



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

# **Il Piano provinciale della prevenzione 2015-2018**

**giugno 2015**

# Indice

Sintesi introduttiva del Piano provinciale della prevenzione 2015-2018.....	5
Premessa.....	12
Il Piano nazionale della prevenzione.....	13
Gli obiettivi assegnati alle regioni e province autonome.....	16
I sistemi di sorveglianza a sostegno del Piano Provinciale della Prevenzione.....	20
Il contesto epidemiologico trentino.....	22
L'equity audit.....	40
I programmi individuati.....	43
1. Tavolo interdipartimentale di salute in tutte le politiche.....	49
2. Ospedali e Comunità "Amici dei Bambini".....	51
a) Ospedali amici dei bambini.....	53
b) Comunità amici dei bambini.....	55
c) Monitoraggio allattamento.....	57
3. Servizi vaccinali territoriali amici dei bambini.....	58
a) Vaccinazioni senza dolore.....	58
b) Vaccinazioni e profilassi dei bambini migranti.....	59
4. Screening neonatali.....	62
a) Screening audiologico.....	62
b) Screening oftalmologico.....	64
c) Screening funzionalità tiroidea (TSH).....	68
5. Scuola che promuove la salute.....	72
6. Aziende che promuovono la salute.....	76
a) Promozione di stili di vita sani attraverso le nuove tecnologie sul luogo di lavoro.....	77
b) Implementazione dell'utilizzo dei sistemi di sorveglianza INFORMO sui rischi e danni da lavoro.....	79
c) Miglioramento del benessere organizzativo/lavorativo degli operatori del settore dell'assistenza alla persona.....	82
d) Formazione di promotori della salute nelle aziende.....	84
7. Guadagnare salute.....	86
a) Interventi di Educazione alla Salute in ambito scolastico.....	90
b) Comunicare con Web e Web2.0 per Guadagnare Salute.....	92
c) Programma di prevenzione cardiovascolare sul modello degli screening oncologici (CARDIO 50).....	95

d) Realizzazione di programmi di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare.....	96
e) Promozione dell'attività fisica negli anziani.....	98
f) Guide alpine per guadagnare salute.....	100
g) Ristorazione Collettiva a favore di Salute e Ambiente.....	101
h) La promozione della attività fisica in tutte le politiche.....	106
i) Referente di reparto per la promozione della salute e del benessere (RPSB).....	107
j) Formazione per operatori dipendenti e convenzionati (MMG e PLS) sulla promozione dei sani stili di vita.....	109
8. Sicuri a casa, sulla strada e sul lavoro.....	112
a) Prevenzione infortuni domestici.....	113
b) Prevenzione incidenti stradali.....	121
c) Prevenzione infortuni e malattie professionali.....	128
9. Screening oncologici.....	138
a) Estensione degli screening per cancro della mammella, della cervice e del colon-retto.....	139
b) Adesione agli screening per cancro della mammella, della cervice e del colon-retto.....	140
c) Avvio programma di screening con test HPV.....	142
d) Identificazione precoce dei soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella.....	143
10. Gestione delle emergenze.....	153
a) Emergenze veterinarie e di sicurezza alimentare.....	153
b) Emergenze infettive.....	156
11. Ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie.....	158
a) Sorveglianza delle Malattie Infettive prioritarie.....	159
b) Promozione dell'immunizzazione attiva.....	171
c) Promozione dell'uso consapevole degli Antibiotici.....	176
d) Prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.....	183
12. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare.....	184
a) Piani di controllo /monitoraggio integrati e capacità di laboratorio.....	185
b) Corretta gestione del farmaco veterinario per ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza.....	188
d) Collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/ sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario.....	192
e) Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi (OSM).....	194
f) Formazione sul controllo ufficiale.....	195

g) Attuazione dell'Accordo Stato-Regioni/Province autonome relativamente alle attività di audit.....	197
13. Rafforzare le attività di prevenzione in sanità pubblica veterinaria.....	200
a) Piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici.....	201
b) Prevenzione del randagismo.....	203
14. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute umana.....	207
a) Sviluppare modelli e relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti.....	208
b) Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS).....	211
c) Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali e salute (inquinamento atmosferico: polveri fini; inquinamento indoor: radon).....	216
d) Formazione professionale degli operatori della salute e dell'ambiente.....	221
e) Sensibilizzare la popolazione sul rischio derivante dall'utilizzo dei telefoni cellulari e sui rischi legati all'eccessiva esposizione e raggi UV.....	223
f) Il programma REACH.....	223

#### Allegati

Obiettivi, indicatori di esito, standard nazionali, valori provinciali di baseline e valori attesi per il 2018.....	225
Il piano di monitoraggio e valutazione.....	243

## Sintesi introduttiva: il Piano provinciale della prevenzione 2015-2018

Il presente Piano provinciale della prevenzione 2015-2018 risponde ad un duplice mandato, nazionale e provinciale. Da un lato è stato redatto in coerenza con le indicazioni del Piano nazionale della prevenzione, dall'altro è collegato strettamente con la proposta del Piano per la salute del Trentino 2015-2025 di cui rappresenta una prima applicazione operativa.

I diversi Piani condividono lo stesso obiettivo finale che è quello di ridurre del 25% la mortalità precoce ed evitabile entro il 2025. Nel contesto Trentino questo significa ridurre la mortalità evitabile dai circa 700 decessi/anno a circa 525 decessi/anno entro il 2025. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), questo obiettivo è raggiungibile attraverso interventi di promozione di sani stili di vita (riduzione del consumo ad alto rischio di alcol, riduzione del fumo di tabacco, riduzione del consumo di sale, incremento dell'attività fisica), azioni su alcuni fattori di rischio prioritari (ipertensione, diabete, eccesso ponderale) e mediante miglioramenti nell'assistenza sanitaria (counselling, terapie farmacologiche appropriate). Fondamentale, inoltre, risulta la riduzione delle disuguaglianze sociali nella salute.

Il Piano provinciale della prevenzione concorre quindi operativamente al raggiungimento degli obiettivi a lungo termine, formulati nel Piano per la salute, di prolungare la vita vissuta in buona salute, di ridurre progressivamente le morti premature ed evitabili, di aumentare l'equità, il benessere sociale e il potere decisionale del singolo e della comunità per raggiungere il più elevato standard di salute possibile.

Il Piano provinciale della prevenzione 2015-2018 si colloca, inoltre, in continuità con i precedenti piani della prevenzione (2005-2009 e 2010-2013) rappresentandone nel contempo una evoluzione verso una maggiore strutturazione e condivisione delle attività svolte nelle diverse regioni.

A tal fine il Piano nazionale della prevenzione 2015-2018 individua dieci macro-obiettivi e, per ciascuno di essi, una serie di obiettivi centrali da raggiungere in tutte le regioni, ponendo vincoli maggiori rispetto ai piani precedenti, pur lasciando spazio, nella formulazione dei programmi, ad azioni modulate in base alle condizioni locali.

I macro-obiettivi assegnati dal Piano nazionale della prevenzione alle Regioni e Province Autonome sono 10:

- 1) Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
- 2) Prevenire le conseguenze dei disturbi neuro-sensoriali
- 3) Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani
- 4) Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti
- 5) Prevenire gli incidenti stradali
- 6) Prevenire gli incidenti domestici
- 7) Prevenire gli infortuni e le malattie professionali
- 8) Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute
- 9) Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie
- 10) Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli

Per ogni macro-obiettivo sono stati, inoltre, formulati degli obiettivi centrali che sono *vincolanti* per tutte le Regioni e Province Autonome per la definizione dei rispettivi piani regionali/provinciali di prevenzione.

Per affrontare questi obiettivi centrali, tenendo conto del contesto epidemiologico trentino, delle indicazioni, degli obiettivi e dei principi del Piano nazionale di prevenzione e in seguito ad un confronto che ha coinvolto diverse strutture sia sanitarie (in primo luogo il Dipartimento di

Prevenzione), sia extra-sanitarie, sono stati individuati i programmi provinciali che nel loro insieme coprono tutti gli obiettivi centrali assegnati dal Piano nazionale (vedi tabella 3). Questi programmi, coerenti sia nel loro insieme che al loro interno, sono stati elaborati al fine di includere più obiettivi centrali nello stesso programma e sono di seguito elencati:

1. Tavolo interdipartimentale di salute in tutte le politiche
2. Ospedali e Comunità "Amici dei bambini"
3. Servizi vaccinali territoriali amici dei bambini
4. Screening neonatali
5. Scuola che promuove la salute
6. Aziende che promuovono la salute
7. Programma provinciale Guadagnare salute
8. Sicuri a casa, sulla strada e sul lavoro
9. Screening oncologici
10. Gestione delle emergenze
11. Ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie
12. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare
13. Rafforzare le attività di prevenzione in sanità pubblica veterinaria
14. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute umana

I singoli programmi sono ulteriormente articolati in 50 linee di intervento, a loro volta composte da singole azioni ed attività coerenti e concorrenti al raggiungimento dell'obiettivo del programma provinciale e dei rispettivi obiettivi centrali del Piano nazionale.

Per ogni linea di intervento o azione viene specificato il contesto, il rationale, gli obiettivi, le evidenze scientifiche (qualora non si tratti di interventi definiti dal Piano nazionale, che ne ha già documentato l'efficacia), il setting, l'impatto sulle disuguaglianze (dove pertinente) e i partner di settori extrasanitari, laddove presenti.

Sono stati, inoltre, specificati gli indicatori "sentinella", che serviranno per il monitoraggio dell'andamento del Piano da parte del Dipartimento salute e solidarietà sociale della Provincia autonoma di Trento nei confronti degli attori locali (si eseguirà un monitoraggio semestrale delle attività) e, annualmente, da parte del Ministero nei confronti del Dipartimento salute e solidarietà sociale della PAT (come previsto dal Documento nazionale di valutazione) nonché un cronoprogramma di massima delle singole azioni. Per altri aspetti è stata lasciata ampia libertà ai referenti dei diversi programmi e delle singole linee di intervento.

Gli *indicatori di esito*, con valori baseline e atteso provinciale, sono contenuti nei singoli programmi e riassunti in una tabella inserita come allegato al documento (allegato 1). L'insieme dei singoli *indicatori sentinella*, che costituisce il piano di monitoraggio del Piano provinciale e sarà funzionale alla certificazione dell'andamento del Piano nei confronti del Ministero a partire dal 2016, è invece proposto sotto forma di tabella in un secondo allegato (allegato 2).

L'insieme dei programmi copre i diversi setting (servizio sanitario, scuola, lavoro, comunità) e abbraccia l'intero arco della vita. Inoltre, sono stati valutati i possibili effetti sulle disuguaglianze dei programmi e delle singole azioni, alcune delle quali sono finalizzate in maniera più specifica alla riduzione delle disuguaglianze (vedi tabella 1).

Il Piano provinciale della prevenzione ha un carattere fortemente intersettoriale: sono coinvolti numerosi attori extrasanitari (il mondo della scuola, le associazioni, diversi enti ed istituzioni) che sostengono le azioni contenute nei programmi del Piano provinciale della prevenzione e che concorrono alla realizzazione degli obiettivi integrando le attività dei diversi dipartimenti, servizi ed unità operative dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (vedi tabella 2).

Infine, il Piano provinciale della prevenzione dà evidenza dell'uso e del sostegno ai sistemi informativi e di sorveglianza che continua, infatti, a promuovere e a valorizzare.

I programmi provinciali sono coerenti con i principi del Piano nazionale che affermano il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società,

sottolineano l'importanza dell'equità e delle basi scientifiche di efficacia degli interventi proposti e invitano allo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili.

Tabella 1: Programmi per setting, impatto sulle disuguaglianze e fascia di età maggiormente interessata

Programmi		Setting				Stima impatto sulle disuguaglianze	Età
		Sanità	Scuola	Lavoro	Comunità		
<b>Salute in tutte le politiche</b>						positivo	Tutte le età
<b>Ospedali e comunità amici dei bambini</b>						positivo	Età evolutiva
<b>Servizi vaccinali territoriali amici dei bambini</b>						positivo	Età evolutiva
<b>Screening neonatali</b>						neutro	Età evolutiva
<b>Scuola che promuove la salute</b>						positivo	Età evolutiva
<b>Aziende che promuovono la salute</b>						positivo	Età adulta
<b>Programma Guadagnare salute provinciale</b>						positivo	Tutte le età con azioni specifiche sugli anziani
<b>Prevenzione oncologica</b>						positivo	Età adulta
<b>Sicuri a casa, sulla strada, sul lavoro</b>						positivo	Tutte le età con azioni specifiche sugli anziani
<b>Salute-Ambiente</b>						neutro	
<b>Prevenzione e controllo malattie infettive</b>	<b>Sorveglianza malattie infettive</b>					positivo	Tutte le età
	<b>Vaccini</b>					neutro	Tutte le età
	<b>Antibiotici</b>					neutro	Tutte le età
<b>Sicurezza alimentare</b>	<b>Sistemi anagrafici</b>					neutro	
	<b>Piani e controlli</b>					neutro	
	<b>Audit</b>					neutro	
<b>Salute animale</b>	<b>Piani e protocolli</b>					neutro	
	<b>Randagismo</b>					neutro	
<b>Gestione delle emergenze</b>						neutro	Tutte le età

Tabella 2: Partner extrasanitari dei Programmi del Piano provinciale della prevenzione

<b>Programmi</b>	<b>Intersettorialità</b>
<b>Ospedali e Comunità "Amici dei Bambini"</b>	Ministero della Salute, Unicef Italia e Programma "Ospedali e Comunità Amici dei bambini", Associazione consulenti professionali di allattamento, Enti locali, Gruppi di aiuto tra pari, Associazioni, Farmacie
<b>Servizi vaccinali territoriali amici dei bambini</b>	mediatori culturali, associazioni culturali degli stranieri
<b>Scuola che promuove la salute</b>	Dipartimento della conoscenza; Assessorato all'istruzione, Istituzioni scolastiche
<b>Aziende che promuovono la salute</b>	INAIL, Rappresentanze sindacali, UPIPA, Fondazione Bruno Kessler, Fondazione De Marchi-UTEDT
<b>Programma Guadagnare salute provinciale</b>	UISP; Fondazione De Marchi-UTEDT, Associazione dei pazienti, Settore della ristorazione collettiva, Comuni e Comunità di Valle, Guide alpine
<b>Sicuri a casa, sulla strada, sul lavoro</b>	Tavolo interdipartimentale Salute in tutte le politiche; Enti locali; INAIL; Istituzioni scolastiche; Agenzia del Lavoro; Medici competenti; Consulenti per la sicurezza; associazioni di cittadini; ordini professionali; Comuni e Comunità di valle; Associazioni imprenditoriali; Rappresentanze sindacali; Comitato di coordinamento provinciale sicurezza sul lavoro; RLS; Enti bilaterali, ordini, collegi e associazioni di professionisti della sicurezza; INPS; Associazioni sindacali dei lavoratori e dei patronati; Associazioni di lavoratori ex esposti
<b>Salute-Ambiente</b>	APPA; Assessorato all'ambiente; Dipartimento territorio, agricoltura, ambiente e foreste; Comuni e Comunità di valle; associazioni di cittadini; Servizio valutazione impatto ambientale
<b>Sicurezza alimentare</b>	Tavolo interdipartimentale salute in tutte le politiche; APPA; IZS; Assessorato all'agricoltura; Dipartimento territorio, agricoltura, ambiente e foreste
<b>Salute animale</b>	Servizio foreste e fauna; IZS; Associazione cacciatori trentini; Comuni; Ordine dei medici veterinari; Enti e associazioni protezionistiche
<b>Gestione delle emergenze</b>	Dipartimento protezione civile; Forze dell'ordine; APPA

UPIPA: Unione Provinciale Istituzioni per l'assistenza

UISP: Unione Sport per Tutti

RLS: Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza

APPA: Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente

IZS: Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Venezie

UTEDT: Università della terza età e del tempo disponibile



**Tabella 3: Programmi provinciali e copertura degli obiettivi centrali (per la descrizione e decodifica dei codici degli obiettivi centrali vedasi il capitolo "I macro-obiettivi e gli obiettivi centrali assegnati dal PNP alle regioni e province autonome")**

MACRO		OBIETTIVI CENTRALI	PROGRAMMI																				
n.	Descrizione	n.	Salute in tutte le politiche	Ospedale e comunità amici dei bambini	Servizi vaccinali territoriali amici dei bambini	Screening neonatale	Scuola che promuove la salute	Aziende che promuovono la salute	Programma Guadagnare Salute provinciale	Prevenzione oncologica	Sicuri a casa, sulla strada, al lavoro	Salute - Ambiente	Prevenzione e controllo malattie infettive			Sicurezza alimentare			Salute animale		Gestione delle emergenze		
													Sorveglianza malattie infettive	Vaccini	Antibiotici	Sistemi anagrafici	Piani e controlli	Audit	Piani e protocolli	Randagismo			
1	RIDURRE IL CARICO PREVENIBILE ED EVITABILE DI MORBOSITÀ, MORTALITÀ E DISABILITÀ DELLE MCNT	1.1	X																				
		1.2		X																			
		1.3		X			X																
		1.4		X				X	X														
		1.5		X				X	X														
		1.6		X				X	X														
		1.7		X				X	X														
		1.8		X				X	X														
		1.9		X				X	X														
		1.10						X	X														
		1.11								X													
		1.12								X	X												
		1.13								X	X												
		1.14								X	X												
		1.15								X	X												
2	RIDURRE LE CONSEGUENZE DEI DISTURBI NEUROSENSORIALI	2.1		X		X																	
		2.2		X		X																	
3	PROMUOVERE IL BENESSERE MENTALE NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI	3.1		X			X																
		3.2		X			X																
4	PREVENIRE LE DIPENDENZE (SOSTANZE, COMPORTAMENTI)	4.1		X			X																
5	PREVENIRE GLI INCIDENTI STRADALI E RIDURRE LA GRAVI-	5.1		X			X	X			X												
		5.2		X			X																

	<b>TÀ DEI LORO ESITI</b>	<b>5.3</b>		X			x	x	x		x											
6	<b>PREVENIRE GLI INCIDENTI DOMESTICI</b>	<b>6.1</b>		X							x											
		<b>6.2</b>							x													
		<b>6.3</b>										x										
		<b>6.4</b>										x										
		<b>6.5</b>		X																		
7	<b>PREVENIRE GLI INFORTUNI E LE MALATTIE PROFESSIONALI</b>	<b>7.1</b>									x	x										
		<b>7.2</b>										x										
		<b>7.3</b>							x	x												
		<b>7.4</b>							x													
		<b>7.5</b>							x													
		<b>7.6</b>						x														
		<b>7.7</b>											x									
		<b>7.8</b>											x									
8	<b>RIDURRE LE ESPOSIZIONI AMBIENTALI POTENZIALMENTE DANNOSE PER LA SALUTE</b>	<b>8.1</b>								x		x										
		<b>8.2</b>									x		x									
		<b>8.3</b>											x									
		<b>8.4</b>											x									
		<b>8.5</b>											x									
		<b>8.6</b>											x									
		<b>8.7</b>											x									
		<b>8.8</b>											x									
		<b>8.9</b>											x									
		<b>8.10</b>											x									
		<b>8.11</b>											x									
		<b>8.12</b>											x									
9	<b>RIDURRE LA FREQUENZA DI INFEZIONI/MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE</b>	<b>9.1</b>											x									
		<b>9.2</b>												x								
		<b>9.3</b>													x							
		<b>9.4</b>													x							
		<b>9.5</b>													x							
		<b>9.6</b>																	x			
		<b>9.7</b>		X	x															x		
		<b>9.8</b>		X	x																x	



## Premessa

Il presente Piano provinciale della prevenzione 2015-2018 risponde ad un duplice mandato, nazionale e provinciale. Da un lato è stato redatto in coerenza con le indicazioni del Piano nazionale della prevenzione, dall'altro è collegato strettamente con la proposta del Piano per la salute del Trentino 2015-2025 di cui rappresenta una prima applicazione operativa.

I diversi Piani condividono lo stesso obiettivo finale che è quello di ridurre del 25% la mortalità precoce ed evitabile entro il 2025. Nel contesto trentino questo significa ridurre la mortalità evitabile dai circa 700 decessi/anno a circa 525 decessi/anno entro il 2025. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità questo obiettivo è raggiungibile attraverso interventi di promozione di sani stili di vita (riduzione del consumo ad alto rischio di alcol, riduzione del fumo di tabacco, riduzione del consumo di sale, incremento dell'attività fisica), azioni su alcuni fattori di rischio prioritari (ipertensione, diabete, eccesso ponderale) e mediante miglioramenti nell'assistenza sanitaria (counselling, terapie farmacologiche appropriate). Fondamentale, inoltre, risulta la riduzione delle disuguaglianze sociali nella salute.

Il Piano provinciale della prevenzione concorre quindi operativamente al raggiungimento dell'obiettivo a lungo termine, formulato nel Piano per la salute, di prolungare la vita vissuta in buona salute, di ridurre progressivamente le morti premature ed evitabili, di aumentare l'equità, il benessere sociale e il potere decisionale del singolo e della comunità per raggiungere il più elevato standard di salute possibile.

Il Piano provinciale della prevenzione 2015-2018 si colloca, inoltre, in continuità con i precedenti piani della prevenzione (2005-2009 e 2010-2013) rappresentandone nel contempo una evoluzione verso una maggiore strutturazione e condivisione delle attività svolte nelle diverse regioni.

A tal fine il Piano nazionale della prevenzione 2015-2018 individua una serie di macro-obiettivi e, per ciascuno di essi, diversi obiettivi centrali da raggiungere in tutte le regioni, ponendo vincoli maggiori rispetto ai piani precedenti, pur lasciando spazio nella formulazione dei programmi, ad azioni modulate in base alle condizioni locali.

## **Il Piano nazionale della prevenzione**

Dal confronto e dall'analisi critica, che ha accompagnato tutto il percorso e l'esperienza dei Piani precedenti enucleandone punti di forza e criticità, sono emersi gli elementi portanti che hanno significativamente contribuito a definire il nuovo impianto del PNP. Per mantenere quella che si è rivelata essere la "buona pratica" della pianificazione, il Piano, a livello centrale, regionale e locale, si connota per l'adozione di percorsi metodologicamente condivisi, al fine di favorire la qualità della programmazione, la comparabilità dei prodotti e dei risultati e la crescita di cultura ed expertise di tutti i livelli di responsabilità coinvolti nella messa a punto e nell'attuazione dei Piani.

Un ulteriore elemento di evoluzione, scaturito dalle precedenti esperienze, è la scelta di fissare obiettivi comuni a Stato e Regioni e lasciare alla programmazione inserita nei vari contesti regionali la definizione delle popolazioni target e la gestione delle azioni funzionali al raggiungimento di tali obiettivi. In sostanza si prospetta un'ottica di Piano nazionale "alto" rispetto al quale venga fin dall'inizio previsto un momento di "ri-modulazione sul territorio" delle azioni intraprese per una loro maggiore efficacia nel raggiungere obiettivi comuni. Il risultato che si auspica è migliorativo non solo in termini di coerenza nella relazione tra determinanti/strategie/obiettivi/interventi/risultati, ma anche in termini di integrazione e trasversalità degli interventi programmati dalle Regioni rispetto ai vari gruppi di popolazione, condizioni queste che favoriscono l'efficacia degli interventi stessi.

Un punto indiscutibile rispetto al percorso fino a oggi portato avanti è il ruolo della valutazione, che rappresenta ancora una componente irrinunciabile del Piano, con la duplice funzione di misurazione dell'impatto che il Piano produce (sia nei processi, sia negli esiti di salute, sia nel sistema, a livello centrale, regionale e locale) e di verifica dell'adempimento LEA (certificazione). Il Piano deve pertanto essere corredato di un adeguato piano di valutazione, ancorato agli obiettivi che si intendono perseguire a tutti i livelli, e basato su un approccio condiviso che conduca non solo alla messa a punto di metodi e/o procedure di monitoraggio e valutazione (quantitativi e qualitativi) comuni e rigorosi, ma anche alla creazione delle condizioni necessarie all'utilizzo dei risultati della valutazione per il miglioramento dell'efficacia e della sostenibilità degli interventi e dei processi in atto e per la produzione dei cambiamenti attesi. Strumentale alla valutazione è, inoltre, l'uso dei sistemi informativi e di sorveglianza, che il Piano promuove e valorizza per il necessario e corretto espletamento di tutte le funzioni (di conoscenza, azione, governance, empowerment) che da tale uso derivano.

### **Vision**

Questo Piano intende rispondere a una vision i cui elementi sono:

- affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare in particolare alla luce delle dinamiche demografiche in atto;
- adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze;
- esprimere la visione culturale nei valori, obiettivi e metodi della sanità pubblica (maturata anche attraverso le esperienze dei due precedenti PNP), di una "prevenzione, promozione e tutela della salute" che pone le popolazioni e gli individui al centro degli interventi con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile;
- basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementarli in modo equo e finalizzarli anche alla riduzione delle disuguaglianze;
- accettare e gestire la sfida della costo-efficacia degli interventi, dell'innovazione, della governance;
- perseguire per i professionisti, la popolazione e gli individui lo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili.

## Principi

- Il Piano 2015-2018 intende essere un "Piano" per una promozione della salute e una prevenzione attuata attraverso azioni che si dipanano in un quadro strategico di quadriennio, prevedendo la possibilità, per le Regioni, di programmazione operativa frazionata (es. in due periodi temporali) e, per il livello centrale e regionale, di periodica valutazione dello stato di realizzazione degli interventi.
- Il Piano fissa obiettivi comuni prioritari supportati da strategie e azioni evidence based, in grado nel medio-lungo termine di produrre un impatto sia di salute sia di sistema e quindi di essere realizzati attraverso interventi sostenibili e "ordinari"; l'applicabilità di tale impostazione è favorita (per es. nella individuazione delle azioni) dal coinvolgimento della rete dell'Evidence Based Prevention, implementata sulla base di quanto già previsto dalle Azioni centrali prioritarie di cui al DM 4 agosto 2011.
- Il Piano definisce un numero limitato di (macro) obiettivi di salute misurabili e intende valutare i risultati raggiunti attraverso indicatori di outcome oppure di early-outcome o di output dei processi sanitari per i quali sia dimostrabile una relazione tra output e outcome.
- Il Piano recepisce gli obiettivi sottoscritti a livello internazionale e incorpora gli obiettivi già decisi all'interno di Piani nazionali di settore per quanto attiene alla promozione, prevenzione e tutela della salute, nonché gli adempimenti previsti dal quadro normativo. Nel fare ciò, da un lato intende promuovere l'armonizzazione degli obiettivi formalizzati in tali atti garantendo un approccio complessivo di sanità pubblica, dall'altro tiene conto dei contesti regionali e locali ai fini della declinazione e attuazione dei macro obiettivi.
- Il Piano garantisce la trasversalità degli interventi: essa deve essere fortemente perseguita anche in termini di integrazione (formale e operativa), tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative; pertanto, nel definire le strategie e le azioni tiene in considerazione sia la funzione del SSN di diretta erogazione degli interventi, sia il ruolo di steward del SSN nei confronti degli altri attori e stakeholder.
- Il Piano riconosce l'importanza fondamentale della genesi e fruizione della conoscenza e pertanto riconosce la messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

## Priorità di intervento e Criteri per la definizione dei Macro obiettivi

I Macro obiettivi di questo Piano sono stati individuati in base alle priorità di seguito elencate.

- Ridurre il carico di malattia. Come è evidente anche dai motivi delle scelte in tale senso fatte a livello dell'OMS, si tratta di sollevare il nostro sistema paese da un carico prevenibile di eventi morbosi e mortali, rafforzando il contributo da parte del servizio sanitario al sistema di welfare e rendendo questo più sostenibile, anche in relazione agli andamenti demografici tipici del nostro Paese. Ciò è particolarmente proprio dell'obiettivo di riduzione della mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili, ma sono valorizzabili in tal senso anche gli obiettivi relativi alla riduzione degli incidenti e delle malattie professionali nonché la promozione dell'invecchiamento attivo (compresa la prevenzione delle demenze).
- Investire sul benessere dei giovani. È una scelta dal forte contenuto formativo e di empowerment che intende, in un approccio il più possibile olistico, per quella che sarà la classe attiva (lavorativa e dirigente) nella società del prossimo futuro, promuovere una crescita responsabile e consapevole attraverso l'adozione di stili di vita sani e di comportamenti di rifiuto nei confronti di qualunque forma di dipendenza in una logica di ricerca di un benessere psicofisico e affettivo.
- Rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive. Si tratta di investire in un patrimonio culturale di grande rilevanza sociale e che nel corso degli anni, anche in relazione agli atti di pianificazione nazionale e ai conseguenti sforzi attuati dalle istituzioni e dai professionisti del sistema sanitario, ha portato il nostro Paese a considerare come bene comune la pratica di interventi preventivi quali quelli a salvaguardia della salute dei

lavoratori, quelli relativi alla prevenzione oncologica e quelli destinati ad incrementare la copertura vaccinale.

- Rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili. Questa scelta si implementa sia come lotta alle diseguaglianze sia come messa a sistema di interventi (a volte già offerti in modo diseguale) per la prevenzione di disabilità.
- Considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente. Si tratta di promuovere un rapporto salubre fra salute e ambiente contribuendo alla riduzione delle malattie (in particolare croniche non trasmissibili), ma anche sviluppando tutte le potenzialità di approccio inter-istituzionale del servizio sanitario.

Nella definizione dei macro obiettivi si è tenuto conto anche di criteri di valore strategico.

- Rilevanza. Si tratta di una rilevanza valutata innanzitutto come carico di malattia per l'intera popolazione italiana, ma anche di una rilevanza in termini di sviluppo per gruppi sociali particolarmente a rischio di fragilità o di disuguaglianza, nonché di una rilevanza etica e di coesione sociale.
- Coerenza. Il criterio preponderante in tal senso è quello richiamato nel principio di applicazione di impegni internazionali e/o nazionali e cioè di coerenza con le policy adottate. Inoltre, non si è perseguita la ricerca, forse pedissequa, della coerenza tra i macro obiettivi quanto, piuttosto, di un approccio metodologicamente coerente, applicando per ognuno dei macro-obiettivi la medesima struttura logica.
- Governance. Si tratta della governance complessiva del sistema sanitario nazionale che tiene anche conto di tutti gli attori e stakeholder ed esprime il modo con il quale sono sintetizzate, in un approccio complessivo, quelle che sono riconosciute come le esigenze del Paese e della sua popolazione (nelle sue varie articolazioni), alla luce degli impegni assunti presso gli organismi internazionali cui il Paese partecipa. Questo Piano, in quanto strumento a valenza strategica, adotta la visione di sanità pubblica funzionale alla necessaria armonizzazione dei numerosi interventi di settore come strumento di governance.
- Stewardship. L'applicazione di tale ruolo comporta la promozione del miglioramento del sistema nel suo complesso, in particolare dell'efficienza e dell'efficacia della azione di governo del sistema sanitario.
- Sviluppo. Opportunità di una prospettiva di sviluppo della prevenzione nel suo complesso, in particolare in quelle aree "di salute e/o organizzative" per le quali si riconosce la necessità di un salto di qualità, come per esempio per quanto attiene all'utilizzo delle evidenze scientifiche e alla misurazione dell'impatto degli interventi.

Quindi, fanno parte di questo approccio strategico:

- una sistematica attenzione alla intersettorialità, ai vari livelli di sistema: di governo centrale e di coesione nazionale; di programmazione regionale e di governo locale; di erogazione dei servizi a livello territoriale;
- una sistematica attenzione al miglioramento della qualità sia dei servizi sia della governance;
- una sistematica promozione, sviluppo e utilizzo di valutazioni quantitative (e quindi dei flussi informativi a ciò finalizzati).

# I macro-obiettivi e gli obiettivi centrali assegnati dal PNP alle regioni e province autonome

In applicazione della vision, dei principi generali, delle priorità e dei valori di carattere strategico descritti nel paragrafo precedente sono stati individuati i seguenti **macro-obiettivi** del Piano Nazionale Prevenzione:

- Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
- Prevenire le conseguenze dei disturbi neuro-sensoriali
- Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani
- Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti
- Prevenire gli incidenti stradali
- Prevenire gli incidenti domestici
- Prevenire gli infortuni e le malattie professionali
- Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute
- Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie
- Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli

Per ogni macro-obiettivo sono stati inoltre formulati gli **obiettivi centrali** vincolanti per la definizione del Piano provinciale di prevenzione:

## Macro-obiettivo 1

- 1.1. Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale
- 1.2. Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)
- 1.3. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta
- 1.4. Ridurre il numero dei fumatori
- 1.5. Estendere la tutela dal fumo passivo
- 1.6. Ridurre il consumo di alcol a rischio
- 1.7. Aumentare il consumo di frutta e verdura
- 1.8. Ridurre il consumo eccessivo di sale
- 1.9. Aumentare l'attività fisica delle persone
- 1.10. Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT
- 1.11. Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche
- 1.12. Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)
- 1.13. Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico
- 1.14. Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA
- 1.15. Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella

## Macro-obiettivo 2

- 2.1. Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita
- 2.2. Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita



### **Macro-obiettivo 3**

- 2.3. Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali
- 2.4. Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale

### **Macro-obiettivo 4**

- 4.1. Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui

### **Macro-obiettivo 5**

- 5.1. Ridurre il numero di decessi per incidente stradale
- 5.2. Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale
- 5.3. Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida

### **Macro-obiettivo 6**

- 6.1. Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero
- 6.2. Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni
- 6.3. Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver
- 6.4. Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS
- 6.5. Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico

### **Macro-obiettivo 7**

- 7.1. Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni
- 7.2. Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP
- 7.3. Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità
- 7.4. Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale
- 7.5. Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo
- 7.6. Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori
- 7.7. Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni
- 7.8. Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit

### **Macro-obiettivo 8**

- 8.1. Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"
- 8.2. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso:
  - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione
  - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica
- 8.3. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali
- 8.4. Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti

- 8.5. Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio
- 8.6. Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico
- 8.7. Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi
- 8.8. Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche
- 8.9. Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione
- 8.10. Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon
- 8.11. Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare
- 8.12. Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV

### **Macro-obiettivo 9**

- 9.1. Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie
- 9.2. Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce
- 9.3. Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile
- 9.4. Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)
- 9.5. Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)
- 9.6. Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)
- 9.7. Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)
- 9.8. Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione
- 9.9. Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC)
- 9.10. Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)
- 9.11. Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale
- 9.12. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici
- 9.13. Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

### **Macro-obiettivo 10**

- 10.1. Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura
- 10.2. Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco
- 10.3. Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario
- 10.4. Completare i sistemi anagrafici

- 10.5. Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari
- 10.6. Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali
- 10.7. Assicurare un'adeguata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici
- 10.8. Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi
- 10.9. Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache
- 10.10. Ridurre i disordini da carenza iodica
- 10.11. Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale
- 10.12 Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6 del Regolamento CE 882/2004

# **I sistemi di sorveglianza a sostegno del Piano Provinciale della Prevenzione**

Essendo essenziali al monitoraggio, valutazione e pianificazione dei programmi del Piano, i seguenti sistemi di monitoraggio e sorveglianza sono inclusi come azioni centrali e, di conseguenza, la loro funzionalità deve essere garantita su tutto il territorio provinciale.

## **Sorveglianza e prevenzione delle malattie trasmissibili**

La sorveglianza e la prevenzione delle malattie infettive è subordinata alla conoscenza del numero di casi di malattia infettiva che insorgono nel territorio di competenza. La segnalazione dei casi da parte dei medici curanti consente alla sanità pubblica di seguire l'andamento nel tempo e nello spazio della malattia, di effettuare l'inchiesta epidemiologica per definire le azioni da intraprendere per il controllo della sua diffusione e le eventuali azioni di profilassi postesposizione.

Il sistema di sorveglianza deve garantire a tutti i soggetti coinvolti a livello locale, provinciale e nazionale un tempestivo accesso alle informazioni necessarie alle azioni che contrastano la diffusione delle malattie infettive.

La provincia di Trento ha aderito, nel 1993, al sistema di notifica delle malattie infettive SIMI predisposto dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Ministero della Salute per poi passare, nel 2013, alla piattaforma PREMAL realizzata dal Ministero della Salute nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) che consente la visualizzazione in tempo reale dei dati relativi a tutte le malattie e ai focolai epidemici.

La provincia di Trento, attraverso il Dipartimento di Prevenzione, alimenta i sistemi di sorveglianza speciale delle malattie infettive coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità tra cui i sistemi di sorveglianza speciale del morbillo e della rosolia congenita, delle malattie batteriche invasive, delle epatiti virali (SEIEVA), delle paralisi flaccide, dell'influenza e dei casi complicati di influenza.

## **Anagrafe vaccinale**

La provincia di Trento dispone di un'anagrafe vaccinale informatizzata unica che facilita lo svolgimento di tutte le attività legate al processo vaccinale tra cui la registrazione dei dati anagrafici e vaccinali, la generazione degli inviti e dei solleciti per chi non si presenta, l'identificazione dei casi di mancata vaccinazione. Consente, inoltre, la registrazione dei motivi di mancata vaccinazione, il calcolo delle coperture vaccinali per coorte di nascita, per dose, per età di vaccinazione e per periodo di vaccinazione.

## **Sistemi di sorveglianza di popolazione**

**Okkio alla salute** è un sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità nei bambini che frequentano il terzo anno della scuola primaria a cui partecipano tutte le regioni e province autonome. È nato nell'ambito del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso e finanziato dal Ministero della Salute, ed è coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca: nel 2014 è stata condotta la quarta raccolta dati che ha permesso di analizzare l'evoluzione nel tempo delle abitudini alimentari e dei livelli di attività fisica svolta dai bambini e delle iniziative scolastiche tendenti a favorire la sana alimentazione e l'esercizio fisico con l'obiettivo di orientare la realizzazione di interventi efficaci e utili per il miglioramento della salute dei bambini.

**HBSC** è uno studio internazionale sugli stili di vita dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni svolto ogni 4 anni in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa. In provincia di Trento è stato condotto per la prima volta nel 2010 e ripetuto nel 2014: ha l'obiettivo di studiare i fattori che influenzano la salute e i comportamenti ad essa

collegati negli adolescenti esplorando sia il contesto relazionale all'interno della famiglia e del gruppo dei pari sia la condizione socioeconomica nella quale crescono per orientare le azioni di promozione della salute e le politiche rivolte ai giovani.

**PASSI** è un sistema di sorveglianza a cui collaborano tutte le regioni e province autonome con l'obiettivo di monitorare lo stato di salute della popolazione adulta attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento nazionali orientati a modificare e i comportamenti a rischio. La raccolta dei dati è attiva dal 2007; è svolta dal Dipartimento di Prevenzione attraverso interviste telefoniche a un campione della popolazione adulta di età 18-69 anni, utilizzando un questionario standardizzato e validato; dal 2007 ad oggi (maggio 2015) state intervistate 5.855 persone. **Per rispondere all'obiettivo centrale 6.3 è previsto l'inserimento del modulo aggiuntivo sugli incidenti domestici nel sistema PASSI trentino.**

**PASSI d'Argento** è un sistema di sorveglianza che fornisce informazioni sulle condizioni di salute, abitudini e stili di vita della popolazione anziana (di età >65 anni). La provincia di Trento, come quasi tutte le regioni italiane, ha aderito alla sorveglianza avviata nel 2012 e condotta tramite interviste telefoniche o faccia a faccia. Si avvale di informazioni utili ai responsabili e agli operatori del sistema sociosanitario per la valutazione delle attività di prevenzione da intraprendere a sostegno degli anziani all'interno del proprio contesto familiare e della comunità.

### **Sistema di sorveglianza degli alimenti e dell'acqua potabile**

La provincia di Trento, attraverso il Dipartimento di Prevenzione, dispone di un sistema informativo di sanità pubblica in cui sono stati sviluppati diversi moduli tra i quali il registro delle imprese alimentari e il registro delle reti acquedottistiche.

Il **Registro delle imprese alimentari**, avviato nel 2007, è stato elaborato secondo quanto previsto dal Reg. CE/852/2004 e contiene, oltre all'anagrafe delle imprese alimentari, tutte le informazioni raccolte durante le attività di controllo ufficiale degli alimenti svolte sul territorio dalle Unità Operative coinvolte (UU.OO. di Igiene e sanità pubblica e di Igiene e sanità pubblica veterinaria), compresi i campionamenti di matrici alimentari e ambientali e gli esiti di laboratorio. Lo stesso sistema informativo consente di rispettare i debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute, e di gestire le non conformità rilevate durante l'attività di controllo ufficiale e l'eventuale attuazione delle misure correttive attivate dall'OSA, tramite uno scadenziario elettronico.

Nel **Registro delle reti acquedottistiche** sono contenuti i dati relativi ai controlli ufficiali effettuati dal Dipartimento di Prevenzione e quelli derivati dai controlli effettuati dai gestori degli acquedotti, comprese le non conformità riscontrate. Ne deriva un sistema di stretta collaborazione tra autorità sanitaria preposta ai controlli e alla sorveglianza e operatori del settore dei servizi idrici che favorisce l'integrazione delle conoscenze e garantisce un approvvigionamento sicuro di acqua ottimizzando e razionalizzando tutte le risorse disponibili.

## Il contesto epidemiologico trentino

Al fine di garantire la coerenza della scelta degli interventi inseriti nel Piano provinciale della prevenzione è stato analizzato il contesto epidemiologico trentino in relazione alla situazione demografica, ai determinanti ambientali e socio-economici, alle principali problematiche di salute in termini di mortalità e mortalità evitabile, agli stili di vita (fumo, alcol, sedentarietà, eccesso ponderale e alimentazione), alle malattie infettive e alle vaccinazioni.

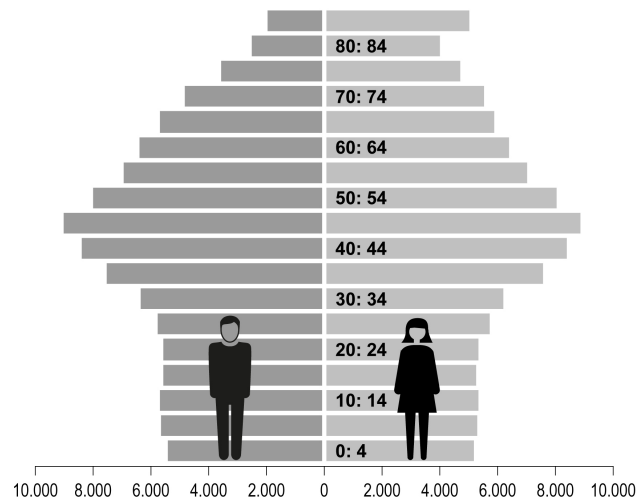
### La situazione demografica: allungamento della vita e presenza straniera

Al primo gennaio 2014 la popolazione residente in Trentino ammonta a 536.237 persone. I nati vivi residenti sono 5.113 e il conseguente tasso di natalità, pari a 9,6‰ abitanti, è tra i più alti in Italia (media nazionale: 8,4‰). Il numero dei morti residenti è di 4.842 persone a cui corrisponde un tasso di mortalità pari a 9,1‰ abitanti, al di sotto della media nazionale che è pari a 9,8‰.

La struttura per età della popolazione evidenzia un processo di invecchiamento in fase piuttosto avanzata [figura 1]. Le persone con meno di 15 anni rappresentano il 15% della popolazione totale, mentre quelle con più di 64 e di 74 anni sono rispettivamente il 20% e il 10%.

L'invecchiamento della popolazione, però, è solo in parte dovuto allo scarso peso relativo della popolazione giovane, in larga parte è attribuibile all'allungamento della vita media determinato da un maggior benessere, da maggiori possibilità di cure mediche, di assistenza pubblica e dalla riduzione delle cause di morte precoce.

Figura 1. Struttura della popolazione trentina per genere e classi d'età, Istat 2014



Il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere (speranza di vita alla nascita) è aumentato negli ultimi 30 anni di circa 11 anni per gli uomini (dai 70 anni del 1982 agli 81 del 2013) e di circa 8 per le donne (dai 78 anni del 1982 agli 86 del 2013).

È particolarmente interessante notare che questo allungamento della vita si è concretizzato in uno stato di buona qualità della vita stessa. La speranza di vita in buona salute<sup>1</sup>, che combina la componente di sopravvivenza alla percezione di buona salute da parte delle persone, indica che nella prima decade degli anni 2000, a fronte di un guadagno di vita di tre anni per gli uomini e di due per le donne, l'aumento degli anni vissuti in buona salute è stato di 13 anni per gli uomini e 15 per le donne. In questo modo gli uomini hanno ridotto il proprio periodo di vita trascorso in cattiva salute dal 32 al 18%, le donne dal 41 al 25%.

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione si può mitigare con meccanismi di contrasto dal basso, ad esempio, con politiche a favore delle nascite e a sostegno della stabilizzazione di

<sup>1</sup>Speranza di vita in buona salute all'età x: numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all'età x in condizioni di buona salute. Si considerano in buona salute le persone che in occasione dell'indagine Istat *Condizioni di salute della popolazione e ricorso ai servizi sanitari* hanno dichiarato di sentirsi "bene" o "molto bene".

famiglie di immigrati. La popolazione straniera residente sul territorio provinciale (50.833 persone pari al 9,5% della popolazione totale) è, infatti, notevolmente più giovane di quella italiana: un quinto della popolazione straniera ha meno di 15 anni e solo il 3% ne ha 65 e più. Ne consegue che, a differenza di quanto succede per gli italiani che per ogni 100 giovani ci sono 152 anziani (indice di vecchiaia), per gli stranieri il rapporto giovani-anziani è di 100 a 16. L'effetto di ringiovanimento della società legato all'immigrazione è spiegato, oltre dalla giovane struttura per età di questa parte della popolazione, anche da un tasso di fecondità delle donne straniere doppio rispetto a quello delle italiane (in media 2 figli per donna per le straniere vs. 1 figlio per le italiane).

## **I determinanti ambientali e socio-economici: situazioni di eccellenza ed alcune disparità**

### **L'ambiente**

Il benessere di una società è strettamente collegato al contesto territoriale e ambientale in cui le persone vivono, alla stabilità e alla consistenza delle risorse disponibili. Per garantire e incrementare il benessere attuale e futuro delle persone è essenziale ricercare l'appagamento dei bisogni umani promuovendo criteri di sviluppo sostenibile, cioè soddisfacendo i bisogni del presente senza compromettere le capacità delle future generazioni di soddisfare i propri. Questo principio implica un impegno da parte di istituzioni e cittadini al fine di raggiungere maggiore equità sociale e intergenerazionale, utilizzando responsabilmente le risorse naturali e impostando politiche e interventi che tengano conto dell'interdipendenza dei diversi settori: sociale, ambientale, economico e sanitario.

Indicatori ambientali	Trentino		Italia	
Spesa per la tutela dell'ambiente (euro pro-capite) (2012)	315	↓	64	↓
Rifiuti urbani raccolti (2013)				
Kg pro-capite	478	↓	491	↓
% smaltiti in discarica	29	↓	37	↓
kg pro-capite smaltiti in discarica	136	↓	181	↓
Raccolta differenziata (2013)				
Kg pro-capite	329	↑	208	↑
% sui rifiuti totali	69	↑	42	↑
Fitosanitari per uso agricolo (kg per ettaro di superficie agricola utilizzata) (2013)	9,7	→	4,3	↓
Fertilizzanti per uso agricolo (kg per ettaro di superficie agricola utilizzata) (2013)	8	→	94	↓
Emissione gas serra (tonnellate CO2 equivalenti pro-capite) (2012)	5,5°	↓	7,7*	↓

Fonte: Istat, \*Ispra, °Istat 2010 dato Trentino Alto Adige

La situazione trentina descritta dai principali indicatori ambientali è buona: la spesa media pro capite investita nella tutela dell'ambiente è tra le più elevate in Italia; il trend dei rifiuti prodotti è in costante diminuzione, sia per la quota totale, sia per la parte smaltita in discarica (pari al 29% nel 2013), mentre la quota di rifiuti gestiti con la raccolta separata è in costante aumento (69% nel 2013); la percentuale di consumi finali di energia coperto da fonti rinnovabili (30%) è tripla rispetto alla media italiana; la qualità dell'aria è buona.

