	A 5.1 Effettuare sperimentazioni che si avvalgono di strumenti diversi: invito, mediazione culturale, sensibilizzazione della comunità	100% delle ASL attuano almeno un progetto per il reclutamento delle persone fragili	Evidenza delle esperienze locali Verifica miglioramento indici di copertura	L'intercettazione di persone fragili richiede strumenti flessibili che non sempre sono disponibili nelle pubbliche amministrazioni; per tale motivo diventa essenziale il contributo delle associazioni che possono concorrere a sostenere iniziative promosse dalle ASL	Attuazione di almeno 1 progetto per ASL Monitoraggio copertura annuale	Monitoraggio copertura annuale

Obiettivo di salute e/o di processo perseguito: (3.1.2)

6 - Valutare la sostenibilità dell'utilizzo del test molecolare per l'HPV

Sono in atto due progetti di ricerca in merito alla possibilità di modifica delle strategie di screening primari alla luce di evidenze ed all'aumento di conoscenze sulla circolazione dei ceppi di HPV in popolazioni fragili.



Programma - Prevenzione e controllo delle malattie cronic-degenerative a eziologia multifattoriale e maggior rilevanza: tumori, malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie e malattie osteoarticolari

Progetto: Prevenzione oncologica e screening

Obiettivo	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
6 – Valutare la sostenibilità dell'utilizzo del test molecolare per l'HPV	R 6.1 Informazioni sulla sostenibilità dell'utilizzo del test per l' HPV come screening primario (ASL Vallecamonica – CCM)	A 6.1.1 Attività di ricerca sulla sostenibilità dell' utilizzo del test per L'HPV come screening primario (ASL Vallecamonica – CCM)	Risultati della ricerca	Rapporti sullo stato di avanzamento dei progetti di ricerca	Lo studio iniziato nel 2009 si concluderà nel 2014	Risultati in itinere sul primo anno di attività	Risultati finali
	R 6.2 Aumento delle conoscenze sulla circolazione quali/quantitativa del Papilloma Virus in popolazioni considerate ad alto rischio (Ospedale L.Sacco - Milano)	A 6.2.1 Attività di ricerca sul monitoraggio dell' infezione HPV e patologie correlate in donne ad alto rischio di ca della cervice uterina (Ospedale L. Sacco - Milano)	Risultati della ricerca			Risultati in itinere sul primo anno di attività	Risultati in itinere sul primo anno di attività

Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: 3.2.1**6.5.b. Progetto: Monitorare con appropriatezza la diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche****Beneficiari**

Gli interventi di prevenzione e controllo delle malattie cronicodegenerative a eziologia multifattoriale e a maggior rilevanza interessano tutta la popolazione prevalentemente adulta ed anziana.

Attori

Regione Lombardia, tramite la Direzione Generale Sanità, pianifica e definisce le strategie d'intervento indicando le priorità, tenuto conto del contesto epidemiologico e normativo nazionale; delinea i criteri organizzativi di carattere generale; fornisce linee di indirizzo e supporto tecnico all'avvio ed al proseguimento dei programmi, anche attraverso attività di formazione; monitora i principali indicatori di processo e risultato dei programmi sul territorio regionale; garantisce il raccordo tra i programmi locali.

Azienda Sanitaria Locale "traduce" l'azione a livello locale, sulla base delle caratteristiche del territorio e tenuto conto degli indirizzi regionali. In particolare promuove, coordina, organizza gestisce e valuta, nell'ambito territoriale di competenza i programmi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie croniche, individuando tutte le risorse coinvolgibili, e garantendo adeguati strumenti di coordinamento delle diverse professionalità ed di diversi soggetti. Nell'ambito delle ASL operano i MMG e PdF nell'attività di assistenza primaria.

Aziende Ospedaliere, IRCCS, Case di Cura attuano gli interventi di assistenza specialistica e concorrono, nell'ambito dei programmi regionali e locali, anche alla prevenzione delle malattie croniche.

Analisi di contesto

Il PNP, oltre a prevedere gli interventi di prevenzione per le patologie cronicodegenerative (già inseriti nella macroarea *Prevenzione universale: 3.4* Prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarie), introduce azioni di monitoraggio e supporto agli interventi di diagnosi, cura e riabilitazione.