Permangono, tuttavia, ancora aspetti problematici e, in particolare, il costante aumento negli ultimi 20 anni delle emissioni di gas serra (con un'inversione di tendenza a partire dal 2008, però non ancora sufficiente a fare rientrare il Trentino nei parametri del Protocollo di Kyoto) e l'eccessivo ricorso ai pesticidi: i circa 10 Kg di principio attivo per ettaro di superficie agricola utilizzata rendono il Trentino il territorio che ne fa maggiormente uso in Italia.

Anche a livello individuale il contesto ambientale è in generale percepito come buono, anche se un quinto dei trentini (21%) ritiene che nel posto in cui abita siano presenti aspetti ambientali preoccupanti per la salute. Sebbene questa prevalenza sia tra le più basse a livello italiano, rappresenta comunque una fetta importante della popolazione. Gli aspetti di maggiore preoccupazione sono: l'inquinamento dell'aria a causa del traffico (per il 33% delle persone), la presenza di pesticidi/fitofarmaci (25%), la pericolosità del traffico (16%), il rumore (15%), la presenza di campi elettromagnetici (13%) e di industrie insalubri o troppo concentrate (9%).

### **La situazione economica e il lavoro**

Secondo gli ultimi dati Istat (2012) il reddito mediano familiare in Trentino è pari a 27.642 euro (24.215 in Italia).

Nel 2013, il 5% delle famiglie trentine è in condizioni di povertà relativa<sup>2</sup>. Il dato conferma la situazione degli anni precedenti e i risultati dei sistemi di monitoraggio PASSI e Passi d'Argento secondo i quali il 6% degli adulti trentini ha molte difficoltà economiche, il 29% ha qualche difficoltà e il 65% non ha difficoltà economiche. La situazione economica dei trentini presenta delle disomogeneità legate all'età. Sono le persone tra i 65 e i 74 anni ad avere meno difficoltà economiche: il 77% non denuncia difficoltà e solamente il 4% presenta molte difficoltà. Per contro la prevalenza di persone prive di difficoltà economiche scende al 63% tra i più giovani (18-34enni), a causa delle difficoltà di questa fetta di popolazione di accedere al mondo del lavoro.

Per la maggior parte delle persone anziane la principale risorsa economica è rappresentata dalla pensione. Secondo gli ultimi dati INPS disponibili (anno 2011), i 99.000 pensionati di età superiore ai 64 anni e residenti in provincia di Trento percepiscono in media 16.800 euro all'anno, tenuto conto che, in alcuni casi, uno stesso pensionato può contare anche su più di un assegno mensile. Le donne rappresentano il 57% dei pensionati in virtù di una maggior longevità, ma hanno coefficienti di pensionamento<sup>3</sup> più bassi di quelli degli uomini: 93% vs. 99% per gli uomini.

La disuguaglianza di genere è presente anche dall'entità dell'assegno percepito: sebbene le donne rappresentino la quota maggioritaria sul totale dei pensionati (57%), esse percepiscono il 46% dei redditi pensionistici: l'importo medio per gli uomini supera i 20.000 euro all'anno, per le donne non raggiunge i 14.000 euro, con una differenza, dunque, di oltre 7.000 euro annui, quasi 600 euro al mese.

Pur con queste disparità, il Trentino è comunque una realtà in cui il grado di disuguaglianza dei redditi è contenuto e può, a diritto, essere collocato in una *posizione di equità* tra le migliori a livello nazionale e simile a quelle dei Paesi del nord Europa (l'indice di Gini sui redditi netti familiari nell'ultimo decennio oscilla tra lo 0,25 e lo 0,29).

La *Strategia Europa 2020* per la promozione di una crescita intelligente, sostenibile e solidale fissa l'obiettivo generale del raggiungimento entro il 2020 di un tasso di occupazione del 75% per la popolazione tra i 20 e i 64 anni. Raccomanda che tale obiettivo debba essere perseguito

---

<sup>2</sup> Una famiglia è definita povera in termini relativi se la sua spesa per consumi è pari o al di sotto della linea di povertà relativa, che viene calcolata sui dati dell'indagine sui consumi delle famiglie. Nel 2013, ad esempio, per una famiglia di due componenti è risultata pari a 973 euro mensili.

<sup>3</sup> Il coefficiente di pensionamento è dato dal rapporto tra il numero di pensionati di una determinata età e la popolazione residente della stessa età.



anche attraverso una maggiore partecipazione delle donne e dei lavoratori più anziani.

Il tasso di occupazione della provincia di Trento, attorno al 70%, si avvicina all'obiettivo europeo ed è tra i più elevati in Italia. La relativa bontà del dato medio però, sintetizza un forte disequilibrio di genere che, sebbene tenda a ridursi per una contrazione dell'occupazione maschile e un incremento di quella femminile, nel 2013 rimane ancora di 17 punti percentuali. Le differenze di genere sono ancora più evidenti se si considera che il 39% delle donne occupate lo è a tempo parziale (involontariamente in circa un caso su tre) a fronte del 6% degli uomini.

Il tasso di occupazione della popolazione nella fascia 55-64 anni si attesta, nel 2013, al 48%, in crescita nell'ultimo decennio in entrambi i generi.

I giovani rappresentano da sempre una delle categorie più vulnerabili e la loro condizione nel mercato del lavoro diviene sempre più preoccupante. Anche in Trentino, come nel resto d'Italia, continua a peggiorare e nel 2013 il tasso di disoccupazione giovanile raggiunge il livello più elevato degli ultimi 15 anni, pari al 24% (a fronte del 6,6% dell'intera popolazione). Anche in questo caso le giovani donne sono svantaggiate rispetto ai coetanei uomini.

### L'istruzione

L'istruzione, la formazione e il livello di competenze aprono opportunità altrimenti precluse. Sono ambiti di particolare importanza, sia per il pieno e consapevole esercizio dei diritti di cittadinanza, sia per la valorizzazione del capitale umano. Generalmente chi è più istruito ha un tenore di vita più alto, ha maggiori opportunità di trovare lavoro qualificato e vive di più e meglio.

Indicatori di monitoraggio di istruzione e formazione	Trentino		Italia	
Spesa pubblica (% sul PIL) (2011)	4,7	→	3,7	→
25-64enni con titolo di studio ≤ scuola secondaria di secondo grado (2013)	33%	↓	42%	↓
30-34enni con titolo di studio universitario (2013)	23%	↓	22%	→
18-24enni che abbandonano gli studi (2013)	11%	→	17%	↓
15-29enni che non lavorano e non studiano (2013)	15%	↑	26%	↑
25-64enni che partecipano alla formazione permanente (2013)	9%	→	6%	→
Livello di competenza degli studenti 15enni (2012)				
incompetenti in lettura	12%	↓	20%	→
incompetenti in matematica	10%	↓	25%	→
incompetenti in scienze	8%	↓	19%	→

Fonte: Istat

La provincia di Trento si colloca sistematicamente ai primi posti della classifica italiana degli indicatori di monitoraggio dell'istruzione e formazione e tendenzialmente mostra valori in linea con la situazione media dell'Unione europea, sebbene rimanga ancora lontana dai livelli di eccellenza registrati in alcuni paesi.

In particolare occorrerebbe:

- incrementare la spesa pubblica per migliorare le strutture e incentivare insegnanti e studenti a partecipare ai percorsi formativi;
- puntare sull'istruzione universitaria: la percentuale 30-34enni trentini con titolo di studio universitario è ben al di sotto della media dell'Unione Europea (41%); raggiungendo questo valore si centrerebbe anche l'obiettivo fissato dalla strategia *Europa 2020* (pari al 40%);
- ridurre l'abbandono scolastico, anche perché il livello di competenza fornito dalle scuole trentine è di eccellenza, non solo in ambito nazionale, ma anche europeo.

## **Il capitale sociale e le risorse della comunità**

Il capitale sociale e il benessere di una comunità sono strettamente connessi. Esiste una correlazione tra la dotazione di capitale sociale di una comunità e il livello di sviluppo economico, di capitale umano, di salute e di criminalità.

La provincia di Trento si mantiene su livelli di capitale sociale alti o medio-alti, sia in termini di relazioni che di partecipazione civica e di comportamenti cooperativi. In provincia sono attive 5.371 istituzioni no profit, ossia 102 ogni 10.000 abitanti, contro una media nazionale di 51. Particolarmente spiccata è nei trentini la partecipazione al volontariato (23% vs. 10% in media in Italia) come anche il sostegno economico alle diverse associazioni (30% vs. 15% in Italia)

Anche i legami familiari e amicali sono solidi, tanto che le persone che sono *molto soddisfatte* delle proprie relazioni sono più numerose in Trentino che nelle altre regioni: il 32% dei trentini è molto soddisfatto dei legami con gli amici (24% in Italia) e il 44% di quelli con i parenti (34% in Italia). Forse proprio grazie alla qualità delle proprie relazioni, i trentini rientrano tra le persone che, in Italia, hanno maggior fiducia nel prossimo: il 33% dei trentini, infatti, ritiene che gran parte della gente sia degna di fiducia (23% in Italia) e per contro la percezione del rischio di criminalità è tra le più basse d'Italia (19% vs. 30% in Italia).

La cultura rappresenta un elemento fondamentale per il benessere individuale, l'integrazione delle persone nella vita sociale e per la qualità della vita in generale. L'analisi dei dati Istat relativi ai consumi e alla partecipazione culturale conferma una posizione di primato del Trentino nel panorama nazionale. Da sottolineare la propensione e la diffusione della lettura di libri che interessa il 52% dei trentini (47% in media in Italia). Ancora più significativa è la lettura di quotidiani: il 63% dei trentini legge un quotidiano almeno una volta alla settimana (in Italia il 47%) e ben il 45% lo legge con continuità nell'arco di tutta la settimana (in Italia il 37%). Inoltre, il 35% delle persone usa internet per leggere news, riviste e giornali (il 28% in Italia).

Anche per ciò che concerne la partecipazione a iniziative di spettacolo ed eventi, i dati evidenziano l'alto tasso di risposta dei trentini all'offerta e alle proposte culturali: vanno a teatro più che nel resto d'Italia (21% vs. 19%), visitano più mostre e musei (46% vs. 28%), sono più interessati ai siti archeologici e ai monumenti (31% vs. 22%) e sono buoni frequentatori di concerti di musica leggera (21% vs. 18%). I trentini non si mostrano particolarmente interessati alla musica classica e all'opera (11%) e vanno al cinema meno frequentemente rispetto alla media italiana (42% vs. 48%).

## **Le principali problematiche di salute: tumori e malattie cardiovascolari riducibili con interventi di prevenzione primaria**

### **La mortalità generale**

Nel 2013 sono decedute 4.842 persone residenti in provincia di Trento con un tasso di mortalità del 9,1‰. Il tasso provinciale continua a essere tra i più bassi d'Italia; il valore medio nazionale è 9,8‰ [figura 2]. Il basso valore del tasso grezzo del Trentino si può in parte spiegare con la struttura per età della popolazione che notoriamente è più giovane della popolazione italiana.

Il trend temporale del tasso grezzo per l'insieme delle cause di morte si mantiene stabilmente su livelli molto bassi, attorno al 9‰.

Le principali cause di morte sono le malattie cardiovascolari (1.669; 36%) e i tumori (1.458; 32%) che assieme contano i 2/3 dei decessi, in quest'ordine per quanto riguarda le donne, in ordine inverso per gli uomini.

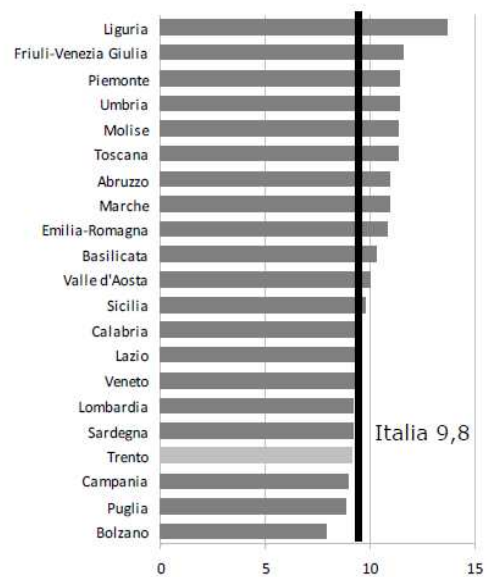
Tra le malattie cardiovascolari primeggiano cardiopatie ischemiche e infarti miocardici acuti.

Tra i tumori prevalgono in generale quelli polmonari, del colon-retto e del fegato; per le donne

è il tumore della mammella a provocare più morti.

Le altre cause di morte seguono in misura sostanzialmente minore: tra esse ci sono malattie dell'apparato respiratorio (320; 7%), principalmente BPCO e polmoniti, malattie del sistema nervoso (179; 4%), in particolare malattia di Alzheimer e morbo di Parkinson e traumatismi e avvelenamenti (169; 4%), tra cui fratture del femore tra gli ultra 64enni e traumatismi multipli e alla testa/cranici dovuti a incidenti stradali.

Figura 2. Tasso grezzo di mortalità (per 1.000 abitanti) per regione. Istat, 2013



### La mortalità evitabile

La mortalità precoce (entro i 74 anni) è da considerare evitabile in quanto dovuta a fattori modificabili: stili di vita, adesione a interventi di prevenzione come screening e vaccinazioni, qualità ed efficacia dell'assistenza sanitaria. È quindi evitabile la mortalità per quelle cause alle quali è associato un rischio di morte che può essere ridotto, o addirittura azzerato, raggiungendo buoni livelli quali-quantitativi di intervento pubblico sulla salute, dalla prevenzione, alla cura e riabilitazione.

Nel 2012 i decessi evitabili nei residenti in provincia di Trento sono stati 736 e rappresentano il 16% dei decessi per tutte le cause e il 63% dei decessi per tutte le cause entro i 75 anni.

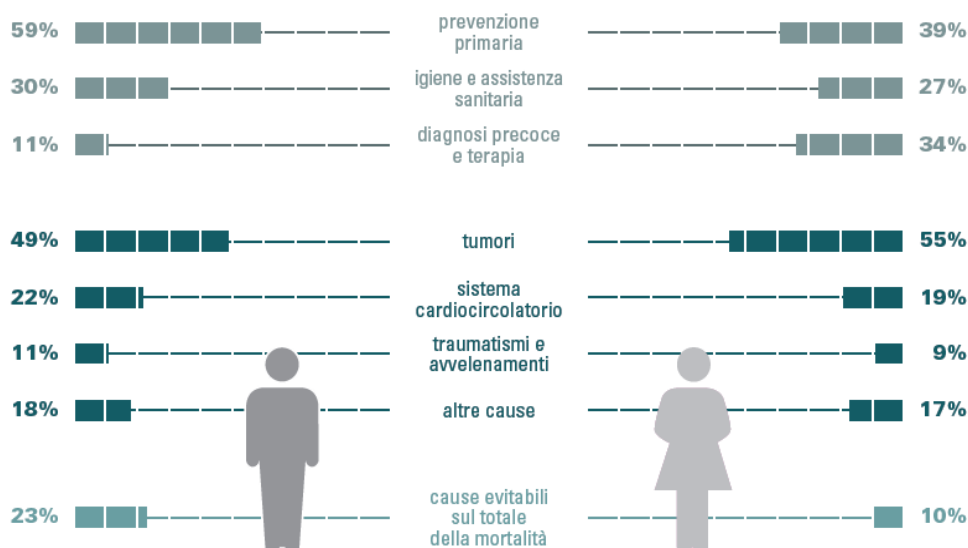
La mortalità evitabile riguarda prevalentemente gli uomini per i quali i decessi evitabili sono oltre il doppio di quelli delle donne (497 vs. 239). Gli uomini sono soprattutto colpiti dai tumori maligni dell'apparato respiratorio e dalle malattie ischemiche del cuore. Nelle donne sono i tumori la principale causa di morte evitabile, in particolare tumori dell'apparato respiratorio (a conferma dell'aumento di lungo periodo del tumore del polmone nelle donne) e della mammella.

La mortalità evitabile per genere mostra differenze significative non solo in termini epidemiologici, ma anche dal punto di vista delle politiche di prevenzione da adottare e delle tipologie di intervento da impiegare (prevenzione primaria, diagnosi precoce e relativa terapia, assistenza propriamente detta).

Mentre per le donne le tre tipologie di intervento in grado di contrastare la mortalità precoce incidono in modo equilibrato (anche se la tipologia igiene e assistenza sanitaria pesa meno rispetto alle altre due), per gli uomini è prioritario indirizzare gli interventi verso la prevenzione primaria. I 3/4 dei decessi riconducibili a cause evitabili con interventi di prevenzione primaria, intervento in grado di contrastare il maggior numero di decessi evitabili (pari al 57% dei decessi totali), sono a carico di uomini: rientrano in questa categoria i decessi per tumori maligni di bronchi e polmoni, le malattie ischemiche del cuore e i traumatismi (in particolare incidenti stradali e suicidi). Anche il gruppo di cause evitabili riconducibili a igiene e assistenza sanitaria è per i 2/3 caratterizzato da decessi maschili: tumori del fegato, leucemie e malattie cerebrovascolari individuano la metà dei decessi di questo gruppo. Il gruppo di cause associabili a diagnosi precoce e terapia, cause che interessano per quasi i 2/3 donne, è

pressoché interamente ascrivibile a tumori maligni della mammella e del colon-retto.

MORTALITÀ EVITABILE PER AREA DI INTERVENTO PRINCIPALE E PER GRUPPI DI CAUSE

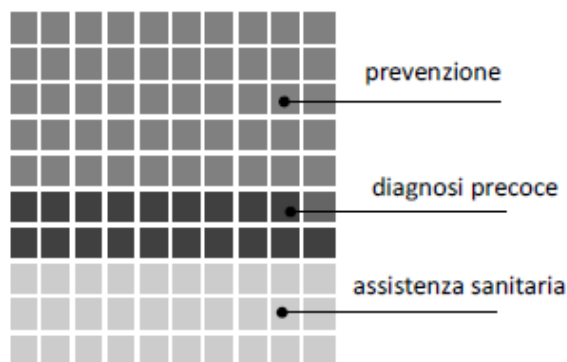


**Gli anni di vita persi**

A causa dei decessi evitabili, nel corso del 2012, sono andati perduti 17.760 anni di vita, 21,4 anni per singolo decesso.

La metà di anni persi per questi decessi è dovuta a cause ritenute evitabili grazie ad interventi di prevenzione primaria, il 19% è dovuto a cause evitabili con la diagnosi precoce e la terapia e il restante 31% è dovuto a cause riconducibili all’area dell’igiene e dell’assistenza sanitaria [figura 3].

Figura 3. Anni di vita persi per mortalità evitabile per area di intervento prevalente in provincia di Trento. Registro di mortalità, 2012

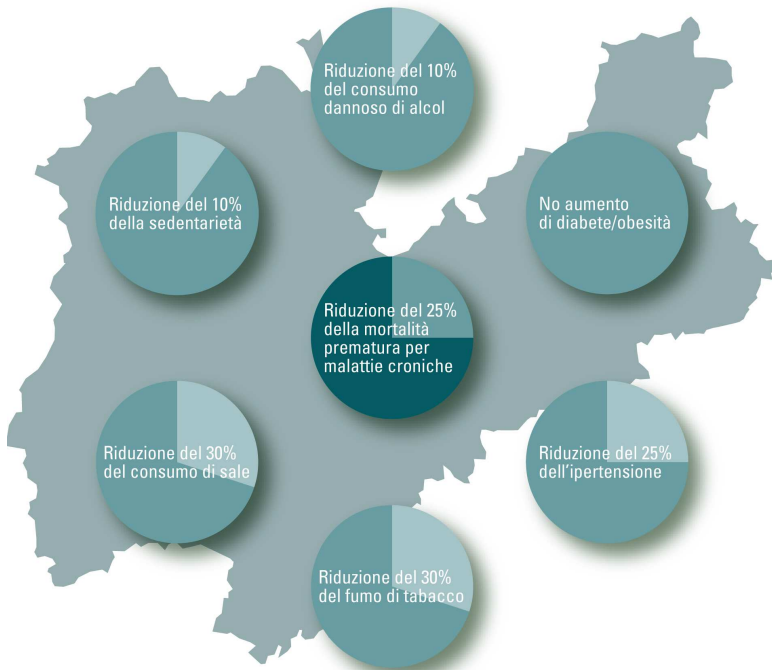


Dalla natura delle patologie più frequentemente causa di morte evitabile si conferma l’importanza di contrastare fattori di rischio quali:

- fumo di tabacco (tumori dell’apparato respiratorio, della mammella, del pancreas, malattie cardiocircolatorie);
- consumo eccessivo di alcol (tumore della mammella, dell’apparato digerente, del fegato, malattie cardiocircolatorie, incidenti e suicidi);
- sedentarietà (tumore del colon retto, della mammella, depressione, malattie cardiovascolari),
- scarso consumo di frutta e verdura (tumore del colon retto, del polmone, malattie cardiovascolari);
- obesità (tumore, del colon-retto, della mammella, malattie cardiovascolari).

Ulteriori interventi di sicuro impatto sulla mortalità evitabile e precoce sono quelli finalizzati a prevenire le morti violente come: prevenzione degli incidenti stradali (riduzione della velocità

sulle strade, controlli per alcol e guida, incremento del trasporto pubblico, utilizzo dei dispositivi di sicurezza), degli infortuni sul lavoro (controlli sul rispetto della normativa in termini di sicurezza, riduzione della precarietà), dei suicidi (riduzione dello stigma legato ai problemi di salute mentale, diagnosi precoce della depressione, riduzione dell'emarginazione sociale).



**2025**

L'Organizzazione mondiale della sanità ha fissato come obiettivo da raggiungere entro il 2025 la riduzione del 25% della mortalità prematura. Per il Trentino significa arrivare a 500-550 decessi all'anno dai 700-750 attuali. Tale obiettivo è raggiungibile attraverso interventi sui principali fattori di rischio per le malattie croniche.

**Gli stili di vita: scelte individuali e condizionamenti ambientali**

Malattie cardiovascolari e tumori sono causa in Trentino dei 2/3 della mortalità generale e dei 3/4 di quella prematura ed evitabile. Assieme alle malattie dell'apparato respiratorio e al diabete rappresentano dunque le malattie con maggior impatto sulla salute delle singole persone e sulle risorse sanitarie della collettività.

Una serie di fattori favorisce più o meno direttamente l'insorgenza di queste malattie coniche. Accanto alle condizioni socioculturali ed economiche delle persone, sono particolarmente rilevanti quattro determinati comportamentali: l'abitudine al fumo, una dieta non sana (a cui spesso si accompagnano problemi di sovrappeso e obesità, di ipertensione e di ipercolesterolemia), l'insufficiente attività fisica e l'abuso di alcol.

**L'abitudine al fumo**

L'OMS<sup>4</sup> ha stimato che in Italia il 16% di tutti i decessi è attribuibile al tabacco, così come il 10% dei decessi alle malattie cardiovascolari e il 27% ai tumori (principali cause di morte in provincia di Trento). Tali percentuali crescono considerevolmente per tumore dei polmoni e BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva), malattie per le quali il fumo è responsabile rispettivamente dell'85% e del 57% dei decessi.

Uno degli obiettivi fissati dall'OMS per la diminuzione della mortalità prematura entro il 2025 è quello di ridurre la prevalenza di fumatori del 30%. In questa direzione va la strategia di *endgame* proposta nel recente *Manifesto delle società scientifiche di Sanità Pubblica italiane per il "fine corsa" del tabacco* che richiama all'attenzione interventi capaci di ridurre sostanzialmente la prevalenza dei fumatori. Tra questi si annoverano l'aumento crescente della tassazione, l'estensione progressiva delle aree di divieto di fumo, la riduzione graduale del contenuto massimo di nicotina, l'adozione di confezioni generiche per i pacchetti di

<sup>4</sup> [http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep\\_mortality\\_attributable/en/](http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/)

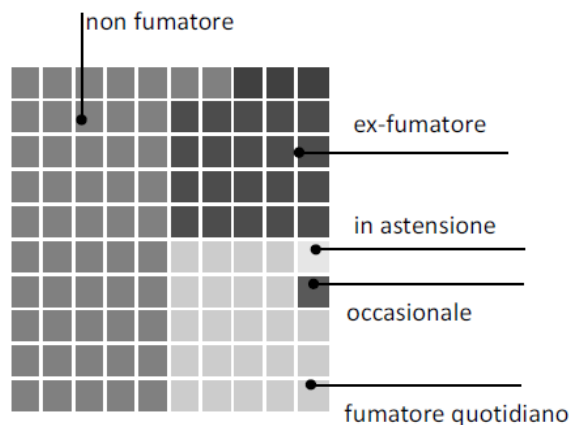
sigarette e di tabacco, l'informazione efficace associate a campagne mediatiche mirate a de-normalizzare l'abitudine al fumo, a programmi di riconversione della tabacchicoltura e dell'industria del tabacco e di riqualificazione degli occupati nel settore e a programmi economici di sostituzioni delle entrate delle accise nel bilancio dello Stato.

Nel periodo 2010-2013 in provincia di Trento la metà (52%) degli adulti (18-69 anni) non fuma, l'altra metà è suddivisa tra ex fumatori (23%) e fumatori (25%; di cui 1% occasionali e 1% in astensione) [figura 4]. Si stima quindi che i fumatori siano circa 88.000.

Negli ultimi 8 anni queste prevalenze sono rimaste invariate.

Sebbene negli ultimi quaranta anni la prevalenza di fumatori si sia ridotta negli uomini e aumentata tra le donne, resta comunque ancora più alta tra gli uomini (29% vs. 20% nelle donne). Il fumo, inoltre, diminuisce al crescere dell'età (33% 18-34enni vs. 25% 35-49enni vs. 18% 50-69enni) e del titolo di studio (26% ≤medie inferiori vs. 21% laurea), mentre cresce in presenza di difficoltà economiche (21% nessuna vs. 29% qualche vs. 45% molte).

Figura 4. Abitudine al fumo di sigaretta in provincia di Trento. PASSI, 2010-2013



Dato l'impatto del fumo sulla salute delle persone, ci si aspetterebbe un interesse degli operatori sanitari rispetto all'abitudine al fumo dei propri assistiti particolarmente alto. Invece, a meno della metà (46%) di chi nell'ultimo anno è stato dal medico è stato chiesto se fumasse e solo alla metà (49%) dei fumatori è stato consigliato di smettere, a scopo preventivo e/o per problemi di salute già presenti.

Una parte dei fumatori ha il desiderio di smettere. Circa la metà (44%) ha fatto nell'ultimo anno almeno un tentativo, che però, nella maggior parte dei casi (82%) è fallito. Indipendentemente dal risultato, nella maggioranza dei casi (95%), si è trattato di un'iniziativa personale; solo poche persone sono ricorse a farmaci o a corsi vari (tra cui quelli dell'Azienda sanitaria).

L'esposizione al fumo passivo aggrava patologie già esistenti e aumenta il rischio di contrarne di nuove (cancro dei polmoni, malattie cardiovascolari, asma e infezioni alle vie respiratorie) negli adulti come nei bambini. Il fumo è considerata la fonte più pericolosa di inquinamento di ambienti chiusi in ragione delle elevate concentrazioni di sostanze tossiche e dei periodi di esposizione molto lunghi.

Il rispetto del divieto di fumo in Trentino è una consuetudine ormai consolidata. Accade raramente che il divieto non sia mai o solo occasionalmente rispettato sia nei locali pubblici (4%) che in ambiente lavorativo (7%). Inoltre, nella maggioranza di case trentine non si fuma (87%), mentre in una percentuale contenuta, ma stabile nel tempo, si fuma in alcune stanze/ore/situazioni (10%) o addirittura sempre (3%). In alcune abitazioni non si rinuncia al fumo neanche in presenza di bambini: nel 5% dei casi ci si limita a certe stanze/ore/situazioni, nell'1% non si osserva limitazione alcuna.

### Il consumo di alcol

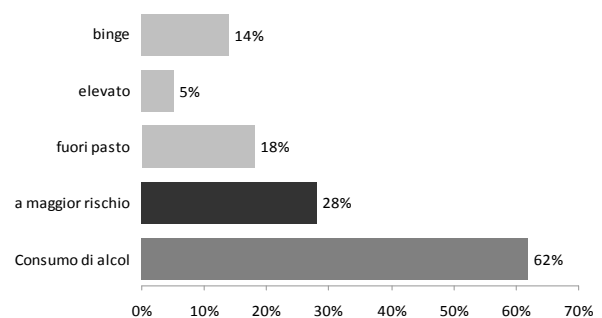
L'alcol non è un elemento indispensabile per il funzionamento dell'organismo umano, non è un nutriente, ma è una sostanza tossica per la quale non è possibile individuare livelli di consumo sicuri, sotto i quali non si registri un rischio per la salute. Alcune malattie sono esclusivamente

attribuibili all'alcol, ad esempio, la cirrosi del fegato, mentre per altre patologie (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie neuropsichiatriche ecc.) l'alcol è un fattore di rischio. Molti sono anche i danni alcol-correlati dovuti a comportamenti associati a stati di intossicazione acuta, come nel caso degli incidenti stradali provocati dalla guida in stato d'ebbrezza, dei comportamenti sessuali a rischio, degli infortuni sul lavoro e degli episodi di violenza, danni che si estendono oltre il diretto consumatore, anche alle famiglie e alla collettività.

L'OMS e importanti comitati tecnici ed economici, tra cui quello delle Nazioni Unite, hanno sottolineato che il maggiore e immediato vantaggio nel contrasto al rischio alcol-correlato nella popolazione si ottiene con interventi come l'incremento della tassazione degli alcolici, la riduzione della loro disponibilità (sia fisica che economica), l'applicazione di una stretta e rigorosa regolamentazione della pubblicità, del marketing e delle modalità di commercializzazione, in particolare di quelle rivolte impropriamente ai minori.

Nel periodo 2010-2013 la maggior parte degli adulti trentini non consuma alcol o lo fa in maniera moderata (rispettivamente 38% e 34%). Il restante 28% può essere considerato consumatore di alcol a maggior rischio, perché consuma alcol abitualmente in modo elevato (5%) o prevalentemente fuori pasto (18%) o perché è un bevitore binge (14%), oppure una combinazione delle tre modalità [figura 5]. I trentini consumatori di alcol a maggior rischio sarebbero circa 100.000.

Figura 5. Consumo di alcol in provincia di Trento. PASSI, 2010-2013



Negli ultimi 8 anni le prevalenze delle diverse modalità di consumo di alcol sono rimaste in sostanza invariate.

Il consumo di alcol a maggior rischio è associato al genere e all'età: è un'abitudine più frequente negli uomini (38% vs. 18% nelle donne) e tra i giovani dai 18 ai 34 anni (51% vs. 21% 35-49enni vs. 17% 50-69enni). Particolarmente alta risulta la quota di giovani 18-24enni che consumano alcol a maggior rischio (62%) in conseguenza a consuetudini come l'*happy hour* e a comportamenti come il binge drinking (assunzione episodica di grandi quantità di alcol) diffusi, appunto, in particolare tra i giovani.

Obiettivo principale di sanità pubblica è la riduzione delle quantità di alcol consumate e l'eliminazione del consumo in determinate situazioni (guida, lavoro, presenza di patologie, gravidanza, adolescenza). In questo senso, risultano efficaci gli interventi dei medici; tuttavia l'attenzione degli operatori sanitari rispetto al consumo di alcol dei propri pazienti resta stabilmente contenuta da diversi anni. Solo al 21% dei trentini un medico operatore sanitario ha chiesto se bevesse alcol e solamente al 6% dei consumatori a maggior rischio ha ricevuto il consiglio di bere meno, a sottolineare la difficoltà degli operatori sanitari a inquadrare correttamente questo comportamento come un problema di salute.

### L'attività fisica

Muoversi quotidianamente produce una vasta gamma di effetti benefici per la salute fisica e psichica delle persone. La regolare pratica dell'attività fisica riduce il rischio di sviluppo di malattie cardiache, di diversi tipi di tumori (in particolare della mammella e del colon) e di diabete di tipo 2, inoltre previene l'ipercolesterolemia e l'ipertensione (riducendo i livelli della pressione arteriosa e del colesterolo), l'osteoporosi, il rischio di fratture e di disturbi muscolo-scheletrici (come il mal di schiena), diminuisce lo stress, i sintomi di ansia e di depressione e la solitudine. Infine, in combinazione con una dieta appropriata, può contribuire a ridurre o controllare il peso (diminuendo il rischio di obesità).

La tendenza nella regione europea e anche in Italia è verso l'inattività fisica a causa anche di ostacoli nei confronti dei comportamenti attivi delle persone derivati dai cambiamenti del lavoro (automazione e deprezzamento sociale del lavoro manuale) e dall'organizzazione delle città (trasporto motorizzato, riduzione di spazi e sicurezza per pedoni e ciclisti e di spazi per il gioco libero dei bambini). Per contrastare tali ostacoli sono necessarie strategie di salute in tutte le politiche e approcci volti a *rendere facili le scelte salutari*. Particolarmente promettenti sono gli interventi legati agli spostamenti e alle attività della vita quotidiana. In ogni momento della giornata, infatti, ci può essere l'occasione per fare movimento, ad esempio percorrendo a piedi o in bicicletta la strada per andare a lavoro e a scuola, per fare la spesa o quando si accompagnano i bambini per le loro attività extrascolastiche.

Nel periodo 2010-2013 il 41% degli adulti è fisicamente attivo, il 42% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 17% è completamente sedentario [figura 6]. Si stima quindi che 60.000 trentini adulti siano sedentari.

La prevalenza di chi pratica attività fisica in Trentino è rimasta stabile negli ultimi 8 anni.

La sedentarietà aumenta al crescere dell'età (12% 18-34enni vs. 17% 35-49enni vs. 19% 50-69enni) ed è un'abitudine più diffusa tra i cittadini stranieri (23% vs. 16% cittadini italiani) e tra le persone con titoli di studio medio/bassi (20% ≤ medie inferiori vs. 16% medie superiori vs. 11% laurea).

Per incrementare la pratica dell'attività fisica risultano importanti da un lato la percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica e dall'altro i consigli forniti dagli operatori sanitari ai propri assistiti. La maggioranza dei sedentari (84%) e la metà (57%) dei parzialmente attivi fanno di non fare sufficiente movimento. È importante fare leva su questa consapevolezza per spostare i livelli di attività fisica di questi gruppi di persone; in particolare per i parzialmente attivi non dovrebbe essere troppo difficile incrementare i propri livelli di attività fisica per godere appieno di tutti i vantaggi che uno stile di vita attivo comporta.

Proprio in questa direzione dovrebbero essere rivolte le azioni degli operatori sanitari. I consigli che i medici danno ai propri assistiti sono interventi di provata efficacia, il cui rapporto costo/efficacia è particolarmente favorevole. Purtroppo la sensibilità degli operatori non è ancora sufficientemente sviluppata: la loro attenzione è rivolta soprattutto alle persone portatrici di qualche patologia o a rischio di svilupparne e non tanto alla popolazione generale [figura 7].

Figura 6. Livello di attività fisica in provincia di Trento. PASSI, 2010-2013

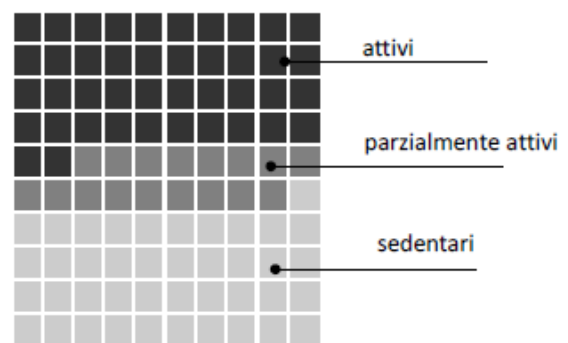
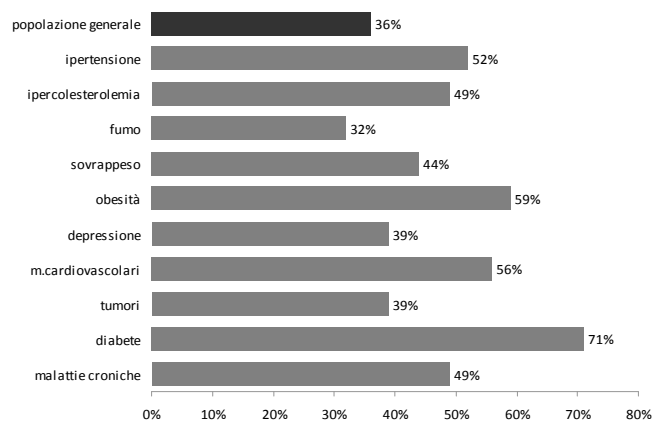


Figura 7. Persone che ricevono il consiglio di fare attività fisica per patologia o fattore di rischio, in provincia di Trento. PASSI, 2010-2013





## La pratica dell'attività fisica dei bambini trentini

Il 90% dei bambini trentini è fisicamente attivo, la maggior parte (83%) gioca regolarmente all'aperto e circa la metà (47%) pratica un'attività sportiva. Queste attività andrebbero praticate almeno un'ora al giorno per almeno 5 giorni alla settimana, come raccomandato dalle linee guida internazionali, cosa però che accade solo per il 23% dei bambini.

Per incrementare i livelli di attività fisica dei bambini è necessario creare opportunità di movimento, ad esempio far percorrere il tragitto casa-scuola a piedi o in bicicletta (il 58% dei bambini trentini va a scuola con un mezzo motorizzato), e ridurre i fattori di rischio per la sedentarietà, come disporre della televisione in camera (20% dei bambini) o permettere di guardare la TV e/o usare il computer e i videogiochi per molte ore al giorno (il 19% dei bambini lo fanno per più di 2 ore al giorno).

## L'alimentazione e lo stato nutrizionale

Un'alimentazione varia ed equilibrata è alla base di una vita in salute. Un'alimentazione inadeguata, infatti, rappresenta, assieme a sovrappeso e obesità, un fattore di rischio per gran parte delle malattie croniche, tra cui malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2 e alcuni tipi di cancro, che insieme sono i principali killer dei paesi a sviluppo avanzato.

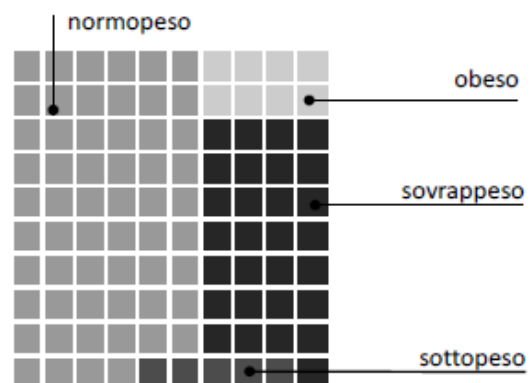
Le indagini nazionali della maggior parte dei paesi concordano nell'indicare un aumento negli ultimi decenni del consumo di cibi altamente calorici e poveri in nutrienti, ricchi di grassi saturi e idrogenati, sale e zuccheri, reso possibile dalla facilità di acquisto (produzione e diffusione su vasta scala, bassi costi) di cibo spazzatura. Ciò spiega in buona parte l'epidemia di obesità che si è diffusa nel mondo: *l'obesità è una reazione normale, da parte di persone normali, a stimoli provenienti da un ambiente "anormale"*<sup>5</sup>. Ma, come ricorda l'OMS nella Carta Europea sull'azione di contrasto all'obesità (Istanbul, 2006), "è possibile invertire l'andamento e tenere l'epidemia sotto controllo. [...] Bisogna creare una società in cui gli stili di vita salutari, per dieta e attività fisica, siano la norma e dove gli obiettivi culturali, sociali, di salute ed economici siano allineati e le scelte salutari siano facilitate e rese più accessibili agli individui". In quest'ottica le politiche nazionali dovrebbero incoraggiare e fornire opportunità per accrescere la pratica dell'attività fisica e migliorare l'accessibilità e la disponibilità di alimenti sani, attraverso un approccio integrato di salute in tutte le politiche e il coinvolgimento di diversi settori governativi, della società civile, del settore privato e delle altre parti interessate (OMS - Piano d'azione europea per una politica alimentare e nutrizionale 2015-2020).

Nel periodo 2010-2013, il 5% dei trentini adulti è sottopeso, il 58% normopeso, il 29% sovrappeso e l'8% obeso [figura 8]. Si stima quindi che in Trentino ci siano circa 28.000 adulti obesi e circa 100.000 adulti in sovrappeso.

Le prevalenze di sovrappeso e obesità sono rimaste stabili negli ultimi 8 anni.

I problemi di eccesso ponderale sono maggiormente presenti con l'aumentare dell'età (23% 18-34enni vs. 34% 35-49enni vs. 50-69enni), tra gli uomini (46% vs. 28% nelle donne) e tra le persone meno istruite (48% ≤ medie inferiori vs. 31% medie superiori/laurea). Anche la situazione economica delle persone influisce sul loro peso, non tanto sui livelli di sovrappeso, che sono uguali a prescindere dall'aver o meno difficoltà economiche, quanto piuttosto sulle condizioni di obesità pari al 12% tra chi ha molte o qualche difficoltà economica, al 6% tra chi invece non ne ha.

Figura 8. Stato nutrizionale in provincia di Trento. PASSI, 2010-2013



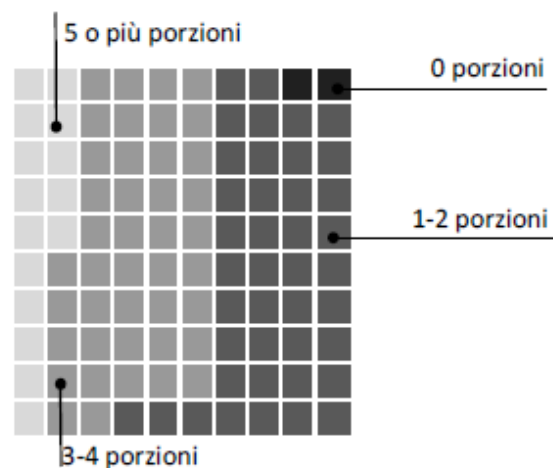
<sup>5</sup> The Lancet's Obesity Series, 2011; 378

Per favorire cambiamenti migliorativi nello stile di vita delle persone è importante la consapevolezza rispetto al proprio peso, meglio se supportata dai consigli degli operatori sanitari. Segue una dieta per perdere peso il 31% di chi sa di pesare troppo rispetto al 18% di chi crede di pesare il giusto. Purtroppo se ben l'89% degli obesi sa di esserlo, questa corretta percezione si ridimensiona molto per le persone in sovrappeso, tra le quali, infatti, ben il 40% ritiene di pesare il giusto. Cambia il proprio regime alimentare anche il 38% di chi ha ricevuto dal medico il consiglio di farlo, rispetto al 18% di chi non ha ricevuto alcun consiglio. Certo è che i consigli degli operatori sanitari, vista la provata efficacia, potrebbero essere più diffusi e/o non limitarsi alle persone obese: si passa infatti dal 78% degli obesi che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso al 51% delle persone in sovrappeso e dal 59% degli obesi consigliati di fare attività fisica al 43% delle persone in sovrappeso e al 28% delle persone normopeso.

Un adeguato consumo di frutta e verdura<sup>6</sup> protegge dall'insorgenza di malattie cardiovascolari, respiratorie e tumori. Inoltre assicura un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consente di ridurre l'apporto calorico della dieta.

Sebbene tutti (98%) i trentini adulti consumino qualche porzione di frutta e/o verdura al giorno, la quota di persone che ne mangia la quantità minima consigliata è limitata al 15% della popolazione [figura 9], percentuale tra l'altro che non aumenta con il passare degli anni.

Figura 9. Consumo di frutta e verdura in provincia di Trento. PASSI, 2010-2013



La buona abitudine a consumare le cinque porzioni quotidiane di vegetali è più diffusa tra le donne (20% vs. 9% negli uomini), tra i più anziani (21% 50-69enni vs. 13% 35-49enni vs. 9% 18-34enni) e tra i cittadini italiani (15% vs. 6% stranieri).

### L'alimentazione e lo stato nutrizionale dei bambini trentini

La prevalenza di sovrappeso/obesità nei bambini trentini è relativamente bassa e, in controtendenza con quanto succede nella maggior parte del resto del mondo, non mostra un trend in aumento. Tuttavia il 17% dei bambini è in sovrappeso e il 6% obeso: un bambino ogni quattro presenta, dunque, un eccesso ponderale. Particolarmente a rischio sono i figli di genitori obesi, che hanno probabilità maggiori di essere obesi rispetto ai figli di genitori normopeso: in Trentino il 28% di figli di genitori obesi sono in sovrappeso e il 20% è obeso.

Tutti i bambini (92%) fanno regolarmente colazione, solo una parte (69%) però la fa adeguata. Una buona parte di bambini mangia la frutta almeno due volte al giorno (41%) così come la verdura (45%), ma solo l'8% arriva a consumare le cinque porzioni quotidiane di frutta e/o verdura. Il 41% dei bambini ha l'abitudine di bere tutti i giorni bibite zuccherate, consuetudine più diffusa tra i figli di donne con titoli di studio bassi.

### Malattie infettive

#### Malattie prevenibili con la vaccinazione

Gli alti livelli di copertura vaccinale raggiunti nei confronti di alcune malattie prevenibili con la vaccinazione ne hanno determinato la riduzione e in qualche caso la scomparsa. In

<sup>6</sup> Quantità minima consigliata: 400 grammi al giorno pari a 5 porzioni (*five a day*)

particolare, non sono stati notificati casi di difterite in Italia dal 1960; nel 2002 l'Europa è stata dichiarata polio-free, anche se la malattia rimane endemica in alcuni Paesi del mondo con conseguente possibilità di importazione del virus e rischio per eventuali piccoli gruppi di popolazione non vaccinata.

Il tetano continua ad essere notificato in Italia dove si sono verificati 54 (44%) dei 122 casi registrati in Europa nel 2012; in provincia di Trento nel triennio 2011-2013 si sono verificati 3 casi di tetano, di cui 2 in soggetti di sesso maschile e femminile di età superiore a 65 anni e un caso in un soggetto di 33 anni di sesso femminile. Quasi tutti i casi nazionali e provinciali interessano soggetti ultra64enni perché la malattia, non essendo contagiosa non raggiunge la protezione indiretta della popolazione generale, ma anche per la riduzione nel tempo della protezione immunitaria. Da questo discende l'importanza della vaccinazione anche in età adulta con l'effettuazione di dosi di richiamo con cadenza decennale.

Per quanto riguarda l'infezione da virus epatite B, in Trentino come in Italia, si è assistito ad una riduzione delle notifiche di infezione acuta a partire dall'introduzione della vaccinazione nel 1991; in provincia di Trento, il tasso è calato da 6,6 casi su 100.000 abitanti registrato nel 1991 (anno in cui sono stati registrati 30 casi) a 0,7 casi per 100.000 abitanti nel 2013, anno in cui sono stati segnalati 2 casi di epatite acuta da virus B.