E' infatti evidente che pur essendo tali attività, e relativa organizzazione, in capo ai Servizi e Professionisti di assistenza primaria e specialistica, la prevenzione può svolgere un ruolo nelle fasi di lettura del fabbisogno assistenziale, analisi della qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate, integrazione tra attività assistenziale e progetti di prevenzione primaria.

In Lombardia sono disponibili e in sviluppo buoni sistemi informativi per la lettura ed analisi delle patologie croniche a maggior impatto quali-quantitativo:

- le schede di dimissione ospedaliera (oggetto di rielaborazione e pubblicazione da parte della competente U.O. regionale);
- i registri tumori, tra cui quelli di della Provincia di Varese, di Sondrio e della città di Milano a regime e quelli di tutte le altre province attivati nel 2008;
- le prestazioni farmaceutiche, ospedaliere e territoriali, con relativi principi attivi e dosi per singolo paziente;
- le prestazioni di specialistica ambulatoriale, codificate per tipologia, secondo il nomenclatore tariffario.

E' stato inoltre elaborato uno strumento in grado di integrare tutte queste informazioni in modo tale da attribuire agli assistiti (univocamente ma in forma anonima), sulla base delle prestazioni sanitarie ricevute, una o più delle seguenti categorie:

- Broncopneumopatie
- Diabete
- Cardiovasculopatie
- Epato-Enteropatie
- Neoplasie
- Esofago-Gastro- Duodenopatie
- Neuropatie
- Trapianti
- HIV-AIDS
- Dislipidemie
- Insufficienza renale
- Malattie endocrine
- Malattie autoimmuni

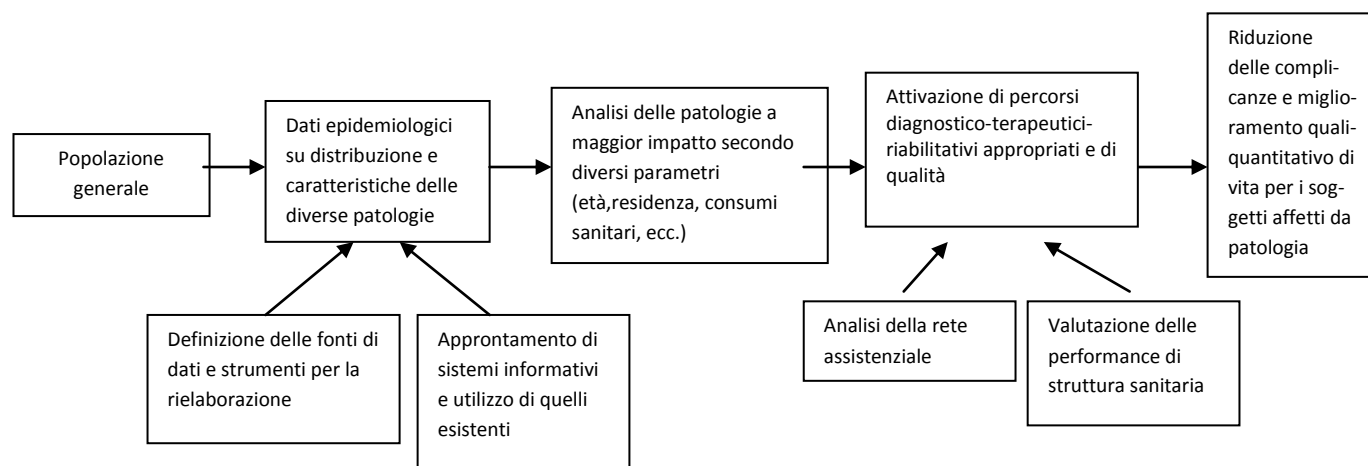
Naturalmente è possibile "costruire" ulteriori raggruppamenti, sulla base di prestazione specifiche ed erogate univocamente a soggetti afferenti a ciascuna patologia individuata.

Inoltre va ricordato che in questi anni la nostra regione ha elaborato numerose linee guida e protocolli sulle malattie indicate (diabete, piano cardiocerebro-vascolare, piano oncologico) e approntato reti di patologia, nell'ambito delle quali i professionisti condividono percorsi e protocolli (ROL-Rete oncologica lombarda, REL-rete ematologica lombarda, Rete malattie renali, Epinetwork – epilessia network).

Obiettivi di salute e/o di processo perseguiti: (3.2.1)

- 1. Analizzare la sorveglianza epidemiologica delle malattie croniche a eziologia multifattoriale e di maggior impatto**
- 2. Favorire l'adesione a protocolli diagnostico-terapeutici appropriati**
- 3. Valutare ipotesi di screening per le patologie non oncologiche**

Sulla base di raggruppamenti di prestazione specifiche ed erogate univocamente a soggetti afferenti a ciascuna patologia individuata e di linee guida e protocolli sulle malattie elaborate dalla regione, sarà possibile individuare indicatori epidemiologici più "precoci" rispetto alla mortalità per causa, indicativi sia di incidenza che di prevalenza, analogamente a quanto avviene per i Registri tumori. Inoltre, la disponibilità dei singoli flussi di dati può essere utilizzata anche per monitorare i protocolli diagnostico-terapeutici delle persone rispetto alla patologia. Pertanto, si potrà analizzare la sorveglianza epidemiologica delle malattie croniche a eziologia multifattoriale e di maggior impatto, favorire l'adesione a protocolli terapeutici appropriati e valutare ipotesi di screening per le patologie non oncologiche.



Programma - Prevenzione e controllo delle malattie cronic-degenerative a eziologia multifattoriale e maggior rilevanza: tumori, malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie e malattie osteoarticolari

Progetto: Monitorare con appropriatezza la diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche

Obiettivi	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
1. Analizzare la sorveglianza epidemiologica delle malattie croniche a eziologia multifattoriale e maggior impatto	R.1.1 Disponibilità di dati di incidenza e prevalenza per malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche, malattie osteoarticolari sulla base dei flussi informativi correnti	A1.1.1. Completare la rete dei Registri tumori regionali A 1.1.2. Analizzare i dati dei diversi flussi informativi, secondo la metodologia Banca dati Assistiti	Messa a regime dei Registri Tumori attivi in regione Lombardia Avvio del percorso per il riconoscimento dei Registri Tumori di nuova istituzione da parte di AIRTum Predisposizione di primi report per Registri Tumori di nuova istituzione Disponibilità per le ASL dei dati BDA del proprio territorio. Predisposizione di report annuali dati BDA	Relazioni delle ASL	L'attivazione di nuovi registri tumori è stata sostenuta con finanziamenti straordinari; a regime è necessario che le ASL utilizzino risorse correnti	Avvio del percorso per il riconoscimento dei Registri Tumori di nuova istituzione da parte di AIRTum Predisposizione di primi report per Registri Tumori di nuova istituzione Disponibilità per le ASL dei dati BDA del proprio territorio. Predisposizione di report annuali dati BDA	Messa a regime dei Registri Tumori attivi in regione Lombardia
	R.1.2 Disponibilità di dati di mortalità per causa	A 1.2.1 Attivare i flussi informativi di mortalità per causa su scala regionale	Disponibilità Registro regionale	Registro regionale			Report
	R.1.3 Elaborazione di dati del flusso dei certificati di assistenza al parto e di abortività	A 1.3.1 Rendere fruibili i dati CEDAP alle ASL	Disponibilità dati aggiornati				Report