Morbillo e Rosolia. Nonostante sia in atto da anni un Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) e l'impegno sia stato recentemente rinnovato con l'approvazione del PNEMoRc 2010-2015, il morbillo ha ancora un impatto di salute elevato nel nostro Paese e continuano a verificarsi casi di rosolia congenita. Gli obiettivi principali del PNEMoRc 2010-2015 sono in accordo con quelli della Regione Europea dell'OMS e sono stati confermati nel Piano provinciale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita includendo: l'eliminazione del morbillo (incidenza < 1 caso/milione di abitanti), l'eliminazione della rosolia (incidenza < 1 caso/milione di abitanti) e la riduzione dell'incidenza della rosolia congenita a < 1 caso/100.000 nati vivi, entro il 2015. Siamo però ancora lontani dal raggiungimento di tali obiettivi: In Italia nel triennio 2010-2012 sono stati notificati 8.304 casi di morbillo (incidenza media annuale 46 casi/milione) con numerose complicanze e oltre 2.000 ricoveri. L'incidenza maggiore si è verificata tra gli adolescenti e i giovani adulti. Nello stesso periodo, sono stati notificati 20 casi di rosolia congenita, con un'incidenza nel 2012 di 3 casi/100.000 nati vivi.

In Trentino nel triennio 2010-2012 si è registrata un'epidemia di morbillo con 589 casi segnalati che è la conseguenza dell'inadeguata copertura vaccinale che non ha ancora raggiunto l'obiettivo del 95% che garantirebbe un'interruzione della circolazione del virus. Le fasce d'età più interessate dall'epidemia sono quelle tra 5-14 anni (35% dei casi) e tra 15-24 anni (41% dei casi). Nel 2013 sono stati segnalati 6 casi di morbillo, di cui 3 in soggetti di età compresa tra 25-64 anni.

L'andamento della rosolia mostra, in Trentino, un calo complessivo dell'incidenza e del numero dei casi, risultato dalle strategie messe in atto negli ultimi anni. Nel triennio 2011-2013 sono stati segnalati 9 casi di rosolia, di cui 6 in donne in età fertile; nessun caso di rosolia congenito è stato registrato.

### **Malattie batteriche invasive (MIB)**

Il sistema di sorveglianza speciale delle malattie batteriche invasive permette la raccolta dei dati relativi ai casi di malattia e la tipizzazione dei ceppi isolati da parte dei laboratori, aspetto essenziale non solo ai fini terapeutici e per la profilassi dei contatti, ma anche per quanto riguarda la valutazione dei programmi di immunizzazione attiva. Dall'introduzione delle vaccinazioni antiemofilo, antipneumococco e antimeningococco C nel calendario vaccinale si è assistito, in Italia e in Trentino, a una riduzione delle notifiche di casi di malattie batteriche invasive da pneumococco ed emofilo nel bambino e da meningococco C in tutte le fasce d'età in concomitanza con l'aumento delle coperture vaccinali.

Dal 2000 al 2013, in Trentino, sono stati registrati 35 casi di MIB da meningococco (in media 2 all'anno); la tipizzazione del germe è stata eseguita nel 70% dei casi (24 su 35); i sierotipi più diffusi sono risultati il tipo B (15 casi) e C (7 casi), anche se nel 2013 sono stati registrati 2 casi di tipo Y. In seguito all'introduzione della vaccinazione contro il meningococco C, si è assistito ad un calo complessivo del numero dei casi (22 nel periodo 2000-2006 vs 13 nel

periodo 2007-2013) che ha interessato soprattutto il sierotipo C di cui si registra solo un caso nel periodo 2007-2013 in un turista straniero di 14 anni di cui non è noto lo stato vaccinale.

Dal 2000 al 2013, le segnalazioni relative alle MIB da pneumococco mostrano un trend in aumento attribuibile principalmente ai cambiamenti del sistema di sorveglianza: dal 2007 il monitoraggio è esteso a tutte le forme invasive dovute a questo patogeno e non comprende più solo le meningiti. Si passa da un tasso di incidenza media pari a 0,81 casi su 100.000 abitanti registrato nel periodo 2000-2006 a un tasso di 5,8 casi su 100.000 abitanti registrato nel periodo 2007-2013. La distribuzione dei tassi d'incidenza per fascia d'età assume, nel periodo 2007-2013, un andamento a parabola evidenziando un secondo picco nelle età più avanzate (17,3 casi su 100.000 abitanti), attribuibile alla crescente attenzione nei confronti delle sepsi, precedentemente non rilevate dalla sorveglianza e più frequenti nell'anziano che si aggiunge a quello (5,4 casi su 100.000 abitanti), individuabile anche nel periodo 2000-2006 in corrispondenza dei primi anni di vita.

Informazioni sul sierotipo sono presenti per l'82% dei casi di MIB da pneumococco segnalati nel triennio 2011-2013; dal 2011 il Laboratorio di Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione è stato identificato come Laboratorio di riferimento per la sierotipizzazione dei ceppi di *Streptococcus pneumoniae* isolati e identificati nella nostra provincia. Nella fascia d'età 0-4 anni in questo triennio sono stati segnalati 4 casi di MIB da pneumococco: per un caso non è disponibile la tipizzazione sierotipica. I sierotipi isolati dagli altri 3 casi non sono contenuti nel vaccino 13-valente (10A; 21; 23A).

In Provincia di Trento, la vaccinazione antipneumococcica è offerta anche ai soggetti di età superiore ai 65 anni in occasione della vaccinazione antinfluenzale: dal 2003 al 2006 sono stati vaccinati, con modalità incrementale, le persone di età compresa tra i 65 e i 74 anni e gli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali della Provincia. Dal 2007 la vaccinazione è offerta ai nuovi sessantacinquenni e ai soggetti più giovani con fattori di rischio per la malattia pneumococcica. Nel triennio 2011-2013, successivo all'introduzione del vaccino coniugato 13-valente per la vaccinazione anche dell'anziano, i casi di MIB da pneumococco prevenibili risultano essere pari al 48,5% dei casi totali.

Dal 2000 al 2013, le segnalazioni relative alle MIB da emofilo mostrano un calo particolarmente evidente nella fascia d'età 0-4 anni, attribuibile all'aumento della copertura vaccinale che raggiunge negli ultimi anni valori superiori al 93%. Il numero totale dei casi segnalati annualmente rimane limitato e interessa prevalentemente la fascia d'età dell'anziano in cui prevalgono i quadri clinici di sepsi da emofilo non di tipo B. I casi di MIB da emofilo registrati dal 2007 al 2013 ammontano a 22 (vs 8 registrati nel periodo 2000-2006 in cui venivano registrate solo le meningiti) e di essi solo 6 (27%) presentano quadro clinico di meningite.

Nella nostra Provincia, la tipizzazione sui casi di MIB da emofilo è disponibile dal 2007 (i ceppi sono inviati dal Laboratorio dell'Ospedale all'ISS) ed è pari al 72% dei casi notificati. I 3 casi di malattia invasiva (sul totale di 22, 13,6%) in cui è stato il sierotipo b interessano soggetti non vaccinati e in particolare un bambino di 12 mesi i cui genitori hanno rifiutato tutte le vaccinazioni e due adulti di 48 e 78 anni.

### **Tubercolosi**

In Trentino, come nel resto del Paese, l'incidenza della tubercolosi rimane bassa nella popolazione generale (5,02/100.000 nel biennio 2012-2013), anche se il numero dei casi continua a mantenersi sostanzialmente stabile. L'incidenza per sesso per tutte le forme di tubercolosi è stabile e costantemente più elevata nei maschi 53%, analogamente a quanto accade nel resto di Italia. Il 49% dei casi notificati riguarda persone con età compresa tra 15 e 44 anni e la maggior parte di essa (85%) è nata all'estero. Per la classe degli ultrasessantaquattrenni tutti i casi notificati riguardano la popolazione italiana.

### **Infezione da Hiv/AIDS**

Nel corso degli anni l'incidenza della malattia e il numero delle morti ad essa correlate presenta, sia in Italia sia in provincia di Trento un andamento decrescente anche grazie alle terapie sempre più efficaci: nel triennio 2011-2013 sono stati registrati in Trentino 5 casi di malattia.

L'andamento delle infezioni è in lieve flessione: sono state rilevate 35 nuove infezioni nel 2011, 45 nel 2012, 24 nel 2013 e 25 nel 2014; è in aumento la proporzione dei nuovi casi di infezione da HIV dovuta a trasmissione per via eterosessuale (65% nel biennio 2013-14).

### **Coperture vaccinali in Trentino**

Il monitoraggio annuale delle coperture vaccinali eseguito con le modalità previste a livello nazionale evidenzia i trend di seguito riportati.

**Vaccinazioni obbligatorie:** nel 2014 la copertura vaccinale per Polio a 24 mesi di vita è scesa a 92,8 (-1,6 rispetto all'anno precedente), al di sotto della soglia del 95%. Si conferma la tendenza nel tempo al calo delle coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie (polio, difterite, tetano, epatite B); ad esempio per la polio si passa dal 97,4% registrato nel 2000 al 92,8% nel 2014.

**Morbillo:** per morbillo (e per parotite e rosolia, contenute nello stesso vaccino) si registra per il terzo anno consecutivo un calo, contenuto ma significativo, delle coperture vaccinali, in controtendenza rispetto al trend in ascesa registrato negli anni precedenti. Nel 2014, la copertura vaccinale per il morbillo è stata dell'84,3% (-1,9% rispetto all'anno precedente).

**Pneumococco e Meningococco:** nel 2014 si registra una lieve flessione del tasso di copertura a 24 mesi di vita per le vaccinazioni pneumococco e meningococco C che sono rispettivamente dell'87,1 % (-1 % rispetto all'anno precedente) e dell'81,8 % (-1,8 % rispetto all'anno precedente).

Si registra una variabilità territoriale nell'adesione alle vaccinazioni, per talune anche significativa. Il Distretto Ovest presenta complessivamente valori di copertura vaccinale ai 24 mesi più elevati rispetto alla media provinciale; in particolare per la vaccinazione antipolio (+ 2,7%), antimorbillo (+ 2,5%) e antipneumococco (+ 2,4%).

**Vaccinazioni a 5-6 anni:** nel 2014, il tasso di copertura per il richiamo di polio, difterite-tetano-pertosse previsto a 5-6 anni di vita (coorte di nascita 2007) è del 93,3% (-0,3% rispetto all'anno precedente); per la seconda dose di morbillo è dell'87,5 % (-0,5% rispetto all'anno precedente).

**Vaccinazioni a 14-15 anni:** il tasso di copertura per il richiamo di difterite-tetano-pertosse previsto a 14-15 anni (coorte 1998) è stato, nel 2014, dell'82,1% (valore riferito al tetano), lievemente superiore alla coorte 1997 (+1 %); in forte aumento l'adesione alla vaccinazione per meningococco C che ha registrato un tasso di copertura del 73,0% (+ 12 %).

**Vaccinazione HPV:** per quanto riguarda la vaccinazione anti Papilloma virus (HPV), il tasso di copertura vaccinale per HPV-2 della coorte di nascita 2002 è del 61,7% (-0,9% rispetto alla coorte 2001).

In Trentino, a seguito della sospensione nella nostra provincia delle sanzioni amministrative (Delibera provinciale 1308/2011) e dell'attivazione di un percorso per il superamento dell'obbligo vaccinale, è stato attivato anche un monitoraggio semestrale delle coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie.

La procedura del monitoraggio semestrale prevede il calcolo delle coperture a varie età (a 6, 9, 12, 24 mesi dalla nascita) per tutte le dosi previste dal ciclo vaccinale. In tal modo è possibile cogliere tempestivamente variazioni dell'andamento dell'adesione vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie. E' necessario sottolineare che i dati di copertura forniti dal monitoraggio semestrale non sono definitivi, perché riferiti a frazioni di coorte in funzione della coorte di nascita e della distanza dalla nascita presa in considerazione per il calcolo.

Il monitoraggio semestrale è reso necessario dal fatto che le coperture per le vaccinazioni obbligatorie rilevate con le modalità di routine (percentuali di iscritti all'anagrafe sanitaria che hanno completato il ciclo vaccinale entro il 24 mese di vita) non sono in grado di cogliere

variazioni dell'andamento dell'adesione alle vaccinazioni nel breve periodo. Infatti, le coperture vaccinali elaborate nei primi mesi del 2015 con modalità routinarie sono riferite alla coorte 2012, ultima coorte di nati che ha per intero compiuto i 24 mesi; tale indicatore non dà informazioni sull'andamento dell'adesione vaccinale delle coorti 2013 e 2014, oggetto di chiamata a vaccinazione nel corso del 2014.

I risultati del monitoraggio semestrale indicano un trend in discesa dell'adesione vaccinale nelle due coorti che hanno iniziato il ciclo vaccinale dopo l'approvazione del provvedimento di sospensione delle sanzioni amministrative e di superamento dell'obbligo vaccinale (coorte 2011 e successive).

La coorte dei nati nel 2013 evidenzia coperture vaccinali per la prima e seconda dose significativamente inferiori alla coorte dell'anno precedente: la copertura vaccinale per la prima dose di polio calcolata a 270 gg di vita è del 93,2% (-2,1%); la copertura vaccinale per la seconda dose di polio calcolata a 270 gg di vita è del 90,7% (-2,3%). Per questa coorte i dati di monitoraggio sono riferiti a frazioni di coorte e pertanto non sono definitivi.

La coorte dei nati nel 2014, che ha iniziato il ciclo vaccinale nel corso del 2014, ha coperture vaccinali per la prima e seconda dose di polio sovrapponibili alla coorte dell'anno precedente: la copertura vaccinale per la prima dose di polio calcolata a 270 gg di vita è del 93,1% (-0,1%); la copertura vaccinale per la seconda dose di polio calcolata a 270 gg di vita è del 91,1% (+0,4%). Per questa coorte i dati di monitoraggio sono riferiti a frazioni di coorte e pertanto non sono definitivi.

Per quanto riguarda il fenomeno dell'obiezione alle vaccinazioni che fanno capo a norme di legge, si conferma nel 2014 la tendenza all'aumento delle persone che rifiutano le vaccinazioni per insuperabile convincimento personale.

### **Vaccinazione antinfluenzale**

Anche in Trentino da alcuni anni l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale è in calo. La campagna vaccinale 2014-2015 è stata caratterizzata da una diminuita adesione alla vaccinazione influenzale a seguito della notizia del ritiro del vaccino Fluad disposto dall'AIFA (novembre 2014); il provvedimento ha fatto seguito a segnalazioni di alcune morti dopo somministrazione del vaccino; in seguito il provvedimento è stato annullato essendo stato escluso qualsiasi nesso di causa-effetto tra vaccino e i casi di morte segnalati. Tale notizia, amplificata dai mass media nazionali e locali, ha comunque accentuato la crisi di fiducia dell'opinione pubblica rispetto al vaccino, fiducia già fortemente compromessa negli anni precedenti per le polemiche che hanno accompagnato la gestione della pandemia (anno 2008) e l'impiego del vaccino pandemico, e per i dubbi sulla sicurezza del vaccino (dimostratisi per altro infondati) insorti dopo il ritiro di alcuni lotti di vaccino disposto dall'AIFA (anno 2012). Tale calo di "popolarità" della vaccinazione influenzale non è specifico della nostra Provincia ed è stato registrato anche nelle altre Regioni d'Italia.

Nel 2014 sono state vaccinate nella campagna influenzale 69.334 persone, 4.053 in meno rispetto all'anno precedente (73.387); la copertura vaccinale nella popolazione anziana di età  $\geq 65$  anni è stata del 52,9% (-2,8 % rispetto all'anno precedente).

Nell'ambito delle attività avviate con il progetto 2.4.3 del Piano Provinciale della Prevenzione 2010-2012 ("Aumentare la copertura vaccinale contro l'influenza nei soggetti a rischio per patologia in età pediatrica") i servizi vaccinali dei Distretti hanno eseguito, anche nel 2014, la chiamata attiva dei soggetti a rischio di età compresa tra 6 mesi e 14 anni, individuati in base agli elenchi di esenzione dal ticket per patologia. Sono stati vaccinati 653 bambini a rischio, pari al 32,1% (-2,3 % rispetto all'anno precedente).

### **La comunicazione sulle Vaccinazioni**

Diversi sono i fattori che condizionano l'adesione della popolazione ai programmi delle vaccinazioni raccomandate. Il comportamento delle persone è influenzato da ciò che sanno e da quello che pensano rispetto a varie questioni. Influenzare ciò che sanno, fornendo informazioni valide e aggiornate influenza in qualche misura anche il modo in cui pensano e agiscono.

Gli interventi di informazione e di marketing sociale per promuovere l'adesione alle vaccinazioni possono svolgere un ruolo molto importante, ma devono essere condotti in

maniera strutturata, secondo un programma di comunicazione basato su prove di efficacia tenendo conto che la ricerca ha dimostrato che la conoscenza non è sufficiente a produrre cambiamenti comportamentali e che taluni interventi di informazione possono avere degli effetti paradossali rispetto agli obiettivi prefissati.

Per promuovere comportamenti che migliorano la salute e aumentare la consapevolezza dell'importanza degli interventi di immunizzazione attiva non basta sensibilizzare e informare su un determinato tema. E' necessaria anche la creazione di un ambiente a supporto degli individui, che quindi trovino facile e gratificante adottare il comportamento specifico. Inoltre bisogna affrontare i molteplici determinanti del comportamento di salute, che il più delle volte vanno al di là della responsabilità individuale del singolo.

## Equity audit.

### Disuguaglianze sociali: il traguardo dell'equità in salute

Nei paragrafi precedenti si è visto come i quattro fattori di rischio largamente responsabili delle principali malattie croniche, anche in Trentino, si distribuiscano nella popolazione secondo un gradiente sociale: sono maggiormente diffusi nei gruppi di popolazione più sfavoriti (a reddito più basso e con inferiori livelli di istruzione) e ad ogni posizione nella scala sociale corrisponde un livello più favorevole rispetto alla posizione inferiore.

I motivi di questa forte correlazione hanno a che fare con la disponibilità di risorse: socioculturali per fare fronte alla pressione della pubblicità e delle mode; informative per conoscere cosa fa bene per la salute e cosa no; finanziarie perché il *junk food* costa meno di frutta e verdura fresca e dedicarsi a un'attività sportiva richiede tempo e denaro; psicologiche perché spesso il consumo di alcol e fumo è causato da uno stress cronico causato dalla deprivazione economica o dalla precarietà lavorativa<sup>7</sup>.

La grande influenza dei determinanti sociali sullo stato di salute delle persone, tanto da essere considerati *le cause delle cause* delle malattie, e la possibilità di essere modificati fanno sì che la loro disuguaglianza nella popolazione sia una questione di giustizia sociale e una priorità d'intervento per avere una società più equa e più sana.

Nella realtà locale istruzione, situazione lavorativa e condizioni economiche delle persone impattano soprattutto su abitudine al fumo, sedentarietà e eccesso ponderale, in modo marginale su consumo di alcol e di frutta e verdura.

#### L'istruzione

L'effetto dell'istruzione sull'**abitudine al fumo** è evidente solo per gli uomini: la percentuale di fumatori è significativamente più alta tra chi ha conseguito al massimo la licenza media inferiore rispetto ai diplomati/laureati. I fumatori con basso livello di istruzione, inoltre, fumano un numero di sigarette significativamente superiore rispetto a chi ha un'istruzione medio-alta (mediamente 15 vs 12 sigarette al giorno) e con maggiore probabilità sono forti fumatori: il 36% fuma più di un pacchetto al giorno, rispetto al 21% dei diplomati/laureati.

Anche l'**eccesso ponderale** segue un gradiente rispetto al livello d'istruzione, sia per gli uomini che, soprattutto, per le donne: il 40% delle donne con basso livello di istruzione è sovrappeso/obesa contro il 21% delle donne con livello di istruzione medio-alto, mentre negli uomini le percentuali sono rispettivamente del 53% e del 40%.

L'aver studiato oltre la scuola dell'obbligo protegge le donne dal rischio di **sedentarietà**: sono sedentarie il 22% delle donne con un basso livello d'istruzione a fronte del 16% di chi possiede il diploma/laurea.

Nel consumo di **alcol** l'associazione con i determinanti sociali è debole e complessa. Un livello di istruzione fino alla licenza media inferiore agisce da fattore protettivo per le donne: le astemie prevalgono tra chi ha una bassa istruzione (60% vs 48% delle diplomate/laureate) e la percentuale di consumatrici di alcol a maggior rischio è maggiore tra le diplomate/laureate (22% vs 11% di chi non ha proseguito oltre la scuola dell'obbligo). Tuttavia, negli uomini un basso livello d'istruzione è associato a quantità maggiori di alcol consumate.

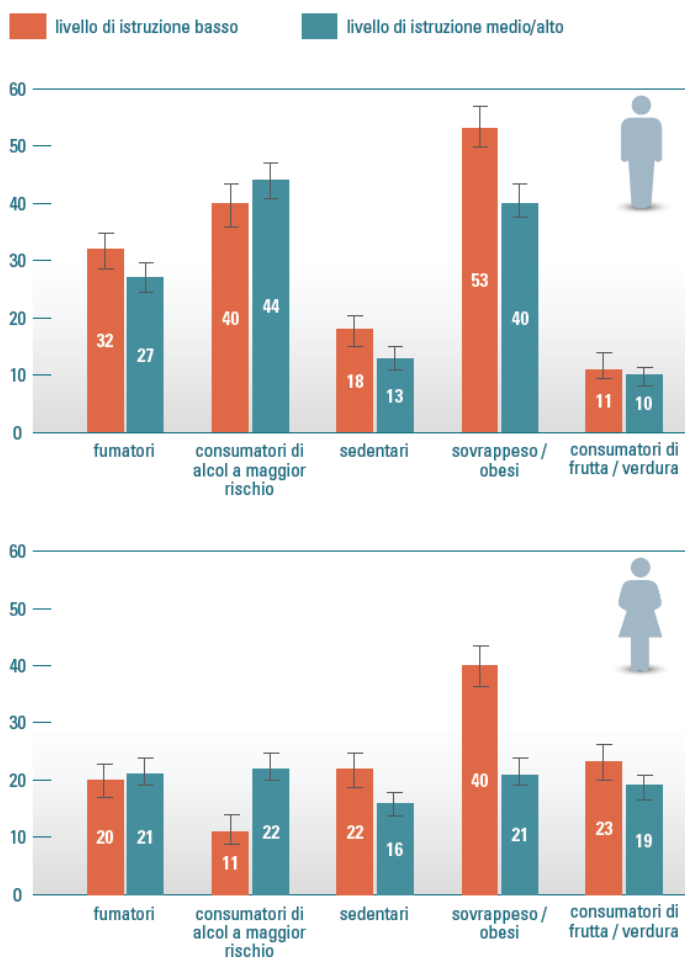
Il **consumo di frutta e verdura** nelle 5 porzioni giornaliere raccomandate dalle linee guida non è influenzato dal livello d'istruzione.

---

<sup>7</sup> Maciocco, Santomauro. La salute globale. Determinanti sociali e disuguaglianze. Ed Carrocci, 2014



## IMPATTO DELL'ISTRUZIONE SUI FATTORI DI RISCHIO PER MALATTIE CRONICHE



### La situazione economico lavorativa

Le difficoltà economiche favoriscono l'abitudine al **fumo**: è fumatore il 36% degli uomini e il 27% delle donne con difficoltà rispetto al 25% degli uomini e al 17% delle donne che non hanno difficoltà. Come per l'istruzione, le difficoltà economiche accentuano l'intensità nel fumare, specie negli uomini, in termini sia di numero medio di sigarette fumate (15 vs 12) che di presenza di forti fumatori (37% vs 20%). Inoltre tra gli uomini ha una maggiore propensione al fumo chi non lavora con regolarità (42%) rispetto a chi ha un lavoro regolare (30%).

Le difficoltà economiche costituiscono fattore di rischio per l'**eccesso ponderale**: è sovrappeso/obeso il 51% degli uomini con difficoltà rispetto al 43% di chi non ne ha, il 33% a fronte del 25% nelle donne.

Ancora le difficoltà economiche riducono negli uomini la probabilità di **consumare frutta e verdura** nelle 5 porzioni giornaliere raccomandate (8% con difficoltà vs 12% senza difficoltà). La situazione economica delle persone, invece, non influenza la **sedentarietà** e il **consumo di alcol**, anche se tra le donne la precarietà lavorativa aumenta il rischio di essere consumatrici di alcol a maggior rischio (32% vs 17% delle donne con un lavoro stabile).

IMPATTO DELLA SITUAZIONE ECONOMICA SUI FATTORI DI RISCHIO PER MALATTIE CRONICHE



Pensando di annullare le differenze dei determinanti sociali spostando tutta la popolazione nei livelli più favorevoli della scala sociale si otterrebbe in Trentino una riduzione del 24% di persone in eccesso ponderale (30.000 persone con problemi di peso in meno), del 19% dei fumatori (17.000 fumatori in meno) e del 6% di sedentari (3.500 sedentari in meno), senza effetti di rilievo sul consumo di alcol a maggior rischio e di frutta e verdura.

Da questo equity audit emerge quindi la necessità di prevedere azioni di mitigazione delle disuguaglianze soprattutto sui temi dell'eccesso ponderale, sul fumo di sigaretta e sulla sedentarietà.

## I programmi provinciali individuati per raggiungere gli obiettivi assegnati dal Piano nazionale della prevenzione

Tenendo conto del contesto epidemiologico trentino, delle indicazioni, degli obiettivi e dei principi del Piano nazionale di prevenzione e in seguito ad un confronto che ha coinvolto diverse strutture sia sanitarie (in primo luogo il Dipartimento di Prevenzione), sia extra-sanitarie, sono stati individuati i seguenti programmi che nel loro insieme coprono tutti gli obiettivi centrali assegnati dal Piano nazionale (vedi tabella 3).

1. Tavolo interdipartimentale di salute in tutte le politiche
2. Ospedali e Comunità "Amici dei Bambini"
3. Servizi vaccinali territoriali amici dei bambini
4. Screening neonatali
5. Scuola che promuove la salute
6. Aziende che promuovono la salute
7. Programma provinciale Guadagnare salute
8. Sicuri a casa, sulla strada e sul lavoro
9. Screening oncologici
10. Gestione delle emergenze
11. Ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie
12. Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare
13. Rafforzare le attività di prevenzione in sanità pubblica veterinaria
14. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute umana

I singoli programmi sono ulteriormente articolati in diverse linee di intervento, che a loro volta sono composti di singole azioni ed attività, coerenti e concorrenti al raggiungimento dell'obiettivo del programma e dei rispettivi obiettivi centrali del Piano nazionale.

Per ogni linea di intervento o azione viene specificato il contesto, il rationale, gli obiettivi, le evidenze scientifiche (qualora non si tratti di interventi definiti dal Piano nazionale, che ne ha già documentato l'efficacia), il setting, l'impatto sulle disuguaglianze (dove pertinente), e i partner di settori extrasanitari, laddove presenti. Viene inoltre specificato un indicatore "sentinella" che servirà per il monitoraggio dell'andamento del Piano da parte del Dipartimento salute e solidarietà della PAT nei confronti degli attori locali (si eseguirà un monitoraggio semestrale delle attività) e, annualmente, da parte del Ministero nei confronti del Dipartimento salute e solidarietà della PAT (come previsto dal Documento nazionale di valutazione) nonché un cronoprogramma di massima delle singole azioni. Per gli altri aspetti è stata lasciata ampia libertà ai referenti dei diversi programmi e linee di intervento.

Gli *indicatori di esito*, con valori baseline e atteso provinciale, sono contenuti nei singoli programmi e riassunti in una tabella inserita come allegato al documento (allegato 1). L'insieme dei singoli *indicatori sentinella*, che costituisce il piano di monitoraggio del Piano provinciale e sarà funzionale alla certificazione dell'andamento del Piano nei confronti del Ministero a partire dal 2016, è invece proposto sotto forma di tabella in un secondo allegato (allegato 2).

L'insieme dei programmi copre i diversi setting (servizio sanitario, scuola, lavoro, comunità) e abbraccia l'intero arco della vita. Inoltre, sono stati valutati i possibili effetti sulle disuguaglianze dei programmi e delle singole azioni, alcune delle quali sono finalizzate in maniera più specifica alla riduzione delle disuguaglianze (vedi tabella 1).

Il Piano provinciale della prevenzione ha un carattere fortemente intersettoriale: sono coinvolti numerosi attori extrasanitari (il mondo della scuola, le associazioni, diversi enti ed istituzioni) che sostengono le azioni contenute nei programmi del Piano provinciale della prevenzione e che concorrono alla realizzazione degli obiettivi integrando le attività dei diversi dipartimenti, servizi ed unità operative dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (vedi tabella 2).

Infine, il Piano provinciale della prevenzione dà evidenza dell'uso e del sostegno ai sistemi informativi e di sorveglianza che continua, infatti, a promuovere e a valorizzare.

I programmi provinciali sono coerenti con i principi del Piano nazionale che affermano il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società, sottolineano l'importanza dell'equità e delle basi scientifiche di efficacia degli interventi proposti e invitano allo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili.

Tabella 1: Programmi per setting, impatto sulle disuguaglianze e fascia di età maggiormente interessata

Programmi		Setting				Stima impatto sulle disuguaglianze	Età
		Sanità	Scuola	Lavoro	Comunità		
<b>Salute in tutte le politiche</b>						positivo	Tutte le età
<b>Ospedali e comunità amici dei bambini</b>						positivo	Età evolutiva
<b>Servizi vaccinali territoriali amici dei bambini</b>						positivo	Età evolutiva
<b>Screening neonatale</b>						neutro	Età evolutiva
<b>Scuola che promuove la salute</b>						positivo	Età evolutiva
<b>Aziende che promuovono la salute</b>						positivo	Età adulta
<b>Programma Guadagnare salute provinciale</b>						positivo	Tutte le età con azioni specifiche sugli anziani
<b>Prevenzione oncologica</b>						positivo	Età adulta
<b>Sicuri a casa, sulla strada, sul lavoro</b>						positivo	Tutte le età con azioni specifiche sugli anziani
<b>Salute-Ambiente</b>						neutro	
<b>Prevenzione e controllo malattie infettive</b>	<b>Sorveglianza malattie infettive</b>					positivo	Tutte le età
	<b>Vaccini</b>					neutro	Tutte le età
	<b>Antibiotici</b>					neutro	Tutte le età
<b>Sicurezza alimentare</b>	<b>Sistemi anagrafici</b>					neutro	
	<b>Piani e controlli</b>					neutro	
	<b>Audit</b>					neutro	
<b>Salute animale</b>	<b>Piani e protocolli</b>					neutro	
	<b>Randagismo</b>					neutro	
<b>Gestione delle emergenze</b>						neutro	Tutte le età

Tabella 2: Partner extrasanitari dei Programmi del Piano provinciale della prevenzione

<b>Programmi</b>	<b>Intersettorialità</b>
<b>Ospedali e Comunità "Amici dei Bambini"</b>	Ministero della Salute, Unicef Italia e Programma "Ospedali e Comunità Amici dei bambini", Associazione consulenti professionali di allattamento, Enti locali, Gruppi di aiuto tra pari, Associazioni, Farmacie
<b>Servizi vaccinali territoriali amici dei bambini</b>	mediatori culturali, associazioni culturali degli stranieri
<b>Scuola che promuove la salute</b>	Dipartimento della conoscenza; Assessorato all'istruzione, Istituzioni scolastiche
<b>Aziende che promuovono la salute</b>	INAIL, Rappresentanze sindacali, UPIPA, Fondazione Bruno Kessler, Fondazione De Marchi-UTEDT
<b>Programma Guadagnare salute provinciale</b>	UISP; Fondazione De Marchi-UTEDT, Associazione dei pazienti, Settore della ristorazione collettiva, Comuni e Comunità di Valle, Guide alpine
<b>Sicuri a casa, sulla strada, sul lavoro</b>	Tavolo interdipartimentale Salute in tutte le politiche; Enti locali; INAIL; Istituzioni scolastiche; Agenzia del Lavoro; Medici competenti; Consulenti per la sicurezza; associazioni di cittadini; ordini professionali; Comuni e Comunità di valle; Associazioni imprenditoriali; Rappresentanze sindacali; Comitato di coordinamento provinciale sicurezza sul lavoro; RLS; Enti bilaterali, ordini, collegi e associazioni di professionisti della sicurezza; INPS; Associazioni sindacali dei lavoratori e dei patronati; Associazioni di lavoratori ex esposti
<b>Salute-Ambiente</b>	APPA; Assessorato all'ambiente; Dipartimento territorio, agricoltura, ambiente e foreste; Comuni e Comunità di valle; associazioni di cittadini; Servizio valutazione impatto ambientale
<b>Sicurezza alimentare</b>	Tavolo interdipartimentale salute in tutte le politiche; APPA; IZS; Assessorato all'agricoltura; Dipartimento territorio, agricoltura, ambiente e foreste
<b>Salute animale</b>	Servizio foreste e fauna; IZS; Associazione cacciatori trentini; Comuni; Ordine dei medici veterinari; Enti e associazioni protezionistiche,
<b>Gestione delle emergenze</b>	Dipartimento protezione civile; Forze dell'ordine; APPA

UPIPA: Unione Provinciale Istituzioni per l'assistenza

UISP: Unione Sport per Tutti

RLS: Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza

APPA: Agenzia provinciale per la protezione dell'ambiente

IZS: Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Venezie

UTEDT: Università della terza età e del tempo disponibile

**Tabella 3: Programmi provinciali e copertura degli obiettivi centrali (per la descrizione e decodifica dei codici degli obiettivi centrali vedasi il capitolo "I macro-obiettivi e gli obiettivi centrali assegnati dal PNP alle regioni e province autonome")**

n.	DESCRIZIONE	OBIETTIVI CENTRALI n.	PROGRAMMI																		
			Salute in tutte le politiche	Ospedale e comunità amici dei bambini	Servizi vaccinali territoriali amici dei bambini	Screening neonatale	Scuola che promuove la salute	Aziende che promuovono la salute	Programma Guadagnare Salute provinciale	Prevenzione oncologica	Sicuri a casa, sulla strada, al lavoro	Salute - Ambiente	Prevenzione e controllo malattie infettive			Sicurezza alimentare			Salute animale		Gestione delle emergenze
													Sorveglianza malattie infettive	Vaccini	Antibiotici	Sistemi anagrafici	Piani e controlli	Audit	Piani e protocolli	Randagismo	
1	RIDURRE IL CARICO PREVENIBILE ED EVITABILE DI MORBOSITÀ, MORTALITÀ E DISABILITÀ DELLE MCNT	1.1	x																		
		1.2		x																	
		1.3		x			x														
		1.4		x				x	x												
		1.5		x				x	x												
		1.6		x				x	x												
		1.7		x				x	x												
		1.8		x				x	x												
		1.9		x				x	x												
		1.10						x	x												
		1.11							x												
		1.12							x	x											
		1.13							x	x											
		1.14							x	x											
		1.15							x	x											
2	RIDURRE LE CONSEGUENZE DEI DISTURBI NEUROSENSORIALI	2.1		x		x															
		2.2		x		x															
3	PROMUOVERE IL BENESSERE MENTALE NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI	3.1		x			x														
		3.2		x			x														
4	PREVENIRE LE DIPENDENZE (SOSTANZE, COMPORTAMENTI)	4.1		x			x														
5	PREVENIRE GLI INCIDENTI STRADALI E RIDURRE LA GRAVITÀ DEI LORO ESITI	5.1		x				x	x		x										
		5.2		x				x													
		5.3		x			x	x	x		x										

6	<b>PREVENIRE GLI INCIDENTI DOMESTICI</b>	6.1	X						X															
		6.2						x																
		6.3								x														
		6.4								x														
		6.5		X																				
7	<b>PREVENIRE INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI</b>	7.1								x	x													
		7.2									x													
		7.3						x	x															
		7.4						x																
		7.5						x																
		7.6						x																
		7.7										x												
		7.8										x												
8	<b>RIDURRE LE ESPOSIZIONI AMBIENTALI POTENZIALMENTE DANNOSE PER LA SALUTE</b>	8.1							x			x												
		8.2							x				x											
		8.3												x										
		8.4													x									
		8.5														x								
		8.6															x							
		8.7																x						
		8.8																	x					
		8.9																		x				
		8.10																			x			
		8.11																				x		
		8.12																				x		
9	<b>RIDURRE LA FREQUENZA DI INFEZIONI/MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE</b>	9.1																			x			
		9.2																				x		
		9.3																					x	
		9.4																					x	
		9.5																					x	
		9.6																					x	
		9.7		X	x																		x	
		9.8		X	x																		x	
		9.9																						x

		9.10																	x	
		9.11																	x	
		9.12																	x	
		9.13																x		
10	<b>RAFFORZARE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA PER ALCUNI ASPETTI DI ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE INTEGRATO DEI CONTROLLI</b>	10.1																	x	
		10.2																		x
		10.3																		x
		10.4																x		
		10.5																		x
		10.6																	x	
		10.7																		x
		10.8																		x
		10.9																		x
		10.10																		x
		10.11																		x
		10.12																		x



## 1 Tavolo interdipartimentale di salute in tutte le politiche

La promozione della salute non è, e non può essere, una responsabilità esclusiva dei servizi sociosanitari. A livello di Giunta provinciale dovranno essere definiti i meccanismi di raccordo, condivisione e programmazione unitaria tra i diversi livelli e dipartimenti (e/o assessorati). Ciò ha l'obiettivo, da un lato, di coordinare gli interventi che dimostrano di avere un impatto positivo sulla salute, garantendone unitarietà, intersectorialità e trasversalità e dall'altro, di definire le politiche di settore tenendo conto anche dell'impatto che gli interventi (procedure, progetti, iniziative) potranno avere in termini di salute.

**Obiettivi del programma.** Affrontare la promozione della salute in tutti i settori dell'amministrazione provinciale; istituire un tavolo interdipartimentale per valutare l'impatto sulla salute di politiche e strategie a tutti i livelli del governo provinciale; costruire un programma provinciale "salute in tutte le politiche" in accordo con le direttive nazionali (da definire nell'ambito delle azioni centrali di supporto al PNP - Intesa stato Regioni 13 novembre 2014). Questo obiettivo rappresenta anche l'implementazione operativa di un obiettivo del Piano per la salute del Trentino 2015-2025.

**Codice dell'obiettivo centrale di riferimento.** IC 1.1.

**Target.** Tutti i dipartimenti dei diversi assessorati dell'amministrazione provinciale.

**Setting.** Amministrazione pubblica.

**Intersettorialità.** È l'obiettivo centrale del programma.

**Disuguaglianze.** La promozione dell'equità in salute deve essere presa in considerazione in maniera trasversale individuando, durante l'elaborazione dei piani operativi, azioni ed indicatori specifici per gli interventi e i progetti proposti. A tal fine per ogni progetto dovrà essere esplicitato che tipo di impatto (positivo, negativo, neutrale) è atteso sulle disuguaglianze sociali e di genere, sulla discriminazione (in base alla religione, provenienza, orientamento sessuale) e sulla salute dei seguenti sottogruppi di popolazione: persone povere, immigrati, famiglie con bambini, persone fragili dal punto di vista fisico o mentale. Dovrà essere inoltre documentato come si intende monitorare l'impatto effettivo del progetto sulle disuguaglianze.

### Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice IC	Indicatore di esito	Fonte	Baseline PAT	Atteso PAT
1.1.1	Numero accordi quadro nazionali attivati	Da definire nell'ambito delle azioni centrali di supporto al PNP		

<b>Azioni</b>
<i>Azione 1: Individuazione dei componenti del tavolo</i>
<i>Azione 2: Formalizzazione del tavolo</i>
<i>Azione 3: Incontri in plenaria e in sottogruppi per la valutazione delle possibili azioni da includere in un programma di salute in tutte le politiche</i>
<i>Azione 4: Stesura di un report intermedio</i>
<i>Azione 5: Scelta di temi di approfondimento</i>
<i>Azione 6: Stesura di piani interdipartimentali operativi</i>
<i>Azione 7: Realizzazione delle azioni previste dai piani operativi</i>

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Presenza e realizzazione piano	-	Almeno un piano operativo	Realizzazione delle azioni previste	Realizzazione delle azioni previste

### **Cronoprogramma**

<b>Azioni</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Azione 1: Individuazione dei componenti del tavolo	x			
Azione 2: Formalizzazione del tavolo	x			
Azione 3: Incontri in plenaria e in sottogruppi per la valutazione delle possibili azioni da includere in un programma di salute in tutte le politiche	x			
Azione 4: Stesura di un report intermedio		x		
Azione 5: Scelta di temi di approfondimento;		x		
Azione 6: Stesura di piani interdipartimentali operativi		x		
Azione 7: Realizzazione delle azioni previste dai piani operativi			x	x

**Analisi dei rischi.** Come specificato nel PNP, la definizione, lo svolgimento e la valutazione di tale programma è subordinato alla presenza delle Azioni centrali propedeutiche.

## 2 Ospedali e Comunità “Amici dei Bambini”

**Contesto, razionale.** L'allattamento materno esclusivo alla dimissione dal punto nascita e fino al sesto mese compiuto e il mantenimento del latte materno come latte di prima scelta dopo l'introduzione dell'alimentazione complementare, prolungato oltre l'anno di vita secondo i criteri OMS, è universalmente considerato un irrinunciabile determinante di salute nonché un ottimo indicatore delle competenze culturali ed organizzative di una Comunità e di un Servizio sanitario che promuove e tutela la salute dell'infanzia e della famiglia. Sono notevoli le evidenze scientifiche che documentano le ricadute positive derivanti dall'allattamento sul benessere fisico, psicologico, sociale, nonché economico per i singoli, le famiglie, la comunità e di conseguenza anche per il sistema sanitario, con una sensibile riduzione della spesa.

La protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno sono pertanto oggi considerati tra gli interventi di salute pubblica più rilevanti in termini di efficacia e di rapporto costo/benefici e come tali sono raccomandati dall'OMS/Unicef, dalla Commissione Europea, dal Ministero, dalle Società Scientifiche e dalle principali Organizzazioni non governative a tutela della salute, occupando un ruolo centrale in un numero crescente di programmi di salute dei Governi e delle Regioni, secondo le Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno (21.12.2007) e le Linee di Indirizzo per la Promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo (16.12.2010), e dal Programma “Guadagnare Salute”, con riferimento all'avvio della corretta alimentazione. L'Ospedale e Comunità “Amici dei Bambini” è, inoltre, uno degli obiettivi della proposta di Piano per la salute del Trentino 2015-2025.

**Obiettivi centrali di riferimento.** La promozione e il sostegno dell'allattamento materno è prevista dal macroobiettivo 2.1 del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, (Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili) e concorre significativamente alla realizzazione del macroobiettivo 2.3 (Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani) e 2.9 (Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive).

**Obiettivi del programma.** Il gold standard universalmente riconosciuto e raccomandato per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno, del benessere del bambino e della genitorialità nei servizi sanitari è l'iniziativa OMS/UNICEF “Ospedali e Comunità Amici dei Bambini - Insieme per l'Allattamento” (Baby Friendly Hospital and Community Initiative, BFH&BFCI), promossa e condotta in Italia dal Comitato Italiano per l'Unicef. L'Iniziativa BFH&BFCI prevede una riorganizzazione del percorso nascita secondo le buone pratiche OMS/Unicef negli ospedali e nei servizi del territorio attraverso:

1. il pieno avvio dell'allattamento materno attraverso l'implementazione del programma standard OMS/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative nel maggior numero possibile dei Punti Nascita (attività di formazione, riorientamento dell'offerta nei percorsi nascita, audit esterno a cura di UNICEF Italia). L'indicatore di riferimento è la prevalenza dell'allattamento materno esclusivo alla dimissione, riconosciuta precondizione della durata.
2. il mantenimento e la durata nel tempo dell'allattamento materno in particolare attraverso la promozione del programma OMS/UNICEF Baby Friendly Community Initiative. L'indicatore di riferimento è la prevalenza dell'allattamento materno esclusivo al 6° mese di vita del bambino.

I programmi BFHI e BFCI includono la produzione e la distribuzione di materiale divulgativo, la formazione del personale a contatto con gestanti, madri e bambini e l'adesione a specifiche politiche e protocolli, l'attivazione di un sistema di monitoraggio secondo le linee OMS/UNICEF.

Nel 2005 le Linee guida provinciali per la promozione dell'allattamento materno (obiettivo 1 , punto 3 assegnata dalla PAT all'APSS) prevedevano l'implementazione della Buone pratiche BFH nei Punti nascita della Provincia Autonoma di Trento, compresa la formazione mirata degli operatori secondo gli standard OMS. Nell'ottobre 2009 l'Ospedale S. Chiara di Trento ha aderito al percorso BFH raggiungendo nel luglio 2014 il pieno raggiungimento degli standard di qualità previsti da percorso e diventando così l'unico ospedale in Trentino riconosciuto BFH e il più importante a livello nazionale dei 23 attualmente riconosciuti, per numero di nati e per complessità.

Nel corso del 2014 il Ministero della salute ha condotto una Survey nazionale sull'allattamento al seno nelle strutture sanitarie in Italia al fine di verificare quale sia stata l'applicazione a livello regionale degli interventi raccomandati dalla Linee guida nazionali del 2007 per l'allattamento materno, compreso il monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno e degli interventi strutturali di promozione e sostegno, in particolare l'adesione alla BFH&BFHI. Dai dati relativi alla Provincia Autonoma di Trento, emergono in particolare: tassi di allattamento esclusivo alla nascita disomogenei nei diversi punti nascita (dal 73.1% all'84.7% del S. Chiara), con modalità di rilevazione diverse nelle compilazione del certificato di assistenza al parto (CEDAP); scarsa prevalenza di operatori formati secondo standard OMS nei diversi punti nascita (da 0% al 97% del S. Chiara), tassi di allattamento materno esclusivo a 6 mesi di vita discordanti (9.9% secondo uno studio campionario condotto dall'attuale Servizio di epidemiologia clinica e valutativa dell'APSS nel 2006 contro 53.2%, valore riportato nelle schede pediatriche dei 12 mesi); disomogenea presenza di gruppi di sostegno tra pari e di consulenti professionali in allattamento. Non esistono al momento Comunità BF e l'unico ospedale riconosciuto BFH è attualmente l'ospedale di Trento, che - in stretta collaborazione con i servizi sociosanitari del territorio e la comunità - ha adottato una policy specifica per l'allattamento materno e la corretta alimentazione infantile, procedure e protocolli per gli operatori, materiali aggiornati per i genitori, rilevando i tassi di allattamento materno rigorosamente secondo gli standard OMS.

**Evidenze di efficacia degli interventi previsti.** Raccomandazioni e letteratura riguardo il capitale in salute rappresentato dall'allattamento materno sono presenti in tutti i principali programmi di sanità pubblica, sia a livello internazionale che nazionale, e la BFHI è riconosciuta come il più efficace strumento di salute pubblica per la promozione dell'allattamento materno (revisione Cochrane grado di evidenza 1++, grado di raccomandazione A). Dato il riconosciuto capitale di salute nel breve e lungo periodo per la riduzione di mortalità e di morbilità del bambino e dalla madre, il programma è particolarmente costo efficace, come dimostrato da importanti studi internazionali.

**Beneficiari.** Bambini, mamme, famiglie, comunità, sistema sanitario, ambiente.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Il progetto prevede che tutte le donne in gravidanza, le madri e i padri vengano informati in modo indipendente, protetti e sostenuti rispetto all'allattamento al seno e alla nutrizione del bambino: in particolare viene richiesto che si mettano in atto azioni per raggiungere la popolazione più svantaggiata, rappresentata da sottogruppi di donne straniere (corsi per mamme straniere in gravidanza, traduzione del materiale informativo nelle lingue più diffuse nel territorio, presenza di mediatori culturali a sostegno degli operatori sanitari), e da donne in maggior difficoltà per condizioni familiari, prevedendo misure di sostegno.

**Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione.**

- Autovalutazione dei tassi di allattamento alla dimissione dal Punto Nascita (CEDAP, sistemi di rilevazione aziendali) secondo le definizioni OMS
- Report sullo stato di avanzamento dell'implementazione degli Standard OMS (10 Passi BFHI e 7 Passi BFHI) nei Punti Nascita e nella Comunità
- Valutazione Unicef per il superamento delle Fasi previste dal percorso
- Rilevazione tasso di allattamento materno a sei mesi ed oltre: Survey periodiche

(interviste telefoniche, Bilanci di salute PLS, Sistema di Sorveglianza presso il servizio di vaccinazioni, da sperimentare).