<p>2. Favorire l'adesione a protocolli diagnostico-terapeutici appropriati</p>	<p>R.2.1.Censimento ed aggiornamento ove necessario di protocolli diagnostico-terapeutici</p>	<p>A.2.1.1 Censire i protocolli diagnostico-terapeutici formalmente adottati da Regione Lombardia</p> <p>A 2.1.2 Analizzare i gruppi di lavoro attualmente in atto</p> <p>A 2.1.3 Valutare i progetti in atto presso le ASL</p>	<p>Censimento PDT</p> <p>Predisposizione di report sullo stato dell'arte</p>				<p>Report</p>
	<p>R. 2.2 Implementazione del monitoraggio sulla loro applicazione, anche tramite le reti di patologia</p>	<p>A 2.2.1 Condurre studi di valutazione e confronto tra protocolli diagnostico-terapeutici e consumi sanitari per valutare l'adesione ai primi</p>	<p>Definizione delle aree in media regionale e dei territori con criticità</p>	<p>Relazioni delle ASL</p>			<p>Report</p>
	<p>R.2.3 Inserimento di protocolli diagnostico-terapeutici nell'ambito dei progetti di assistenza primaria</p>	<p>A.2.3.1 Disporre di strumenti per inserire negli accordi regionali ed aziendali protocolli diagnostico-terapeutici nell'ambito dei progetti di assistenza primaria</p>	<p>Predisposizioni di report alle strutture regionali competenti per inserire PDT appropriati nell'ambito dei progetti di assistenza primaria</p>	<p>Pubblicazione report regionale</p>	<p>Poiché tale aspetto rientra nell'ambito più generale degli accordi, non tutte le variabili sono prevedibili</p>		<p>Report</p>
	<p>R.2.4 Fornire gli elementi per la razionalizzazione del ricorso spontaneo a test di controllo routinari, nell'ambito sia di protocolli della medicina generale che in ambito specialistico</p>	<p>A.2.4.1 Analizzare i dati delle prestazioni specialistiche ambulatoriali per verificare le differenze di ricorso all'accesso spontaneo nei diversi territori</p> <p>A.2.4.2 Individuare le situazioni di criticità fuori soglia e introdurre correttivi</p>	<p>Individuazione aree critiche</p>	<p>Datawarehouse regionale</p>	<p>La razionalizzazione di prestazioni di routine incontra resistenze sia da parte dei medici, per gli eventuali risvolti medico-legali, che nei cittadini, che ne hanno una percezione positiva. E' quindi necessario utilizzare strumenti che aumentino la consapevolezza, poiché indicazioni impositive rischiano di essere disattese nella realtà</p>		<p>Report</p>
<p>3. Valutare ipotesi di screening per le patologie non oncologiche</p>	<p>R.3.1 Valutazione sulla base della letteratura scientifica dell'implementazione di screening per i fattori di rischio di patologie cardiovascolari e metaboliche</p>	<p>A.3.1.1 Effettuare una revisione della letteratura scientifica relativamente agli screening di provata efficacia</p> <p>A.3.1.2 Mettere a disposizione di un protocollo per la standardizzazione</p>	<p>Predisposizione di report sullo stato dell'arte e di protocollo operativo</p>	<p>Pubblicazione di Report regionale</p>		<p>Report</p>	

6.6. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE 2010-2012

Macroarea 5 Prevenzione delle complicanze e delle recidive

Linea di intervento generale:

- 5.1. La sfida delle cronicità
- 5.2. Prevenzione della disabilità

Obiettivi generali di salute:

- a. L'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dall'incremento delle disabilità, esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte;
- b. La protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività;
- c. La prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità;
- d. La verifica dei modelli assistenziali, con riguardo all'assistenza primaria e specialistica
- e. L'introduzione di elementi favorevoli all'integrazione dell'anziano e disabile nella pianificazione urbanistica ed edilizia (strutture abitative ma anche residenziali collettive).

6.6. Programma – *Contribuire al miglioramento della rete dei servizi di assistenza ad anziani e disabili*

Identificativo della linea di intervento generale di cui in Tabella 1: 4.2.1

6.6.a. Progetto: *Analizzare i dati epidemiologici e delle prestazioni fornendo un quadro complessivo ai decisori*

Beneficiari

I beneficiari ultimi sono costituiti dalla popolazione anziana e disabile; gli interlocutori sono i decisori (amministrazioni locali; ASL; altri enti).

Attori

Regione Lombardia, pianifica e definisce le strategie d'intervento indicando le priorità, tenuto conto del contesto epidemiologico e normativo nazionale; in particolare regola la rete delle strutture di ricovero e cura, di riabilitazione, generale e specialistica, delle strutture socio-sanitarie per anziani e disabili (RSA, Centri Residenziali Disabili) e le forme di integrazione con la medicina del territorio.

Analisi di contesto

Regione Lombardia dispone di una notevole rete di servizi sanitari e socio-sanitari specificamente destinati ad anziani e disabili: a puro titolo esemplificativo vi sono 54.000 posti letto in RSA, 5.700 posti in Centri diurni integrati, 4.900 posti letto in Istituti di riabilitazione, 6.200 posti in centri diurni per disabili, 1.300 posti letto in comunità socio-sanitarie e 3.600 posti letto in centri residenziali per disabili (Fonte: Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale).