### Obiettivi specifici.

- Promuovere l'allattamento materno esclusivo alla dimissione dal Punto Nascita tramite l'applicazione delle buone pratiche raccomandate dall'OMS/Unicef e previste dall'iniziativa BFH.
- Promuovere l'allattamento materno esclusivo fino al 6° mese compiuto e il mantenimento del latte materno come latte di prima scelta dopo l'introduzione dell'alimentazione complementare, in modo prolungato secondo i criteri OMS, tramite l'applicazione delle buone pratiche raccomandate dall'OMS/Unicef e previste dall'iniziativa BFC.
- Migliorare il sistema di monitoraggio dei tassi di allattamento alla dimissione dal punto nascita e nel corso del primo anno di vita

Questi obiettivi vengono perseguiti attraverso **3 azioni**:

1. Mantenere gli standard OMS/Unicef raggiunti dall'Ospedale di Trento e implementare l'Iniziativa OMS/UNICEF "Ospedali Amici dei Bambini" presso tutti i Punti nascita della Provincia Autonoma di Trento
2. Promuovere l'Iniziativa OMS/UNICEF "Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno" presso tutti i Distretti sanitari della Provincia Autonoma di Trento
3. Migliorare il sistema di monitoraggio dei tassi di allattamento alla dimissione dal punto nascita e nel corso del primo anno di vita.

### Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice	Indicatore di esito	Baseline provinciale	Atteso provinciale	Fonte	Note
1.2.1	Prevalenza di donne con figli minori di 6 anni che riferiscono di aver allattato al seno per sei mesi o più	10% (indagine ad hoc) 53% (schede pediatriche)	>=13% (indagine ad hoc) 66% (schede pediatriche)	Indagine locale ad hoc, schede pediatriche	Disomogeneità delle stime dovuto allo strumento d'indagine e alle definizioni

**Analisi dei rischi.** Situazioni di disomogeneità locali dei singoli Punti Nascita e delle realtà territoriali, problemi organizzativi e di risorse, difficoltà di sottoporsi alla valutazione esterna Unicef e a rispettare il Codice Internazionale della commercializzazione dei sostituti del latte materno. Il Programma richiede un finanziamento per le attività di riorganizzazione delle risorse presenti che impegnano sul piano della formazione, del riorientamento dell'assistenza, della produzione di materiale, del monitoraggio e della valutazione sia interna che esterna.

### Azione 1: Mantenimento degli standard OMS/Unicef raggiunti dall'Ospedale di Trento e implementazione dell'Iniziativa OMS/UNICEF "Ospedali Amici dei Bambini" presso tutti i Punti nascita della Provincia Autonoma di Trento

L'Iniziativa Ospedali Amici dei Bambini prevede l'applicazione di Dieci Passi di seguito descritti, il rispetto del Codice Internazionale per la Commercializzazione dei sostituti del latte materno, e l'applicazione delle Cure Amiche della Madre durante il travaglio, in sala parto e durante la degenza in ospedale.

#### I Dieci Passi:

1. Definire una politica aziendale e dei protocolli scritti per l'allattamento al seno e farli conoscere a tutto il personale;
2. Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo;
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno;
4. Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita e per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario;
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dal loro bambino;
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica;
7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (*rooming in*), in modo che trascorrono insieme 24 ore su 24 durante la permanenza in ospedale;
8. Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento;
9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento;
10. Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, gruppi di sostegno e le comunità locali per creare gruppi di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.

Gli step della valutazione esterna da parte di Unicef si suddividono in tre fasi:

1. Fase 1: Valutazione della documentazione;
2. Fase 2: Valutazione delle competenze acquisite dagli operatori attraverso la formazione;
3. Fase 3: Valutazione dell'assistenza globale offerta alle donne in gravidanza, alle madri e ai bambini

La rivalutazione periodica da parte di Unicef è prevista entro 36 mesi dalla certificazione.

**Target.** Coppie di futuri genitori e neogenitori, neonati, operatori dei Punti nascita.

**Setting.** Punti nascita.

**Intersettorialità.** Ministero della Salute, Unicef Italia e Programma "Ospedali e Comunità Amici dei bambini", Associazione consulenti professionali di allattamento, Enti locali, Gruppi di aiuto tra pari, Associazioni, Farmacie.

#### Indicatore sentinella

Ospedali amici dei bambini	Fonte	2015	2016	2017	2018
Formazione specifica degli operatori (ospedale) secondo Standard Unicef (numero degli operatori formati secondo il proprio ruolo/numero degli operatori totali a contatto con gestanti, madri e bambini)	Survey per ogni Punto nascita	-	>25%	>50%	>75%

## Cronoprogramma

### Ospedale di Trento

Azioni	2015	2016	2017	2018
Costituzione del comitato permanente BFHI	x			
Mantenimento della formazione prevista da standard Unicef	x	x	x	x
Monitoraggio delle conoscenze e competenze degli operatori (interviste agli operatori)		x	x	x
Monitoraggio dell'assistenza offerta alle donne in gravidanza, madri e bambini (interviste alle donne in gravidanza e alle madri)		x	x	x
Monitoraggio dei tassi di allattamento alla dimissione e degli standard BH	x	x	x	x
Rivalutazione esterna di Unicef			x	

### Altri Punti nascita

Azioni	2015	2016	2017	2018
Costituzione del Comitato provinciale allattamento materno e dei gruppi di Comitati di progetto BFH locali	x			
Elaborazione delle Linee di indirizzo provinciali per l'allattamento materno		x		
Monitoraggio dei tassi di allattamento alla dimissione e degli standard BH nei singoli punti nascita		x	x	x
Formazione degli operatori secondo gli standard OMS/Unicef		x	x	x
Diffusione della politica aziendale e delle procedure e protocolli operativi diffusione dei materiali per i neogenitori		x	x	x
Valutazione Unicef fase 1			x	x
Valutazione Unicef fase 2			x	x
Valutazione Unicef fase 3				x

### Azione 2: Promozione dell'Iniziativa OMS/UNICEF "Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno" presso tutti i Distretti sanitari della Provincia Autonoma di Trento

L'Iniziativa Comunità Amica dei Bambini prevede l'applicazione di Sette Passi di seguito descritti e il rispetto del Codice Internazionale per la Commercializzazione dei sostituti del latte materno. L'esperienza della BFCI in Italia è di recente introduzione, attualmente sono 5 le Comunità riconosciute BF.

I Sette Passi:

1. Definire una politica aziendale per l'allattamento al seno e farli conoscere a tutto il personale;
2. Formare tutto il personale per attuare la Politica Aziendale;

3. Informare tutte le donne in gravidanza e le loro famiglie sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno;
4. Sostenere le madri e proteggere l'avvio dell'allattamento al seno;
5. Promuovere l'allattamento al seno esclusivo fino ai sei mesi compiuti, l'introduzione di adeguati alimenti complementari oltre i 6 mesi e l'allattamento al seno prolungato;
6. Creare ambienti accoglienti per favorire la pratica dell'allattamento al seno;
7. Promuovere la collaborazione tra il personale sanitario, i gruppi di sostegno e la comunità locale.

Gli step della valutazione esterna da parte di Unicef si suddividono in tre fasi:

Fase 1: Valutazione della documentazione;

Fase 2: Valutazione delle competenze acquisite dagli operatori attraverso la formazione

Fase 3: Valutazione dell'assistenza globale offerta alle donne in gravidanza, alle madri e ai bambini

**Target.** Coppie di futuri genitori e neogenitori, bambini (fino a due anni ed oltre), operatori dei Servizio sociosanitari territoriali a contatto con gestanti, mamme e bambini.

**Setting.** Servizio sociosanitari territoriali, Comunità.

**Intersettorialità.** Ministero della Salute, Unicef Italia e Programma "Ospedali e Comunità Amici dei bambini", Servizio Cure primarie, Pediatria di libera scelta e Medicina generale, Consulenti, Associazione consulenti professionali di allattamento, Enti locali, Gruppi di aiuto tra pari, Associazioni, Farmacie.

### Indicatore sentinella

Comunità amici dei bambini	Fonte	2015	2016	2017	2018
Formazione specifica degli operatori (comunità) secondo Standard Unicef (numero degli operatori formati secondo il proprio ruolo/numero degli operatori totali a contatto con gestanti, madri e bambini)	Survey per ogni Distretto	-	>25%	>50%	>75%

### Cronoprogramma

Attività	2015	2016	2017	2018
Costituzione del Comitato provinciale allattamento materno e dei gruppi di Comitati di progetto BFC locali	x			
Elaborazione delle Linee di indirizzo provinciali per l'allattamento materno		x		
Monitoraggio dei tassi di allattamento durante il primo anno di vita		x	x	x
Formazione degli operatori secondo gli standard OMS/Unicef		x	x	x
Diffusione della politica aziendale, delle procedure e protocolli operativi, dei materiali per i genitori		x	x	x
Valutazione Unicef fase 1			x	x
Valutazione Unicef fase 2			x	x
Valutazione Unicef fase 3				x



### **Azione 3: Migliorare il sistema di monitoraggio dei tassi di allattamento alla dimissione dal punto nascita e nel corso del primo anno di vita**

Attualmente il sistema di monitoraggio provinciale dei tassi di allattamento materno presenta alcune criticità, sia alla dimissione dal Punto nascita che nel corso del primo anno di vita, nonostante esistano da anni diversi flussi informativi dedicati. Per quanto riguarda il rilevamento alla nascita tramite il Certificato di assistenza al parto, questo viene compilato tenendo conto di strumenti di rilevazioni disomogenei e di recall period non uniformi; anche le definizioni OMS risultano applicate non sempre in maniera appropriata. Analogamente le schede informative annesse al libretto pediatrico e compilate dai Pediatri di Famiglia in occasione del bilancio di salute a 12 mesi, inviate ai Distretti sanitari e quindi elaborate dal Servizio di epidemiologia clinica e valutativa dell'APSS, presentano diverse criticità: le ultime schede elaborate si riferiscono al triennio 2003-2005 e riportano percentuali di allattamento materno significativamente diverse da quelle indicate da uno studio campionario condotto negli stessi anni dal servizio di epidemiologia clinica e valutativa oltre ad un'ampia disomogeneità nella compilazione riferita al momento della rilevazione, al recall periodico, e definizioni usate. Dall'ultima elaborazione dei dati delle schede informative relative all'anno 2006, i tassi di allattamento materno esclusivo a 6 mesi risulterebbero pari al 53.2% (vs 9.9% dello studio campionario).

Si rende pertanto indispensabile provvedere al miglioramento dell'attuale sistema di rilevamento, in particolare riferito ai tassi di allattamento nel corso del primo anno di vita, analogamente a quando già in atto in altre province e regioni italiane. L'attuale sistema di monitoraggio dell'allattamento materno, in particolare nel corso del primo anno di vita presenta diverse criticità e diversi sono i partner coinvolti. Solo dal confronto tra i diversi partner potranno emergere le azioni di miglioramento necessarie.

**Target.** Servizi sociosanitari dell'ospedale e del territorio, Servizio di epidemiologia clinica e valutativa, UU.OO. di Igiene e Sanità pubblica, Dipartimento materno-infantile.

**Setting.** Servizio sanitario.

**Intersettorialità.** Ministero della Salute, Unicef Italia e Programma "Ospedali e Comunità Amici dei bambini", Servizio di Epidemiologia clinica e valutativa, Servizi territoriali di vaccinazioni, Pediatria di libera scelta.

#### **Indicatore sentinella**

<b>Monitoraggio allattamento al seno</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Disponibilità dei dati di monitoraggio allattamento al seno secondo definizioni OMS	Report annuale allattamento al seno	-	presente	presente	presente

#### **Cronoprogramma**

<b>Attività</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Istituzione di un gruppo di lavoro composto di tutti i servizi coinvolti (Epidemiologia clinica e valutativa, vaccinazioni, Dipartimento pediatrico)		x		
Elaborazione di un sistema monitoraggio affidabile e sostenibile nel tempo		x		
Monitoraggio dei tassi di allattamento nel primo anno di vita secondo definizioni OMS attraverso le modalità concordate		x	x	x

### 3 Servizi vaccinali territoriali amici dei bambini

Questo obiettivo si divide in due linee operative:

1 - Adozione di procedure per il controllo del dolore da vaccinazione

2 - Vaccinazione e profilassi dei bambini/adolescenti di seconda generazione che viaggiano nei paesi di origine dei genitori a rischio di epatite A e malaria

#### **Linea operativa 1: Adozione di procedure per il controllo del dolore da vaccinazione**

##### **Contesto, rationale e obiettivi.**

L'attenzione sul controllo del dolore migliora la percezione sulla qualità dei servizi vaccinali da parte dei genitori e dei bambini e può avere un effetto favorevole indiretto sull'adesione alle vaccinazioni. Il contesto nazionale e aziendale è favorevole a iniziative sul controllo del dolore ed è un diritto del bambino non provare dolore inutile durante le vaccinazioni. A tutte le età uno stimolo doloroso lascia traccia nella memoria e a parità di stimolo doloroso, il neonato ed il bambino piccolo percepiscono più dolore rispetto alle età successive. Inoltre è un bisogno dell'operatore sanitario quello di controllare il dolore durante le vaccinazioni in presenza di tecniche di provata efficacia.

Questa buona prassi è già in essere in uno degli ambiti territoriali dell'APSS di Trento, il distretto Centro Sud che conta 3 servizi vaccinali (Vallagarina-Alto Garda e Ledro-Giudicarie e Rendena e circa 1800 nati /anno - dati 2013).

Nel territorio dell'APSS di Trento si contano complessivamente 10 servizi vaccinali (Trento, Vallagarina, Alto Garda e Ledro, Giudicarie-Rendena, Val di Non-Val di Sole, Rotaliana-Paganella- Cembra, Alta Valsugana, Bassa Valsugana, Val di Fiemme-Fassa, Primiero). L'obiettivo è quello di estendere il protocollo operativo della vaccinazione senza dolore a tutti i servizi vaccinali del Trentino.

**Codice dell'obiettivo centrale di riferimento.** 9.7, 9.8.

##### **Evidenze di efficacia degli interventi previsti.**

1. Communicable Disease Control Immunization Program Section IV – Administration of Biological Products CDC January 2010
2. Communicable Disease Control Immunization Program Section IVB – Reducing Immunization Injection Pain CDC June 2012
3. Taddio, A. et al. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. CMAJ, 182(18), E843-E855.
4. N. L. Schechter et al.(2007) Pain reduction during Pediatric Immunization; Evidence-Based review and Recommendations. Pediatrics

**Beneficiari.** Bambini fino a 11 anni, genitori, operatori dei servizi vaccinali.

**Impatto sulle disuguaglianze.** I servizi vaccinali che adottano la procedura possono garantire a tutti i bambini e i loro genitori il controllo del dolore da vaccinazione. Non si registrano disuguaglianze sociali di accesso ai servizi vaccinali o in relazione alle coperture vaccinali.

##### **Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.**

Monitoraggio con schede di controllo e scale del dolore

Questionario di gradimento per i genitori.

**Setting.** Ambulatori dei servizi vaccinali.

<b>Azioni</b>
<i>Azione 1: Analisi della letteratura e delle evidenze</i>
<i>Azione 2: Formazione personale dei servizi vaccinali</i>
<i>Azione 3: Adozione formale della procedura nei servizi vaccinali</i>
<i>Azione 4: Applicazione della procedura nei servizi vaccinali</i>
<i>Azione 5: Valutazione e riesame delle criticità</i>

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Numero di servizi vaccinali che hanno adottato la procedura / totale dei servizi	documento	3/9	4/9	5/9	6/9

### **Cronoprogramma**

<b>Linea operativa1: Adozione di procedure per il controllo del dolore da vaccinazione</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/ Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Analisi della letteratura e delle evidenze	Gruppo di coordinamento	PLS Pediatri Ospedalieri Infermiere pediatriche	x			
Formazione personale dei servizi vaccinali	Personale medico e infermieristico Igiene Pubblica	PLS Infermiere pediatriche	x	x	x	
Adozione formale della procedura nei servizi vaccinali	Direttore di Dipartimento/ Distretti		x	x	x	
Applicazione procedura	Igiene Pubblica distretto aderente			x	x	x
Riesame delle criticità	Gruppo di coordinamento			x	x	x

### **Linea operativa 2: Vaccinazione e profilassi dei bambini/adolescenti di seconda generazione che viaggiano nei paesi di origine dei genitori a rischio di epatite A e malaria**

#### **Contesto, rationale e obiettivi**

La deliberazione della Giunta Provinciale n. 1096 di data 01/06/2005 prevede l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antiepatite A ai bambini e adolescenti a rischio (stranieri che prevedono viaggi nei paesi di origine e nomadi). I bambini stranieri sono da considerare a tutti gli effetti bambini viaggiatori ai quali vanno proposte le misure di profilassi normalmente offerte ai viaggiatori internazionali.

Le famiglie straniere provenienti da aree ad alta endemia tendono a sottovalutare il rischio delle malattie infettive (in particolare malattie trasmesse da vettori e epatite A) per i propri

figli nati in Italia e raramente chiedono la consulenza dell'ambulatorio dei viaggiatori. Obiettivo è quindi quello di garantire l'offerta a tutti bambini stranieri che compiono viaggi nei paesi di origine dei genitori migranti le appropriate misure di prevenzione della malaria e dell'epatite A.

**Codice dell'obiettivo centrale di riferimento.** 9.7, 9.8.

**Evidenze di efficacia degli interventi previsti.** PNLG documento di indirizzo: l'uso del vaccino antiepatite A in Italia.

**Beneficiari.** Bambini stranieri viaggiatori e loro genitori, operatori dei servizi vaccinali, PLS, collettività scolastiche.

**Impatto sulle disuguaglianze.** L'offerta attiva e gratuita può ridurre le disuguaglianze in considerazione della possibilità di accedere alla vaccinazione gratuitamente fino ai 16 anni. Inoltre tale attività affronta un problema specifico di un gruppo vulnerabile della popolazione.

**Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.** NSIS-Premal – Anagrafe vaccinale.

**Obiettivi specifici**

- Offerta attiva della vaccinazione antiepatite A in ogni occasione opportuna utilizzando materiale informativo;
- Informazione delle comunità straniere sui rischi sanitari dei viaggi di rientro, in particolare Epatite A e malaria

<b>Azioni</b>
<i>Azione 1: Preparazione materiale informativo sulla vaccinazione antiepatite A</i>
<i>Azione 2: Offerta della vaccinazione antiepatite A ai genitori stranieri che prevedono viaggi di rientro nei paesi di origine con i propri figli in ogni occasione opportuna (vaccinazioni del primo anno e del secondo anno e del 5°anno)</i>
<i>Azione 3: Conduzione di incontri informativi con gruppi di stranieri sui rischi sanitari dei viaggi di rientro</i>
<i>Azione 4: Incontri con i Pediatri del territorio e ospedalieri</i>
<i>Azione 5: Consulenze ai viaggiatori stranieri</i>

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Numero di vaccini anti-epatite A somministrate/anno in età pediatrica	Ippocrate vaccinazioni	Dato rilevato	Dato rilevato	Dato rilevato	Dato rilevato

**Target.** Bambini e adolescenti e i loro genitori di origine straniera, pediatri.

**Setting.** Ambulatori vaccinali, ambulatori dei PLS, scuole territoriali per gli stranieri, luoghi di ritrovo delle comunità straniere, ambulatori dei viaggiatori internazionali.

**Intersettorialità.** Mediatori culturali, associazioni culturali degli stranieri.

<b>Linea operativa 2: Aumentare l'adesione alla vaccinazione anti-epatite A e alla profilassi anti-malarica nei bambini e negli adolescenti stranieri</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/ Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Preparazione materiale informativo sulla vaccinazione anti-epatite A	Personale medico e infermieristico Igiene Pubblica	URP	x			
Preparazione materiale informativo per gli incontri con gli stranieri sui rischi infettivi dei viaggi	Personale medico e infermieristico Igiene Pubblica		x			
Incontri informativi con gli stranieri i sui rischi infettivi dei viaggi	Personale medico e infermieristico Igiene Pubblica			x	x	x
Offerta della vaccinazione anti-epatite A durante le vaccinazioni pediatriche	Personale medico e infermieristico Igiene Pubblica		x	x	x	x
Incontri con i Pediatri del territorio e ospedalieri	Personale medico Igiene Pubblica			x	x	x
Consulenze ai viaggiatori stranieri	Personale medico Igiene Pubblica		x	x	x	x

## 4 Screening neonatali

**Questo programma si suddivide in tre linee operative:**

1. Screening audiologico
2. Screening oftalmologico
3. Screening funzionalità tiroidea (TSH)

**Codice dell'obiettivo centrale di riferimento.** OC 2.1; 2.2; 10.10

### 4.1 Screening audiologico

**Contesto, razionale e obiettivi.** Il deficit uditivo permanente infantile è una condizione patologica grave, che presenta un potenziale impatto negativo sullo sviluppo del linguaggio, ma anche su quello cognitivo e relazionale del bambino e colpisce circa 1-3 neonati su 1000, anche se nati da famiglie senza storia di sordità. Questa percentuale sale a valori del 4-5% nel caso di neonati con fattori di rischio audiologico o ricoverati nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatali. Il 50% di queste sordità permanenti non riconosce alcuno dei 10 fattori di rischio di sordità congenita. Lo scopo di uno screening audiologico neonatale universale è quello di identificare il più precocemente possibile il maggior numero di bambini con disturbi bilaterali permanenti dell'udito.

Una ipoacusia congenita "significativa", tale cioè da ostacolare lo sviluppo del linguaggio, è definita come ipoacusia permanente bilaterale superiore o uguale nell'orecchio migliore a 40 dB sulle frequenze 0.5 - 1 - 4 kHz.

Lo screening uditivo neonatale si avvale delle emissioni otoacustiche automatiche evocate da stimoli transienti (A-TEAOE). Si tratta di una metodica di valutazione oggettiva, non invasiva, dotata di alta sensibilità e specificità. Il test delle emissioni otoacustiche automatiche evocate misura la funzionalità delle cellule cigliate esterne della coclea, è rapido, richiede pochi minuti, non doloroso, non fastidioso, si esegue preferibilmente durante il sonno del neonato e dà un risultato immediato. L'esame deve essere effettuato da personale addestrato, in genere prima della dimissione dal punto nascita. L'esito del test viene riferito come PASS (funzionalità delle cellule cigliate esterne integra) o come REFER (funzionalità delle cellule cigliate esterne dubbie o alterate). Quest'ultimo risultato non implica necessariamente un danno cocleare, ma segnala la necessità di eseguire ulteriori accertamenti. L'aggiunta degli ABR<sup>8</sup> automatici alle emissioni otoacustiche permette di ridurre il numero di falsi positivi che dovranno essere sottoposti alle indagini audiologiche di approfondimento. I potenziali evocati uditivi del tronco automatici rappresentano la risposta elettrofisiologica del nervo VIII e delle vie uditive del tronco encefalico a stimoli acustici. L'esito del test è PASS o REFER. Il risultato PASS è indicativo di normale funzionamento delle vie uditive centrali ed è indice indiretto di funzione cocleare. L'esito REFER indica la necessità di eseguire accertamenti più approfonditi.

**Obiettivo.** Effettuare lo screening audiologico neonatale universale in tutti i punti nascita della Provincia

**Codice dell'obiettivo centrale di riferimento.** OC 2.1

Il modello provinciale individuato prevede un percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo articolato in:

- Centri di primo livello (Punti nascita), deputati all'esecuzione del test di screening audiologico.
- Centri di secondo livello (U.O.C di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale di Trento e di Rovereto), nei quali sono effettuati i test di conferma e di approfondimento diagnostico.

<sup>8</sup> ABR: Auditory Brainstem Response rileva i livelli di attività elettrofisiologica in risposta a uno stimolo sonoro

- Centro di terzo livello (U.O.C. di Otorinolaringoiatria dell’Ospedale di Rovereto), dove viene effettuata la protesizzazione.

Il PRP 2014-2018 dovrà prevedere l’attivazione dello screening audiologico universale in tutti i punti nascita della rete provinciale e l’implementazione del percorso di cura e riabilitazione dei soggetti ipoacusici.

**Beneficiari.** Bambini, genitori.

**Setting.** Punti nascita degli ospedali della provincia

**Impatto sulle disuguaglianze.** Tutti i neonati nella Provincia di Trento, sia residenti che non, hanno il diritto di accedere allo screening audiologico universale.

**Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.**

Flusso informativo sviluppato ad hoc per la raccolta dei dati ed il flusso informativo (vedi azione 2).

- Registrazione dei dati screening sulla cartella clinica dei punti nascita , registrazione dati screening sul libretto pediatrico, registrazione esito screening sul SIO.
- Elaborazione dati annuali a cura del Servizio epidemiologia clinica e valutativa dell’APSS.
- Monitoraggio del percorso di cura e riabilitazione a cura del Centro di Riferimento Provinciale di terzo livello (U.O.C. Otorinolaringoiatria dell’Ospedale di Rovereto).

<b>Azioni</b>
<i>Azione 1: Acquisizione della strumentazione per screening audiologico</i>
<i>Azione 2: Predisposizione di un data base appropriato a garantire la raccolta dei dati ed il flusso informativo</i>
<i>Azione 3 Elaborazione delle procedure operative per l’esecuzione corretta dello screening e la implementazione del percorso diagnostico-terapeutico dei casi dubbi/positivi individuati</i>
<i>Azione4: Effettuazione dei corsi di formazione rivolti ad operatori selezionati</i>
<i>Azione 5: Attivazione dello screening audiologico neonatale universale in tutta la Provincia</i>
<i>Azione 6: Valutazione dei risultati dello screening</i>

**Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici**

<b>Codice IC</b>	<b>Indicatore di esito</b>	<b>Dato Osservato</b>	<b>Atteso PAT</b>
2.1.1	Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale	--	100%
2.1.2	Proporzione di soggetti ipoacusici individuati dallo screening e presi in carico	--	100%

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Operatori formati / operatori selezionati per la formazione	Verifica interna	50%	70%	90%	100%
Neonati sottoposti allo screening / nuovi nati	Flusso informativo specifico	0%	50%	75%	100%

## Cronoprogramma

Screening audiologico provinciale						
Attività	Responsabili /Referenti	Altri attori	2015	2016	2017	2018
Azione 1: Acquisizione della strumentazione per screening audiologico	Dipartimento di pediatria		X			
Azione 2: Predisposizione di un data base appropriato a garantire la raccolta dei dati ed il flusso informativo	Dipartimento di pediatria	Servizio Sistemi Informativi APSS	x			
Azione 3: Elaborazione delle procedure operative per l'esecuzione corretta dello screening e la implementazione del percorso diagnostico-terapeutico dei casi dubbi/positivi individuati	Dipartimento di pediatria		x			
Azione4: Effettuazione dei corsi di formazione rivolti ad operatori selezionati	Dipartimento di pediatria	Servizio Formazione e APSS	x	x	x	x
Azione 5: Attivazione dello screening audiologico neonatale universale in tutta la Provincia	Dipartimento di pediatria			x		
Azione 6: Valutazione dei risultati dello screening	Dipartimento di pediatria			x	x	x

### 4.2 Screening oftalmologico

**Contesto, razionale e obiettivi.** In Italia si stima che 4,5 soggetti ogni 1000 residenti siano ipovedenti. L'impatto psicosociale dell'ipovisione è molto rilevante. L'identificazione precoce delle cause dei disturbi oftalmologici alla base dell'ipovisione permette interventi più efficaci sia nel trattamento che nella riabilitazione.

Lo stato Italiano con la legge n. 284 del 1997 ha riconosciuto l'utilità della prevenzione dell'ipovisione e della cecità e l'OMS nel Global Action Plan 2014-2019 ha sollecitato gli Stati ad attivare un Piano Nazionale per la prevenzione in campo oftalmologico.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 ha previsto come strategia di intervento lo screening oftalmologico in epoca neonatale e fino al compimento del 3° anno di vita.

Lo screening oftalmologico alla nascita e nell'età evolutiva si avvale dell'esecuzione di: test del riflesso rosso (eseguito mediante oftalmologia diretta), ispezione esterna (degli occhi e della facies), esame pupillare, esame dei riflessi corneali (test di Hirschberg); a partire dai 6



mesi di vita screening strumentale mediante videorefrattometria e a partire dai 3 anni di vita test dell'acuità visiva (mediante ottotipo), esecuzione di cover-test.

Il test del riflesso rosso è essenziale per il precoce riconoscimento di situazioni che potenzialmente possano mettere a rischio la visione o la vita, come la cataratta, il glaucoma, il retino blastoma, le anomalie retiniche, le malattie sistemiche con manifestazioni oculari e forti errori di refrazione.

Il riflesso rosso utilizza la trasmissione di uno stimolo luminoso da un oftalmoscopio attraverso tutte le parti normalmente trasparenti dell'occhio. Questa luce, riflessa dal fondo dell'occhio è trasmessa all'indietro, attraverso i mezzi ottici e attraverso l'apertura dell'oftalmoscopio fino all'occhio dell'esaminatore. Ogni fattore che impedisca o blocchi queste vie ottiche comporterà un'alterazione del riflesso rosso.

Viene considerato normale un riflesso rosso presente e simmetrico in entrambi gli occhi.

Macchie nere nel riflesso rosso, un riflesso marcatamente diminuito, la presenza di un riflesso bianco o l'asimmetria dei riflessi sono tutte indicazioni per l'invio del paziente per un approfondimento diagnostico in ambiente specialistico.

L'ispezione comprende esame delle palpebre, ciglia, vie lacrimali, orbite, l'esame del viso (distanza interoculare, pieghe epicantali, rime orbitarie, anomalie oculo-facciali), la valutazione della posizione del capo (anomalie come rotazione, inclinazione, mento abbassato o elevato), la valutazione di anomalie associate (orecchie, mani, piedi etc..)

L'esame delle pupille comprende valutazione diametro, forma, simmetria e risposta alla luce.

*Reattività pupillare:* si invia un fascio luminoso su un occhio e si controlla il comportamento delle pupille che devono restringersi simmetricamente alla luce e dilatarsi al buio. La presenza diretta, consensuale e simmetrica dei riflessi indica l'integrità delle vie nervose relative.

Test dei riflessi corneali (di Hirschberg): in un ambiente poco illuminato l'esaminatore si pone di fronte al bambino (30 cm) incoraggiandolo a fissare una luce.

Da entrambe le cornee del paziente vengono riflesse delle immagini luminose puntiformi. Riflessi corneali normali sono simmetrici, centrati (o entrambi leggermente spostati nasalmente). Il riscontro di una *asimmetria dei riflessi* segnala, in maniera pressochè inequivocabile, la presenza di strabismo e di potenziale ambliopia.

La videorefrattometria è uno screening strumentale indicato a partire dai 6 mesi di vita, atto ad identificare i fattori di rischio per l'ambliopia e anomalie strutturali dell'occhio nel bambino. Viene eseguito in miosi (refrazione manifesta) con distanza di acquisizione delle immagini/video di 1 metro.

*Utilizza:*

Test dei riflessi corneali di Hirschberg

Test del riflesso rosso binoculare (test di Brukner)

Misurazione del crescente pupillare (range di screening ametropie +5.00/-7.00 sph e cyl)

*Valuta:*

Anomalie palpebrali (ptosi, epicanto)

Diametro pupillare

Fissazione

Opacità dei mezzi diottrici (cataratta congenita o evolutiva)

Difetti refrattivi (simmetrici o asimmetrici)

Strabismo

L'acuità visiva: viene valutata in età pediatrica mediante ottotipi specifici (figurato LEA, E di Albin, Sloan lettere o numeri) computerizzati o a parete retroilluminati.

Il modello provinciale individuato prevede un percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo articolato in:

- Centri di primo livello (Punti Nascita e PLS\*, Ambulatori di Ortottica), deputati

all'esecuzione del test di screening oftalmologico

- Centri di secondo livello (Ambulatori di Oculistica del Territorio e U.O. Multizonale di Oculistica Ospedale di Rovereto e Trento ), nei quale sono effettuati i tests di conferma e di approfondimento diagnostico e la presa in carico del soggetto con ipovisione.

Il PPP 2014-2018 dovrà prevedere l'attivazione dello screening oftalmologico universale in tutti i punti nascita della rete provinciale e successivamente presso i Pediatri di LS e l'implementazione del percorso di cura e riabilitazione precoce dei soggetti ipovedenti.

**Evidenze di efficacia degli interventi previsti.** Raccomandazioni e letteratura riguardo l'attivazione dello screening oftalmologico universale neonatale e pediatrico vengono riportati di seguito.

1. Accademia Americana di Pediatria AAP. Section on ophthalmology. Red reflex examination in neonates ,infants and children. Pediatrics 2008; 122: 1401-1404.
2. Robbins SL et Al. Vision testing in the pediatric population ; Ophthalmol Clin .NAM 2003; 16 :253-267
3. G. Bartolozzi , Il riflesso rosso nel neonato, nel lattante e nel bambino. Medico e Bambino .Pagine elettroniche 2009 ; 12 (1)
4. Pediatric Eye Evaluations PPP AAO 2012
5. AAPOS Vision Screening Recommendations 2014
6. Screening oculistico. Linee Guida per il pediatra di famiglia P. Nucci, M. Picca, R. Marinello Pubblicazione on-line 05/07/2011.

**Beneficiari.** Bambini, genitori, comunità.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Tutti i neonati nella Provincia di Trento, sia residenti che non, hanno il diritto di accedere allo screening oftalmologico universale neonatale e pediatrico.

**Intersettorialità.** Punti Nascita provinciali, UU.OO.C di Pediatria Ospedali di Rovereto e di Trento; U.O.C. di Neonatologia dell'Ospedale di Trento; Ambulatori di Oculistica e di Ortottica del Territorio e U.O. Multizonale di Oculistica di Rovereto e Trento; Direzioni Mediche, Direzioni di Distretto e Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa dell'APSS, Dipartimento di Prevenzione dell'APSS, Dipartimento Pediatrico e PLS.

**Setting.** Punti nascita, ambulatori PLS, altre strutture del SSP

**Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.**

Predisposizione di un data base appropriato a garantire la raccolta dei dati ed il flusso informativo.

Registrazione dei dati screening sulla cartella clinica dei Punti Nascita, registrazione dati screening sul Libretto Pediatrico, registrazione esito screening mediante referto su SIO.

Elaborazione dati annuali a cura del Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa dell'APSS.

Monitoraggio del percorso di cura e riabilitazione a cura del Centro di Riferimento Provinciale di secondo livello (U.O. Multizonale di Oculistica dell'Ospedale di Rovereto e Trento).

**Obiettivi specifici del programma.**

- Individuazione e Formazione degli operatori all'esecuzione corretta del riflesso rosso nei Punti Nascita;
- Formazione dei PLS all'esecuzione corretta del riflesso rosso, ispezione, esame pupillare, esame dei riflessi corneali, test dell'acuità visiva, cover-test
- Formazione degli Oculisti del Territorio e Ospedalieri all'esame oftalmologico pediatrico (secondo livello) e delle Ortottiste del Territorio e Ospedaliere all'utilizzo della videorefrattometria.
- Elaborazione e diffusione delle procedure operative per l'esecuzione corretta dello screening

e per l'implementazione del percorso diagnostico-terapeutico dei casi dubbi/positivi individuati dallo screening.

- Valutazione periodica dei risultati dello screening e della presa in carico dei soggetti ipovedenti nella nostra Provincia.

#### **Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici.**

<b>Codice IC</b>	<b>Indicatore di esito</b>	<b>Dato Osservato</b>	<b>Atteso PAT</b>
2.1.1	Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale	--	100%
2.1.2	Proporzione di soggetti ipovedenti individuati dallo screening e presi in carico	--	100%

<b>Azioni</b>
<i>Azione 1: Individuazione degli operatori, programmazione ed effettuazione dei corsi di formazione, in collaborazione con il Servizio Formazione della APSS.</i>
<i>Azione 2: Elaborazione e diffusione delle procedure operative per l'esecuzione corretta dello screening e per l'implementazione del percorso diagnostico - terapeutico dei casi dubbi/positivi individuati dallo screening</i>
<i>Azione 3: Attivazione dello screening oftalmologico neonatale e pediatrico universale in tutta la nostra Provincia</i>
<i>Azione 4: Valutazione dei risultati dello screening e della presa in carico precoce dei soggetti ipovedenti nella nostra Provincia.</i>

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
n. Operatori formati / operatori target		15%	40%	70%	100%
Neonati sottoposti allo screening/nuovi nati	Flusso informativo specifico	----	30%	60%	100%

**Analisi dei rischi.** Disomogeneità nell'attivazione dello screening oftalmologico universale neonatale e pediatrico e ritardo della presa in carico dei soggetti ipovedenti.

## Cronoprogramma

<b>Screening oftamologico provinciale</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Azione 1: Individuazione degli operatori, programmazione ed effettuazione dei corsi di formazione, in collaborazione con il Servizio Formazione della APSS	Dip. pediatria	Servizio Formazione APSS	x			
Azione 2: Elaborazione e diffusione delle procedure operative per l'esecuzione corretta dello screening e per l'implementazione del percorso diagnostico - terapeutico dei casi dubbi/positivi individuati dallo screening	Dip. pediatria			x	x	
Azione 3: Attivazione dello screening oftalmologico neonatale e pediatrico universale in tutta la nostra Provincia	Dip. pediatria			x	x	x
Azione 4: Valutazione dei risultati dello screening e della presa in carico precoce dei soggetti ipovedenti nella nostra Provincia	Dip. pediatria				x	x

### 4.3 Screening funzionalità tiroidea (TSH)

**Contesto, razionale.** La ghiandola tiroide concentra lo ione ioduro di derivazione alimentare di 20-40 volte rispetto al suo valore nel sangue e questo ione all'interno della ghiandola si deposita legato ad una proteina, la tireoglobulina.

All'interno della ghiandola tiroide successivamente lo ione ioduro depositato viene utilizzato per formare gli ormoni tiroidei che sono rilasciati nel sangue a seguito della stimolazione della ghiandola da parte dell'ormone ipofisario, tireotropina o TSH.

Le funzioni dell'ormone tiroideo sono quelle di favorire lo sviluppo del sistema nervoso centrale e di agire sulla crescita dell'individuo, soprattutto nei primi anni di vita.

L'ipotiroidismo è una delle malattie endocrine di più frequente riscontro in età pediatrica. Esistono due forme di ipotiroidismo, una forma congenita ed una acquisita.

L'ipotiroidismo congenito ha un'incidenza di 1/4000 casi/anno ed il rapporto maschi/femmine è di 2.5/1.

La precocità della diagnosi è sempre stata considerata indispensabile per prevenire un danno neurologico severo ed è per questo che si attua lo screening neonatale mediante il dosaggio alla nascita del TSH.

Nella nostra Provincia lo screening per l'ipotiroidismo congenito viene eseguito mediante la raccolta di sangue su cartocino, che viene inviato presso il Centro Regionale Malattie Metaboliche Neonatali dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (Policlinico Borgo Roma). L'esame viene effettuato dosando il TSH con metodo immunofluorimetrico, ripetuto a 15 e 30 giorni di vita per i nati con peso alla nascita inferiore a 2500 gr.

Dall'attivazione di questo programma di screening fino ad oggi la copertura per la Provincia di Trento è stata sostanzialmente del 100% (97.5-100%).

Se il neonato risulta positivo allo screening, con un valore di TSH superiore a 10mU/ml, il Centro Screening di Verona segnala ai singoli punti nascita della nostra Provincia (Trento, Rovereto, Arco, Tione, Cles e Cavalese) il dato affinché si ripeta la determinazione del TSH. Se al re-screening il dato si conferma patologico, il punto nascita invia il neonato all'ambulatorio di Endocrinologia Pediatrica dell'U.O.C. di Pediatria dell'Ospedale S. Chiara di Trento, dove si provvede alla consulenza specialistica e alla presa in carico del paziente per la conferma diagnostica e l'inizio precoce del trattamento sostitutivo con L-tiroxina sintetica. Inoltre, si procede alla compilazione della scheda di registrazione del caso, che viene trasmessa direttamente dal Centro Screening di Verona.

Infine, per i neonati positivi al test di screening neonatale è prevista una scheda di follow-up clinico al terzo anno di vita, la cui redazione a tutt'oggi non è garantita per tutti i bambini.

Per migliorare la regolarità e la completezza del flusso dei dati della nostra Provincia verso l'ISS, si ritiene importante che le schede di registrazione caso vengano inviate dal Centro Screening del Policlinico di Verona presso un unico referente provinciale (individuato nell'ambulatorio di Endocrinologia Pediatrica, dell'U.O. di Pediatria dell'Ospedale di Trento) in grado di assolvere a tutte le problematiche clinico-terapeutiche dei soggetti con ipotiroidismo congenito. Analogamente allo stesso Ambulatorio specialistico dovranno pervenire le schede di follow-up, dei tre anni, inviate da parte del Centro Screening del Policlinico di Verona, che provvede alla trasmissione di entrambi i flussi informativi all'ISS.

**Obiettivi del programma.** Ottimizzare il flusso informativo tra la Provincia Autonoma di Trento, il Centro Screening di riferimento del policlinico di Verona e l'ISS (Istituto Superiore di Sanità) ed Ministero della Salute nell'ambito dello screening per ipotiroidismo congenito;

identificare precocemente i soggetti affetti da ipotiroidismo congenito al fine di avviare immediatamente un trattamento in grado di eliminare o limitare i danni conseguenti alla patologia;

attivare un flusso informativo verso l'Osservatorio Nazionale dell'ISS e del Ministero della Salute con l'invio del 100% dei dati della Provincia Autonoma di Trento sia per quel che riguarda la scheda di registrazione del caso che quella di follow-up.

**Codice dell'obiettivo centrale di riferimento.** 10.10

**Beneficiari.** Popolazione Infantile, Genitori, Comunità.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Tutti i neonati nella Provincia di Trento, sia residenti che non, hanno il diritto di accedere allo screening universale dell'ipotiroidismo congenito, mediante il dosaggio del TSH.

**Sistemi di sorveglianza.** Report di invio periodico al Centro Screening di riferimento di Verona, dei dati relativi alla compilazione delle schede di registrazione caso e di quelle di follow-up ai tre anni dei soggetti con sospetto ipotiroidismo congenito individuati dallo screening neonatale.

## Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice IC	Indicatore esito	Fonte	Baseline PAT	Atteso PAT
10.10.1	Proporzione di neonati sottoposti a screening per l'ipotiroidismo congenito	Registro del TSH	100%	programma di screening in tutti i punti nascita
10.10.1	Invio dei dati relativi alla registrazione dei casi positivi e dei dati clinici a tre anni di vita	Registro del TSH	-	attivazione del flusso informativo bidirezionale tra il Centro di Screening di riferimento del Policlinico di Verona e l'U.O. di Pediatria dell'Ospedale di Trento .

### Azioni.

**Azione 1. Stesura di una procedura concordata** tra il Centro Screening di Verona, l'U.O. C di Pediatria dell'Ospedale di Trento e i punti nascita Provinciali per l'invio delle schede di registrazione del caso e le schede di follow-up a tre anni.

Concordare una procedura operativa che preveda il flusso bidirezionale delle informazioni cliniche contenute sia nella scheda di registrazione caso, sia nella scheda di follow-up tra il Centro Screening di Verona e l'U.O.C. di Pediatria dell'Ospedale di Trento. Diffondere la procedura in tutti i Punti Nascita della provincia e fra tutti i componenti del Dipartimento Pediatrico dell'APSS e nelle Direzioni Mediche. Applicazione e verifica della procedura a cura del Centro Screening di Verona e dell'U.O.C di Pediatria dell'Ospedale di Trento.

**Azione 2.** Attuazione a livello Provinciale della **presa in carico clinico-terapeutica e del follow-up** di tutti i soggetti con ipotiroidismo congenito da parte dell'U.O.C. di Pediatria del Ospedale di Trento. Garantire, a cura della U.O.C. di Pediatria dell'Ospedale di Trento, la presa in carico, il repentino avvio della terapia sostitutiva ed il necessario follow-up clinico di tutti i soggetti con ipotiroidismo congenito, individuati dallo screening neonatale universale.

**Azione 3.** Compilazione delle **schede di registrazione caso e follow-up a tre anni** da parte dell'U.O.C di Pediatria dell'Ospedale di Trento ed invio al Centro Screening di riferimento del Policlinico di Verona che a sua volta trasmetterà i dati all'ISS.

**Target.** Popolazione infantile.

**Setting.** Sservizio sanitario.

Indicatore sentinella	Fonte	2015	2016	2017	2018
Proporzione di casi positivi allo screening TSH segnalati su totale casi positivi riscontrati	Monitoraggio interno	-	90%	95%	100%

## Cronoprogramma

<b>Screening TSH</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Stesura di una procedura concordata tra il Centro Screening di Verona , l'U.O. C di Trento e i punti nascita Provinciali per l'invio delle schede di registrazione del caso e le schede di follow-up a tre anni	U.O.C. di Pediatria Ospedale di Trento, Punti nascita Direzioni Mediche	Centro Screening di riferimento del Policlinico di Verona	x			
Attuazione a livello Provinciale della presa in carico clinico-terapeutica e del follow-up di tutti i soggetti con ipotiroidismo congenito da parte dell'U.O.C. di Pediatria dell' Ospedale di Trento	U.O.C. di pediatria Ospedale di Trento Direzioni Mediche	Centro Screening di riferimento del Policlinico di Verona		x	x	x
Compilazione delle schede di registrazione caso e follow-up a tre anni da parte dell'U.O.C di Pediatria dell'Ospedale di Trento a Centro Screening di riferimento del Policlinico di Verona	U.O.C. di Pediatria Ospedale di Trento Direzioni Mediche Punti nascita della Provincia	Centro Screening di riferimento del Policlinico di Verona		x	x	x

## 5 Scuola che promuove la salute

**Razionale.** La promozione della salute in un contesto scolastico rappresenta un concetto più ampio di quello di educazione alla salute e comprende le politiche per una scuola sana, l'ambiente fisico e sociale degli istituti scolastici, i legami con i partner (comuni, associazioni, servizi sanitari, ecc.). Anche il documento Health 2020 dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità rimarca gli elementi che vedono la scuola con ruolo di leadership nella promozione di salute e benessere per il proprio contesto.

Le competenze chiave da far acquisire nell'ambito della scuola che promuove la salute sono una combinazione di conoscenze, abilità e attitudini appropriate al contesto al fine di conferire maggiore autonomia decisionale alle nuove generazioni. Sono infatti presupposti alla realizzazione e allo sviluppo personali, alla cittadinanza attiva, all'inclusione sociale e all'occupazione.

Le competenze chiave europee (comunicazione nella madrelingua, comunicazione in lingue straniere, competenza matematica e le competenze di base in campo scientifico e tecnologico, competenza digitale, imparare ad imparare, competenze sociali e civiche, senso di iniziativa, consapevolezza ed espressione culturali) assicurano maggior flessibilità ai lavoratori per adattarsi in modo più rapido a un mondo in continuo mutamento e sempre più interconnesso. D'altro canto, con numerosi punti di analogia, l'OMS promuove lo sviluppo delle cosiddette Life Skills (Consapevolezza di sé, Gestione delle emozioni, Gestione dello stress, Empatia, Comunicazione efficace, Relazioni efficaci, Risolvere problemi, Prendere decisioni, Senso critico, Creatività): una gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base, che consentono alle persone di operare con competenza sia sul piano individuale che su quello sociale.

I pilastri delle Scuole per la Salute in Europa (SHE) comprendono:

- Approccio globale alla salute nel contesto scolastico: L'educazione alla salute nelle classi è combinata allo sviluppo di politiche scolastiche, all'ambiente scolastico, alle abilità di vita e coinvolge l'intera comunità scolastica.
- Partecipazione: Esiste un senso di appartenenza tra gli studenti, il personale scolastico e i genitori.
- Qualità scolastica: Le Scuole che Promuovono Salute favoriscono migliori processi di insegnamento e di apprendimento e migliori risultati, con alunni in salute che imparano meglio e un personale in salute che lavora meglio.
- Evidenza: Si sviluppano nuovi approcci e pratiche basati sulla ricerca esistente ed in corso.

### **Raccordo con il precedente Piano della prevenzione e obiettivo del presente Piano.**

Il presente programma si basa su precedenti attività dell'APSS che già da alcuni anni sta lavorando ad un progetto dal titolo "La scuola che promuove la salute" che era anche stato inserito nel Piano provinciale di Prevenzione 2010-2013.

Nell'ambito del precedente piano, in aprile del 2012 è stato attivato un gruppo di miglioramento che ha orientato la propria attività alla redazione di un "manuale degli standard" per agevolare la diffusione della logica di promozione della salute nella scuola. Nel maggio 2013 l'APSS, il Dipartimento Conoscenza PAT e le Scuole della provincia hanno condiviso i principi a cui si riferiscono gli standard di tale strumento. Si è in seguito costituita l'"Alleanza Trentina per la promozione della salute e del benessere a scuola" formalizzata nel marzo 2014 di cui fanno parte 4 Istituti Scolastici, l'Azienda Sanitaria e il Dipartimento Conoscenza della provincia.

Obiettivo dell'attuale Piano è quindi di estendere il progetto all'intera provincia di Trento, coinvolgendo un numero significativo di istituti scolastici nell'applicazione del manuale degli standard, tale per cui garantire alla maggioranza dei bambini trentini la possibilità di frequentare una scuola che promuove la salute. Questo obiettivo rappresenta anche



l'implementazione operativa di un obiettivo del Piano per la salute del Trentino 2015-2025.

**Codice dell'obiettivo centrale di riferimento.** 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; 3.1; 3.2; 4.1.; 5.1; 5.2; 5.3; 6.1.

**Beneficiari.** Studenti delle scuole di ogni ordine e grado e i loro genitori. Dirigenti scolastici, insegnanti, personale ATA.

**Impatto delle disuguaglianze.** È noto che la durata della frequenza scolastica e il livello di istruzione raggiunto dalle persone condizionano in misura significativa la loro posizione in numerosi e importanti ambiti della vita.

Il progetto della scuola che promuove la salute, anche intervenendo sul rendimento scolastico oltre alla promozione dell'autonomia personale e i sani stili di vita potrà quindi ridurre le disuguaglianze sociali nella salute dato che è stato dimostrato che esiste una relazione positiva tra il grado di scolarità e l'aspettativa di vita, la posizione sociale dell'occupazione svolta, l'ammontare del reddito percepito, l'ammontare e la qualità dei consumi, le chance di mobilità sociale, lo stato di salute, l'ampiezza delle reti di relazione personale, le chance di partecipazione alla vita pubblica. Oltre che sui singoli individui, l'istruzione influisce anche sul grado di sviluppo di una società.

**Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.**

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

OKkio alla Salute (OKkio)

Rilevazione interna (documenti della rete, Progetti di Istituto, Documenti di autovalutazione degli Istituti Scolastici aderenti).

**Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici.**

Cod. IC	Indicatore di esito	Baseline PAT	Atteso PAT	Fonte
1.3.1	Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	10%	30%	Rilevazione interna
1.4.1	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	24,7% (2010-2013)	22%	PASSI
1.5.14	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	93,4% (2010-2013)	98%	PASSI
1.6.1	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	27,7% (2010-2013)	24%	PASSI
1.7.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che consumano abitualmente 3 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno	56,5% (2010-2013)	62,2	PASSI
1.7.2	Prevalenza di bambini di età 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura	72,4% (2013)	83%	OKKIO
1.8.2	Prevalenza di soggetti 3 anni e più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati	31% (2013)	21,7%	Multiscopo Istat

1.9.1	Prevalenza di soggetti 18-69 anni fisicamente attivi	40,9% (2010-2013)	29%	PASSI
3.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	10%	30%	Rilevazione interna
3.2.1	Proporzione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi	-	>= un incontro/anno sensibilizzazione disagio psicosociale	Rilevazione interna
4.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	10%	60%	Rilevazione interna
5.1.1	Tasso di decessi per incidente stradale	54,7 per 1.000.000 (ACI/ISTAT 2012-2013) 73 per 1.000.000 (Registro mortalità 2008-2012)	43,8 per 1.000.000 (rif ACI/ISTAT) 58,4 per 1.000.000 (rif Registro mortalità)	ACI/Istat
5.2.1	Percentuale ricoveri per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumatismi ed avvelenamenti	6,8% (2013)	6%	SDO
5.3.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che viaggiano in auto, e che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza quando stanno sui sedili posteriori, rispondono "sempre"	39,0% (2010-2013)	59%	PASSI
5.3.1	Prevalenza di persona di età 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi sono salite su una motocicletta / scooter / motorino, come guidatore o passeggero e che, alla domanda sull'uso del casco rispondono "sempre"	97,0% (2010-2013)	<i>No aumento</i>	PASSI
5.3.2	Prevalenza di persone 18-69 anni che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche	9,0% (2013) 9,3% (2010-2013)	6,3% (rif 2013) 6,5% (rif 2010-2013)	PASSI
6.1.1	Numero di ricoveri per incidente domestico	1.069 - 1.732 - 1.638 (2011-2012-2013) Variazione 2011-2013: 53% Variazione 2012-2013: -5,4%	No aumento	SDO

<b>Azioni</b>
<i>Azione 1: Validazione e diffusione del manuale per gli standard di promozione della salute</i>
<i>Azione 2: Formazione dei dirigenti scolastici, del personale docente e degli operatori sanitari per una scuola che promuove salute</i>
<i>Azione 3: Realizzazione meeting buone pratiche salute e benessere nella scuola</i>
<i>Azione 4: Raccolta delle adesioni degli istituti scolastici</i>
<i>Azione 5: Verifica del rispetto degli standard presso gli istituti aderenti</i>
<i>Azione 6: Valutazione finale (documento)</i>

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione provinciale specifica sul totale degli istituti	Rilevazione interna sulle adesioni ufficiali	10%	15%	20%	30%

### **Cronoprogramma**

<b>Scuola che promuove la salute</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Azione 1: Validazione e diffusione manuale per gli standard di promozione della salute	Dip.Prev	Scuole, Dip. conoscenza, Dip. salute e solidarietà sociale	X			
Azione 2: Formazione dei dirigenti scolastici, del personale docente e degli operatori sanitari per una scuola che promuove salute	Dip.Prev	Scuole, Dip.conoscenza		x	x	x
Azione 3: Realizzazione meeting buone pratiche salute e benessere nella scuola	Dip.Prev	Scuole, Dip. conoscenza			x	
Azione 4: Raccolta adesioni istituti scolastici	Dip.Prev	Scuole, Dip. conoscenza	x	x	x	x
Azione 5: Verifica rispetto standard c/o istituti aderenti	Dip.Prev	Scuole, Dip. conoscenza		x	x	x
Azione 6: Valutazione finale (documento)	Dip.Prev	Scuole, Dip. conoscenza		x	x	x

## 6 Aziende che promuovono la salute

**Contesto, razionale ed obiettivi.** In Trentino il 70% della popolazione adulta svolge un lavoro regolare e trascorre una parte considerevole del proprio tempo in un ambiente lavorativo. Sul luogo di lavoro deve, da un lato, essere garantita la sicurezza del lavoratore e prevenuti infortuni e malattie professionali. Dall'altro l'ambiente lavorativo dovrebbe anche favorire la promozione della salute in termini più ampi, rendendo più facile e conveniente l'adozione di stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute.

A tal fine occorre implementare a livello delle aziende un insieme coordinato di programmi che copra gli ambiti fondamentali della promozione della salute. Tali programmi devono includere attività specifiche, norme di comportamento (policies) aziendali, la messa a disposizione di benefici, strutture e supporti anche attraverso la creazione di legami con la comunità esterna all'azienda. Infatti la tutela della salute e la sicurezza delle persone che lavorano in un'azienda è in capo al datore di lavoro anche dalle norme vigenti in materia, non solo per quanto riguarda la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali ma anche la promozione della salute in generale in quanto parte della responsabilità sociale d'impresa.

**Evidenze di efficacia degli interventi previsti.** Da una ricerca sistematica all'interno della Cochrane Library risulta che 66 studi riferiti ad interventi di promozione della salute in ambito lavorativo hanno un'efficacia dimostrata.

Generalmente i risultati migliori si ottengono per **programmi strutturati** multicomponente (che non si occupino solamente di un singolo fattore di rischio/determinante di salute), di medio-lunga durata, che introducano significative modifiche del contesto e che siano integrati con i programmi di promozione della sicurezza. Anche le analisi di ritorno dell'investimento, di più facile esecuzione rispetto a quelle di efficacia, sostengono il vantaggio economico per le aziende nell'introduzione di questa tipologia di programmi.

Inoltre gli interventi di promozione in ambito lavorativo si rivolgono a una popolazione, quella lavorativa appunto, in genere più stabile che permette la programmazione di interventi nel tempo, anche ripetuti; al tempo stesso consentono la valutazione mediante follow-up e di tenere conto degli effetti sulla salute umana sia da parte dei rischi legati a stili di vita in generale che di quelli professionali di tipo sinergico.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Nel contesto trentino, in tema di condizioni socio-economiche e di disuguaglianze sociali si evidenzia l'associazione tra determinanti sociali e stili di vita (vedi equity audit).

Privilegiando aziende con dipendenti con basso livello socio-economico oppure che lavorino in situazione di precarietà il progetto delle aziende che promuovono la salute ha il potenziale di contribuire alla riduzione della disuguaglianze sociali nella salute.

### **Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.**

Passi, Flussi INAIL, Osservatorio Provinciale Infortuni e Malattie professionali

**Obiettivo** del programma è quindi la promozione di sani stili di vita e della cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro, compreso l'attenzione alle malattie professionali e al benessere organizzativo. Questo obiettivo rappresenta anche l'implementazione operativa di un obiettivo del Piano per la salute del Trentino 2015-2025.

**Obiettivi centrali di riferimento.** 1.4; 1.5; 1.6; 1.9; 5.1; 5.2; 5.3; 7.2; 7.4; 7.5.

Tale programma è suddiviso in quattro linee di intervento:

- 1 Promozione di stili di vita sani attraverso le nuove tecnologie sul luogo di lavoro**
- 2 Implementazione dell'utilizzo dei sistemi di sorveglianza INFORMO sui rischi e danni da lavoro**
- 3 Miglioramento del benessere organizzativo/lavorativo degli operatori del settore dell'assistenza alla persona**
- 4 Formazione di promotori della salute nelle aziende**

#### **Linea d'intervento 1: Promozione di stili di vita sani attraverso le nuove tecnologie sul luogo di lavoro**

**Descrizione.** L'azione propone di garantire un supporto allo sviluppo di nuove soluzioni tecnologiche che favoriscano l'empowerment del cittadino/lavoratore verso l'adozione di sani stili di vita.

Esistono evidenze scientifiche che indicano come l'utilizzo delle tecnologie IT (internet, app mobile, tecnologie persuasive, ecc) abbia le potenzialità per supportare e migliorare programmi di promozione di sani stili di vita (es. movimento, alimentazione, ecc) attraverso il coinvolgimento attivo dei cittadini.

Obiettivo della linea di intervento è sperimentare e validare sul campo un "intervento multicomponente" di promozione della salute rivolto ai dipendenti basato su una *piattaforma tecnologica personale* a supporto da un lato del dipendente nell'autogestione degli stili di vita sani e dall'altro di un team multidisciplinare (es. medico competente, esperti di nutrizione e dello sport) nelle attività di counselling.

La piattaforma tecnologica da mettere a disposizione del lavoratore sarà una versione sperimentale della Cartella Clinica del Cittadino (già in essere) che consentirà ad ogni dipendente di tenere un diario mobile del movimento e dell'alimentazione basato su tecnologie persuasive e sull'utilizzo di sensori (es. braccialetti per il movimento) ed al team multidisciplinare di accedere ad un cruscotto per la prescrizione di stili di vita personalizzati ed il monitoraggio online. Per valutare l'efficacia dell'intervento è prevista una fase di "valutazione pre-post" dello stato di salute e dello stile di vita del dipendente basata sulla somministrazione di questionari, sulla misura di dati antropometrici (es: peso, BMI), sulla misura di parametri vitali (es. pressione) e di valori ematochimici (es. colesterolo, trigliceridi, glicemia) ed eventualmente su test per la valutazione delle capacità motorie (es. aerobic test).

Il progetto, sarà sviluppato in collaborazione con la fondazione Bruno Kessler (FBK), specializzata nello sviluppo di soluzioni tecnologiche nell'ambito della ricerca informatica, che fornisce nel contempo anche il contesto lavorativo concreto (living lab) in cui, nella fase pilota, realizzare e testare il intervento di promozione della salute e sperimentare l'applicazione.

La realtà individuata essendo caratterizzata da un alto indice di precarietà consentirà anche di verificare l'efficacia dell'applicazione anche ai fini del contrasto alle disuguaglianze.

Dopo la fase pilota e di validazione dell'applicazione si potrà procedere ad una fase di estensione affinché possa essere adottata a vari livelli (individuale e aziendale) in ambito provinciale con modalità che dovranno essere nel corso del programma individuate.

**Beneficiari.** Lavoratori, cittadini, aziende.

**Intersettorialità.** L'azione si propone di coinvolgere diversi soggetti istituzionali. Per la fase di pianificazione e programmazione sono stati individuati l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, la Provincia autonoma di Trento, la Fondazione Bruno Kessler e l'Inail di Trento. In una fase successiva sarà valutata l'opportunità di coinvolgere altri soggetti istituzionali di

rappresentanza datoriale e sindacale.

**Setting.** FBK per la fase pilota, contesto professionale e sociale provinciale generale per le successive fasi.

<b>Azioni</b>
<i>Azione 1. Costituzione di un gruppo di lavoro intersettoriale</i>
<i>Azione 2. Sviluppo della app e di altri strumenti di promozione della salute</i>
<i>Azione 3. Organizzazione e impostazione dell'intervento</i>
<i>Azione 4. Realizzazione dell'intervento nell'azienda pilota</i>
<i>Azione 5. Valutazione e comunicazione dei risultati</i>
<i>Azione 6. Revisione dell'intervento a seconda dei risultati</i>
<i>Azione 7. Estensione dell'intervento ad altre realtà lavorative significative del Trentino</i>

**Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici.**

<b>Codice IC</b>	<b>Indicatore di esito</b>	<b>Fonte</b>	<b>Baseline PAT</b>	<b>Atteso PAT</b>
1.4.1	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	Passi	24,7% (2010-2013)	22,20%
1.6.1	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	Passi	27,7% (2010-2013)	23,50%
1.9.1	Prevalenza di soggetti 18-69 anni fisicamente attivi	Passi	40,9% (2010-2013)	28,60%
7.4.1	Programmazione nei comitati di iniziative di promozione per la responsabilità di impresa		-	presente

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Numero di lavoratori che usano la piattaforma/totale lavoratori esposti	Monitoraggio interno	-	20%	30%	40%

## Cronoprogramma

<b>Aziende che promuovono la salute (nuove tecnologie)</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Costituzione di un gruppo di lavoro intersettoriale	FBK	UOPSAL INAIL PAT	X			
Sviluppo nella app e di altre strumenti di promozione della salute	FBK	UOPSAL INAIL PAT		x		
Organizzazione e impostazione dell'intervento	FBK	UOPSAL INAIL PAT		X		
Realizzazione dell'intervento nell'azienda pilota	FBK	UOPSAL INAIL PAT			x	x
Valutazione e comunicazione dei risultati	FBK	UOPSALINAIL L PAT			x	x
Revisione dell'intervento a seconda dei risultati	FBK	UOPSAL INAIL PAT				x
Estensione dell'intervento ad altre realtà lavorative significative del Trentino	UOPSAL	FBK, INAIL PAT Associazioni di categoria				X

### **Linea di intervento 2: Implementazione dell'utilizzo dei sistemi di sorveglianza INFORMO sui rischi e danni da lavoro**

**Descrizione.** Infor.Mo rappresenta un sistema di sorveglianza degli infortuni gravi e mortali che viene periodicamente implementato a livello delle ASL regionali e provinciali con eventi infortunistici codificati secondo un modello che consente di esporre in maniera strutturata e standardizzata la dinamica infortunistica, ovvero la sequenza di eventi e circostanze che lo hanno determinato (analisi multifattoriale della dinamica infortunistica).

Con questa azione si vuole favorire un approccio standardizzato per l'analisi multifattoriale della dinamica dell'evento infortunistico anche all'interno delle aziende al fine di individuare possibili soluzioni correttive e di favorire il cambiamento del livello di consapevolezza dei rischi presenti sul lavoro verso l'adozione di comportamenti congrui al contesto lavorativo. La metodica si dimostra anche molto efficace per l'analisi della quota dei cosiddetti "near misses" o mancati incidenti che rappresentano comunque, anche se in assenza di conseguenze, un importante indicatore di rischio aziendale utile peraltro a migliorare il processo di valutazione e gestione dei rischi e portare così ad una riduzione del numero degli incidenti e degli infortuni sul lavoro.

Anche per le finalità di implementazione del sistema verrà creato all'interno di UOPSAL un gruppo di lavoro, appositamente formato che procederà alla selezione, codifica degli eventi e alla successiva registrazione. Per facilitare la raccolta degli elementi per la codifica degli eventi sarà rivisto, all'interno di UOPSAL, il modello adottato per la stesura delle inchieste che in

genere sono sempre attivate in caso di accadimento di questo tipo di infortuni (mortalità e gravi).

Il gruppo oltre a provvedere a trasferire i contenuti formativi al restante personale potrà costituire un riferimento per la fase di assistenza attivata nei confronti della aziende.

Si ritiene che l'adozione da parte delle aziende di tale metodologia consenta di incidere in maniera significativa sul fenomeno infortunistico, proprio per le caratteristiche intrinseche al modello che permettono di privilegiare l'analisi delle dinamiche e dei comportamenti che determinano gli eventi o anche il solo "quasi evento/infortunio". L'adozione della metodologia da parte delle aziende potrà peraltro risultare come azione di buona prassi e, se integrata nel sistema di vigilanza interna, utile ai fini della dimostrazione dell'applicazione del D. Lgs 231/2001 e della responsabilità sociale delle imprese.

Con il coinvolgimento e la partnership di rappresentanze istituzionali (Organismi Paritetici e INAIL), un'altra possibile ricaduta dell'azione sarà la sensibilizzazione progressiva delle aziende di piccole dimensioni e dei lavoratori autonomi in specifici settori lavorativi (agricoltura e edilizia in particolare).

**Beneficiari.** Lavoratori, datori di lavoro, RSPP, RLS, medici competenti, formatori in aziende di medio grandi dimensioni, disponibili alla sperimentazione della metodologia.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Lavoratori manuali sono più esposti al rischio infortunio. Un intervento di prevenzione di questi infortuni può quindi incidere su questa disuguaglianza sociale nella salute. Utilizzare un modello di valutazione del rischio infortunio che includa l'individuazione di soluzioni correttive può costituire un elemento che favorisce la consapevolezza nel lavoratore della dinamica infortunistica per incidere sul comportamento e di conseguenza sulla salute dei lavoratori. (L'equità di salute in Italia – Dors)

**Intersettorialità.** L'azione si propone di coinvolgere diversi soggetti interistituzionali, comprese le aziende. Per la fase di pianificazione e programmazione sono stati individuati l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, la Provincia di Trento, Inail di Trento. In una fase successiva sarà valutata l'opportunità di coinvolgere altri soggetti istituzionali di rappresentanza datoriale e sindacale.

**Setting.** Azienda pubblica individuata per la fase pilota, contesto professionale e sociale provinciale per le successive fasi.

**Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici**

Cod. IC	Indicatore di esito	Fonte	Baseline PAT	Atteso PAT
7.4.1	Programmazione nei comitati di iniziative di promozione per la responsabilità di impresa		Non rilevato	presente
7.7.1	Riduzione relativa dell'indice di frequenza totale degli infortuni con prognosi maggiore di 40 gg o con postumi permanenti superiori al 5%	INAIL	IF: 4,78 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (- agricoltura) IF: 7,53 ogni 1000 addetti nelle costruzioni Agricoltura: 194 infortuni gravi	IF: 4,30 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (- agricoltura) IF: 6,78 ogni 1000 addetti nelle costruzioni Agricoltura: 175 infortuni gravi



<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Inserimento nel sistema INFORMO di eventi gravi e mortali/tutti gli eventi gravi e mortali	Monitoraggio interno	-	70%	90%	100%

<b>Azioni</b>
<i>Azione 1: Costituzione gruppo di lavoro UOPSAL</i>
<i>Azione 2: Formazione specifica del gruppo di lavoro per la codifica degli eventi e l'implementazione del sistema InforMo</i>
<i>Azione 3: Revisione del modello per la relazione inchieste</i>
<i>Azione 4: Informazione e formazione del restante personale</i>
<i>Azione 5: Pianificazione attività di informazione e assistenza alle aziende</i>
<i>Azione 6: Azioni di sensibilizzazione aziende</i>
<i>Azione 7: Azione di sensibilizzazione altri stakeholders</i>
<i>Azione 8: Implementazione sistema InforMo</i>

## **Cronoprogramma**

<b>Aziende che promuovono la salute (InforMo)</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Formazione specifica nell'ambito di un gruppo di lavoro per la codifica degli eventi e l'implementazione del sistema InforMo	UOPSAL		x			
Revisione del modello per la relazione inchieste	UOPSAL		x			
Informazione e formazione del restante personale	UOPSAL		x			
Pianificazione attività di informazione e assistenza alle aziende	UOPSAL	INAIL		x		
Azioni di sensibilizzazione aziende	UOPSAL			x		
Azione di sensibilizzazione altri stakeholders	UOPSAL	INAIL		x		
Implementazione sistema InforMo	UOPSAL		x	x	x	x

### **Linea di intervento 3: Miglioramento del benessere organizzativo/lavorativo degli operatori del settore dell'assistenza alla persona**

**Descrizione.** Il settore di assistenza alla persona rappresenta un ambito lavorativo che, come gran parte delle cosiddette professioni di aiuto (*high touch*), è caratterizzato da numerosi aspetti si rischio che possono facilmente portare i lavoratori a condizioni di sovraccarico psicofisico con ripercussioni frequenti anche sul versante sociale. La necessità del personale di mantenere una continua relazione tra persone, l'impegno fisico importante richiesto dai compiti di assistenza e la presenza di turni di lavoro, anche notturni, sono elementi nei confronti dei quali la promozione del benessere organizzativo può avere effetti positivi tenuto anche conto del progressivo invecchiamento della popolazione lavorativa, che implicitamente costituisce un ulteriore fattore di rischio. Anche se non direttamente correlato, agire inoltre sul benessere organizzativo può avere effetti positivi anche sul contenimento del rischio biomeccanico, elemento concausale o concorrente nel determinismo di molteplici disturbi muscolo scheletrici che rappresentano una quota importante, se non la principale, di tecnopatie nel settore. In aggiunta, tale aspetto ha importanti ripercussioni anche sulla idoneità lavorativa e più in generale sulla abilità sociale e in tale ottica si ritiene prioritario promuovere interventi di promozione della salute mirati al benessere organizzativo attraverso l'adozione di buone prassi favorendo il sistema di rete tra le strutture quale presupposto per la creazione di condizioni di lavoro propizie al controllo e contenimento dei fattori di rischio lavorativo e sociali anche attraverso la promozione di sani stili di vita.

**Beneficiari.** Strutture addette all'assistenza alla persona

**Impatto sulle disuguaglianze.** I determinanti sociali della salute possono avere un impatto diverso a seconda del genere. Le donne rappresentano il 70% del personale di servizi socio assistenziali, l'incidenza infortunistica femminile è superiore a quella maschile, sia in termini assoluti che relativi. La prima causa di infortunio tra le donne che lavorano nella sanità sono le cadute seguite da infortuni provocati dai movimenti sotto sforzo, connessi soprattutto al sollevamento o allo spostamento dei pazienti. Un altro rischio specifico diffuso per le operatrici di questo settore è l'aggressione o violenza da parte di estranei. Interventi a favore degli operatori del settore dell'assistenza alla persona possono quindi ridurre questa disuguaglianza di genere nella salute.

**Intersettorialità.** UPIPA, INAIL sede Trento

**Setting.** Strutture di assistenza

<b>Azioni</b>
<i>Azione 1. Analisi di contesto e dei fabbisogni nelle residenze per anziani</i>
<i>Azione 2. Incontro di restituzione dei dati emersi con i referenti di struttura</i>
<i>Azione 3. Elaborazione del protocollo di intervento</i>
<i>Azione 4. Applicazione del protocollo nelle strutture pilota</i>
<i>Azione 5. Verifica e riesame del protocollo</i>
<i>Azione 6. Applicazione del protocollo a tutte le strutture</i>

## Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice IC	Indicatore di esito	fonte	Baseline PAT	Atteso PAT
7.5.1	La prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative		Non rilevato	Disponibilità del documento
7.2.1.	Emersione del fenomeno tecnopatico (malattie professionali denunciatale +30%)	INAIL	380	malattie professionali denunciate: 418

Indicatore sentinella	Fonte	2015	2016	2017	2018
Numero di strutture che adottano il protocollo sul benessere lavorativo/tutte le strutture eleggibili	Monitoraggio interno	-	10%	20%	>50%

## Cronoprogramma

Aziende che promuovono la salute (benesere organizzativo/lavorativo)						
Attività	Responsabili/Referenti	Altri attori	2015	2016	2017	2018
Azione 1. Analisi di contesto e dei fabbisogni nelle residenze per anziani	UOPSAL	UPIPA	x			
Azione 2. Incontro di restituzione dei dati emersi con i referenti di struttura	UOPSAL	UPIPA	x			
Azione 3. Elaborazione del protocollo di intervento	UOPSAL	UPIPA		x		
Azione 4. Applicazione del protocollo nelle strutture pilota	UOPSAL	UPIPA, strutture		x	x	
Azione 5. Verifica e riesame del protocollo	UOPSAL	UPIPA			x	
Azione 6. Applicazione del protocollo a tutte le strutture	UOPSAL	UPIPA				x

#### **Linea di intervento 4: Formazione di promotori della salute nelle aziende**

**Descrizione e obiettivi.** Si tratta di una formazione offerta dall'Università della terza età e del tempo disponibile (UTEDT) del Trentino sui temi della promozione della salute. L'obiettivo è di promuovere l'adozione di corrette abitudini di vita per la prevenzione delle principali patologie e favorire la pratica di una regolare attività fisica che aiuta a mantenere l'autonomia e la qualità del movimento.

**Target.** La formazione è rivolta sia a tutti i dipendenti sia ai dipendenti delle aziende che intendono promuovere la campagna di educazione alla salute ed al movimento e quindi di assumere il ruolo di "operatori" che all'interno della propria azienda si facciano promotori di pratiche e stili di vita sani tra i propri colleghi.

Il percorso formativo assume quindi la modalità della formazione generale dei dipendenti di un'azienda e una formazione specifica per coloro che diventeranno promotori di salute all'interno dell'azienda stessa fornendo le seguenti conoscenze e competenze:

##### *Formazione generale:*

- come intervenire attivamente ed in prima persona nel percorso che tende al raggiungimento ed al mantenimento del benessere fisico e psichico;
- capire la relazione tra corretto stile di vita ed equilibrio psico-fisico;
- attività fisica ed alimentazione consapevole, qual è la forma di movimento più adatta a noi in base alle nostre esigenze, alle nostre capacità motorie ed al nostro stile di vita;
- adattare e personalizzare la tipologia di movimento, i ritmi e la qualità alimentare, il recupero psico-fisico in relazione al tipo ed alle modalità di svolgimento del lavoro (sedentario – di fatica – in macchina - continuato – turni – spezzato – part-time) ed all'età;
- motivare la persona nella presa in carico della propria salute fornendo strumenti per la gestione autonoma di pratiche salutari (alimentazione, movimento)

##### *Formazione per i promotori:*

- individuazione dei potenziali promotori attraverso criteri stabiliti (stili di vita, motivazione);
- acquisizione di conoscenze specifiche sui corretti stili di vita;
- acquisizione di abilità di comunicazione e counseling.

**Intersettorialità.** Si tratta di un intervento intersettoriale per definizione coinvolgendo oltre alla Fondazione Demarchi – Università della terza età e del tempo disponibile (UTEDT) anche l'Azienda sanitaria (UOPSAL) e le aziende private e pubbliche del Trentino.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Intervenendo sul luogo di lavoro, rendendo la scelta salutare facile e piacevole attraverso una strategia di educazione a cascata e tra pari è possibile agganciare anche persone solitamente difficile da raggiungere con messaggi di promozione della salute. Si tratta quindi di un intervento con possibile impatto positivo sulla riduzione delle disuguaglianze.

<b>Ambito</b>	<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Formazione di promotori della salute nelle aziende</b>	Numero di corsi di formazione per promotori della salute aziendali attivati	monitoraggio interno UTEDT	--	almeno 2	almeno 2	almeno 2

## Cronoprogramma

<b>Formazione di promotori della salute nelle aziende</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Progettazione evento formativo e criteri di selezione promotori aziendali	UTEDT		x			
Raccolta adesione tra le aziende del Trentino	UTEDT	UOPSAL, INAIL, Confcommercio, PAT		x	x	x
Formazione nelle aziende e formazione promotori	UTEDT			x	x	x
Attività aziendali dei promotori formati	Promotori formati	UTEDT, UOPSAL, PAT		x	x	x
Monitoraggio e valutazione	UTEDT	UTEDT, UOPSAL, PAT		x	x	x

## 7 Guadagnare salute

**Contesto, razionale e obiettivi.** Come specificato nella proposta di Piano per la salute del Trentino 2015-2015 e nella descrizione di contesto epidemiologico del presente piano della prevenzione, la grande maggioranza dei trentini afferma di sentirsi bene o molto bene, non fuma e beve solo moderatamente e un terzo dei trentini non beve affatto o solo molto raramente bevande alcoliche. La quasi totalità dei trentini ha un comportamento responsabile alla guida di automobili e moto, non bevendo più di due bicchieri nell'ora prima di mettersi alla guida e indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori o il casco. L'uso della cintura posteriore è meno frequente, tuttavia quattro persone ogni dieci dichiarano di usarla sempre. Quasi tutti gli intervistati mangiano quotidianamente almeno una porzione di frutta e verdura e la maggioranza della popolazione è normopeso e fisicamente attiva (almeno parzialmente). Rimane una minoranza di popolazione, consistente e stabile nel tempo, che presenta uno stile di vita rischioso per la salute. Una persona su quattro non è ancora riuscita a smettere di fumare o consuma alcol a maggior rischio. Una piccola minoranza mette a rischio la propria vita (e quella degli altri) guidando anche sotto l'effetto dell'alcol, oppure senza allacciare le cinture (soprattutto sui sedili posteriori); oltre una persona su tre è in sovrappeso, solo una su sei mangia 5 porzioni di frutta e verdura come raccomandato e ancora una su sei conduce uno stile di vita sedentario, non raramente in maniera inconsapevole. Per molti di questi fattori di rischio si evidenzia, inoltre, un gradiente socio-economico che vede penalizzati i ceti meno abbienti o meno istruiti ponendo anche un problema di equità e di giustizia sociale. Questi fattori aumentano significativamente il rischio di ammalarsi di malattie cardiovascolari, di tumori e di altre malattie croniche o di morire per un incidente, a loro volta alla base della maggioranza dei decessi evitabili che si verificano ogni anno in Trentino (700 decessi/anno entro i 75 anni di età).

Uno stile di vita salutare riduce significativamente il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e tumori nonché di morire precocemente. Adottare una sana alimentazione, praticare attività fisica, mantenere il peso nella norma, non fumare e non bere affatto, o bere non più di due unità di alcol al giorno per gli uomini e di una unità per le donne, sono i modi migliori per porre le basi per un invecchiamento attivo, cioè che permette di rimanere a lungo in buona salute ed autonomi.

La sfida principale del futuro consiste nell'attivarsi per incrementare, accanto alle tradizionali attività di educazione alla salute (che rischiano di addossare la responsabilità delle scelte esclusivamente al singolo), tutte quelle attività volte a modificare il contesto di vita e di lavoro per rendere più facili, convenienti e piacevoli le scelte salutari.

Sono questi i principi su cui si basa il programma Guadagnare salute che si pone l'obiettivo di implementare la strategia 4x4, vale a dire intervenire sui 4 principali fattori di rischio per le 4 principali malattie cronico-degenerative (malattie cardiovascolari, tumori, diabete e malattie respiratorie croniche):

1. contrastare l'abitudine al fumo,
2. promuovere una sana alimentazione
3. contrastare la sedentarietà
4. ridurre il consumo ad alto rischio di alcol (e di altre sostanze)

**Codice dell'obiettivo centrale di riferimento.** 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; 1.8; 1.9; 1.10; 1.11; 6.1.

**Beneficiari.** Intera popolazione.

**Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.** Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), OKkio alla Salute (OKkio), Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI), *PASSI d'argento*.

## Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Cod. IC	Indicatore di esito	Baseline PAT	Atteso PAT	Fonte
1.3.1	Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	5%	30%	Rilevazione interna
1.4.1	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	24,7% (2010-2013)	22,2%	PASSI
1.5.1	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	93,4% (2010-2013)	98,1%	PASSI
1.6.1	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	27,7% (2010-2013)	23,5%	PASSI
1.7.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che consumano abitualmente 3 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno	56,5% (2010-2013)	62,2%	PASSI
1.7.2	Prevalenza di bambini di età 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura	72,4% (2013)	83,3%	OKKIO
1.8.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni ipertese che hanno ricevuto da operatori sanitari il suggerimento di ridurre il consumo di sale nel cibo	80,7% (2010-2013)	84,7%	PASSI
1.8.2	Prevalenza di soggetti 3 anni e più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati	31% (2013)	21,7%	Multiscopo Istat
1.9.1	Prevalenza di soggetti 18-69 anni fisicamente attivi	40,9% (2010-2013)	28,6%	
1.9.2	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi (PASE >= 78)	70,00%	80,5%	PASSI d'Argento
1.10.3	Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	44,7% (2010-2013)	58,1%	PASSI
1.10.4	Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	57,3% (2010-2013)	75%	PASSI
1.10.5	Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo	5,9% (2010-2013)	23,6%	PASSI
1.10.6	Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	48,9% (2010-2013)	63,6%	PASSI
1.11.1	Adozione linee di indirizzo di promozione dell'attività fisica in soggetti con patologie croniche	-	Linea di indirizzo adottate	Delibera

3.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	5%	30%	Rilevazione interna
3.2.1	Proporzione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi	-	Interventi di sensibilizzazioni	Monitoraggi o interno
4.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	5%	30%	Rilevazione interna
5.1.1	Tasso di decessi per incidente stradale	54,7 per 1.000.000 (ACI/ISTAT 2012-2013) 73 per 1.000.000 (Registro mortalità 2008-2012)	43,8 per 1.000.000 (rif ACI/ISTAT) 58,4 per 1.000.000 (rif Registro mortalità)	ACI/Istat
5.2.1	Percentuale ricoveri per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumi ed avvelenamenti	6,8% (2013)	6,1%	SDO
5.3.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che viaggiano in auto, e che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza quando stanno sui sedili posteriori, rispondono "sempre"	39,0% (2010-2013)	58,5%	PASSI
5.3.1	Prevalenza di persona di età 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi sono salite su una motocicletta/scooter/motorino, come guidatore o passeggero e che, alla domanda sull'uso del casco rispondono "sempre"	97,0% (2010-2013)	Mantenere i valori	PASSI
5.3.2	Prevalenza di persone 18-69 anni che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche	9,3% (2010-2013)	6,5%	PASSI
6.1.1	Numero di ricoveri per incidente domestico	1.069 - 1.732 - 1.638 (2011-2012-2013) Variazione 2011-2013: 53% Variazione 2012-2013: -5,4%		SDO
6.2.1	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi (PASE ≥ 78)	70,0%	80,5%	PASSI d'Argento
6.4.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni da operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici	31,3% (2008-2009)	62,6%	PASSI



6.4.1	Prevalenza di persone ultra 64enni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni su come evitare le cadute in casa	10,3% (2012)	15,5%	PASSI d'Argento
9.5.2	Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (LP). I LP sono quei pazienti che al momento della prima diagnosi di sieropositività hanno un numero di linfociti CD4 minore di 350 cell/μL o hanno una patologia indicativa di AIDS indipendentemente dal numero di CD4	Non disponibile	15,00%	Sistema di sorveglianza HIV
10.9.1	Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare	non rilevato	1 evento formativo/anno	Monitoraggi o interno APSS
10.10.2	Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	non rilevato	Garantire il flusso di dati dei controlli effettuati presso le rivendite di sale e nella ristorazione	Monitoraggi o interno APSS

### Azioni previste

<b>Cod. Azione</b>	<b>Setting</b>	<b>Ciclo di Vita</b>	<b>AZIONE</b>
GS1	SC	B Ado	Interventi di Educazione alla Salute in ambito scolastico
GS2	C	Ado Adt Anz	Comunicare con Web e Web2.0 per Guadagnare Salute
GS3	C	Adt	Programma di prevenzione cardiovascolare sul modello degli screening oncologici (CARDIO 50)
GS4	C	ICV	Realizzazione di programmi di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare
GS5	C	Adt Anz	Promozione dell'attività fisica negli anziani
GS6	C	Adt Anz	Guide alpine per guadagnare salute
GS7	C	ICV	Ristorazione Collettiva a favore di Salute e Ambiente
GS8	C	ICV	La promozione della attività fisica in tutte le politiche
GS9	SA	ICV	Referente di reparto per la promozione della salute e del benessere (RPSB)
GS10	SA	ICV	Formazione per operatori dipendenti e convenzionati (MMG PLS) sulla promozione dei sani stili di vita

Legenda: C Comunità; SC Scuola; SA Sistema Sanitario; B Bambino; Ado Adolescente; Adt Adulto; Anz Anziano; ICV Intero Ciclo di Vita

## Obiettivi specifici a cui le azioni concorrono

Cod. IC	AZIONE								
	GS1	GS2	GS3	GS4	GS5	GS6	GS7	GS8	GS9
1.3.1	x		x				x	x	x
1.4.1	x	x	x						x
1.5.1	x								
1.6.1	x	x	x						x
1.7.1	x	x	x				x		x
1.7.2	x						x		x
1.8.1	x	x	x						x
1.8.2	x	x					x		
1.9.1	x	x	x					x	x
1.9.2		x			x			x	
1.10.1			x						x
1.10.2			x						x
1.10.3			x						x
1.10.4			x						x
1.10.5			x						x
1.10.6			x			x			x
3.1.1	x	x							
3.2.1	x								
4.1.1	x	x							
5.1.1	x	x							
5.2.1	x	x							
5.3.1	x	x							
5.3.1	x	x							
5.3.2	x	x							
6.1.1	x	x							
6.2.1					x				
6.4.1									
6.4.1									
9.5.2	x	x							
10.9.1				x					
10.10.2				x					

### Azione GS1: Educazione alla salute in ambito scolastico

**Attività.** L'attività di promozione ed educazione alla salute è una competenza ordinaria ed istituzionale dell'APSS, svolta con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione (Determina del DG n. 508 del 25 settembre 2012).

Gli interventi di educazione e promozione alla salute sono attivati dall'APSS su temi relativi a stili di vita e comportamenti salutari soprattutto nell'ambito della sana alimentazione, dell'attività fisica, della educazione socio-affettiva e sessuale, dell'igiene orale e del primo soccorso, del contrasto all'uso di sostanze (alcol, fumo, droghe illegali, doping e farmaci).

Gli interventi di educazione e promozione alla salute sono rivolti direttamente alla popolazione di riferimento e principalmente, ma non esclusivamente, attraverso iniziative ed interventi presso le scuole del Trentino.

La realizzazione delle attività proposte è possibile attraverso il coinvolgimento di professionisti di diverse discipline.

L'attività viene svolta di regola dal personale dipendente dell'APSS e, laddove non sia possibile effettuare l'attività con personale interno, possono essere incaricati professionisti esterni nel rispetto di procedure che garantiscano la trasparenza e la parità di condizioni di accesso a tutti coloro che hanno i titoli necessari.

## Aree tematiche

Area Tematica	Nome Percorso	Target
Contrasto al Tabagismo Contrasto Alcol e Sostanze Life Skill, Empowerment Incidenti stradali	In punta di piedi sul pianeta	Scuola dell'infanzia, Istituti Comprensivi (formazione degli insegnanti) Istituti Istruzione secondaria 2° e Centri Formazione Professionale
Contrasto al Tabagismo Contrasto Alcol e Sostanze Incidenti stradali	Peer education: alcol e fumo	Istituti Istruzione secondaria 2° e Centri Formazione Professionale
Contrasto Alcol e Sostanze Incidenti stradali	Peer education: Prevenzione consumo sostanze psicotrope	Istituti Istruzione secondaria 2° e Centri Formazione Professionale
Sana alimentazione e attività fisica	Muoversi per apprendere con il Nordic Walking	Istituti Comprensivi (formazione degli insegnanti)
Contrasto al Tabagismo Contrasto Alcol e Sostanze Sana alimentazione Attività fisica	Salute e Stili di vita: Come rilevarli, come leggerli, come supportarli.	Formazione insegnanti Istituti Comprensivi Istituti Istruzione secondaria 2° e Centri Formazione Professionale
Contrasto al Tabagismo Contrasto Alcol e Sostanze Life Skill, Empowerment	Unplugged	Formazione insegnanti Scuola dell'infanzia, Istituti Comprensivi Istituti Istruzione secondaria 2° e Centri Formazione Professionale
Empowerment Benessere relazionale	Educazione socio affettiva e sessuale	Scuola Secondaria 1°
Empowerment Benessere relazionale	Peer education: educazione alla sessualità	Istituti Istruzione secondaria 2° e Centri Formazione Professionale
Empowerment Benessere relazionale	Progetto conoscere il consultorio	Istituti Istruzione secondaria 2° e Centri Formazione Professionale
Primo soccorso Incidenti domestici Incidenti stradali	Approccio al primo soccorso	Istituti Istruzione secondaria 2° e Centri Formazione Professionale
Salute mentale	Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare	Formazione insegnanti Scuola dell'infanzia, Istituti Comprensivi Istituti Istruzione secondaria 2° e Centri Formazione Professionale

**Target.** Insegnanti, personale ATA, Studenti delle scuole di ogni ordine e grado.

**Setting.** Comunità scolastiche del territorio provinciale.

**Intersettorialità.** Si tratta di un intervento intersettoriale per eccellenza essendo coinvolti sia il mondo della scuola sia l'azienda sanitaria (nel gruppo del personale aziendale sono compresi: assistenti sanitari, infermieri e medici del Dipartimento di Prevenzione e delle UU.OO. Cure Primarie, dietiste, ostetriche e personale dei consultori dei Distretti Centro-Nord, Centro-Sud, Est e Ovest. Sono inoltre coinvolti attivamente gli operatori del Servizio Dipendenze, del Servizio di Alcolologia, di Trentino Emergenza e del Centro Disturbi del Comportamento Alimentare).

**Impatto sulle disuguaglianze.** Interventi in ambito scolastico permettono di raggiungere tutti i bambini/ragazzi, indipendentemente dallo strato socio-economico o della provenienza dei genitori e hanno quindi un elevato potenziale in termini di riduzione delle disuguaglianze sociali nella salute.

### Indicatore sentinella

Area	Indicatore di processo	Fonte	2015 (A.S.13-14)	2016 (A.S.15-16)	2017 (A.S.16-17)	2018 (A.S. 17-18)
Erogazione attività proposte di educazione alla salute	(n. percorsi attivati)/ (tot. percorsi richiesti)	monito raggio interno	90%	95%	100%	100%

### Cronoprogramma

Educazione alla salute in ambito scolastico						
Attività	Responsabili / Referenti	Altri attori	2015	2016	2017	2018
Ridefinizione dei percorsi formativi per il setting scolastico	Dip.Prev		x	x	x	x
Attivazione dei percorsi nelle scuole aderenti	Dip.Prev	scuole		x	x	
Relazione attività	Dip Prev.	scuole		x	x	x

**Analisi dei rischi.** In caso di progetti non-curricolari la formazione a cascata all'interno delle singole classi potrebbe essere compromessa dalla riduzione progressiva dei fondi destinati alle attività extracurricolari.

### Azione GS2: Comunicare con Web e Web 2.0 per Guadagnare salute

**Attività.** Compito del Sistema Sanitario è promuovere stili di vita sani affinché il cittadino sia sempre più protagonista e capace di intervenire in modo informato sulla salute propria e collettiva, nel segno dei principi generali promossi dall'OMS in particolare con la Carta di Ottawa del 1986 e con i pronunciamenti successivi. Il Sistema Sanitario stesso deve promuovere il passaggio da una prevenzione basata sui rischi ad una promozione attiva dei cosiddetti "Determinanti di Salute". La comunicazione per sensibilizzare la popolazione circa la relazione tra scelte e comportamenti e la propria salute riveste un ruolo importante nel

veicolare messaggi di promozione della salute e nel dare risalto ai tradizionali canali attualmente utilizzati dalle aziende sanitarie.

La moltiplicazione e l'integrazione dei media, la personalizzazione del loro utilizzo, per i contenuti sia di intrattenimento che di informazione, caratterizza, attraverso una crescita esponenziale dei nuovi strumenti di comunicazione ed in particolare dei social network, l'attuale scenario comunicativo. La persona realizza un autonomo assemblaggio delle fonti in ambiente web ed in base ad un rapporto fiduciario individuale verso aziende, istituzioni ed altri individui "come lui", a cui si riconoscono specifiche competenze. La progressiva miniaturizzazione dei devices tecnologici, l'aumento esponenziale delle connessioni mobili e la diffusione delle applicazioni per smartphone e tablet acuiranno questa tendenza. La rivoluzione del web 2.0, l'alto grado di interattività dell'utente, la sua autonomia nel produrre contenuti, testi, audio, video, da condividere con i propri amici, followers e di conseguenza la potenzialità di ogni singolo individuo di gestire un proprio canale comunicativo dotato di un'audience altamente selezionata e specializzata, mette definitivamente in crisi il residuale modello attuale della comunicazione istituzionale.

In un'ottica di appropriatezza bisogna capire quale debba essere il ruolo della comunicazione sanitaria per costruire un dialogo con i cittadini.

La funzione di Internet maggiormente utilizzata dai cittadini nella vita quotidiana è la ricerca di informazioni su aziende, prodotti e servizi (43,2%), cui si aggiunge la necessità dei singoli individui di informarsi e la possibilità che la rete offre di confronti "tra pari", con la presenza di siti dedicati allo scambio di informazioni e commenti sui servizi e prodotti. Questo nuovo comportamento sociale impone cambiamenti anche nei modelli della comunicazione aziendale. Le aziende sanitarie devono, infatti, costruire progressivamente una buona reputazione soprattutto on-line. E una presenza articolata su Internet diventa una leva di consenso significativa soprattutto per le fasce giovanili della popolazione, segmenti della popolazione caratterizzati da modalità di accesso alla rete più attive e con identità digitale forte, un io virtuale dialogante, capace di posizionarsi in una logica orizzontale rispetto alla comunicazione aziendale. Secondo un'indagine (2013) condotta dal Coordinamento Nazionale Marketing sociale e FIASO sull'uso di Twitter da parte di 33 Aziende ospedaliere e sanitarie risultano: 11641 Followers e 5442 Following. Per un totale di 13806 Tweet inviati. Da una prima analisi si evince che gli impieghi di Twitter nella comunicazione della salute si concentrano principalmente sull'invio di segnalazioni di eventi e di rilanci di messaggi già diffusi sui siti aziendali o con modalità off-line. Non sono molte le realtà che sfruttano Twitter per coinvolgere attivamente il pubblico e farne strumento di promozione della salute.