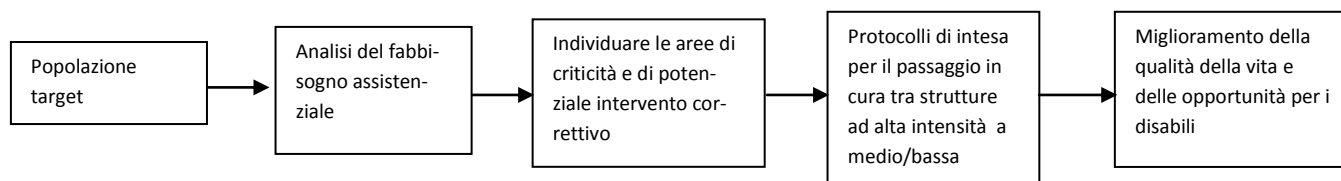
In aggiunta, vi è poi l'assistenza domiciliare integrata e l'assistenza primaria, con gli strumenti dell'assistenza domiciliare programmata, erogata dal MMG. E' quindi evidente come il sistema non possa che essere in evoluzione in termini di miglioramento, sia sul fronte della qualità che su quello dell'integrazione dei diversi servizi ed ambiti.

Obiettivi di salute e/o di processo perseguiti: (4.2.1)

1 - Utilizzare gli strumenti epidemiologici disponibili per l'analisi del fabbisogno assistenziale

Considerato che le azioni finalizzate a favorire il mantenimento dei fattori di salute in rapporto all'età e alla condizione clinica sono già state inserite nel paragrafo 6.3 - Migliorare la qualità di vita nella popolazione -, il progetto ha la finalità di rendere disponibile gli indicatori epidemiologici utili per operare scelte a favore della popolazione particolarmente determinata dal fattore "cronicità".

Alla luce della notevole disponibilità di reti di servizi sanitari e socio-sanitari, specificamente destinati ad anziani e disabili, nonché di erogazioni relative all'assistenza domiciliare integrata e primaria, e poiché altri Servizi e Enti svolgono la programmazione, con la realizzazione e il monitoraggio delle prestazioni assistenziali e relative integrazioni, si intende contribuire alla conoscenza del quadro epidemiologico per migliorare le scelte dei decisori in merito all'offerta assistenziale, anche al fine di una maggior integrazione ospedale-territorio.



Programma - Contribuire al miglioramento della rete dei servizi di assistenza ad anziani e disabili							
Progetto: Analizzare i dati epidemiologici e delle prestazioni fornendo un quadro complessivo ai decisori							
Obiettivi	Risultati attesi	Attività	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni	Atteso 2011	Atteso 2012
1. Utilizzare gli strumenti epidemiologici disponibili per l'analisi del fabbisogno assistenziale	R 1.1 Individuazione nelle statistiche sanitarie le patologie prevalenti e le disabilità	A 1.1.1 Analizzare i dati di mortalità e morbosità correlati all'età A1.1.2 Individuare i principali trend di patologia e disabilità	Relazioni regionali e di ASL	Sistemi informativi specifici	Alcune attività, cui corrispondono dati di patologia (es.:invalidità civile) non dispongono di sistemi informativi consolidati e standardizzati		Report
	R 1.2 Analisi dei dati delle prestazioni con particolare riguardo all'anziano	A 1.2.1 Confrontare i dati dei consumi sanitari nell'anziano e disabile nelle diverse ASL A 1.2.2 Individuare le aree di criticità e di potenziale intervento correttivo	Relazioni regionali e di ASL	Sistemi informativi specifici			Report
	R.1.3 Previsione di strumenti e mezzi per la continuità assistenziale	A 1.3.1 Attuare protocolli di intesa per il passaggio in cura tra strutture ad alta intensità a medio/bassa	Protocolli per il passaggio in cura		Il riordino dei servizi, che può prevedere spostamenti e razionalizzazioni, genera resistenze non sempre gestibili		Protocolli