Obiettivo di questa azione è la costruzione di un piano della comunicazione finalizzata a veicolare messaggi di salute utilizzando i social media quali strumenti nuovi, agili e *friendly*, ad alta interattività e con regole ben precise nelle modalità di interazione. E' importante che le strutture sanitarie acquisiscano la consapevolezza e la competenza di una comunicazione trasversale, attuale, diretta e capillare, conducendo, e non subendo, un cambiamento necessario nella relazione con il cittadino in tema di salute e benessere.

L'attività è orientata su tre dimensioni: quella inerente gli aspetti dell'organizzazione (piano di comunicazione, modalità di redazione e distribuzione dei messaggi, monitoraggio degli accessi, ecc.), quella relativa alle tecnologie che possono essere impiegate dai professionisti dell'Azienda Sanitaria per veicolare e dare risalto ai contenuti prodotti e quella relativa ai contenuti per la comunicazione in Guadagnare Salute.

**Target.** Intera popolazione trentina, in particolare le fasce di età giovanili.

**Setting.** Comunità.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Interventi che utilizzano media e i social-media comportano il rischio di escludere la parte della popolazione meno abituata a questi strumenti (anziani).

Tuttavia i fattori di rischio quali fumo, consumo a rischio di alcol, scarso consumo di frutta e verdura sono significativamente più diffusi nella popolazione giovanile, maggiormente raggiungibile attraverso i social media. Dal punto di vista socio-economico, invece, non si registrano disuguaglianze nell'uso di tali strumenti, diffusi universalmente nella popolazione giovanile.

### Indicatori sentinella

Attività	Indicatore di processo	Fonte	2015	2016	2017	2018
Comunicazione web e web2.0	n. newsletter realizzate (almeno 1 al mese per 11 mesi / anno)	monitoraggi o interno	---	4 -da settembre	11 newsletter	11 newsletter
Comunicazione web e web2.0	n. tweet (almeno 4 per ogni newsletter)	monitoraggi o interno	---	4 -da settembre	44 tweet	44 tweet
Comunicazione web e web2.0	n. messaggi WhatsApp (almeno 4 per ogni newsletter)	monitoraggi o interno	---	4 -da settembre	44 msg WhatsApp	44 msg WhatsApp

### Cronoprogramma

Comunicazione Web e Web 2.0						
Attività	Responsabili / Referenti	Altri attori	2015	2016	2017	2018
Costituzione del gruppo di lavoro	Dip.Prev	Servizio Comunicazione Interna ed Esterna della Azienda Sanitaria	x			
Piano di comunicazione per comunicazione web e web2.0	Dip.Prev	Servizio Comunicazione Interna ed Esterna della Azienda Sanitaria	x	x		
Realizzazione della comunicazione web e web2.0	Dip Prev.	Servizio Comunicazione Interna ed Esterna della Azienda Sanitaria		x	x	x

## Azione GS3: Prevenzione cardiovascolare “Cardio 50”

**Attività.** Le malattie Cardiovascolari (MCV) rappresentano una delle principali cause di morte anche in Trentino. I principali fattori di rischio identificati nello sviluppo delle MCV sono: età avanzata, sesso maschile, livelli di colesterolo LDL alti e/o di HDL bassi, ipertensione arteriosa, tabagismo, diabete, familiarità per malattie cardiovascolari, obesità, vita sedentaria. Questi fattori di rischio interagiscono ampiamente in catene causali o concausali. Sebbene i dati epidemiologici dimostrino un’elevata prevalenza di MCV, si riscontra una bassa percezione collettiva del rischio di MCV e una scarsa informazione sui fattori predisponenti; da qui la necessità di organizzare un programma di individuazione del rischio e di prevenzione cardiovascolare in forma attiva, sul modello dei programmi di screening oncologico. Questo programma prevede l’attivazione di un programma di screening cardiovascolare nel territorio provinciale diretto ai cittadini residenti di 50 anni di età e di entrambi i generi. Il programma di screening prevede una prevalutazione eseguita dal Gruppo Tecnico software secondo criteri di esclusione ed invio di tale lista alla Centrale di screening che effettuerà successivamente la chiamata attiva; fase di screening eseguita da un Assistente sanitaria o altro professionista sanitario (previa formazione) presso degli ambulatori dislocati sul territorio provinciale con dettaglio distrettuale; classificazione dei soggetti in classi di rischio in base alla valutazione degli stili di vita e di parametri rilevati in sede di visita; proposta di percorsi specifici per classe di rischio; follow-up a 6mesi/1 anno dalla prima visita. Il programma sarà seguito e sviluppato dal Dipartimento di Prevenzione, che attraverso una rete integrata tra i vari livelli assistenziali potrà contrastare i fattori di rischio modificabili.

**Target.** Soggetti 50enni di entrambi i sessi residenti nella Provincia Autonoma di Trento.

**Setting.** Comunità e Servizio Sanitario.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Dai dati PASSI sugli screening oncologici emerge che laddove esiste un programma di screening organizzato si riducono le disuguaglianze sociali nell’accesso ai servizi preventivi. E’ quindi plausibile ritenere un tale effetto anche per il programma Cardio 50.

Attività	Indicatore di processo	Fonte	2015	2016	2017	2018
Cardio 50	Chiamata attiva dei soggetti eleggibili (n. eleggibili invitati / n. eleggibili in anagrafe)	monitoraggio interno	70%	90%	90%	90%

### Cronoprogramma

Cardio 50						
Attività	Responsabili /Referenti	Altri attori	2015	2016	2017	2018
Sviluppo programma di screening per la prevenzione delle MCV	Dip.Prev		x			
Attivazione del programma	Dip.Prev		x	x	x	x
Campagna di sensibilizzazione sulle MCV	Dip.Prev		x	x	x	x

## Azione GS4: Formazione/informazione per operatori del settore alimentare

**Attività.** Numerosi studi rilevano come le allergie alimentari siano un problema comune e in continua crescita. Pur non essendo disponibili in Italia dati precisi, si stima che 2 milioni di italiani siano affetti da allergie verso uno o più alimenti (*World Allergy and Asthma Congress 2013*) e che i bambini ipersensibili a latte, uova, nocciole e altri cibi, siano raddoppiati negli ultimi 10 anni, arrivando a sfiorare le 600.000 unità (*European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) per l'allergia alimentare e l'anafilassi*).

Per la sola condizione celiaca si stima che essa interessi circa l'1% della popolazione generale. In Provincia di Trento, nel 2014 sono stati registrati 1898 soggetti affetti da celiachia di cui 576 maschi e 1322 femmine.

In considerazione dell'entrata in vigore del Reg. Comunitario 1169/2011/Ue, che riforma le indicazioni da fornire al consumatore in merito alle caratteristiche degli alimenti, ponendo particolare attenzione sull'obbligo dell'Operatore Settore Alimentare (OSA) di indicare la presenza di eventuali allergeni in tutti i prodotti alimentari (compresi quelli venduti o somministrati allo stato sfuso) è fondamentale predisporre un programma di formazione degli OSA e in particolare degli operatori della ristorazione pubblica e collettiva in considerazione dell'abitudine sempre più diffusa di consumare cibi fuori casa.

La formazione del personale che opera nella ristorazione sia collettiva che pubblica riguarderà non solo i principi di sicurezza alimentare, ma anche quelli relativi alle problematiche connesse alle allergie/intolleranze alimentari con lo scopo di adottare Good Manufacturing Practice per evitare contaminazioni crociate.

Lo iodio è un micronutriente essenziale per il corretto funzionamento della tiroide, in quanto costituente principale degli ormoni tiroidei. La carenza di iodio è la causa principale del gozzo, cioè di un aumento delle dimensioni della tiroide, della formazioni dei noduli e di molti altri effetti dannosi sulla salute, indicati nel loro insieme come "disturbi da carenza iodica". Particolarmente sensibile al difetto di questo micronutriente è il cervello in età fetale e neonatale che ha uno sviluppo incompleto in condizioni di carenza iodica. Lo iodio si assume con gli alimenti, ma le quantità di esso presenti nella maggior parte dei cibi e delle bevande sono scarse. E' quindi necessario che l'alimentazione sia quanto più possibile varia, e che preveda un'integrazione di una quantità di iodio attraverso l'uso di sale arricchito di iodio che consente di coprire il fabbisogno fisiologico giornaliero fornendo 30 µg di iodio per grammo di sale. La Legge n. 55 del 21/03/2005 prevede una serie di misure finalizzate a promuovere il consumo di sale iodato:

1. presenza obbligatoria di sale iodato nei punti vendita,
2. fornitura del sale comune soltanto su specifica richiesta dei consumatori,
3. uso di sale arricchito di iodio nella ristorazione pubblica e collettiva
4. possibilità di utilizzazione nella preparazione e conservazione dei prodotti

Il Programma si articola in **due azioni**:

Azione 1: Formazione rivolta a professionisti nel settore degli alimenti

Azione 2: Organizzazione delle attività di controllo ufficiale per la raccolta informazioni sulla disponibilità del sale iodato per garantire il flusso dei dati richiesti

### **Azione 1: Formazione rivolta a professionisti nel settore degli alimenti**

Per aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e contemporaneamente sensibilizzare gli operatori del settore alimentare nei confronti dei disturbi da carenza iodica, vengono progettati eventi formativi che coinvolgono le Associazioni di categoria degli OSA e i "futuri professionisti" che opereranno nel settore degli alimenti (studenti che frequentano le scuole alberghiere e i percorsi universitari legati al settore alimentare).

In relazione ai destinatari degli interventi vengono definiti:



- obiettivi formativi e contenuti (nozioni generali necessarie per evitare la somministrazione di alimenti responsabili di reazioni indesiderate, per fornire alternative mirate a ridurre limitazioni alla vita di relazione dei soggetti allergici, per conoscere i rischi connessi con il processo di produzione e distribuzione degli alimenti e le norme di buona pratica per evitare la presenza di allergeni "nascosti" per contaminazione, cross reattività o per errori grossolani, per apprendere le disposizioni nazionali finalizzate alla prevenzione da patologie da carenza iodica);
- tipologia di erogazione (corsi, simulazioni, esercitazioni, seminari, laboratori didattici etc) e durata degli interventi
- predisposizione del materiale didattico, compresi i sistemi di valutazione del corso e dei docenti, sistemi di valutazione del raggiungimento degli obiettivi attraverso somministrazione di questionari;
- Realizzazione di almeno un incontro formativo all'anno, differenziato tra destinatari (formatori e studenti).

### Indicatori sentinella

Azione	Fonte	2015	2016	2017	2018
Formazione/informazione per operatori del settore alimentare	Monitoraggio interno	Non disponibile	1 evento formativo	1 evento formativo	1 evento formativo

### Cronoprogramma

Formazione operatori alimentari						
Attività	Responsabili/Referenti	Altri attori	2015	2016	2017	2018
Censimento degli stakeholder	Dip.Prevenzione		x			
Predisposizione materiale didattico per formatori di OSA	Dip.Prevenzione		x			
Realizzazione di un evento formativo	Dip.Prevenzione			x		
Predisposizione materiale didattico per studenti delle scuole alberghiere e universitari	Dip.Prevenzione			X		
Realizzazione di un evento formativo	Dip.Prevenzione				X	X

### Azione 2: Organizzazione delle attività di controllo ufficiale per la raccolta informazioni sulla disponibilità del sale iodato per garantire il flusso dei dati richiesti

Le azioni intraprese per assicurare la trasmissione delle informazioni al Ministero della Salute relativamente alle disposizioni contenute nella Legge 55/2005, sono le seguenti:

- inserimento nella programmazione delle attività di controllo ufficiale sia di verifiche presso i dettaglianti della contemporanea disponibilità di sale arricchito con iodio e di sale alimentare comune, nonché della presenza della locandina predisposta dal Ministero della Salute sia di verifiche nell'ambito della ristorazione pubblica, quali bar e ristoranti e di

- quella collettiva, della disponibilità per il consumatore anche il sale arricchito con iodio;
- esplicitazione, nella fase di assegnazione delle attività da svolgere, delle informazioni che gli incaricati del controllo ufficiale devono raccogliere al fine di assicurare il debito informativo nei confronti del Ministero della Salute (predisposizione di uno schema di raccolta delle evidenze).

All'inizio di ogni anno vengono raccolti i dati dell'attività svolta da parte del personale incaricato ed assicurata la rendicontazione richiesta.

### Indicatore sentinella

Attività	Fonte	2015	2016	2017	2018
Rendicontazione attività di controllo ufficiale per il sale iodato. Controlli effettuati/controlli pianificati	Report annuale attività	100%	100%	100%	100%

### Cronoprogramma

Riduzione dei disordini da carenza iodica						
Attività	Responsabili/ Referenti	Altri attori	2015	2016	2017	2018
Programmazione delle attività di controllo ufficiale	Direttore U.O.ISP		x	x	x	x
Sensibilizzazione del personale ispettivo	Resp SIAN		x	x	x	x
Svolgimento delle attività di controllo presso la ristorazione e presso le attività di vendita al dettaglio	Tecnici della Prevenzione		x	x	x	x
Raccolta dati e rendicontazione	Direttore U.O.ISP Resp SIAN			x	x	x

### Azione GS5: Promozione dell'attività fisica negli anziani

**Attività.** Promozione di una serie di interventi rivolti a migliorare la qualità della vita delle persone anziane e, attraverso il movimento, un cambiamento del loro stile di vita. Tutto questo mediante la realizzazione di specifiche iniziative, a seconda delle caratteristiche e dei bisogni dei diversi territori: corsi di Ginnastica Dolce, corsi di Attività Fisica Adattata (AFA), Ginnastica a Domicilio (GAD), Gruppi di Cammino.

Gli operatori che attiveranno (laureati in scienze motorie) o integreranno (volontari delle associazioni coinvolte) gli interventi seguiranno un percorso formativo che unirà elementi metodologici generali ed elementi specifici sulle patologie croniche.

**Target.** Popolazione anziana dell'intero territorio provinciale

**Setting.** La comunità residente sul territorio provinciale.

**Intersettorialità.** UISP collaborerà con la Consulta per la Salute, con le associazioni in essa rappresentate e con la Fondazione Demarchi, in raccordo con l'Osservatorio per la Salute della PAT e con l'APSS. Stringerà inoltre collaborazioni con i Comuni al fine di ottenere le strutture per lo svolgimento delle attività e per promuovere gli interventi. Sul territorio collaborerà con tutti i soggetti (AUSER, Circoli Pensionati, associazioni ricreative, associazioni sportive) interessati al raggiungimento degli obiettivi di promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana.

**Impatto sulle disuguaglianze.** L'intervento è realizzato in collaborazione con i servizi sociali dei comuni coinvolti al fine di individuare gli anziani a rischio di isolamento sociale a cui proporre in maniera mirata le attività. In questo modo la promozione dell'attività fisica è un mezzo per contrastare l'isolamento sociale e contrastare le disuguaglianze.

### Indicatori sentinella

Promozione attività fisica nell'anziano	Fonte	2015	2016	2017	2018
Numero complessivo di interventi realizzati	Monitoraggio interno	2	almeno 8	almeno 14	almeno 20

### Cronoprogramma

Promozione attività fisica nell'anziano						
Attività	Responsabili/Referenti	Altri attori	2015	2016	2017	2018
Definizione del percorso formativo per operatori	UISP	Consulta della Salute, Fondazione Demarchi-UTEDT, Centro Servizi Volontariato	x			
Creazione della rete tra i diversi partner/stakeholder	UISP	Consulta della Salute, UTEDT, Centro Servizi Volontariato, Fondazione Demarchi, Enti Locali, UTEDT, APSS, Osservatorio per la Salute	x	x	x	
Formazione degli operatori	UISP	Consulta della Salute, Fondazione Demarchi-UTEDT	x	x	x	x
Attivazione degli interventi sul territorio	UISP	Consulta della Salute, Fondazione Demarchi-UTEDT, Enti Locali	x	x	x	x

**Analisi dei rischi.** La non collaborazione delle amministratori comunali, a fronte della riduzione delle risorse degli enti locali e della scarsa consapevolezza dell'importanza dell'attività fisica per il benessere individuale e collettivo.

## Azione GS6: Guide alpine per guadagnare salute

**Attività.** L'ambiente di montagna del Trentino, le sue tradizioni alpinistiche rappresentano delle formidabili risorse per la promozione dell'attività fisica nel rispetto per la natura e la sostenibilità ambientale. Tutto questo è vero non solo per le persone "sane" ma anche per le persone affette da molte patologie croniche fra le quali l'Asma e la Fibrosi cistica. Tale progetto si prefigge l'obiettivo di incoraggiare i pazienti con patologie cronico-degenerative, a intraprendere un percorso di attività fisica in un ambiente di montagna nella sue diverse forme, mettendo in rete guide alpine, associazioni di malati e servizi sanitari.

**Target.** Persone portatrici di patologie cronico-degenerative.

**Setting.** Comunità.

**Intersettorialità.** Il progetto iniziale è frutto della collaborazione tra la Lega Italiana Fibrosi Cistica Trentino Onlus, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (Unità Operativa Igiene Pubblica Centro Sud - ambulatorio di Medicina di Montagna, Unità Operativa di Pediatria di Rovereto, Centro Trapianti), Guide Alpine Trentine, e l'Università di Milano, Cattedra di Biochimica - Ospedale S. Paolo.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Le attività e il contesto di alpinismo si contraddistinguono da sempre per il loro carattere universalistico, per cui tutte le differenziazioni e barriere sociali vanno a cadere. Un intervento "alpinistico" per la promozione della salute ha quindi un elevato potenziale di riduzione delle disuguaglianze sociali nella salute.

Indicatore di processo	Fonte	2015	2016	2017	2018
N° corsi arrampicata / escursioni per portatori di malattie croniche	monitoraggio interno	---	Almeno 1 per distretto sanitario	Almeno 2 per distretto sanitario	>2 per distretto sanitario

### Cronoprogramma

Guide alpine per guadagnare salute						
Attività	Responsabili/Referenti	Altri attori	2015	2016	2017	2018
Implementazione e del percorso formativo per operatori	UOISP centro sud Ambulatorio di medicina di montagna	Guide Alpine - Lega Fibrosi Cistica - Unità operativa Pediatria Rovereto - Centro Trapianti - Università di Milano - Altri enti/ASL	x			
Creazione della rete tra i diversi partner	UOISP centro sud Ambulatorio di medicina di montagna	Guide Alpine - Lega Fibrosi Cistica - Unità operativa Pediatria Rovereto - Centro Trapianti - Università di Milano - Altri enti/ASL	x			
Svolgimento dei corsi ed altre attività sul territorio montano della Provincia	UOISP centro sud Ambulatorio di medicina di montagna	Guide Alpine - Lega Fibrosi Cistica - Unità operativa Pediatria Rovereto - Centro Trapianti - Università di Milano - Altri enti/ASL		x	x	x

## **Azione GS7: Ristorazione collettiva a favore di salute e ambiente**

**Contesto, razionale e obiettivi.** La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. Nel contempo gli stili di vita salutari sono anche quelli più rispettosi dell'ambiente e, viceversa, la consapevolezza di poter fare concretamente qualcosa per aumentare la sostenibilità ecologica può rappresentare una potente motivazione per indurre un cambiamento delle abitudini di vita. La produzione industriale di carne è uno dei maggiori responsabili del riscaldamento globale. Si stima che il contributo alla produzione di gas serra derivante dalla produzione di carne risulta all'incirca della stessa entità di quello riconducibile al traffico auto veicolare. La produzione di carne è inoltre associato ad un consumo elevato di acqua e non è salutare, perlomeno non nelle quantità abitualmente consumate in Italia (problemi associati: sovrappeso, diabete, malattie cardiovascolari, tumore colon-retto).

Gli sprechi alimentari incidono fortemente sul sistema alimentare la FAO stima che da 30% a 50% degli alimenti prodotti viene buttato nella spazzatura. Un quarto del consumo di acqua viene utilizzato per la produzione di alimenti che finiscono nella spazzatura e in media ogni tonnellata di alimenti sprecati comporta l'immissione di 5,6 tonnellate di CO2 nell'atmosfera.

La riduzione degli sprechi alimentari è indicato dalla International Union for Health Promotion and Education (IUPHE), dalla American Public Health Association (APHA) e dalla Sustainability Commission del Regno Unito come una delle tre azioni prioritarie al fine di promuovere la salute locale, risparmiando contemporaneamente risorse e producendo effetti positivi in termini di giustizia e sostenibilità alimentare a livello globale. Le altre due priorità individuate sono: la riduzione del consumo di prodotti animali e quella dei cibi e delle bevande spazzatura.

Sono moltissime le persone che quotidianamente, per motivi di studio, di lavoro o anche per turismo consumano i propri pasti fuori casa, sia nelle mense scolastiche o aziendali o in altri esercizi preposti alla somministrazione di alimenti. La ristorazione collettiva rappresenta quindi un ambito formidabile per la realizzazione di interventi di promozione della sana alimentazione sfruttando anche la sinergia esistente tra consumo di alimenti sani e salvaguardia dell'ambiente.

Come specificato anche nel Piano per la salute 2015-2025, è inoltre importante che ci sia coerenza tra i principi che sostengono la promozione di stili di vita sani e il comportamento adottato dalle amministrazioni pubbliche nel loro quotidiano a partire dall'Azienda sanitaria stessa. Tra gli esempi si possono citare i menu delle mense scolastiche, di quelle convenzionate con i comuni, la provincia e l'APSS (con particolare attenzione al rispetto di regimi alimentari particolari come la dieta senza glutine o quella vegetariana); la tipologia di alimenti forniti nei distributori automatici; la tipologia di menù proposti in occasione di eventi promozionali o di feste ed il consumo di alcol.

Obiettivo di questa azione sarà quindi stabilire la necessaria coerenza tra i principi della promozione di stili di vita sani e sostenibili e la condotta concreta delle pubbliche amministrazioni in ambito alimentare.

Tale attività riconosce due linee operative:

- 1 - ridurre il consumo di alimenti di origine animale e dei cibi e bevande spazzatura in ambito sanitario
- 2 - promozione di una sana alimentazione e riduzione degli sprechi alimentari nella refezione scolastica

### **Linea operativa 1: Ridurre il consumo di alimenti di origine animale e dei cibi e bevande spazzatura**

**Descrizione.** Le attività di questa linea operativa prevedono la costituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare e multiprofessionale costituito da organizzazioni che sul territorio

provinciale sono impegnate nella promozione di una sana alimentazione e nella fornitura di servizi di ristorazione collettiva. Tale gruppo dovrà orientare il proprio operato alla redazione di indirizzi per la realizzazione di buone pratiche nella ristorazione collettiva a favore di salute e ambiente a partire dalle strutture dell'azienda sanitaria. I temi da affrontare potranno orientarsi a:

- Criticità e opportunità nella fornitura di prodotti salutari e a basso impatto ecologico
- Modalità per orientare gli utenti alla scelta di cibi salutari ed ecocompatibili

Il lavoro del gruppo si orienterà alle esperienze maturate in passato nell'ambito dell'Azienda sanitaria, in particolare rispetto alla completa sostituzione dei cibi spazzatura nei distributori automatici collocati nell'Azienda sanitaria e alla valutazione della fattibilità dell'introduzione di una giornata vegetariana nelle mense della stessa Azienda sanitaria. In particolare nel 2010-2012, nell'ambito del programma Guadagnare Salute del Trentino era stato realizzato un progetto, denominato "Pausa Amica", con il duplice obiettivo di 1) trasformare la distribuzione automatica di alimenti in un mezzo per la promozione di sani stili di vita e 2) di ristabilire la coerenza tra i messaggi di promozione della salute, il contesto e la prassi aziendali, cercando nel contempo di salvaguardare gli interessi di tutti gli attori coinvolti. Alla fine della sperimentazione il progetto è risultato economicamente fattibile e ben accetto da dipendenti ed utenti. Dai dati raccolti in sede di valutazione è risultato che nella modalità affiancamento i prodotti salutari non vengono consumati in alternativa a quelli tradizionali, ma in aggiunta a questi, quindi senza guadagno di salute. La sostituzione completa risultava, invece, efficace e sostenibile anche economicamente senza incontrare resistenze sostanziali negli utenti. Tutti i partecipanti del progetto hanno quindi concordato sulla necessità di puntare all'estensione progressiva del progetto nella modalità della sostituzione completa.

Per quanto riguarda l'introduzione di una giornata vegetariana nelle mense aziendali è stato stimato che nelle mense dell'Azienda sanitaria trentina vengono consumate quotidianamente circa 130 kg di carni bianche, 50 kg di carne bovina e 140 kg di carne suina. In base a questi consumi e alle tabelle correntemente in uso sull'impatto ambientale degli alimenti, l'introduzione di una giornata settimanale vegetariana comporterebbe un risparmio di circa 4.8 tonnellate di CO<sub>2</sub> in un singolo giorno, pari a quella prodotta da 980 automobilisti italiani. Inoltre in un anno si risparmierebbero 74.091.331 litri di acqua, l'equivalente di circa 30 piscine olimpioniche da 8 corsie.

**Target.** Intera popolazione trentina.

**Setting.** Comunità, Azienda sanitaria.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Trattandosi di interventi di modifica del contesto a cui è esposta l'intera popolazione questi interventi hanno il potenziale di ridurre le disuguaglianze sociali.

**Intersettorialità.** Sono coinvolti Azienda sanitaria, Assessorato alla salute, Assessorato all'agricoltura, produttori di alimenti, ditte appaltatrici di ristorazione e dei distributori automatici

**Indicatori sentinella**

Ambito	Indicatore di processo	Fonte	2015	2016	2017	2018
Ridurre il consumo di alimenti di origine animale e dei cibi e bevande spazzatura	Costituzione gruppo di lavoro e Produzione linee di indirizzo	monitoraggio interno	---	Report attività	Report attività	Report attività

## Cronoprogramma

<b>Ridurre il consumo di alimenti di origine animale e dei cibi e bevande spazzatura</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Individuazione portatori di interesse	Dip.Prev	Oss. per la salute, Ass. Agricoltura, Direzione generale APSS	x			
Creazione gruppo di lavoro interdisciplinare	Dip.Prev	Oss. per la salute, Ass. Agricoltura, Direzione generale APSS		x		
Realizzazione di progetti in sinergia tra gli stakeholder coinvolti	Dip.Prev	Oss. per la salute, Ass. Agricoltura, Direzione generale APSS		avvio	1 progetto realizzato (distributori/mensa)	1 progetto realizzato (distributori/mensa)

### **Linea operativa 2 – Sana alimentazione e riduzione degli sprechi alimentari nella refezione scolastica**

**Contesto, razionale e obiettivi.** Nell'ambito dell'educazione alimentare, la mensa scolastica assume un ruolo fondamentale ed insostituibile considerando che a partire dalla Scuola dell'Infanzia e per tutto il percorso scolastico uno studente frequenta la mensa più volte alla settimana.

Alla Comunità della Vallagarina compete l'organizzazione del servizio mensa in 29 strutture fra primarie e secondarie di cui solo 3 sono servite con pasti trasportati per un totale di circa 800.000 pasti anno, con una frequenza media giornaliera che supera i 4.500 pasti.

Il momento della refezione è un momento importante della vita scolastica, più di quanto solitamente venga ritenuto da allievi, docenti e dirigenti scolastici. È un tipico contesto educativo ricco di stimoli e di potenzialità di tipo cognitivo, culturale organizzativo, relazionale. Un momento di crescita e maturazione civile, etica, morale. Per questi motivi grande è l'impegno e lo sforzo nella speranza di farla diventare un punto alto della formazione educativa, un momento di cultura civica e di democrazia.

I recenti dati in merito all'obesità infantile evidenziano ancor più l'importanza di una corretta educazione alimentare e di sani stili di vita, principi ormai surclassati da un regime alimentare sempre meno sano, in cui impera l'immagine del cibo dei fast-food.

Il ruolo del genitore diviene quindi centrale nell'educare i propri figli a una dieta sana fin dai primi mesi di vita: solo chi imposta un'alimentazione corretta riuscirà, anche da adulto a rimanere in forma e a mangiare in modo corretto.

Per questo la Comunità ha improntato il servizio su regole precise. Il menù redatto dalle Dietiste dell'Azienda Sanitaria è vario, equilibrato, prevede tutti i giorni verdura cruda e cotta segue la stagionalità dei prodotti, viene inviato a tutte le famiglie che hanno un figlio iscritto al servizio mensa perché possano organizzare al meglio il pasto serale. Più del 60% delle derrate proviene da agricoltura biologica e di origine locale. La frutta viene distribuita nella pausa della

mattina, la verdura cruda viene servita all'inizio del pasto (come primo piatto), mentre il pane viene messo in tavola quando si serve il secondo piatto.

Non si lavora solo sul fronte dell'educazione alimentare in senso stretto, ma anche sul fronte degli **sprechi alimentari** per avere un quadro completo delle abitudini alimentari dei nostri ragazzi.

Per questo nel corso del 2014 è stata condotta una ricerca volta a conoscere e quantificare gli sprechi alimentari nelle mense scolastiche, ma anche all'educazione alimentare e alla riduzione dei rifiuti che ha coinvolto 6 mense scolastiche.

In ogni mensa, per 4 settimane, è stato pesato il cibo preparato, quello non somministrato (non servito) e quello rimasto nei piatti dei bambini. Nel periodo di rilevazione in totale sono stati preparati 12.609 Kg. di alimenti. Di questi 2.922 Kg. (23%) sono stati buttati: 891 Kg. (7%) non sono stati serviti e 2031 (16%) sono stati lasciati nel piatto.

Nei prossimi anni quindi l'azione formativa e informativa dovrà essere finalizzata ai principi della sana alimentazione ma anche all'educazione alimentare nei confronti di genitori e studenti sul rispetto del cibo sul consumo consapevole e sulla riduzione degli sprechi. Quindi la sinergia fra scuola (ben 38 sono gli Istituti che beneficiano del servizio mensa) e famiglia dovrà essere sempre maggiore affinché si arrivi ad incrementare la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica e diffondere i criteri dell'educazione alimentare. I genitori dovrebbero essere coinvolti nelle attività di promozione dell'informazione e riconoscere e sostenere la Scuola come luogo privilegiato e vitale per la crescita e lo sviluppo del bambino e collaborare per tutte le iniziative che promuovono la migliore alimentazione dei figli.

Compito della Comunità è quindi porre in essere azioni che concretamente, consentano il raggiungimento di tali obiettivi, promuovere e sviluppare iniziative volte all'educazione, formazione e sensibilizzazione in ordine alla riduzione, al riciclaggio e al recupero dei rifiuti considerando a tal fine strategica la diffusione di una cultura di consumo sostenibile.

Questi obiettivi sono perseguiti attraverso due interventi:

#### 1 - **Zero a scuola**

Il cibo non consumato è sia uno spreco di risorse (quelle necessarie a produrlo e quelle necessarie a smaltirlo), sia una mancata opportunità (mancato utilizzo a fronte di situazioni di difficoltà mancato consumo di cibo sano a fronte di assunzione di cibo "spazzatura").

Questa azione descrive un progetto di sensibilizzazione alla riduzione dello spreco e intende fare un passo in avanti rispetto alla rilevazione dei dati. Si vuol passare da una fase di analisi ad una di sintesi proponendo alcune azioni per ridurre lo spreco agendo sia sui "consumatori" sia sui "produttori". Il progetto si basa su una componente di formazione sia sull'uso di alcuni strumenti informatici. Più specificatamente l'iniziativa sarà così articolata:

- **Condivisione di informazioni sullo spreco, sullo spreco alimentare e sull'insicurezza alimentare.** L'azione da dettagliare con gli insegnanti delle scuole che partecipano al progetto, prevede la preparazione di materiale relativo al fenomeno dello spreco e, più specificatamente, di quello alimentare e al fenomeno dell'insicurezza alimentare. L'obiettivo è fornire il contesto e tutte quelle informazioni contorno per condividere linguaggio e informazioni, quali, ad esempio, dimensioni del fenomeno, conseguenze dei nostri comportamenti, sostenibilità del sistema.
- **Azione di sensibilizzazione sullo spreco individuale (gioco interattivo).** Obiettivo di questa azione è passare dalla presa di coscienza ad una presa di iniziativa. Il passo preliminare è evidenziare lo spreco che viene realizzato localmente (a livello di scuola, ma anche individuale) e la creazione di gruppi di lavoro per la riduzione dello spreco. Si prevedono, in particolare, due attività: la prima relativa al calcolo dell'impronta ecologica e la seconda relativa alla misurazione dello spreco individuale. I dati così raccolti verranno utilizzati per raccogliere dai ragazzi una serie di azioni per la riduzione dello spreco. Si valuterà inoltre la possibilità di organizzare le attività di monitoraggio e riduzione dello spreco in forma di gioco (ad esempio: classifica tra le scuole partecipanti).



- **Governo e riduzione degli sprechi.** Obiettivo di questa azione è valutare con il fornitore di servizi lo sviluppo e la sperimentazione di strumenti di governo per misurare sistematicamente e efficacemente lo spreco alimentare. A partire da una sistematica analisi dei dati (presenze a mensa, quantità prodotte, quantità consumate, quantità consumabili ma non consumate, rifiuto prodotto) si valuteranno tecniche e strumenti per la riduzione dello spreco. L'attività potrebbe prevedere anche studio, analisi e sperimentazione di tecniche/algoritmi per prevedere la quantità ottimale da preparare in funzione dei dati storici e, conseguentemente ridurre ulteriormente la quantità di cibo sprecata.

## 2 - La Commissione mensa... dei bambini

Le direttive della Provincia Autonoma di Trento stabiliscono che ogni Istituto Comprensivo si doti di una Commissione Mensa composta da rappresentanti dei genitori, degli insegnanti e, volendo, anche di rappresentanti esterni qualificati. Rimane in carico per tutta la durata del Consiglio dell'Istituzione e fa riferimento proprio al Presidente del Consiglio di Istituto. Il numero di visite consigliate è di almeno 2 all'anno. Considerato che sono i bambini i protagonisti di questo servizio, forse, è opportuno che ne diventino anche gli attori principali e che assumano anche il ruolo di "Giuria". In collaborazione con la Scuola si individuano le classi "Commissione" che potrebbe essere le III in modo da dare continuità al progetto negli anni successivi (magari a rotazione durante l'anno) e durante ogni pasto dovranno assegnare un voto su una scala da 1 a 4; alla votazione potranno partecipare tutti i bambini purché venga assaggiato tutto il menù del giorno. Il momento del pasto è l'occasione in cui, un insegnante, un referente della Comunità, la cuoca ecc può interloquire con i bambini in merito al gradimento dei singoli piatti: due volte al mese è organizzato un momento informativo in cui si parla del menù, di come viene studiato tenendo conto dei giorni della settimana e anche del lavoro svolto dalla cuoca. Inoltre, a campione si effettuano delle rilevazioni puntuali del cibo avanzato in modo da avere un monitoraggio costante della situazione relativamente agli scarti (3 volte all'anno). Si potrebbero, inoltre, prevedere dei momenti di confronto e dialogo della commissione "dei grandi" con quella "dei bambini".

**Target.** Popolazione scolastica, genitori.

**Setting.** Scuola, Comunità.

**Impatto sulle disuguaglianze** Trattandosi di interventi di modifica del contesto a cui è esposta l'intera popolazione questi interventi hanno il potenziale di ridurre le disuguaglianze sociali.

**Intersettorialità.** Partner della Comunità della Vallagarina sarà la Fondazione Bruno Kessler (FBK) e, più specificatamente il gruppo ICT4G, che si è occupato dello sviluppo di BringTheFood. Sono coinvolti inoltre il servizio di Igiene pubblica del Dip.Prevenzione dell'APSS e l'Osservatorio per la salute PAT

### Indicatori sentinella

Ambito	Indicatore di processo	Fonte	2015	2016	2017	2018
Sana alimentazione e riduzione degli sprechi alimentari nella refezione scolastica	Numero di plessi scolastici / istituti comprensivi aderenti agli interventi (rispettivamente 1 e 2)	monitoraggio interno	---	2 plessi 2 istituti	4 plessi 4 istituti	6 plessi 5 istituti

## Cronoprogramma

<b>Sana alimentazione e riduzione degli sprechi alimentari nella refezione scolastica</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Predisposizione di informazioni sullo spreco, sullo spreco alimentare e sull'insicurezza alimentare	Comunità Vallagarina	Osservatorio per la salute, Dip.Prev	x			
Azione di sensibilizzazione sullo spreco individuale (gioco interattivo)	Comunità Vallagarina	FBK		x	x	x
Governo e riduzione degli sprechi	Comunità Vallagarina			x	x	x
Istituzione della commissione mensa... dei bambini	Comunità Vallagarina			x	x	x

### Azione GS8: La promozione dell'attività fisica in tutte le politiche

**Descrizione.** Obiettivo di questa azione sarà costituire un gruppo di lavoro interdisciplinare e multiprofessionale costituito da organizzazioni che sul territorio provinciale sono impegnate nella promozione di uno stile di vita attivo. Tale gruppo dovrà orientare il proprio operato alla redazione di indirizzi provinciali per gli interventi di promozione della attività fisica nei diversi cicli di vita delle persone e supportare il tavolo interdipartimentale "Salute in tutte le Politiche".

**Target.** Dirigenti generali dei diversi dipartimenti dell'amministrazione della Provincia autonoma di Trento.

**Setting.** Istituzioni.

#### Indicatore sentinella

<b>Attività</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Redazione documento programmatico di promozione dell'attività fisica in tutte le politiche	Documento di indirizzo	monitoraggio interno	---	Disponibilità programma	Report attività	Report attività

## Cronoprogramma

La promozione dell'attività fisica in tutte le politiche						
Attività	Responsabili/ Referenti	Altri attori	2015	2016	2017	2018
Individuazione dei portatori di interesse	Dip.Prev.	Osservatorio per la Salute PAT	x			
Definizione del programma di promozione dell'attività fisica in tutte le politiche	Dip.Prev.	Osservatorio per la Salute PAT, altri dipartimenti PAT		x		
Realizzazione delle attività del programma	Tavolo "Salute in tutte le politiche"				x	x

**Analisi dei rischi.** L'attività finale è subordinata all'esistenza del tavolo di salute in tutte le politiche.

### Azione GS9: Referente di reparto per la promozione della salute e del benessere (RPSB)

**Attività.** Compito del Sistema Sanitario è promuovere stili di vita sani affinché la persona, anche se già con diagnosi di malattia, sia sempre più protagonista e capace di intervenire in modo informato sulla salute propria e collettiva. L'utilizzo delle occasioni di incontro tra operatori sanitari e pazienti con i loro famigliari rappresentano momenti importanti di contatto finalizzato a sostenere quest'ultimi in una corretta gestione dei propri problemi di salute non necessariamente corrispondenti con quelli che hanno motivato il ricovero e, più in generale, favorendo la maggiore acquisizione di responsabilità riguardo alla gestione della propria salute e dei propri stili di vita. L'azione ha come finalità di riorientare il sistema assistenziale ad una strategia complessiva di approccio ospedaliero nei confronti delle persone con fattori di rischio legati allo stile di vita, introducendo il colloquio di motivazione come strumento semplice, economico ed efficace, proposto dall'OMS come stimolo al cambiamento di stili di vita dannosi per la salute. L'attività è orientata all'intervento sui fattori di rischio, sugli stili di vita dannosi alla salute fornendo, in una relazione empatica di aiuto, alla persona con fattori di rischio modificabili, la motivazione per condurre successivamente e con il contributo di strutture competenti, presenti sul territorio, un'efficace azione di difesa o di recupero della situazione di benessere. Uno degli strumenti per promuovere il rinforzo o l'adozione di sani stili di vita è rappresentato dal counselling motivazionale breve. L'acquisizione di competenze di counselling motivazionale breve, e di conoscenze sull'importanza dei sani stili di vita nella relazione con la salute individuale, permette ai professionisti sanitari di riflettere sul proprio stile comunicativo e far fronte con maggiore consapevolezza e con strumenti più adeguati ai momenti comunicativi che si offrono nel contatto con le persone e che sono parte integrante del loro intervento professionale e non più delegabili ad altri. In Trentino, già dalla fine degli Anni 90, basandosi sull'evidenza che il 17% dei ricoverati risultava positivo all'alcol e che di questa quota, solo nel 20% dei casi veniva fatta diagnosi di problemi alcol correlati di qualche tipo, si è introdotta la figura del Referente Alcolologico di Reparto. Obiettivo di quest'azione sarà l'aggiornamento della figura del Referente Alcolologico di Reparto, con la formazione di ulteriori professionisti, dotandoli di conoscenze e competenze su tutti gli stili di vita. Ciò per consentire di:

- Individuare in ambito assistenziale, attraverso una stretta collaborazione tra tutti gli operatori sanitari i problemi legati agli stili di vita nelle persone assistite indipendentemente

dalla patologia che ne ha motivato l'accesso.

- Aumentare nei reparti ospedalieri e negli ambulatori distrettuali l'informazione, la formazione, la sensibilità e la responsabilità degli operatori e degli assistiti sull'importanza degli stili di vita personali come determinanti del proprio benessere e del proprio star bene con gli altri.
- Responsabilizzare le persone con fattori di rischio comportamentali e i loro famigliari sui problemi connessi allo stile di vita stimolando lo sviluppo di competenze per un maggiore controllo del proprio stato di salute e benessere famigliare, fornendo loro materiale informativo e recapiti adeguati per intraprendere percorsi salutari.

**Target.** Persone ricoverate in ospedale, operatori sanitari.

**Setting.** Ospedali del Servizio Sanitario Provinciale.

**Intersettorialità.** Gruppi dell'auto-mutuo-aiuto.

**Impatto sulle disuguaglianze.** L'intervento viene eseguito in maniera universale sulle persone ricoverate, quindi con il potenziale di ridurre le disuguaglianze sociali

Attività	Indicatore di processo	Fonte	2015	2016	2017	2018
Referente di reparto per la promozione della salute e del benessere (RPSB)	n. colloqui eseguiti/totale schede anamnestiche positive	monitoraggio interno	--	50%	60%	70%

### Cronoprogramma

Referente di reparto per la promozione della salute e del benessere (RPSB)						
Attività	Responsabili /Referenti	Altri attori	2015	2016	2017	2018
Costituzione del Gruppo di Progetto per la definizione del protocollo operativo	Servizio Alcologia	Dip. Prevenzione, Distretti, Servizio Ospedaliero Provinciale (SOP)	x			
Ampliamento progetto a tutti gli stili di vita. Predisposizione modello formativo per aggiornamento Referenti Alcologici di reparto già presenti e per la formazione di nuovi referenti	Servizio Alcologia	Dip. Prevenzione, Distretti, SOP		x		
Formazione per competenze su colloquio motivazionale breve (promuovere stili di vita sani da parte di operatori socio sanitari)	Servizio Alcologia	Dip. Prevenzione, Distretti, SOP			x	x
Adozione di un approccio alla promozione di stili di vita sani nel contesto assistenziale	Servizio Alcologia	Dip. Prevenzione, Distretti, SOP			x	x

## Azione GS10: Formazione per operatori sanitari dipendenti e convenzionati (MMG e PDL) per la promozione dei sani stili di vita

**Attività.** Compito del Sistema Sanitario è promuovere stili di vita sani affinché il cittadino sia sempre più protagonista e capace di intervenire in modo informato sulla salute propria e collettiva, nel segno dei principi generali promossi dall'OMS in particolare con la Carta di Ottawa del 1986 e con i pronunciamenti successivi. Il Sistema Sanitario stesso deve promuovere il passaggio da una prevenzione basata sui rischi ad una promozione attiva dei cosiddetti "Determinanti di Salute".

Secondo la definizione dell'OMS "Lo stile di vita consiste in un modo di vivere impostato secondo modelli di comportamento identificabili, che sono frutto dell'azione reciproca delle caratteristiche proprie di un individuo, delle interazioni sociali con le condizioni di vita di carattere socioeconomico e ambientale. Questi modelli di comportamento vengono continuamente interpretati e vagliati in situazioni sociali diverse e non sono quindi immobili, bensì soggetti al cambiamento."

Uno degli strumenti per promuovere il rinforzo o l'adozione di sani stili di vita è rappresentato dal counselling motivazionale breve. L'acquisizione di competenze di counseling motivazionale breve, e di conoscenze sull'importanza dei sani stili di vita nella relazione con la salute individuale, permette a tutti i professionisti sanitari di riflettere sul proprio stile comunicativo e far fronte con maggiore consapevolezza e con strumenti più adeguati ai momenti comunicativi che si offrono nel contatto con le persone e che sono parte integrante del loro intervento professionale e non più delegabili ad altri.

Obiettivo di quest'azione sarà di dotare i professionisti del settore sanitario di conoscenze e strumenti per promuovere i sani stili di vita attraverso il colloquio motivazionale breve.

Tale obiettivo viene perseguito attraverso due linee operative:

1. Messa a disposizione di un programma di formazione a distanza (FAD)
2. Programma di formazione sul campo sulla promozione dell'attività fisica

### Linea di intervento 1: Messa a disposizione di un programma di formazione a distanza (FAD)

Le aree tematiche oggetto delle unità di apprendimento FAD dovranno essere almeno: contrasto al fumo, contrasto all'alcol, sana alimentazione, attività fisica, utilità del counseling motivazionale breve. Il Materiale didattico prodotto potrà essere messo a disposizione per altri specifici percorsi formativi, come ad esempio della Scuola di Medicina Generale e dei corsi di laurea delle Professioni Sanitarie.

**Target.** Operatori sanitari dipendenti (dirigenti e comparto), Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta.

**Setting.** Servizio Sanitario

### Indicatori sentinella

Attività	Indicatore di processo	Fonte	2015	2016	2017	2018
Produzione materiali per unità di apprendimento FAD e disponibilità FAD	n. moduli prodotti/tot. moduli attesi	monitoraggio interno	--	Materiale disponibile	FAD attiva	FAD attiva

## Cronoprogramma

<b>Messa a disposizione di un programma di formazione a distanza (FAD)</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Costituzione gruppo autori per Formazione a Distanza	Servizio Formazione della Azienda Sanitaria	Dip. Prev. - Dip. Salute PAT – Coordinamento provinciale PASSI - UTEDT	x			
Produzione dei Materiali per le Unità di apprendimento	Servizio Formazione della Azienda Sanitaria	Dip. Prev.-Dip. Salute PAT – Coordinamento provinciale PASSI, UTEDT		x		
Revisione tra pari e revisione del direttore FAD	Servizio Formazione della Azienda Sanitaria	Dip. Prev. - Dip. Salute PAT – Coordinamento provinciale PASSI - UTEDT		x		
Pubblicazione ed erogazione FAD	Azienda Sanitaria				x	x

### **Linea di intervento 2: Programma di formazione sul campo sulla promozione dell'attività fisica**

**Descrizione e obiettivo.** Formare gli operatori sanitari attraverso una formazione sul campo (FsC) con l'obiettivo generale di inserire nella pratica assistenziale il consiglio di praticare l'attività fisica. La formazione coinvolge i medici di medicina generale, i medici specialisti, i medici ospedalieri, i pediatri di libera scelta con l'obiettivo formativo specifico di fornire conoscenze e competenze relativamente a:

- riconoscimento del livello di sedentarietà, come potenziale fattore di rischio e di aggravamento;
- contenuti teorici sull'efficacia dell'attività fisica nel mantenere e guadagnare salute, coinvolgendo vari specialisti d'organo (diabetologi, cardiologi, internisti, fisiatristi, geriatri);
- sviluppo di competenze relative alla centralità della relazione terapeutica nel rapporto medico-paziente attraverso l'acquisizione di abilità di comunicazione e counseling;
- prove pratiche di attività fisica da sperimentare personalmente per aumentare il livello empatico attraverso il coinvolgimento attivo, ai fini di rendere il sanitario consapevole e competente dei consigli che fornirà paziente;
- il percorso formativo assume la modalità della formazione sul campo, da effettuarsi in varie edizioni per rispettare la territorialità dei Distretto/Comunità di Valle.