TABELLA 1 QUADRO D'INSIEME PRP REGIONE LOMBARDIA

Macroarea	Linea di intervento generali	Obiettivi generali di salute	Numero progressivo del programma/progetto*
1. Medicina predittiva	1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia	Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	1.1.1 L'approccio di comunità nell'approfondimento ed utilizzo della medicina predittiva: Sistematizzare i dati di ricerca sulla medicina predittiva per implementarne i programmi di riconosciuta efficacia (6.4)
2. Prevenzione universale	2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali	2.1.1 Migliorare la qualità di vita nella popolazione: Prevenire le lesioni in seguito ad eventi infortunistici in ambito stradale (6.3.b)
	2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio	2.2.1 Piani integrati di prevenzione e controllo (6.1.a)
		Monitoraggio	2.2.2 Programmare una risposta efficiente ed efficace alla domanda di tutela del cittadino, del lavoratore e del consumatore: Prevenzione e sicurezza dei lavoratori mediante il mantenimento del trend di riduzione degli infortuni mortali e gravi (6.1.b)
		Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali	
	2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana	2.3.1 Migliorare la qualità di vita nella popolazione: Prevenire le lesioni in seguito ad eventi infortunistici in ambito domestico (6.3.c)
		Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e dei ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni	
	2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento	2.4.1 Prevenzione e controllo delle malattie infettive compresi gli interventi vaccinali: malattie suscettibili di vaccinazione mediante il mantenimento degli obiettivi di eliminazione per polio, difterite, epatite B, morbillo e rosolia congenita (6.2.a)
			2.4.2 Prevenzione e controllo delle malattie infettive compresi gli interventi vaccinali: malattie suscettibili di vaccinazione mediante il contenimento di quelle per cui non è possibile l'eliminazione (6.2.a)
		Definire le strategie vaccinali per preparati non ancora inseriti nei LEA o per i quali sono disponibili nuove conoscenze o per cui devono essere acquisite ulteriori conoscenze	2.4.3 Prevenzione e controllo delle malattie infettive compresi gli interventi vaccinali: malattie suscettibili di vaccinazione mettendo a punto un modello decisionale per l'adozione/modifica delle strategie di offerta vaccinale (6.2.a)
		2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	Ridurre le infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto
	2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	Ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV	2.6.1 Prevenzione e controllo delle malattie infettive compresi gli interventi vaccinali: Sorveglianza e controllo delle malattie infettive incrementando le diagnosi precoci delle infezioni da HIV/MTS ((6.2.b)
		Raggiungere elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva, con particolare riguardo alle scuole	2.6.2 Prevenzione e controllo delle malattie infettive compresi gli interventi vaccinali: Sorveglianza e controllo delle malattie infettive garantendo accesso e qualità della cura per i malati di TB, anche al fine di contenere il contagio (6.2.b)
Ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali		2.6.3 Prevenzione e controllo delle malattie infettive compresi gli interventi vaccinali: Sorveglianza e controllo delle malattie infettive mediante il contenimento delle patologie di importazione (6.2.b)	
Limitare il verificarsi di focolai autoctoni di patologie da importazione		2.6.X	

TABELLA 1 QUADRO D'INSIEME PRP REGIONE LOMBARDIA

Macroarea	Linea di intervento generali	Obiettivi generali di salute	Numero progressivo del programma/progetto*
	2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici (allergeni, muffe, pollini), con particolare attenzione alla salute dei bambini	2.7.1 Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro: Prevenzione e sicurezza del consumatore: riduzione delle esposizioni a fattori di rischio chimico mediante la riduzione delle esposizioni a fattori di rischio chimico (6.1.d)
Contenimento entro i limiti previsti degli inquinanti da emissioni e scarichi degli insediamenti produttivi		2.7.2 Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro: Promozione di scelte favorevoli a una migliore qualità dell'ambiente e del territorio mediante la riduzione delle esposizioni a fattori di rischio di origine ambientale (6.1.e)	
Riduzione delle fonti di inquinamento indoor , con particolare riguardo a radon e amianto e fumo passivo		2.7.3 Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro: Prevenzione e sicurezza del consumatore: riduzione delle esposizioni a fattori di rischio chimico mediante il miglioramento della qualità degli ambienti di vita (6.1.d)	
	2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano	Controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti	2.2.1 Piani integrati di prevenzione e controllo (6.1.a) 2.8.1 Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro: Controllo e sicurezza degli alimenti non di origine animale e delle acque destinate al consumo umano mediante il contenimento di tossinfezioni alimentari e intossicazioni da funghi e vegetali (6.1.c)
		Prevenzione dell'obesità , con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10% Incremento dell'attività motoria , con particolare riguardo alla popolazione giovane-adulta Riduzione del consumo di alcol a rischio (percentuale dei consumatori fuori pasto, dei consumatori giornalieri di quantità superiori a quelle considerate compatibili, anche in relazione all'età, dei "binge drinkers", dei consumatori che guidano in stato di alterazione psicofisica derivante dall'alcol, dei consumatori all'interno dei luoghi di lavoro) Riduzione della percentuale di fumatori abituali , con particolare riguardo alle fumatrici e a soggetti in età giovane-adulta	2.9.2-2.9.5 Migliorare la qualità di vita nella popolazione: Promuovere stili di vita e ambienti favorevoli alla salute mediante: a) l'informazione e la formazione su interventi per la promozione della salute efficaci; b) l'attuazione di programmi sperimentali di promozione della salute nelle scuole e nei luoghi di lavoro, con riferimento a stili di vita e ambienti favorevoli; c) l'attuazione di politiche intersettoriali che facilitino la pratica motoria, l'adozione di comportamenti alimentari, individuali e collettivi favorevoli alla salute, la pratica dell'allattamento al seno, la promozione di stili di vita orientati al target mamma-bambino e l'aumento delle opportunità di cessazione dall'abitudine tabagica nella popolazione femminile (6.3.a)
	2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	Prevenzione delle patologie da carenza iodica
		Prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze nelle scuole medie di primo e secondo grado, e nei luoghi di aggregazione giovanile formali e informali	2.9.X