### **Indicatori sentinella**

<b>Azione</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Programma di formazione sul campo sulla promozione dell'attività fisica	Report attività	UTEDT	---	Report disponibile	Report disponibile	Report disponibile

## Cronoprogramma

<b>Programma di formazione sul campo sulla promozione dell'attività fisica</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/ Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Progettazione evento formativo	UTEDT			x		
Presentazione del progetto al comitato provider per accreditamento ECM		Servizio formazione PAT		x		
Promozione del progetto FsC agli stakeholder (distretti)		Direzione generale APSS, Distretti sanitari		x		
Raccolta adesioni	UTEDT	Servizio formazione PAT			x	
Espletamento corsi	UTEDT				x	
Implementazione nella pratica clinica	Operatori sanitari					x
Monitoraggio e valutazione	UTEDT					x

## 8 Sicuri a casa, sulla strada e sul lavoro

**Contesto, razionale e obiettivi.** Gli infortuni complessivamente contribuiscono in maniera consistente al carico di lesioni, malattie e disabilità della popolazione e rappresentano una importante causa prevenibile di morte per varie fasce di popolazione. Benché siano accomunati spesso da fattori determinanti e modalità simili e che non poche siano le occasioni di sovrapposizione o di incerta classificazione degli eventi (stradali-lavorativi, domestici-lavorativi), tradizionalmente gli infortuni vengono affrontati distinguendoli per ambito di manifestazione e per fascia di popolazione interessata, tanto che anche i settori della sanità che se ne occupano sono diversi e in maniera spesso indipendente gli uni dagli altri.

Non a caso, per molto tempo si è discusso dentro i Servizi Sanitari – con un’organizzazione per funzione e per ambito - di chi dovesse occuparsi di prevenzione degli incidenti stradali dal momento che non era scritto nelle competenze di “servizi” e lo stesso per gli incidenti domestici. Del resto, solo estensioni normative o interpretazioni giurisprudenziali (v. attrezzi sportivi come attrezzature di lavoro) hanno fatto sì che Servizi di prevenzione e sicurezza sul lavoro si occupassero di infortuni in ambiti diversi dallo stretto luogo di lavoro. Così affrontiamo gli infortuni come “domestici”, come “stradali” o “lavorativi”, facendo riferimento a precise definizioni e norme.

Esistono altre categorie di infortuni che, in questo quadro, risultano di più difficile classificazione e, conseguentemente, di attribuzione quali quelli sportivi e del tempo libero o quelli che si verificano in attività hobbistiche o anche lavorative a scopo personale o familiare, quando non inquadrabile come lavoro autonomo (oggi anch’esso normato) e quando non condotte nella propria abitazione o sue pertinenze. Diversi aspetti giustificano naturalmente, per gli infortuni, un approccio per setting o età (v. bambini e anziani), soprattutto per la diversa copertura normativa, per i soggetti coinvolti/obbligati alla loro gestione, per gli interventi possibili e gli strumenti applicabili.

Ma, d’altra parte e particolarmente in prevenzione, nonostante le ineliminabili differenze, pensare in una dimensione univoca e comprensiva può certo favorire la messa in comune di conoscenza, competenze e strumenti che possono offrire notevoli opportunità di miglioramento delle azioni. Così, la “Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro” (salute e sicurezza sul lavoro – SSL) forte di una lunga tradizione normativa e tecnica, può mettere a disposizione molte conoscenze e anche soluzioni di sperimentata efficacia i cui principi possono bene essere applicati altrove, pur con i dovuti adattamenti. Questo già avviene per quanto riguarda le soluzioni tecniche di prevenzione e quelle dei dispositivi di protezione, dove i confini tra diversi ambiti – anche dal punto di vista dei produttori – sono tranquillamente superati (v. dispositivi per il lavoro, per lo sport, per gli hobbies, per la casa).

Gli approcci alla SSL, a partire da quello basilare della valutazione dei rischi, possono essere condivisi utilmente in ambiti diversi, e questo vale anche per approcci nati o sperimentati negli altri ambiti. La sicurezza stradale – anch’essa frutto di una lunga storia di norme, soluzioni tecniche e comportamentali- può “insegnare” o suggerire strumenti ugualmente applicabili per la prevenzione di altri incidenti, quando invece non siano direttamente applicabili per sovrapposizione (la strada come lavoro, come gioco, come sport, come mobilità urbana ecc).

L’ambito scolastico rientra per molti aspetti in quello “lavorativo”, grazie all’equiparazione (pur condizionata) che la legge ha operato degli studenti ai lavoratori ma, allo stesso tempo, rappresenta un contesto nel quale, al di là dell’applicazione delle azioni di tutela previste dalle leggi, si realizzano condizioni di grande opportunità per la realizzazione di interventi mirati alla formazione alla sicurezza e alla prevenzione.

Questo programma parte quindi dalla necessità di riconoscere i comuni denominatori all’interno dei determinanti degli infortuni che interessano la popolazione nelle varie fasi della vita, nei diversi luoghi che frequenta e in cui operano per trovare ed applicare strumenti idonei ed efficaci di prevenzione, superando logiche di compartimentazione che, seppure dovute normativamente ed istituzionalmente e opportune a determinati scopi, possono invece



impoverire di risorse il complesso dell'attività di prevenzione. Tuttavia il programma è suddiviso in tre linee di intervento separate: infortuni domestici, incidenti stradali e infortuni sul lavoro

**Obiettivi centrali di riferimento.** 6.1; 6.2; 6.3; 6.4; 6.5; 5.1; 5.2; 5.3; 7.1; 7.2; 7.3; 7.4; 7.5; 7.6; 7.7; 7.8; 8.9.

## 8.1 La prevenzione degli incidenti domestici

**Contesto, razionale e obiettivi.** La L. 493 del 3 dicembre 1999 aveva previsto, accanto alla istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici, una serie di iniziative volte alla prevenzione degli infortuni negli ambienti domestici attraverso piani regionali mirati e la sorveglianza epidemiologica degli eventi, volta anche a verificare l'efficacia delle azioni messe in campo.

In questo quadro, in provincia di Trento sono stati condotti negli anni successivi alcuni interventi di prevenzione ed è stato mantenuto un sistema di monitoraggio degli eventi. I diversi rapporti epidemiologici prodotti negli ultimi anni in Trentino confermano che gli infortuni domestici costituiscono un rilevante problema di sanità pubblica, in particolare per alcune fasce di popolazione, individuando – così come in letteratura – negli anziani, nei bambini e nelle donne i soggetti a maggior rischio. I dati più recenti (2011-2013) sono stati elaborati attraverso varie fonti (indagine multiscope ISTAT, accessi ai Pronto Soccorso, dati di ospedalizzazione e di mortalità) e descrivono – anche a causa di una incerta qualità dei dati – una realtà non completamente uniforme.

L'indagine multiscope mostrava nel 2011 un tasso di incidenti domestici pari a 11.2 per mille, sostanzialmente in linea con quello medio nazionale (11.8), il quale però risente al suo interno di una sensibile variabilità regionale. Tra i soggetti che subiscono infortuni domestici prevalgono le donne (eccetto che nella classe 0-5 anni), gli anziani (tasso 20 per mille) e i bambini più piccoli (11.5).

Per quanto riguarda gli accessi ai PS e i ricoveri ospedalieri, rimangono dei problemi di accuratezza di classificazione degli eventi e registrazione che introducono incertezze nell'interpretazione dei dati: alle azioni di miglioramento condotte su questo aspetto è in gran parte attribuibile la progressiva crescita del numero degli accessi in PS osservato in Trentino tra il 2006 (circa 5.000) e il 2011 (10.600).

Nei due anni successivi si è invece osservato un calo di circa il 6%, che rimane di difficile interpretazione e che conferma la necessità di adeguamento dei sistemi di registrazione; anche il tasso di accesso al PS nel 2013 è pari a 17.5 per 1000 in calo rispetto ai due anni precedenti. I ricoveri ospedalieri costituiscono il 13.5% di tutti i ricoveri per traumatismi, con una diminuzione rispetto ai due anni precedenti.

I ricoveri riguardano in prevalenza le donne e i soggetti con età maggiore di 75 anni. Nel periodo 2006-2012 i decessi per incidente domestico mostrano un trend in crescita (con una interruzione nel 2012), tenendo presente però che le azioni condotte per il miglioramento della classificazione risultano aver giocato un peso importante. I decessi da incidente domestico rappresentano l'1.6% di tutti i decessi in Trentino; riguardano soprattutto i soggetti più anziani e la causa esterna è la caduta nel 95% dei casi.

Nelle donne lo svolgimento di attività domestiche costituisce l'occasione più frequente di infortunio, mentre il fai da te lo è per i maschi, le attività ludiche e sportive sotto i 15 anni. Nei bambini sotto i 6 anni di età hanno rilevanza particolare intossicazioni e avvelenamenti, i traumi alla testa e al volto, l'ingestione di corpi estranei. Altra categoria da ricordare è quella degli incidenti del tempo libero e sportivi, i cui effetti sono particolarmente marcati nelle età più giovani, ma che con la diffusione di attività sportive anche nelle fasce di età superiori acquistano rilevanza anche in queste (v. infortuni di montagna, ciclistici, sciistici ed altro).

Esiste, infine, una fattispecie di infortuni che avvengono in un territorio che si trova tra quello

domestico vero e proprio e quello lavorativo e che rischia di non essere affrontato se ci si basa su una stretta definizione: si tratta di incidenti che avvengono per attività chiamate spesso "hobbistiche", anche se possono talvolta costituire fonte di reddito più o meno sommerso, ma che si svolgono al di là delle pertinenze dell'abitazione. Se l'attività viene svolta nell'orto o nel giardino di casa attiene ai domestici ma non se il luogo ne è separato (il piccolo terreno coltivato a vite o melo, la cura del bosco di proprietà, il taglio della legna ecc).

In una parte di casi vi si possono nascondere attività che legalmente dovrebbero rientrare nel "lavoro", ad esempio quando condotte per altri soggetti o in forma aggregata, o come prestazione artigianale (v. pensionati, secondo lavoro ecc.). L'indefinitezza dei confini di quest'area determina, oltre alla difficile conoscibilità della sua dimensione, anche incertezza sulle modalità di prevenzione, quando gli strumenti invece potrebbero essere facilmente mutuati dall'ambito lavorativo (formazione, sicurezza delle attrezzature, DPI ecc.).

Non è da dimenticare che nella categoria "infortunio domestico" possono essere illegalmente nascosti infortuni lavorativi veri, per coprire condizioni di lavoro irregolare o per effetto di ricatti o di accordi illeciti con datori di lavoro. La stima della estensione di questo fenomeno è ovviamente molto difficile ma, tenuto conto della stime della quota di lavoro nero o irregolare, potrebbe non essere irrilevante, riguardando in particolare soggetti più deboli (sottooccupati, migranti, giovani). Una migliore classificazione degli infortuni domestici potrebbe aiutare anche ad individuare, tra questi, i casi sospetti.

**Obiettivi.** Coordinamento delle attività di prevenzione degli incidenti domestici, prevenzione delle cadute degli anziani, miglioramento delle condizioni di sicurezza nelle abitazioni e nelle attività domestiche.

**Codice dell'obiettivi centrale di riferimento.** 6.1; 6.2; 6.3; 6.4; 6.5.

**Evidenze di efficacia degli interventi previsti.** Tra gli interventi, in generale, sono raccomandati come efficaci la formazione alla sicurezza domestica per operatori sanitari, medici di medicina generale e pediatri, con l'obiettivo di migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione: queste figure professionali, infatti, giocano un ruolo importante "nell'aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver", attraverso la trasmissione di corrette informazioni e di consigli adeguati.

La maggiore attenzione in letteratura è stata dedicata soprattutto alla valutazione degli interventi di prevenzione sugli anziani e sui bambini. In diverse revisioni dei lavori scientifici, le azioni che risultano possedere per la popolazione anziana un'evidenza di efficacia da moderata ad alta:

- l'esercizio fisico specifico e mirato;
- il controllo e la modifica delle terapie farmacologiche in atto;
- la correzione di deficit visivi (es. cataratta);
- il miglioramento della sicurezza dell'abitazione.

La sola attività di informazione attraverso materiale illustrativo non mostra evidenza di efficacia, così come di dubbia efficacia risultano interventi multifattoriali e il supplemento di vitamina D e calcio.

Per quanto riguarda i bambini sono raccomandati:

- la comunicazione per l'aumento della consapevolezza nella popolazione e per la diffusione di soluzioni di prevenzione;
- educazione e addestramento per comportamenti corretti.

Nello specifico, tra gli interventi:

- la messa in sicurezza della casa e degli spazi di gioco esterni
- la sicurezza delle attrezzature di gioco e sportive e l'uso di dispositivi di protezione adeguati (caschi, protezione di altre parti del corpo)
- la corretta gestione delle sostanze nocive e pericolose
- la supervisione nelle attività ludico-sportive
- (l'utilizzo di seggiolini di sicurezza nella auto)

In generale, è raccomandata un'attenzione particolare al monitoraggio degli eventi, sia al fine della programmazione che della verifica della efficacia delle azioni, in considerazione anche delle oggettive criticità di rilevazione e classificazione.

**Beneficiari.** Cittadini, in particolare bambini e anziani, donne.

**Impatto sulle disuguaglianze.** È documentato un gradiente socioeconomico negli effetti degli incidenti domestici sulla popolazione tra la popolazione più istruita e favorita economicamente e quella più svantaggiata, in particolare per le età inferiori (relazione con basso reddito, istruzione genitori, occupazione meno sicura dei genitori, zona di residente più svantaggiata) e meno evidente per gli anziani. È descritto, inoltre, un'efficacia minore degli interventi sui soggetti meno svantaggiati. Gli interventi proposti tengono conto di questa situazione e sono disegnati con particolare attenzione alla riduzione delle disuguaglianze.

**Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.** PASSI, PASSI d'argento, SDO.

**Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici**

<b>Codice indicatore</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Fonte</b>	<b>Baseline provinciale</b>	<b>Atteso provinciale</b>
6.1.1	Numero di ricoveri per incidente domestico	SDO	1.069 - 1.732 - 1.638 (2011-2012-2013) Variazione 2011-2013: 53% Variazione 2012-2013: -5,4%	fermare il trend in ascesa
6.2.1	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi (PASE>=78)	PASSI d'Argento	70% (2012)	80,50%
6.4.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni da operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici	PASSI	31,3% (2008-2009)	62,6%
6.4.1	Prevalenza di persone ultra 64enni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni su come evitare le cadute in casa	PASSI d'Argento	10,3% (2012)	15,50%

Il programma si articola in tre linee di intervento:

- 1 - Coordinamento delle attività di prevenzione degli incidenti domestici
- 2 - Prevenzione delle cadute degli anziani
- 3 - Miglioramento delle condizioni di sicurezza nelle abitazioni e nelle attività domestiche.

## **Linea di intervento 1: Coordinamento delle attività di prevenzione degli incidenti domestici**

**Premessa.** L'attività di prevenzione degli incidenti domestici sconta nelle ASL il fatto che, differentemente da quello che avviene per altri ambiti anche normativamente definiti quali la tutela degli alimenti, sicurezza sul lavoro, sanità animale ecc, non esiste una precisa definizione di responsabilità, risorse, strutture competenti. Essa afferisce genericamente all'ambito delle attività di promozione della salute e nel corso degli anni recenti vi sono state attività per lo più carattere progettuale ed episodico, senza che questo abbia portato al radicamento di una funzione dedicata e permanente.

Riconosciuto che gli incidenti domestici (così come gli incidenti stradali) costituiscono un rilevante e permanente problema di salute della popolazione, è necessario che le strutture pubbliche di prevenzione assumano le scelte anche dal punto di vista organizzativo per garantire l'erogazione delle prestazioni/azioni appropriate. Pur nel contesto organizzativo impostato prevalentemente per funzioni e competenze dal D. Lgs 502/1992 e ss.mm., non sono ovviamente pensabili la costituzione di servizi dedicati o la ridefinizione di funzioni di quelli esistenti: è invece la logica di integrazione e multidisciplinarietà della forma "dipartimento" che può permettere di rispondere a queste esigenze attraverso la messa in comune di risorse umane e professionali, di funzioni e di competenze per assicurare la continuità delle strategie e delle azioni definite.

La continuità delle funzioni di prevenzione degli incidenti domestici può essere assicurata mediante soluzioni organizzative formalizzate e stabili che permettano l'individuazione di responsabilità, di obiettivi e di risorse, mettendo a fattor comune competenze e risorse disponibili e utilizzandole in maniera trasversale. E' in quest'ottica che si ritiene utile individuare la forma del "gruppo di lavoro" permanente, quale "cabina di regia" cui siano assegnati obiettivi e compiti precisi in merito - in particolare - alla definizione di strategie, di strumenti, di interventi così come in materia di sorveglianza e di formazione.

La coesistenza di altre azioni è giustificata dalla necessità di garantire comunque l'avvio di interventi, che potranno/dovranno peraltro - a regime - rientrare sotto la regia del "tavolo".

### **Attività principali.**

- a. Istituzionalizzazione presso il Dipartimento di prevenzione di un gruppo aziendale permanente di lavoro sugli incidenti domestici con l'eventuale coinvolgimento di altri soggetti
- b. Censimento delle attività di prevenzione svolte ed in essere sul territorio provinciale e dei soggetti coinvolti
- c. Individuazione delle risorse disponibili/necessarie
- d. Definizione dei fabbisogni formativi degli operatori e delle linee di formazione
- e. Formazione operatori sanitari su contenuti specifici, metodi e strumenti
- f. Miglioramento rilevazione e classificazione degli eventi attraverso PS ed ospedali, con attenzione agli avvelenamenti
- g. Report aggiornato sugli incidenti domestici con analisi dei fattori causali e particolare attenzione agli avvelenamenti e agli incidenti avvenuti in condizioni simili - o quasi-lavorative.
- h. Produzione di un documento strategico di indirizzo per l'attivazione di interventi prevenzione degli incidenti domestici
- i. Avvio di iniziative di promozione individuate.

**Target.** Target finale: popolazione di tutte le fasce di età esposta al rischio di infortunio domestico, Target intermedio: strutture e personale dell'APSS e degli altri soggetti coinvolti.

**Setting.** Strutture APSS.

**Intersettorialità.** Operatori di sanità pubblica, APPS governance, strutture specialistiche

ospedaliere, MMG e PLS, Osservatorio salute PAT, associazioni di cittadini, Enti locali, Istituzioni scolastiche.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Costituzione gruppo di lavoro sugli infortuni domestici	Documenti APSS	-	Atto aziendale costitutivo	Report attività annuale	Report attività annuale

**Analisi dei rischi.** Scarsa collaborazione ed integrazione tra i soggetti coinvolti; insufficienti risorse dedicate; inadeguata o disomogenea risposta alla formazione; insufficiente miglioramento sistema di registrazione degli incidenti (PS/SDO); scarsa condivisione delle strategie individuate con altri soggetti.

### **Cronoprogramma**

<b>Coordinamento delle attività di prevenzione degli incidenti domestici</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Costituzione e attività gruppo lavoro	Coordinatore			x		
Report attività gruppo di lavoro	Coordinatore			x	x	x
Formazione operatori sanitari	Servizio formazione APSS				x	
Azioni di miglioramento nella rilevazione degli eventi attraverso PS ed ospedali	APSS Area governance				x	
Report sulla sorveglianza degli incidenti domestici	Coordinatore	Osservatorio salute PAT			x	x
Documento di strategia aziendale sulla prevenzione degli incidenti domestici	Coordinatore				x	
Interventi di promozione	Coordinatore					x

## **Linea di intervento 2: Prevenzione delle cadute degli anziani**

**Premessa.** Negli ultimi anni sono diverse le iniziative promosse sia dal settore sanitario che dalla comunità locale per la prevenzione delle cadute accidentali nella popolazione anziana, ma spesso sono state iniziative frammentarie e poco integrate fra i diversi servizi. Emerge anche da queste esperienze la necessità superare la fase "progettuale" delle attività messe in campo e garantire continuità alle azioni, in modo che gli approcci definiti diventino parte integrante delle prestazioni correnti dei servizi interessati. Al contempo è necessario assicurare la sintonia e la sinergia tra gli interventi dei diversi soggetti, anche per offrire - in ottica di rete - maggiori opportunità alle persone anziane di aumentare la loro consapevolezza sui rischi di caduta e la loro capacità di affrontarli nella vita quotidiana.

La riprogettazione di un'azione a questo scopo prende le mosse da una iniziativa che nasce in uno dei distretti provinciali, e che mette insieme le strutture del Dipartimento di Prevenzione, l'Ospedale, l'U.O. Cure Primarie e il Comune di Rovereto, con il coinvolgimento delle associazioni degli anziani. Questo costituirà, quindi, un primo ambito sperimentale di realizzazione delle attività che si intendono poi estendere agli altri distretti e alle altre zone del territorio, per costituire una linea permanente di attività.

L'obiettivo generale è quello di realizzare un percorso informativo/educativo sulla prevenzione delle cadute da offrire alle persone anziane di età superiore ai 65 anni che accedono a vari servizi sanitari e social (strutture di igiene e sanità pubblica, di cure primarie, UUOO ospedaliere di medicina fisica e riabilitazione, MMG, servizi di attività sociali degli Enti locali, Associazioni degli anziani ecc.).

Il percorso sarà avviato in uno dei 4 Distretti sanitari della Provincia di Trento e poi esteso agli altri sulla base anche della valutazione sull'andamento.

### **Obiettivi specifici.**

- Definire una scheda di rilevazione rapida del rischio individuale di caduta dell'utente anziano ad uso degli operatori sanitari in diversi contesti.
- Definire un percorso di sensibilizzazione individuale da erogare ai soggetti anziani che accedono ai servizi coinvolti sui comportamenti da adottare per la prevenzione della cadute utilizzando strumenti educativi quali materiali informativi e/o "Teachable moment".
- Formare gli operatori sanitari sugli strumenti definiti e sul loro ruolo informativo e/o educativo.
- Formare e aggiornare MMG sulla prevenzione delle cadute nell'anziano.
- Formare gli istruttori dei corsi di educazione motoria offerti agli anziani.
- Sperimentare il percorso informativo/educativo sulla prevenzione della cadute nei vari setting.
- Promuovere corsi di attività fisica dell'anziano al fine della prevenzione delle cadute.
- Ricalibrare il modello di intervento sulla base del monitoraggio.
- Estendere l'intervento ad altri distretti e setting, allargando l'offerta delle azioni di valutazione e sensibilizzazione.

### **Attività principali.**

- a. Definizione di un modello di valutazione delle condizioni dell'anziano
- b. Definizione di un modello di counseling breve per operatori sanitari
- c. Formazione operatori sanitari e di operatori/istruttori di attività fisica
- d. Introduzione di strumenti di valutazione e counseling brevi in diversi momenti di prestazione sanitaria.
- e. Promozione e realizzazione di corsi di attività fisica orientata all'anziano.

**Target.** Popolazione anziana ( $\geq 64$  anni).

**Setting.** Servizi sanitari e sociali che erogano prestazioni a persone anziane.

**Intersettorialità.** Operatori di sanità pubblica, fisiatra e fisioterapisti, MMG, istruttori sportivi, associazioni anziani e associazioni sportive e ricreative, comuni.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Numero di unità operative che applicano i modelli di valutazione del rischio infortunio domestico/tot. delle unità operative individuate	Monitoraggio interno		>80% fase sperimentale	>20% su tutto il territorio	>50% su tutto il territorio

**Analisi dei rischi.** Disuguale o insufficiente partecipazione alla formazione da parte degli operatori cui è offerta, scarsa risposta da parte dei servizi coinvolti, insufficiente risposta delle associazioni coinvolte, disuguale o insufficiente offerta di corsi sul territorio provinciale, ridotta partecipazione ai corsi da parte degli anziani.

### **Cronoprogramma**

<b>Prevenzione delle cadute degli anziani</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Formazione operatori sanitari partecipanti	Servizio Formazione APSS			x	x	
Modello di valutazione breve delle condizioni dell'anziano	Coordinatore			x		
Modello di counseling breve e materiale di supporto	Coordinatore			x		
Incontri con istruttori e anziani	Coordinatore			x		
Applicazione sperimentale del percorso educativo in 3 setting sanitari del distretto Centro SudDip. prevenzione APSS	Dip. prevenzione APSS			x	x	
Revisione e validazione modello di intervento	Coordinatore				x	
Applicazione del percorso educativo negli altri distretti	Dip. prevenzione APSS				x	x

### Linea di intervento 3: Miglioramento delle condizioni di sicurezza nelle abitazioni e nelle attività domestiche

Le attività principali di questa linea di intervento consistono nella formazione operatori sanitari sugli incidenti domestici (in comune con le altre linee di intervento di questo programma), l'individuazione di gruppo di esperti, con attenzione agli aspetti di sicurezza, il coinvolgimento enti locali, altri enti (INAIL, VVF), progettisti, professionisti sicurezza, l'individuazione dei pericoli e dei rischi principali di incidente domestico, il perfezionamento di una check list semplice ad uso delle persone interessate con indicazione di soluzioni applicabili ed efficaci e la sensibilizzazione delle persone interessate nei setting opportuni.

**Target.** Popolazione adulta.

**Setting.** Multipli, dalle strutture socio-sanitarie alle abitazioni.

**Intersettorialità.** Operatori di sanità pubblica, fisiatristi, operatori ADI, MMG, care giver, famiglie, esperti sicurezza, progettisti, comuni, INAIL, VVF.

Indicatore sentinella	Fonte	2015	2016	2017	2018
Check-list di valutazione pericoli/rischi con soluzioni	Documento			Documento disponibile	Report su utilizzo e diffusione check-list

**Analisi dei rischi.** Insufficiente o disomogenea partecipazione operatori alla formazione, scarsa compliance verso la check-list.

#### Cronoprogramma

Miglioramento delle condizioni di sicurezza nelle abitazioni e nelle attività domestiche						
Attività	Responsabili/Referenti	Altri attori	2015	2016	2017	2018
Costituzione di gruppo di esperti di sicurezza e di incidenti domestici (all'interno del gruppo aziendale incidenti domestici v. linea1)	Coordinatore incidenti domestici			x		
Coinvolgimento soggetti esterni interessati	Coordinatore esperti			x		
Check-list per l'individuazione di pericoli e rischi ad uso dei diversi soggetti	Coordinatore esperti				x	
Formazione operatori sanitari e MMG su check-list e soluzioni	Servizio formazione				x	
Azioni di sensibilizzazione su rischi e soluzioni in diversi setting	Coordinatore incidenti domestici					x



## 8.2 La prevenzione degli incidenti stradali

**Contesto, razionale e obiettivi.** La mobilità su strada, a bordo di veicoli o a piedi, costituisce un determinante sociale di salute ben noto sul quale il sistema pubblico e diversi soggetti sociali sono impegnati da tempo.

Da diversi anni si registrano in Europa e in Italia miglioramenti sensibili nella sicurezza stradale e negli indicatori di danno alle persone e il programma europeo di azione per la sicurezza stradale 2011-2020 prevede un ulteriore dimezzamento del numero dei morti sulle strade entro il 2020 e una riduzione dei feriti gravi. Benché si sia registrato un sensibile e perdurante calo degli incidenti stradali in Trentino (da circa 2.100 incidenti nel 2003 a circa 1500 nel 2013, riduzione del 28% dei feriti e del 50% dei morti – rispettivamente 2000 e 28 nel 2013), l’impatto dei traumi da traffico rimane un rilevante problema di salute, per frequenza e gravità degli esiti, su cui è necessario continuare a porre l’attenzione, particolarmente nelle fasce di età più giovani.

In Italia continua a diminuire il numero degli incidenti stradali e quello dei morti e feriti, anche se la media resta superiore a quella europea. Nel 2013 si sono registrati in Italia circa 180 mila incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti (entro il 30° giorno) ammonta a 3.385, quello dei feriti a circa 257 mila. Rispetto al 2012, il numero di incidenti e quello dei feriti scende circa del 3,5% mentre per il numero dei decessi la flessione è del 10%. Gli incidenti più gravi avvengono sulle strade extraurbane (escluse le autostrade).

Nel 68% dei casi le vittime degli incidenti stradali sono conducenti di veicoli, nel 16% passeggeri trasportati e nel 16% pedoni. Il 42% dei deceduti per incidente stradale aveva un’età compresa tra i 20 e i 44 anni, con valori massimi registrati soprattutto tra i giovani 20-24enni e tra gli adulti nella classe 40-44 anni. La categoria di veicolo più coinvolta in incidente stradale è quella delle autovetture (due terzi dei casi); seguono i motocicli (13%), gli autocarri (6,5%), le biciclette (5,3%) e i ciclomotori (4,5%). I motocicli rappresentano però la categoria di veicolo più a rischio: l’indice di mortalità è pari a 1,7 morti per 100 veicoli coinvolti; seguono biciclette (1,4) e ciclomotori (0,8).

È possibile quindi affermare che mentre si osserva generale riduzione dell’incidentalità stradale, le utenze deboli (pedoni, ciclisti, motociclisti) registrano un andamento meno favorevole, aumentando il peso relativo sul totale delle vittime dell’incidentalità e quindi anche il rilievo per le politiche di prevenzione. Mentre calano le vittime di incidenti stradali da autoveicoli, aumentano però quelli fra i ciclisti: dopo auto e moto, le biciclette rappresentano così il terzo veicolo con il maggior numero di conducenti morti. La sicurezza dei ciclisti è un argomento di notevole rilevanza, non solo in considerazione dei dati statistico epidemiologici di incidentalità, morbosità e mortalità, ma perché il trasporto su bicicletta viene promosso proprio per ridurre il traffico veicolare e per favorire l’attività fisica delle persone: valutare gli effetti negativi della diffusione del mezzo – stante le criticità legate alla mobilità generale – è quindi un doveroso impegno delle istituzioni pubbliche e un fattore da considerare nella valutazione complessiva delle politiche di mobilità e di salute.

Gli incidenti stradali correlati all’alcool rappresentano una causa predominante di trauma e mortalità: si stima che fino al 40% dei casi mortali siano associabili all’alcool. È anche dimostrato che la probabilità di essere coinvolti in un incidente stradale cresce all’aumentare del tasso alcolico nel sangue. Altro fattore determinante negli incidenti e negli esiti è la giovane età dei guidatori, legata principalmente sia alla inesperienza di guida che all’attitudine verso comportamenti rischiosi.

**Obiettivi.** Promozione di comportamenti sicuri alla guida e di interventi di moderazione e rimodulazione del traffico.

**Codice dell'obiettivo centrale di riferimento.** 5.1; 5.2; 5.3.

**Evidenze di efficacia degli interventi previsti.** Gli incidenti stradali riconoscono notoriamente tra le cause quelle ambientali, quelle relative ai veicoli e quelle comportamentali. Su ciascuna di esse esistono indicazioni circa interventi efficaci.

Le strategie più efficaci per prevenire gli incidenti correlati all'uso della bicicletta sono:

- la promozione dell'uso del casco, sia supportata da interventi legislativi che non legislativi
- le modifiche ambientali, per esempio l'installazione di piste ciclabili segnalate, sia nel contesto urbano che rurale.

Gli interventi di moderazione del traffico quali l'implementazione di "zone 30" o anche la sola riduzione dei limiti di velocità sono efficaci per la riduzione di incidenti stradali e le lesioni conseguenti: hanno inoltre un impatto sull'ambiente in quanto comporta, a seguito della riduzione del numero di fasi di accelerazione e frenata, una riduzione del consumo di carburante e, di conseguenza, una riduzione delle emissioni di sostanze inquinanti e dell'inquinamento acustico. Le "zone 30" costituiscono un intervento urbanistico più complesso rispetto alla sola riduzione dei limiti, prevedendo interventi che favoriscono pedoni e ciclisti, come la riduzione dello spazio per la circolazione delle auto a favore di quello riservato alle piste ciclabili e ai percorsi pedonali e la creazione di aree adibite a scopi sociali.

Le Aziende Sanitarie Locali risultano una risorsa importante in quanto – grazie alla disponibilità di una serie competenze epidemiologiche, sanitarie, formative, medico-legali, ingegneristiche e all'autorevolezza sociale – sono in grado di presidiare molteplici e diversificati fronti: dalla valutazione dell'idoneità psicofisica alla guida, all'educazione alla sicurezza stradale nelle scuole, alla gestione delle persone fermate per guida in stato di ebbrezza, alla valutazione della viabilità nei piani urbanistici, fino al soccorso e alla cura dei feriti sulla strada.

Fra gli interventi più efficaci sono quelli legati alle leggi, in particolare relativamente alla velocità e alla guida in stato di ebbrezza (codice della strada), accanto a quelli legati ai requisiti di sicurezza dei veicoli e delle vie di circolazione, alla idoneità dei guidatori. L'introduzione di più restrittivi limiti di alcolemia per la guida di autoveicoli è l'azione che negli anni ha verosimilmente inciso di più sulla frequenza e la gravità degli incidenti in tutti i Paesi che l'hanno applicati. Assicurare una adeguata probabilità di controlli sull'assunzione di alcol sulle strade è riconosciuto come uno dei fattori più efficaci nel garantire il rispetto dei divieti e limitazione e anche la riduzione degli incidenti e della loro gravità.

Analogamente efficaci sono i controlli sulla velocità e sistemi deterrenti come le videocamere.

Numerosi studi scientifici hanno valutato l'efficacia degli interventi di carattere educativo nell'aumentare le conoscenze degli utenti della strada e in particolare dei conducenti di autovetture rispetto agli effetti dell'alcol. Tali interventi possono essere suddivisi in due principali tipologie:

- interventi per incrementare le difese della persona rispetto a sollecitazioni esterne di carattere sociale (es. influenza dei coetanei) e interne di carattere emotivo;
- interventi di carattere "educativo" propriamente detto che hanno come obiettivo di aumentare la consapevolezza dei danni associati all'assunzione di alcol.

Le principali evidenze scientifiche sembrano tuttavia confermare l'efficacia degli interventi di tipo informativo rivolti a conducenti già coinvolti in incidenti stradali alcol-correlati. Questi interventi infatti si accompagnerebbero ad una riduzione sensibile (9-10%) delle recidive e sono pertanto consigliati da diverse istituzioni internazionali tra le quali la Comunità Europea.

È invece dubbia l'efficacia degli interventi di tipo educativo sugli incidenti alcol-correlati rivolti agli adolescenti anche se la maggior parte degli studi si limita a valutarne l'efficacia nel breve periodo e non si conosce la loro capacità di incidere a lungo termine su attitudini e comportamenti alla guida. Dubbia risulterebbe anche l'efficacia dei programmi educativi nelle autoscuole.

Particolarmente gravi sono le conseguenze per chi guida sotto l'effetto di droghe, benché non sia noto il numero di soggetti che si mettono al volante dopo averne fatto uso, saltuario o abituale. Conosciuto dal punto di vista teorico il possibile effetto dell'assunzione di farmaci sulla guida anche se la dimensione del fenomeno non è facilmente conoscibile: in ogni caso, una corretta informazione è necessaria per i guidatori in terapia con alcuni farmaci.

Esperienze di questo tipo, condotte sulle materie dell'abuso dell'alcol e delle sostanze alla guida e che hanno visto la collaborazione di Autoscuole, Province, Aziende Sanitarie Locali e

Forze dell'Ordine, hanno dimostrato di poter produrre un utile ampliamento dell'offerta attiva delle autoscuole con evidenti miglioramenti della qualità dei servizi erogati agli utenti, rafforzando nel contempo i fattori di autodisciplina e di governo complessivo del settore.

**Beneficiari.** Guidatori di veicoli, pedoni, cittadini.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Esiste consenso scientifico circa una sicura associazione tra stato socio economico e rischio di incidenti stradali: un rapporto del European Transport Safety Council - ETSC (2007) ha riscontrato che le aree più povere ed emarginate hanno tassi più elevati di lesioni per incidenti stradali e di decessi fra gli occupanti di una vettura. Diseguaglianze sono dimostrate in particolare nel rischio di lesioni nei bambini pedoni di famiglie svantaggiate o abitanti in zone più povere. Soprattutto l'intervento proposti di rimodulazione del traffico ha la potenzialità di ridurre le disuguaglianze esistenti modificando il contesto con effetti universali su tutti gli utenti della strada.

**Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.** ACI/ISTAT, SDO, PASSI.

**Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici**

<b>Cod. indicatore</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Baseline provinciale</b>	<b>Atteso provinciale</b>	<b>Fonte</b>
5.1.1	Tasso di decessi per incidente stradale	54,7 per 1.000.000 (ACI/ISTAT 2012-2013) 73 per 1.000.000 (Registro mortalità 2008-2012)	43,8 per 1.000.000 (rif ACI/ISTAT) 58,4 per 1.000.000 (rif Registro mortalità)	ACI Istat
5.2.1	% ricoveri per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumatismi ed avvelenamenti	6,8% (2013)	6,1%	SDO
5.3.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che viaggiano in auto, e usano sempre la cintura posteriore	39,0% (2010-2013)	58,5%	PASSI
5.3.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi sono salite su una motocicletta/scooter/motorino e usano sempre il casco	97,0% (2010-2013)	mantenimento	PASSI
5.3.2	Prevalenza di persone 18-69 anni che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche	9,3% (2010-2013)	6,5%	PASSI

Il programma si articola in due linee di intervento:

1. Promozione di comportamenti sicuri alla guida
2. Promozione di interventi di moderazione e rimodulazione del traffico.

### **Linea di intervento 1: Promozione di comportamenti sicuri alla guida**

**Premessa.** Dopo una serie di interventi, prevalentemente a carattere progettuale, realizzati in provincia di Trento anche in maniera protratta nell'ambito della prevenzione degli incidenti stradali, emerge l'esigenza che al tema sia dedicata una vera e propria "linea di attività" che riesca, da una parte, a mettere insieme le risorse e le competenze esistenti e, dall'altra, a garantire continuità di intervento su quello che costituisce uno dei rilevanti determinanti della salute dei cittadini. In quest'ottica, anche quelle prestazioni correnti che vengono comunque garantite su diversi aspetti del problema e in diversi setting (scuola, idoneità alla guida, interventi in tema di alcol e stupefacenti, sicurezza sul lavoro ecc.) possono avvalersi di stimoli e risorse derivanti dal venire inserite in un quadro strategico più chiaro, con obiettivi definiti e verificabili.

A questo scopo si ritiene misura indispensabile la definizione di un "luogo" dentro il Dipartimento di Prevenzione, dove gli incidenti stradali vengono studiati, monitorati e analizzati e dove vengono definite le strategie e le azioni per la loro prevenzione. Dal momento che il fenomeno è variamente multifattoriale, gli interventi e i soggetti che li possono intraprendere sono molteplici e appartengono a diversi settori, sia dentro la sanità che fuori di essa, ma è oltremodo opportuno e utile che il Dipartimento di Prevenzione - proprio a partire dalla forte connotazione di salute pubblica che il fenomeno riveste - assuma un ruolo proattivo verso i molti soggetti interessati.

Al contempo la "cabina di regia" dipartimentale può permettere di valorizzare, mettendole in rete e assicurandone integrazione e coordinamento, le diverse azioni già in essere o in estensione.

#### **Attività principali.**

- a. Istituzionalizzazione presso il Dipartimento di prevenzione di un gruppo aziendale permanente di lavoro sugli incidenti stradali con l'eventuale coinvolgimento di altri soggetti
- b. Individuazione delle risorse disponibili/necessarie
- c. Identificazione degli interlocutori esterni e creazione di relazioni e accordi
- d. Definizione dei fabbisogni formativi degli operatori e delle linee di formazione
- e. Formazione operatori sanitari sugli incidenti stradali
- f. Elaborazione di una strategia aziendale sulla prevenzione degli incidenti stradali
- g. Coordinamento degli interventi in corso:
  - *Interventi di promozione della salute negli ambienti di lavoro (inserimento dei temi relativi a incidenti stradali e alcol/sostanze psicotrope)*
  - *Interventi di promozione della salute nella scuola ( "in punta di piedi sul pianeta")*
  - *Interventi di counseling nei soggetti positivi agli alcoltest alla guida*
  - *Alcol e lavoro: assistenza e controlli*
  - *Formazione dei soggetti della prevenzione aziendale (RSPP, RLS, lavoratori, Medici competenti)*
  - *Incidenti stradali nei corsi di primo soccorso nella scuola (118)*
- h. Avvio di altri interventi

**Target.** Cittadini alla guida di veicoli, pedoni, fruitori della mobilità stradale.

**Setting.** Molteplici.

**Intersettorialità.** Varie strutture del Dipartimento di prevenzione, altre strutture APSS (Alcologia, 118, Medicina legale ecc), altri enti: INAIL, Agenzia del lavoro, Servizi PAT,

consulenti sicurezza, medici competenti, MMG, Associazioni imprenditoriali e sindacali, associazioni giovanili, Volontariato.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Gruppo di lavoro sicurezza stradale	Documenti APSS	Gruppo costituito	Report attività annuale	Report attività annuale	Report attività annuale

### **Cronoprogramma**

<b>Promozione di comportamenti sicuri alla guida</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Costituzione e attività gruppo lavoro	Dip. Prevenzione		x	x	x	x
Report attività gruppo di lavoro	Dip. Prevenzione			x	x	x
Formazione operatori sanitari	Dip. Prevenzione - Servizio Formazione				x	
Report sulla sorveglianza degli incidenti stradali	Dip. Prevenzione - Osservatorio Salute			x	x	x
Documento di strategia aziendale sulla prevenzione degli incidenti stradali	Dip. Prevenzione				x	
Corsi alcol per soggetti cui è stata ritirata la patente	Servizi Alcologia		x	x	x	x
Corsi "in punta di piedi sul pianeta"	Servizi Alcologia - S. Promozione salute		x	x	x	x
Promozione alcol, sicurezza e guida presso imprese	UOPSAL/INAI L/Polizia stradale				x	x
Nuovi interventi di promozione	Dip. Prevenzione	Servizi Alcologia - S. Promozione salute			x	x

## **Linea di intervento 2: Promozione di interventi di moderazione e rimodulazione del traffico**

**Premesse.** L'azione sui fattori ambientali è riconosciuta in grado di avere effetto sulla frequenza degli incidenti stradali e deve essere utilmente affiancata a quelle – che più tradizionalmente le ASL sostengono – sui comportamenti e sui fattori soggettivi. Varie esperienze – tra cui quelle del MITRIS, nata proprio in provincia di Trento - hanno dimostrato l'utilità di fare azioni correttive su aspetti progettuali o di gestione del traffico, a partire dalla dimostrazione di punti critici evidenziati da cluster di incidenti. Altrettanto sono giudicati efficaci interventi che agiscono sul traffico veicolare, anche nei punti di maggiore interazione tra veicoli diversi e tra veicoli e pedoni.

Il "traffico" complessivamente inteso è un fattore che favorisce l'incidentalità e anche la gravità delle conseguenze: esso rappresenta un ambito in cui convergono diverse competenze e responsabilità, da quelle politiche a quelle gestionali, che afferiscono a settori diversi della pubblica amministrazione (urbanistica e infrastrutture, ambiente e gestione del territorio, sociale, economia ecc) e in cui la sanità deve mantenere un ruolo di rilievo.

Se le competenze e le responsabilità in questo ambito sono prevalentemente in settori "tecnici" della P.A., quelle della sanità - attraverso un'azione di advocacy volta ad ottenere impegno politico e sostegno sociale - devono trovare spazio per contribuire alla individuazione dei rischi prioritari (attraverso l'epidemiologia ma non solo), alla ricerca e al suggerimento delle soluzioni e anche alla verifica dell'efficacia delle stesse.

### **Attività principali.**

- a. Costituzione presso il Dipartimento di prevenzione di un gruppo aziendale permanente di lavoro sugli incidenti stradali (v. azione 1)
- b. Identificazione dei soggetti competenti, responsabili e interessati
- c. Censimento delle buone prassi applicate sul territorio provinciale
- d. Individuazione degli interventi efficaci in termini di progettazione/riprogettazione stradale, moderazione e rimodulazione del traffico con la collaborazione dei soggetti interessati
- e. Promozione di azioni di advocacy presso il Tavolo della salute in tutte le politiche, enti locali ed altri soggetti coinvolti per l'implementazione di interventi efficaci per una mobilità sostenibile e sicura.

**Target.** Tavolo salute in tutte le politiche, Politici, Dipartimenti PAT, amministratori locali (Comuni e Comunità), progettisti, urbanisti.

**Setting.** Sedi decisionali in merito alle scelte urbanistiche e di viabilità.

**Intersettorialità.** Varie strutture del Dipartimento di prevenzione, Tavolo per la salute in tutte le politiche, Comuni e Comunità, Dipartimenti PAT, Collegi e ordini dei professionisti, Altri enti, Associazioni cittadini (ambiente, sociale).

<b>Indicatori sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Documento sugli interventi efficaci di natura ambientale per la prevenzione degli incidenti stradali	Documentazione APSS		Documento disponibile		
Censimento delle iniziative esistenti in provincia di Trento	Rilevazione ad hoc presso comuni/PAT		Documento		
N. soggetti cui sono stati presentati i contenuti del documento su azioni efficaci /tot. soggetti individuati	Monitoraggio interno			>80%	
Nuove iniziative di moderazione o rimodulazione del traffico progettate o avviate in provincia di Trento	Atti degli enti locali				+5

### **Cronoprogramma**

<b>Promozione di interventi di moderazione e rimodulazione del traffico</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Censimento interventi esistenti	Coordinamento Gruppo			x		
Documento sugli interventi efficaci	Coordinamento Gruppo			x		
Incontri di advocacy verso soggetti individuati	Coordinamento Gruppo				x	
Report sulle nuove iniziative di moderazione / rimodulazione traffico adottate in provincia di Trento	Coordinamento gruppo					x

**Analisi dei rischi.** Funzionamento Tavolo Salute in tutte le politiche.

### 8.3 Prevenire gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

**Contesto, razionale e obiettivi.** Il Trentino presenta un quadro statistico epidemiologico relativo a infortuni sul lavoro e sulle malattie professionali sostanzialmente in linea con quello nazionale, pur con alcune caratteristiche peculiari.

Gli infortuni in complesso sono progressivamente diminuiti nel corso degli ultimi anni, con un più marcato calo negli anni più recenti nei quali sono registrabili gli effetti della recessione economica e produttiva. Negli ultimi 5 anni la riduzione del numero grezzo degli infortuni è stata del 28%. Il tasso di infortuni è sensibilmente superiore a quello nazionale, vicino a quello di altre regioni del nord e minori alla media del Nord Est, anche se come quelli presenta valori in riduzione costante da diversi anni.

La frequenza di infortunio è maggiore a quella media nazionale per industria e artigianato, ma minore per il terziario e per "altre attività". Agroindustria, costruzioni e trasporto presentano i valori più elevati di frequenza di infortunio, anche se è da segnalare indici significativi per la "sanità e servizi sociali". Pur in assenza di dati analoghi di confronto per l'agricoltura (non disponibili dati degli occupati INAIL), la frequenza di infortunio e la gravità in questo settore prevale anche in Trentino sugli altri. Gli indici di gravità sono superiori a quelli medi nazionali (per industria e artigianato) e simili a quelli delle altre regioni del Nord Est, in diminuzione negli anni.

Si registra, accanto alla riduzione del numero degli infortuni, una crescita della proporzione della gravità che rimane di dubbia interpretazione. Le malattie professionali hanno registrato un consistente aumento delle denunce negli ultimi 10 anni, soprattutto a carico delle malattie muscoloscheletriche e dei lavoratori autonomi o simili. Le statistiche della malattie professionali mostrano comunque importanti disomogeneità in merito alla tipologia di malattia denunciata, ai settori, ai medici che denunciano.