TABELLA 1 QUADRO D'INSIEME PRP REGIONE LOMBARDIA

Macroarea	Linea di intervento generali	Obiettivi generali di salute	Numero progressivo del programma/progetto*
3. Prevenzione della popolazione a rischio	3.1 Tumori e screening	Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto	3.1.1 Prevenzione e controllo delle malattie cronico-degenerative a eziologia multifattoriale e a maggior rilevanza: Prevenzione oncologica e screening mediante : - il mantenimento della estensione, adesione e copertura degli screening oncologici - il monitoraggio dell'impatto dei programmi regionali di screening del Ca mammario e colorettalesul profilo assistenziale delle specifiche patologie - il miglioramento della qualità nell'ambito della attività di prevenzione del Ca Cervice uterina - l'ottimizzazione della rendicontazione nel flusso della specialistica ambulatoriale di tutti gli esami citologici - l'identificazione e il coinvolgimento delle persone fragili che non accedono alla prestazione di prevenzione del Ca della cervice uterina (6.5.a)
		Rendere sostenibili i programmi di popolazione per lo screening del cancro di mammella, cervice uterina e colonretto	3.1.2 Prevenzione e controllo delle malattie cronico-degenerative a eziologia multifattoriale e a maggior rilevanza: Prevenzione oncologica e screening mediante la valutazione della sostenibilità dell'utilizzo del test molecolare per l'HPV (6.5.a)
		Contrastare il cancro al polmone	3.1.3
		Contrastare il cancro alla prostata
		Riduzione dei fattori di rischio connessi all'esposizione a cancerogeni	3.1.X
	3.2 Malattie cardiovascolari	Ridurre incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari, perseguendo i seguenti obiettivi: - definire strumenti per la rilevazione epidemiologica del rischio cardio-cerebrovascolare (carta del rischio, ma anche rilevazione di indicatori indiretti come il consumo di farmaci specifici) - individuare screening di popolazione per l'identificazione precoce di ipertensione, ipercolesterolemia, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza (secondo l'indagine multiscopo ISTAT più del 50% della popolazione adulta controlla annualmente pressione arteriosa e parametri biochimici, senza tuttavia una standardizzazione) - predisporre protocolli terapeutici per il controllo dei principali fattori di rischio, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici dei diversi principi attivi - definire percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica - valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale per l'acuzie e la cronicità e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione	3.2.1 Prevenzione e controllo delle malattie cronico-degenerative a eziologia multifattoriale e a maggior rilevanza: Monitorare con appropriatezza la diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari mediante: - l'analisi della sorveglianza epidemiologica delle malattie croniche a eziologia multifattoriale e di maggior impatto - azioni che favoriscano l'adesione a protocolli diagnostico-terapeutici appropriati - la valutazione di ipotesi di screening per le patologie non oncologiche (6.5.b)
		3.3 Diabete	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete, perseguendo i seguenti obiettivi: - individuare precocemente la malattia nella popolazione a rischio aumentato, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza - predisporre protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici, anche con riguardo alla fornitura di presidi per il monitoraggio della glicemia - definire percorsi assistenziali con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica e dell'educazione terapeutica dei pazienti, considerando anche la frequente presenza di comorbidità - valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale per l'acuzie e la cronicità e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione - favorire l'implementazione di sistemi informativi e banche dati che facilitino la gestione e la valutazione dei programmi

TABELLA 1 QUADRO D'INSIEME PRP REGIONE LOMBARDIA

Macroarea	Linea di intervento generali	Obiettivi generali di salute	Numero progressivo del programma/progetto*
	3.4 Malattie respiratorie croniche	Ridurre di incidenza e mortalità per malattie respiratorie , perseguendo i seguenti obiettivi: - individuare screening di popolazione per l'identificazione precoce di tali patologie, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza - predisporre protocolli terapeutici per il controllo dei principali fattori di rischio, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici dei diversi principi attivi; in particolare andrà valutato sia l'utilizzo di farmaci sia quello di presidi-protesi, come pure andranno predisposti protocolli per l'ossigenoterapia - definire percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica - valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale, per l'acuzie e la cronicità, e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione	3.4.1 Prevenzione e controllo delle malattie cronico-degenerative a eziologia multifattoriale e a maggior rilevanza: Monitorare con appropriatezza la diagnosi e cura delle malattie respiratorie croniche mediante: - l'analisi della sorveglianza epidemiologica delle malattie croniche a eziologia multifattoriale e di maggior impatto - azioni che favoriscano l'adesione a protocolli diagnostico-terapeutici appropriati - la valutazione di ipotesi di screening per le patologie non oncologiche (6.5.b)
	3.5 Malattie osteoarticolari	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per le malattie osteoarticolari , perseguendo i seguenti obiettivi: - individuare la diffusione di tali patologie tramite indicatori indiretti (SDO, consumo di farmaci antinfiammatori) - predisporre percorsi diagnostici, anche per le forme algiche acute, improntate all'evidenza di efficacia e all'analisi costi-benefici - potenziare la diffusione di programmi di supporto, inerenti l'attività motoria, che assume un ruolo fondamentale in integrazione coi trattamenti farmacologici	3.5.1
	3.6 Patologie orali	Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva	3.6.1
	3.7 Disturbi psichiatrici	Lotta alla depressione Contrasto ai DCA	3.7.1
	3.8 Malattie neurologiche	Migliorare la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per le patologie neurologiche , perseguendo i seguenti obiettivi: - rivedere i percorsi assistenziali cui afferiscono i soggetti - verificare la procedura di concessione dell'invalidità civile	3.8.1
	3.9 Cecità e ipovisione	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per cecità e ipovisione , perseguendo i seguenti obiettivi: - individuare screening di popolazione per l'individuazione precoce di tali patologie, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza, definendone la collocazione nei diversi sistemi organizzativi (a cura del PdF, del MMG, oppure presso le scuole, ecc.) - definire percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della fornitura di protesi, dei controlli di follow-up	3.9.1
	3.10 Ipoacusia e sordità	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per ipoacusia e sordità , perseguendo i seguenti obiettivi: - individuare protocolli diagnostici per le diverse età target, per l'individuazione precoce di tali patologie, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza ; - definire percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della fornitura di protesi, dei controlli di follow-up	3.10.1
	4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia	4.1 Medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico	Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative , attraverso: - l'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dall'incremento delle disabilità, esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte - la protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività - la prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità - la verifica dei modelli assistenziali, con riguardo all'assistenza primaria e specialistica - l'introduzione di elementi favorevoli all'integrazione dell'anziano e disabile nella pianificazione urbanistica ed edilizia (strutture abitative ma anche residenziali collettive)
4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza			4.2.1 Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia: contribuire al miglioramento della rete dei servizi di assistenza ad anziani e disabili mediante l'analisi dei dati epidemiologici e delle prestazioni al fine di fornire un quadro complessivo ai Decisori (6.6)

* Alla fine del titolo di ciascun progetto è indicato tra parentesi il numero identificativo del progetto all'interno del PIANO OPERATIVO (Capitolo 6)