La situazione di adempimento delle normative di sicurezza da parte delle imprese in provincia di Trento non presenta particolari difformità rispetto ad analoghe zone del nord del Paese. Il territorio è peraltro caratterizzato da una grande prevalenza di imprese piccole o molto piccole con problemi di applicazione delle normative legati proprio alle dimensioni e alle capacità delle piccole imprese. Anche l'agricoltura si caratterizza per una polverizzazione di piccolissime imprese, molto spesso familiari o rette da lavoratori autonomi.

L'attività di vigilanza è caratterizzata da una forte prevalenza delle azioni di indagine sugli infortuni anche grazie ad una consistente attenzione da parte della magistratura e una debole azione di iniziativa.

La bilateralità ha una diffusione limitata al settore edile e a quella artigianale dove è particolarmente attiva anche sul fronte della sicurezza sul lavoro, ma assente in altri settori.

Buona la diffusione dei RLS (rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza) aziendali, anche se l'esplicazione del ruolo effettivo rimane difficile in molte realtà aziendali e in diversi casi la presenza del RLS è puramente nominale. Difficile anche il coordinamento delle azioni a livello territoriale, pur con una disponibilità di una buona offerta formativa. Solo di recente sono comparsi i primi RLST (rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza territoriale) solamente in ambito artigianale.

Il sistema della formazione, curato da Agenzia del Lavoro e da diversi soggetti privati, è da considerarsi di buon livello, anche se l'accesso è di più difficile valutazione.

Anche per le caratteristiche dimensionali delle aziende in Trentino, la diffusione di sistemi di gestione della sicurezza appare limitata, anche se si sta sviluppando un'attenzione alla certificazione e, in minore misura, ai modelli di organizzazione e gestione.

**Beneficiari.** Lavoratori, indipendentemente dalla forma di lavoro (dipendente, indipendente, autonomo, datore di lavoro, equiparato) e altri soggetti che prestano attività equiparate al lavoro dipendente.



**Impatto sulle disuguaglianze.** Nell'ambito della tutela di salute e sicurezza sul lavoro sono molti i fattori di disuguaglianza, alcuni più evidenti e altri più difficili da far emergere. Fermo restando che la normativa italiana è piuttosto avanzata e completa, il grado effettivo di tutela può risentire dalla tipologia contrattuale (a tempo indeterminato vs a tempo determinato, contratti "atipici" e precari, stagionali), dal settore di occupazione (edilizia e agricoltura vs altri settori manifatturieri, turismo e terziario vs. call center), dalla dimensione aziendale (piccole e microimprese), dall'appartenenza a particolari categorie (migranti e stranieri, donne, giovani).

**Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.**  
Flussi informativi correnti, report.

**Obiettivi.**

AZIONE 1	Partecipazione alla costruzione e alla funzionalità degli strumenti informativi del Sistema Nazionale della Prevenzione (SINP)
AZIONE 2	Prevenzione delle malattie professionali, anche attraverso la loro emersione e il loro riconoscimento
AZIONE 3	a) Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità b) Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale c) Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende
AZIONE 4	Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori
AZIONE 5	Attività di prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro
AZIONE 6	Sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto

**Azione 1**

**Partecipazione alla costruzione e alla funzionalità degli strumenti informativi del Sistema Nazionale della Prevenzione (SINP)**

**Attività principali.** Produzione di report regionali annuali relativi al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati e finalizzati alla programmazione delle azioni di prevenzione

- **"Infor.mo."**
  - Implementazione della formazione degli operatori
  - Allargamento dei casi inseriti a quelli gravi e di interesse preventivo
- **Mal. Prof.**
  - Messa a regime dell'inserimento dei dati provinciali
- **Renam/Renatuns**
  - Mantenimento delle attività
  - Verifica e miglioramento dei flussi da segnalatori
  - Recupero dati da schede di morte
- **Registro neoplasie a bassa frazione eziologica**
  - Applicazione delle indicazioni quando emanate
- **Dati di attività SPSAL**
  - Mantenimento flussi
- **Sorveglianza sanitaria medici competenti (art. 40 all.3b)**
  - Utilizzo dei dati per programmazione azioni di sorveglianza adempimenti da parte dei medici competenti
  - Report annuale dei dati a fini preventivi

- Ritorno dei dati elaborati ai medici competenti
- **Sistemi informativi sicurezza macchine e impianti**
  - Alimentazione e gestione
- **Archivio cantieri edili sulla base delle notifiche online**
  - Implementazione di un sistema provinciale on line di notifica cantieri
  - Realizzazione di un database di informazioni che integri i dati dei cantieri edili con quelli di attività dell'UOPSAL e di altri enti con funzioni di controllo e vigilanza, condiviso con i soggetti interessati
  - Utilizzo dei dati ai fini della sorveglianza dei cantieri
- **Report annuali**
  - Produzione di un rapporto annuale sull'utilizzo dei flussi
  - Report annuale su infortuni e malattie professionali
  - Report annuale sulle attività SPSAL

**Target.** UOPSAL, Altri servizi provinciali.

**Setting.** UOPSAL.

**Intersettorialità.** Soggetti fornitori di dati, soggetti aziendali della prevenzione SLL, UOPSAL.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Report annuale sull'utilizzo dei flussi SINP	UOPSAL	--	Report	report	report
Report su infortuni e malattie professionali	UOPSAL	--	Entro giugno anno successivo	Entro giugno anno successivo	Entro giugno anno successivo

**Analisi dei rischi.** Mancati indirizzi nazionali, mancati accordi e finanziamenti per realizzazione sistema notifica online cantieri.

### **Cronoprogramma**

<b>Partecipazione alla costruzione e alla funzionalità degli strumenti informativi del Sistema Nazionale della Prevenzione (SINP)</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Report sui flussi	UOPSAL			x	x	x
Report su infortuni e malattie professionali	Osservatorio provinciale Infortuni e malattie professionali	INAIL/Osservatorio salute PAT		x	x	x
Report su attività SPSAL	UOPSAL			x	x	x
Notifica online cantieri edili attiva	Provincia Autonoma di Trento			x	x	x

## Azione 2

### Prevenzione delle malattie professionali, anche attraverso la loro emersione e il loro riconoscimento

**Codice dell'obiettivo centrale di riferimento.** 7.2

#### Attività principali.

- Campagna provinciale di prevenzione delle malattie professionali (Comitato provinciale di Coordinamento SSL):
- Prosecuzione della campagna avviata nel 2014 con estensione al comparto agricolo e a quello edile, al rischio cancerogeno e chimico.
- Interventi di informazione e sensibilizzazione verso i soggetti sanitari interessati (medici competenti, MMG, medici specialisti)
- Interventi di informazione presso datori di lavoro, lavoratori, RLS, esperti della sicurezza
- Formazione degli operatori di ispezione e vigilanza
- Campagna di informazione mediatica
- Ricerca attiva di MP da parte di UOPSAL.

**Target.** Lavoratori.

**Setting.** Molteplici.

**Intersettorialità.** UOPSAL, INAIL, medici competenti, MMG, Ordine dei medici, medici specialisti, associazioni imprenditoriali, sindacato, RLS, Enti bilaterali, ordini, collegi e associazioni professionali della sicurezza.

Indicatore sentinella	Fonte	2015	2016	2017	2018
Interventi di informazione verso altri soggetti	Monitoraggio ad hoc	-	3	3	3

**Analisi dei rischi.** Scarsa collaborazione MMG, scarsa condivisione criteri diagnosi eziologica con medici competenti, disomogenea attenzione verso la segnalazione per tipologia o settore, modifica atteggiamento denuncia patronati (che sostengono oggi in Trentino una grossa fetta delle denunce in particolare nei lavoratori autonomi agricoli).

#### Cronoprogramma

Prevenzione delle malattie professionali, anche attraverso la loro emersione e il loro riconoscimento						
Attività	Responsabili/ Referenti	Altri attori	2015	2016	2017	2018
Ridefinizione obiettivi campagna provinciale MP	Comitato coordinamento SLL		x			
Interventi di informazione/formazione	Gruppo MP comitato coordinamento			x	x	x

### Azione 3

- a. **Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità**
- b. **Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale**
- c. **Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende**

**Codice dell'obiettivi centrale di riferimento.** 7.3. 7.4 7.5.

#### **Attività principali.**

##### **a) RLS/RLST/Bilateralità**

- Incontri del CPC SSL con gli enti bilaterali attivi per illustrazione delle attività
- Monitoraggio del CPC SSL della diffusione e delle attività dei RLS sul territorio provinciali
- Realizzazione di un evento seminariale sul ruolo di RLS e bilateralità nella SSL da parte del Comitato Provinciale di coordinamento SLL
- Individuazione dal parte del CPC SSL di iniziative di sostegno e promozione della bilateralità

##### **b) Buone prassi, benessere organizzativo e Responsabilità Sociale d'impresa**

- Approfondimento dei temi benessere organizzativo e RSI nel CPC SSL attraverso almeno un evento di informazione rivolto ai soggetti della prevenzione
- Promozione dei programmi di RSI presso le parti sociali
- Raccolta da parte del CPC SSL di buone prassi sul territorio trentino
- Realizzazione da parte di APSS delle azioni previste dal progetto CCM sullo SLC e prosecuzione delle attività secondo il piano nazionale stress lavoro correlato
- Costituzione di un gruppo di lavoro SLC dentro il CPC SSL
- Iniziative di informazione e formazione su SLC ai soggetti della prevenzione aziendale
- Aziende che promuovono la salute: progetto sperimentale di applicazione di strumenti di telegestione (v. progetto).

**Target.** Lavoratori, RLS, imprese, enti bilaterali.

**Setting.** Molteplici.

**Intersettorialità.** Tutti i soggetti che partecipano al Comitato di coordinamento provinciale SSL.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Seminario provinciale in tema di RLS, Bilateralità, Responsabilità Sociale d'impresa	Comitato di coordinamento SSL		1	1	1

**Analisi dei rischi.** Insufficiente condivisione in seno al Comitato delle tematiche, scarso sostegno politico al Comitato e alla programmazione, scarsa risposta alle iniziative prodotte.

## Cronoprogramma

<b>Prevenzione delle malattie professionali, anche attraverso la loro emersione e il loro riconoscimento</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Documento di programmazione di azioni di promozione su RLS, bilateralità, RSI e SLC	Comitato coordinamento SLL			x		
Interventi di informazione e sensibilizzazione su RLS, bilateralità e RSI	Comitato coordinamento SLL			x	x	x
Gruppo SLC dentro Comitato di coordinamento SLL	Comitato coordinamento SLL			x	x	x

### Azione 4

#### **Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori**

**Obiettivo centrale di riferimento.** 7.6.

#### **Attività principali.**

- Ricerca da parte del CPC SSL di un percorso che favorisca l'inserimento del tema SSL nei curricula scolastici
- Stimolare l'integrazione della sicurezza sul lavoro dentro i programmi di promozione della salute
- Sviluppare proposte di percorsi di promozione della sicurezza valorizzando le attività formative obbligatorie svolte dalla scuola
- Fornire supporto alle scuole per la realizzazione di interventi di promozione sicurezza.

**Target.** Studenti , insegnanti.

**Setting.** Scuola.

**Intersettorialità.** APSS, istituzioni scolastiche, associazioni imprenditoriali, sindacato, RLS, medici competenti, consulenti sicurezza, enti bilaterali.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Produzione di un'offerta alla scuola di supporti per l'attivazione di percorsi di promozione della sicurezza sul lavoro	APSS		Report annuale	Report annuale	Report annuale

**Analisi dei rischi.** Scarsa risposta alla sollecitazione delle scuole, insufficiente integrazione dei percorsi individuati, mancata adozione di indirizzi politici sulla scuola.

## Cronoprogramma

<b>Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Censimento interventi sulla promozione della SLL nelle scuole trentine	PAT		x			
Formazione formatori per percorsi di promozione sicurezza SSL nella scuola	UOPSAL APSS			x	x	x
Attivazione dell'offerta formativa	PAT			x		

### Azione 5

#### Attività di prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro

**Codice dell'obiettivi centrale di riferimento.** 7.7; 7.8.

#### Attività principali.

- Azioni di vigilanza in applicazione dei Piani nazionali Edilizia e Agricoltura e silvicoltura
- Vigilanza mirata a priorità di rischio
- Informazione e assistenza nei settori e sui temi prioritari
- Indirizzi provinciali per l'attività di vigilanza (CPC) – Piano di legislatura
- Piano provinciale di semplificazione e razionalizzazione dell'attività di vigilanza (LP 10/2012): partecipazione al tavolo provinciale.

**Target.** Aziende del territorio.

**Setting.** Molteplici.

**Intersettorialità.** APSS, associazioni imprenditoriali, sindacato, RLS, medici competenti, consulenti sicurezza, enti bilaterali, Comitato Provinciale di coordinamento SSL, Tavolo interdipartimentale per la razionalizzazione dei controlli sulle imprese, Servizio lavoro, Servizio Minerario, Forze dell'ordine.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Realizzazione delle azioni di vigilanza previste dal Piano di legislatura SSL	Report annuale UOPSAL	-	>90%	>90%	>90%

**Analisi dei rischi.** Ritardo o mancata emanazione degli indirizzi provinciali di vigilanza, interferenze nella realizzazione delle azioni di vigilanza programmata, ridotta disponibilità di risorse per la vigilanza programmata.

## Cronoprogramma

<b>Attività di prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Documento di indirizzo della Provincia Autonoma di Trento (Piano di legislatura)	PAT		x			
Realizzazione degli obiettivi dei Piani Nazionali edilizia e agricoltura secondo la declinazione degli atti provinciali	UOPSAL APSS			x	x	x
Report sulle attività del Piano di razionalizzazione e semplificazione dei controlli	PAT			x	x	x

### **Azione 6**

#### **Sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto**

**Codice dell'obiettivo centrale di riferimento.** 8.9.

**Contesto, rationale e obiettivi.** Si richiama la Direttiva 2009/148/CE del Parlamento Europeo sulla protezione dei lavoratori contro i rischi connessi con un'esposizione all'amianto durante il lavoro, la quale all'Art. 18 comma 4 tra l'altro dispone che "Ai lavoratori devono essere forniti informazioni e consigli relativi a qualsiasi accertamento della loro salute cui essi possono sottoporsi dopo la fine dell'esposizione. Il medico o l'autorità preposta alla sorveglianza medica dei lavoratori possono segnalare la necessità di proseguire la sorveglianza medica dopo la fine dell'esposizione per il periodo di tempo da essi ritenuto necessario per proteggere la salute del lavoratore interessato".

Inoltre durante la I Conferenza nazionale sull'amianto tenutasi a Roma nel marzo 1999, il sottosegretario del Ministero della Sanità affermava che "vi è consenso sulla necessità di garantire il controllo degli esposti mediante sorveglianza epidemiologica e/o sanitaria in forma programmata e gratuita a cura dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro delle ASL".

**Evidenze di efficacia degli interventi previsti.** Controllo sanitario e supporto agli ex esposti ad amianto.

**Beneficiari.** Lavoratori ex esposti ad amianto.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Il programma nazionale nasce dalla volontà di affrontare le "disuguaglianze" che possono sorgere dalla esposizione professionale pregressa ad un potente agente cancerogeno quale l'amianto. Considerato che gli effetti dell'esposizione possono manifestarsi a distanza di molto tempo, il D.Lgs 81/08 prevede di proseguire la sorveglianza dopo il termine dell'esposizione, prestazione dalla quale sarebbero esclusi i lavoratori non più in forza nell'azienda in cui è avvenuta l'esposizione. Per il passato, inoltre, esiste la possibilità che l'eventuale esposizione ad amianto non sia nota nemmeno al lavoratore, escludendolo con questo anche da informazioni importanti per la propria salute. Il programma permette infine di

colmare un deficit di informazione e consapevolezza verso queste categorie di lavoratori circa i possibili effetti della esposizione ai fini dell'adozione di comportamenti inerenti la propria salute, ma anche in relazione ai benefici eventuali di tutela (assicurativi, legali ecc.).

**Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.**

Archivi di altri enti (INAIL, INPS), Flussi INAIL-Regioni, monitoraggio interno.

**Attività principali.**

- stabilire sinergie con altri istituti ed enti
- acquisire informazioni riguardanti le attività pregresse in presenza di amianto
- predisporre ed alimentare un data base dei lavoratori ex esposti
- adozione del protocollo di sorveglianza CCM
- condivisione dei protocolli sanitari con specialisti (radiologi, pneumologi)
- predisposizione degli atti deliberativi necessari alla attivazione del protocollo
- formazione del personale sanitario dedicato
- informazione ai soggetti interessati (chiamata individuale o collettiva)
- avvio del programma di sorveglianza
- rendicontazione annuale delle attività di assistenza sanitaria offerta agli ex esposti
- registrazione ed archiviazione delle patologie riscontrate in formato elettronico, in modo da poter essere prontamente analizzati e comunicati a livello regionale e nazionale, sia a livello di sintesi che di dettaglio.

**Target.** Lavoratori che hanno avuto esposizione ad amianto (e non sono inseriti in sorveglianza sanitaria per rischio professionale perché non più attivi o non più dipendenti dell'azienda in cui l'esposizione è avvenuta).

**Setting.** APSS.

**Intersettorialità.** INAIL, strutture ospedaliere APSS di pneumologia, radiologia, anatomia patologica, epidemiologia, INPS, associazioni sindacali dei lavoratori e patronati, associazioni di lavoratori ex esposti, associazioni imprenditoriali.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Report annuale attività sugli ex esposti all'amianto	UOPSAL	-	1	1	1

**Analisi dei rischi.** Non disponibilità o difficoltà di accesso a banche dati di soggetti terzi per l'individuazione degli ex esposti; difficoltà a recuperare informazioni adeguate da fonti istituzionali, carenza/disponibilità accertamenti clinici e lettura referti (b-reader), incertezza sulla dimensione dei campioni soggetti interessati.



## Cronoprogramma

<b>Sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Costruzione degli archivi dei lavoratori ex esposti	UOPSAL	INAIL, INPS	x			
Predisposizione degli atti deliberativi necessari alla attivazione del protocollo	PAT	UOPSAL	x			
Formazione/informazione del personale sanitario dedicato/coinvolto	Serv. Formazione	UOPSAL, U.O. OSPEDALIERE		x		
Avvio e attuazione del programma di sorveglianza secondo protocollo CCM	UOPSAL	UU.OO. Radiodiagnostica pneumologia, anatomia patologica		x	x	x
Report annuale	UOPSAL			x	x	x

## 9 Screening oncologici

**Contesto, razionale, obiettivi ed evidenze di efficacia.** I programmi provinciali di prevenzione secondaria in campo oncologico riguardano (in ordine cronologico di introduzione in provincia di Trento) il tumore della cervice uterina (1993), il tumore della mammella femminile (2000) e i tumori del colon e del retto (2007). Nel 2001 tali programmi sono stati inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza in quanto supportati da prove di Evidence Based Prevention.

L'obiettivo perseguito dai tre programmi di screening è quello di ridurre la mortalità specifica per i tre tipi di tumori e di migliorare la qualità della vita attraverso interventi terapeutici di tipo conservativo. La consolidata consuetudine all'effettuazione del **Pap-test** in provincia di Trento, se da una parte ha portato a un buon livello di copertura di questa pratica preventiva, dall'altra ha favorito il protrarsi del c.d. "screening spontaneo" che, essendo svincolato dai tempi del programma organizzato, si configura come un potenziale test diagnostico inappropriato. Tale aspetto risulta particolarmente problematico, considerando l'imminente introduzione del test per la ricerca dell'HPV come test primario di screening nelle donne di oltre 30 anni. Il riassetto del programma costituisce pertanto una buona opportunità di revisione dei criteri prescrittivi del test diagnostico e la successiva implementazione dei protocolli diagnostico terapeutici di secondo livello.

Anche il programma di **screening mammografico** ha determinato, nel corso del tempo, una progressiva fidelizzazione delle donne trentine. La recente introduzione del progetto pilota riguardante l'utilizzo della tomosintesi, con contestuale centralizzazione del livello di erogazione della prestazione, dovrà dimostrare, accanto ad un aumento dell'accuratezza diagnostica e conseguente riduzione dei richiami, di non incidere negativamente sull'adesione che attualmente va ritenuta molto buona se confrontata con il dato medio nazionale.

L'ultimo programma di screening offerto alla popolazione trentina, in ordine di tempo, riguarda la **diagnosi precoce dei tumori del colon e del retto**. La diffusa campagna di sensibilizzazione indirizzata alla popolazione generale nella fase di avvio del programma ha fatto registrare un buon livello iniziale di adesione che tuttavia attualmente mostra una leggera riduzione, presumibilmente per l'esaurirsi nel tempo degli effetti della campagna mediatica. Per tale ragione è necessario pianificare interventi comunicativi di rinforzo a sostegno di una maggior partecipazione.

**Beneficiari.** I tre programmi interessano tutta la popolazione residente in provincia di Trento che rientra nelle fasce di età:

- donne dai 25 ai 64 anni di età, per lo screening della cervice uterina
- donne dai 50 ai 69 anni di età per lo screening mammografico
- donne e uomini dai 50 ai 69 anni di età per lo screening dei tumori colon-rettali.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Come ben evidenziato dal sistema di sorveglianza Passi, i programmi organizzati di diagnosi precoce, rispetto all'accesso spontaneo, sono in grado di determinare una riduzione dell'effetto delle disuguaglianze sociali sul livello di adesione all'invito della popolazione coinvolta. L'analisi dei dati epidemiologici, tuttavia, evidenzia il permanere di differenze nelle percentuali di adesione, come ad esempio quelle riferite all'ambito geografico o quelle riguardanti la cittadinanza e lo stato socio-economico che comportano la necessità di pianificare azioni correttive, poiché si ripercuotono su un aumento della mortalità e morbosità nei gruppi di popolazione fragili.

**Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.** Le *Survey* annuali predisposte dal Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari per ciascun programma di screening e il Report annuale dell'Osservatorio Nazionale Screening permettono di monitorare l'andamento dei programmi di screening a livello locale e nazionale, attraverso l'utilizzo degli indicatori individuati dalle società scientifiche di riferimento: Gruppo Italiano Screening Citologico (GISCi), Gruppo Italiano Screening Mammografico (GISMa) e Gruppo Italiano Screening del Colon Retto

(GISCoR).

Gli indicatori di struttura, di processo e di esito dei programmi di screening consentono di verificare il grado di scostamento del dato locale dal valore standard, per l'analisi delle criticità e per la pianificazione delle azioni correttive, necessarie al miglioramento continuo dei programmi.

A livello nazionale, europeo e internazionale sono in corso studi d'impatto dei tre programmi di screening che valutano incidenza, stadio alla diagnosi e sopravvivenza. A queste valutazioni partecipa anche la provincia di Trento, attraverso il Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa.

**Obiettivi specifici del programma.** In merito agli obiettivi individuati dal Piano Nazionale della Prevenzione occorre sottolineare che, in provincia di Trento, gli indicatori ad essi riferiti (estensione ed adesione), indicano il raggiungimento di un buon livello di performance dei programmi, soprattutto se confrontati con il dato nazionale.

#### Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice IC	Obiettivi centrali	Fonte	Baseline PAT (round 2010-12 e round 2011-12)	Atteso PAT
1.12.1	Aumentare l'estensione reale alla popolazione target (per ognuno dei tre screening)	ONS (Gisci, Gisma, Giscor) - S.Anna Pisa Servizio Epidemiologia clinica e valutativa	Cervice: 98% Mammografico: 100% Colon-retto: 96%	mantenimento valori attuali
1.13.1	Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico		Cervice: 34% Mammografico: 76% Colon-retto: 59%	Cervice (S.Anna_Pisa) buona: 50/60% ottima: >60% Mammografico: mantenimento valori attuali Colon-retto (Giscor) desiderabile: >65%
1.14.2	Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV_DNA	H.T.A. 2012	----- -----	Deliberazione aziendale nuovo programma di screening Implementazione nuovo programma
1.14.2	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	Ll.Gg. ASCO 2009	----- -----	Adozione protocollo sulla base degli indirizzi provinciali

#### OBIETTIVO CENTRALE 1.12 - ESTENSIONE DEI TRE PROGRAMMI DI SCREENING

ESTENSIONE corretta: *numero persone che hanno ricevuto l'invito nel periodo oggetto della rilevazione / numero persone eleggibili x 100*. Fonte: ONS.

L'indicatore dimostra quanto è esteso un programma tra la popolazione bersaglio in una determinata area geografica. La diffusione dei programmi di screening organizzati è un indicatore dell'entità e dell'omogeneità dell'offerta di prevenzione secondaria oncologica sul territorio.

Il dato non è disponibile nel breve termine in quanto il monitoraggio viene effettuato a

cadenza annuale. L'individuazione di un set di indicatori di facile consultazione, a cadenza semestrale, può ovviare alla mancanza di parametri per la conoscenza dell'andamento del programma in tempo reale. La popolazione considerata al denominatore è, per convenzione, quella residente ad inizio anno (se il periodo di riferimento è quello annuale) e quella rilevata a metà periodo negli altri casi.

Il valore atteso è che la totalità della popolazione che rientra nella fascia di età del programma di screening sia inserita nel programma senza disomogeneità territoriale.

A tale scopo il dato viene riferito al livello distrettuale e/o di comunità di valle.

**Attività 1. Gestione degli inviti.** L'attività principale, riferita allo specifico indicatore, è la gestione degli inviti che deve riguardare tutta la popolazione residente in Provincia, rientrante nella specifica fascia di età. I software gestionali devono garantire il collegamento all'anagrafica provinciale, aggiornata in tempo reale, e interfacciarsi con i sistemi gestionali della U.O. coinvolte per l'integrazione con il 2° livello di screening. Il monitoraggio degli inviti inesitati per il recupero del dato anagrafico errato o mancante costituisce un'azione complementare necessaria a questa attività di tipo gestionale.

**Setting.** Comunità e servizi sanitari.

**Intersettorialità.** Con il Coordinamento screening collaborano a tale fine:

- le Unità Operative di riferimento dei tre programmi di screening
- gli Uffici prestazioni dei Distretti, in qualità di referenti aziendali per gli Uffici anagrafe comunali
- il Servizio Sistemi informativi che fornisce il collegamento all'anagrafica provinciale e il personale tecnico per l'implementazione e l'aggiornamento dei programmi.

**Indicatori di processo.**

Relativi al monitoraggio annuale degli inesitati per la correzione o il recupero del dato anagrafico:

- numero degli inviti inesitati sul totale degli inviti, per ciascun programma di screening **(1a)**
- numero di dati corretti/recuperati sul numero totale delle lettere tornate al mittente per ciascun programma di screening **(1b)**.

**Analisi dei rischi.**

- difficoltà relative all'implementazione e all'aggiornamento dei programmi gestionali, necessari ai fini del corretto calcolo degli indicatori, per priorità diverse dei servizi coinvolti
- per il nuovo programma dello screening mammografico, tutt'ora in fase di sperimentazione, occorrerà attendere il termine del round riferito al progetto pilota (novembre 2014- 2016) per valutare sia i requisiti di qualità richiesti al sistema sia le problematiche segnalate o eventualmente emergenti
- per il programma di screening del tumore della cervice si dovrà tenerne conto nella costruzione del nuovo software, all'interno dello specifico obiettivo (1.14.2).

## **OBIETTIVO CENTRALE 1.13 - ADESIONE DEI TRE PROGRAMMI DI SCREENING**

ADESIONE corretta: *numero di persone che hanno partecipato allo screening a seguito di un invito nel periodo di rilevazione / (numero di persone invitate allo screening nel periodo di riferimento - numero inesitati - persone escluse dopo l'invito) x100.* Fonte:ONS

Si tratta di uno dei parametri fondamentali per valutare l'impatto e l'efficienza del programma nel ridurre la mortalità in quanto il tasso di adesione ha un effetto diretto e proporzionato sul risultato finale. Bassi tassi di adesione possono vanificare l'imponente sforzo organizzativo e finanziario che il programma comporta.

Il dato non è disponibile nel breve termine in quanto il monitoraggio viene effettuato a cadenza annuale.

Il valore atteso è che la percentuale della popolazione che rientra nella fascia di età del programma di screening e che aderisce si collochi intorno al valore desiderabile individuato per ciascuno screening dalla Società scientifica di riferimento o tra i valori di buono e ottimo individuati dalla Scuola Superiore di studi universitari e di perfezionamento S. Anna di Pisa.

#### **Attività 2-12.**

2. **riduzione delle diseguaglianze:** formalizzazione di un gruppo "interscreening" **(2a)** per la pianificazione di interventi da indirizzare alla popolazione straniera **(2b)**, con successiva loro implementazione **(2c)** e valutazione di impatto **(2d)**
3. **informazione:** predisposizione delle news aziendali annuali per gli operatori sanitari
4. **comunicazione:** predisposizione di una pagina Web nel sito aziendale per gli operatori sanitari e per i cittadini **(4 a)** e suo aggiornamento periodico **(4b)**
5. **non responder:** invio, al termine di ciascun round di screening, della lista degli assistiti non responder ai medici di medicina generale **(5a)** e analisi del loro utilizzo da parte degli stessi **(5b)**
6. **monitoraggio:** predisposizione di un set di indicatori **(6a)** di rapida consultazione e aggiornati tri/semestralmente allo scopo di monitorare in tempo reale l'andamento dello screening e di fornire informazioni a livello locale **(6b)**
7. **miglioramento della qualità:** analisi della letteratura per una eventuale ridefinizione del target dello screening del CCR per fascia d'età e sesso con elaborazione di un documento finale **(7a)**; evidence based mortality basata sull'incidenza: studio d'impatto del programma sulla mortalità provinciale per CCR **(7b)**; studio di fattibilità per l'estensione del programma di screening mammografico alle fasce d'età 45-49 anni e 70-74 anni **(7c)**
8. **counseling:** implementazione del counseling per la colonscopia a livello distrettuale con registrazione del numero totale di colloqui **(8a)** e non aderenti alla colonscopia **(8b)** per distretto
9. **follow-up:** predisposizione del nuovo protocollo per il follow-up dello screening del CCR **(9a)** e monitoraggio dell'impatto sui tempi di attesa per gli approfondimenti di 2° livello **(9b)**
10. **campagne di sensibilizzazione:** predisposizione di un piano della comunicazione per i programmi di screening **(10a)** che preveda l'aggiornamento periodico dei materiali divulgativi **(10b)** e la realizzazione di campagne di sensibilizzazione indirizzate alla popolazione **(10c)**
11. **aggiornamento:** corsi di formazione/aggiornamento **(11a)** per gli operatori sanitari coinvolti **(11b)**
11. **rilevazione tempi di attesa** trasmissione referti e approfondimenti per progetto pilota della tomosintesi.

**Setting.** Comunità e servizi sanitari.

**Target.** Le diverse attività coinvolgono la popolazione target degli screening o sottogruppi selezionati di questa, oltre agli operatori sanitari (formazione/informazione).

#### **Indicatori di processo.**

Gli indicatori di processo presi in considerazione sono sia di tipo qualitativo che quantitativo.

**NB:** per l' **attività n. 2**, non essendo ancora state individuate le azioni da implementate da parte del costituendo tavolo interscreening, gli indicatori risultano necessariamente generici e saranno meglio specificati nelle fasi intermedie di valutazione del PPP.

#### **I. qualitativi:**

- attività **3:** predisposizione annuale dello strumento comunicativo delle news aziendali
- attività **4:** presenza della pagina web dedicata agli screening con periodico aggiornamento
- attività **5:** invio degli elenchi dei non responder a cadenza bi e triennale e valutazione del loro utilizzo da parte dei medici di medicina generale

- attività **6**: disponibilità del set di indicatori di rapida consultazione e report periodici
- attività **7**: disponibilità dei 3 documenti
- attività **9**: disponibilità del documento (protocollo FU) per lo screening del colon-retto e sua applicazione
- attività **10**: disponibilità del piano della comunicazione sugli screening

**II. quantitativi:**

- attività **8**: numero di colloqui per ciascun servizio sul totale dei casi positivi al sof e numero dei non aderenti alla colonscopia sul totale dei counseling svolti
- attività **9**: valutazione dei tempi di attesa secondo l'indicazione delle specifiche Survey o di altri indicatori individuati dal tavolo di coordinamento
- attività **10**: numero campagne realizzate e loro durata, numero materiali informativi predisposti e/o aggiornati prodotti
- attività **11**: numero corsi di formazione realizzati e numero operatori partecipanti sul totale degli operatori da coinvolgere per ciascun corso
- attività **12**: tempi di attesa in giorni.

**Analisi dei rischi.** Mancanza di chiarezza su mandati e responsabilità di ciascuna struttura coinvolta nel sistema. Le componenti organizzativa e valutativa, comprensive del sistema informatico gestionale di tutto il processo, svolge un ruolo fondamentale nell'appropriatezza e nel monitorare l'applicazione dei protocolli condivisi, purché il mandato sia riconosciuto da tutti.

**OBIETTIVO CENTRALE 1.14 - AVVIO PROGRAMMA DI SCREENING CON TEST HPV**

L'obiettivo si riferisce alla reingegnerizzazione del programma di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell' utero. Il nuovo programma prevede l'esecuzione del test primario per la ricerca dell'HPV nella fascia d'età 31-64 anni da implementare in maniera progressiva nel corso di un triennio e l'utilizzo del test HPV come triage dei casi citologicamente positivi nelle donne tra i 25 e i 30 anni.

Prerequisito: dotazione della relativa strumentazione.

**Attività 13-18.**

13. **project management**: inserimento del nuovo programma di screening nel portafoglio dei progetti aziendali
14. **predisposizione di un software dedicato** per la gestione degli inviti, dei campioni con procedura automatizzata di order entry **(14a)** e per gli approfondimenti di secondo livello **(14b)**
15. **mappatura delle sedi aziendali e degli orari di erogazione della prestazione**
16. **percorsi diagnostico-terapeutici di 2° livello**: definizione **(16a)** formalizzazione **(16b)** e trasmissione **(16c)** a tutti i professionisti coinvolti e successiva valutazione del grado di applicazione **(16d)**
17. **formazione** degli operatori
18. **campagne di comunicazione** indirizzate alla popolazione generale.

**Setting.** Comunità e servizi sanitari.

**Target.**

- attività **13**: coinvolgimento di tutte le unità operative/servizi interessati e dei distretti
- attività **14**: area coordinamento screening, anatomia patologica, consultori, ambulatori colposcopici, ambulatori di ginecologia territoriali e ospedalieri
- attività **15**: operatori dei consultori e degli ambulatori di ginecologia territoriali e ospedalieri
- attività **16**: ginecologi aziendali e liberi professionisti, ostetriche
- attività **17**: operatori sanitari coinvolti
- attività **18**: popolazione generale.

## **Indicatori di processo.**

### **I. qualitativi**

- attività **13**: deliberazione aziendale su nuovo programma di screening
- attività **14**: disponibilità del software gestionale dedicato
- attività **15**: disponibilità delle agende suddivise per distretto e per presidio ospedaliero
- attività **16**: disponibilità del documento
- attività **18**: piano della comunicazione

### **II. quantitativi**

- attività **16**: grado di diffusione (operatori a cui viene inviato il documento sul totale degli operatori coinvolti)
- attività **17**: numero di operatori formati sul totale degli operatori coinvolti.

**Analisi dei rischi.** I tempi delle varie fasi possono risultare poco controllabili e a volte difficilmente compatibili tra strutture e servizi perché legati alla diversa pianificazione delle priorità, dipendente dall'organizzazione interna delle attività dei servizi stessi.

## **OBIETTIVO CENTRALE 1.15 - ADOZIONE PERCORSO PER SOGGETTI A RISCHIO EREDO FAMILIARE PER SCREENING MAMMOGRAFICO**

Nella patologia tumorale della mammella sono noti due geni coinvolti nella predisposizione ereditaria: il gene *BRCA1* posto sul cromosoma 17 ed il gene *BRCA2* posto sul cromosoma 13. Le mutazioni a carico di questi geni conferiscono un aumentato rischio di sviluppare un tumore della mammella e/o un tumore dell'ovaio. Le stime di rischio riportate sono eterogenee. Una recente metanalisi ha stimato che il rischio cumulativo medio di cancro mammario e dell'ovaio all'età di 70 anni per donne portatrici di mutazione in *BRCA1* e *BRCA2* risulta rispettivamente di 57% (CI 95%: 47% - 66%) e 49% (CI 95%: 40% - 57%).

La possibilità di identificare i portatori di tali mutazioni genetiche o comunque, in generale, di valutare attentamente il profilo di rischio dei soggetti che presentano familiarità per questo tipo di neoplasie ha avuto importanti ripercussioni sul piano clinico assistenziale negli ultimi anni e ha posto le basi per lo sviluppo della Consulenza genetica oncologica. La consulenza genetica viene definita come un "processo di comunicazione che concerne i problemi umani legati all'occorrenza, al rischio di ricorrenza, di una patologia genetica in una famiglia". Il processo di consulenza deve quindi favorire e promuovere una scelta informata autonoma e consapevole rispetto sia al test genetico (quando indicato) sia alle scelte di sorveglianza e/o prevenzione (sorveglianza intensificata, farmacoprevenzione, chirurgia profilattica). Si tratta di un percorso multidisciplinare in quanto gli specialisti coinvolti sono diversi (oncologici, genetisti, psicologici, radiologici, ginecologici). Tale valutazione porta alla definizione di quattro livelli di rischio oncologico per il tumore della mammella e/o ovaio:

1. Lieve o assimilabile a quello della popolazione generale
2. Moderatamente più elevato rispetto a quello della popolazione generale
3. Alto senza mutazione genetica accertata
4. Alto con mutazione genetica accertata.

Poiché le acquisizioni scientifiche relative alla suscettibilità ereditaria alle neoplasie mammarie sono abbastanza recenti, attualmente non sono ancora disponibili evidenze conclusive sulla corretta gestione delle portatrici di mutazione patogenetica nei geni *BRCA1/2*.

### **Attività 19-22.**

- 19.** predisposizione del protocollo aziendale in base alle direttive provinciali
- 20.** formazione/informazione degli operatori sanitari
- 21.** implementazione del protocollo
- 22.** monitoraggio e valutazione.

**Target.**

attività **19**: servizi e uu.oo. coinvolti

attività **20**: medici di medicina generale, medici ginecologi, ostetriche

attività **21**: soggetti a rischio eredo-familiare

attività **22**: sull'attività di servizi e uu.oo. coinvolti e ricadute sulla popolazione target.

**Setting.** Comunità e servizi sanitari (servizio di senologia clinica e di screening e servizio genetica).

**Intersettorialità.** Provincia, azienda sanitaria.

**INDICATORE SENTINELLA COMPOSITO PER L'ANNO 2015: RAGGIUNGIMENTO DI ALMENO 8 SU 11 INDICATORI DI PROCESSO.**

<b>Attività</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Atteso 2015</b>
<b>2. riduzione delle disuguaglianze</b>	<b>2a</b> costituzione gruppo interscreening	entro il 2° semestre 2015
<b>3. informazione</b>	<b>3</b> newsletter	disponibilità documento al 1° trimestre dell'anno successivo (2015-2018)
<b>4. comunicazione</b>	<b>4a</b> pagina web	presente nel sito aziendale entro secondo semestre 2015
<b>5. non responder</b>	<b>5a</b> invio della informativa ai medici	al termine di ciascun round (nel 2015 per screening CCR e Mx)
<b>8. monitoraggio counseling per colonscopia</b>	<b>8a</b> numero totale dei colloqui /distretto/anno	disponibilità del dato (2015-2018)
<b>8. counseling per colonscopia</b>	<b>8b</b> numero non aderenti/tot counseling/ distretto/anno	≤10% (2015/2018)
<b>9. follow-up (screening CCR)</b>	<b>9a</b> nuovo protocollo	documento entro il 2° semestre 2015
<b>11. monitoraggio aggiornamento periodico (se effettuato)</b>	<b>11b</b> numero di partecipanti sul totale degli operatori coinvolti/corso	dato disponibile al termine di ciascun corso
<b>12. rilevazione tempi di attesa (tomosintesi)</b>	<b>12</b> relazione trimestrale	invio del dato al DP (2015-2018)
<b>15. mappatura sedi di erogazione (HPV)</b>	<b>15</b> scheda di rilevazione	entro il 2015
<b>16. protocollo del 2° livello (HPV)</b>	<b>16a</b> predisposizione documento	entro il 2015



**INDICATORE SENTINELLA COMPOSITO PER L'ANNO 2016: RAGGIUNGIMENTO DI ALMENO 16 SU 21 INDICATORI DI PROCESSO.**

<b>Attività</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Atteso 2016</b>
<b>1. gestione inviti</b>	<b>1a</b> n. degli inesitati/tot inviti	dato disponibile per i tre programmi entro il 1° semestre 2016
<b>1. gestione inviti</b>	<b>1b</b> numero dati anagrafici corretti/ tot lettere tornate al mittente	dato disponibile per i tre programmi entro il 1° semestre 2016
<b>2. riduzione delle diseguaglianze</b>	<b>2b</b> pianificazione delle attività	disponibilità del documento entro il 1° semestre 2016
<b>3. informazione</b>	<b>3</b> newsletter	disponibilità documento entro il primo trimestre dell'anno successivo (2015-2018)
<b>4. comunicazione</b>	<b>4b</b> aggiornamento sito web	registrazione del dato
<b>5. non responder</b>	<b>5a</b> invio della informativa ai medici	al termine di ciascun round (per PT 2016)
<b>5. non responder</b>	<b>5b</b> analisi presso i mmg dell'utilità dell'informativa	disponibilità del report entro il 2° semestre 2016
<b>6. monitoraggio in itinere</b>	<b>6a</b> definizione di un set di indicatori	elenco disponibile entro 1° semestre 2016
<b>7. miglioramento della qualità</b>	<b>7c</b> studio di fattibilità (Mx)	disponibilità documento entro il 2° semestre 2016
<b>8. monitoraggio counseling per colonscopia</b>	<b>8a</b> numero totale dei colloqui /distretto/anno	disponibilità del dato
<b>8. counseling per colonscopia</b>	<b>8b</b> numero non aderenti/tot counseling/ distretto/anno	≤10% (2015/2018)
<b>9. follow-up (screening CCR)</b>	<b>9b</b> monitoraggio tempi di attesa	disponibilità scheda annuale
<b>10. campagne di sensibilizzazione</b>	<b>10a</b> stesura piano della comunicazione	disponibilità del documento
<b>11. monitoraggio aggiornamento periodico (se effettuato)</b>	<b>11b</b> numero di partecipanti sul totale degli operatori coinvolti/corso	dato disponibile al termine di ciascun corso
<b>12. rilevazione tempi di attesa (omo sintesi)</b>	<b>12</b> relazione trimestrale	invio del dato al DP (2015-2018)
<b>13. project management (HPV)</b>	<b>13</b> disponibilità relazione su stato di avanzamento	entro il 1° trimestre 2016
<b>14. predisposizione software dedicato (HPV)</b>	<b>14a</b> disponibilità dello strumento per gestione del 1° livello	entro 2016
<b>16. protocollo del 2° livello (HPV)</b>	<b>16b</b> atto di recepimento	entro il 2016
<b>16. protocollo del 2° livello (HPV)</b>	<b>16c</b> diffusione	entro il 2016
<b>17. formazione (HPV)</b>	<b>17</b> realizzazione del corso	entro il 1° semestre 2016
<b>18. campagna informativa (HPV)</b>	<b>18a</b> predisposizione del piano della comunicazione	entro il 1° semestre 2016

**INDICATORE SENTINELLA COMPOSITO PER L'ANNO 2017: RAGGIUNGIMENTO DI ALMENO 7 SU 11 INDICATORI DI PROCESSO.**

<b>Attività</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Atteso 2017</b>
<b>2. riduzione delle disuguaglianze</b>	<b>2c</b> implementazione attività	documentazione relativa a per ciascun anno di riferimento (2016-2018)
<b>3. informazione</b>	<b>3</b> newsletter	documento entro il primo trimestre dell'anno successivo (2015-2018)
<b>4. comunicazione</b>	<b>4b</b> aggiornamento sito web	registrazione del dato
<b>5. non responder</b>	<b>5a</b> invio della informativa ai medici	al termine di ciascun round (per il CCR nel 2017)
<b>6. monitoraggio in itinere</b>	<b>6b</b> scheda di monitoraggio	disponibilità scheda ogni 3/6 mesi (2016-2018)
<b>8. monitoraggio counseling colonscopia</b>	<b>8a</b> numero totale dei colloqui /distretto/anno	disponibilità del dato
<b>8. counseling per colonscopia</b>	<b>8b</b> numero non aderenti/tot counseling/ distretto/anno	≤10% (2015/2018)
<b>9. follow-up (screening CCR)</b>	<b>9b</b> monitoraggio tempi di attesa	disponibilità scheda annuale (2016-2018)
<b>10. campagne di sensibilizzazione (se effettuate)</b>	<b>10b</b> aggiornamento materiali di supporto	disponibilità nuovi materiali di supporto
<b>11. monitoraggio aggiornamento periodico (se effettuato)</b>	<b>11b</b> numero di partecipanti sul totale degli operatori coinvolti/corso	dato disponibile al termine di ciascun corso
<b>12. rilevazione tempi di attesa (tomosintesi)</b>	<b>12</b> relazione trimestrale	invio del dato al DP (2015-2018)

**INDICATORE SENTINELLA COMPOSITO PER L'ANNO 2018: RAGGIUNGIMENTO DI ALMENO 12 SU 18 INDICATORI DI PROCESSO.**

<b>Attività</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Atteso 2018</b>
<b>2. riduzione delle disuguaglianze</b>	<b>2c</b> implementazione attività	documentazione relativa a ciascun anno di riferimento
<b>2. riduzione delle disuguaglianze</b>	<b>2</b> valutazione d'impatto	disponibilità del report
<b>3. informazione</b>	<b>3</b> newsletter	documento entro il primo trimestre dell'anno successivo
<b>4. comunicazione</b>	<b>4b</b> aggiornamento sito web	registrazione del dato
<b>6. monitoraggio in itinere</b>	<b>6b</b> scheda di monitoraggio	disponibilità scheda ogni 3/6 mesi (2016-2018)
<b>7. miglioramento della qualità</b>	<b>7a</b> analisi letteratura (CCR)	produzione documento
<b>7. miglioramento della qualità</b>	<b>7b</b> studio di E.B. Mortality basata sull'incidenza (CCR)	produzione documento
<b>8. monitoraggio counseling colonscopia</b>	<b>8a</b> numero totale dei colloqui /distretto/anno	disponibilità del dato (per tutti gli anni)
<b>8. counseling per colonscopia</b>	<b>8b</b> numero non aderenti/tot counselin/ distretto/anno	≤10% (2015/2018)
<b>9. follow-up (screening CCR)</b>	<b>9b</b> monitoraggio tempi di attesa	disponibilità scheda annuale (2016/2018)
<b>10. campagne di sensibilizzazione</b>	<b>10b</b> aggiornamento materiali di supporto	disponibilità nuovi materiali di supporto
<b>10. campagne di sensibilizzazione</b>	<b>10c</b> realizzazione campagne di sensibilizzazione	almeno per 1 su 3 screening entro il 2018
<b>11. aggiornamento periodico</b>	<b>11a</b> numero corsi di aggiornamento	almeno 2 corsi entro il 2018
<b>11. monitoraggio aggiornamento periodico</b>	<b>11b</b> numero di partecipanti sul totale degli operatori coinvolti/corso	dato disponibile al termine di ciascun corso
<b>12. rilevazione tempi di attesa (tomosintesi)</b>	<b>12</b> relazione trimestrale	invio del dato al DP (2015-2018)
<b>14. predisposizione software dedicato (HPV)</b>	<b>14b</b> disponibilità dello strumento per gestione del 2° livello	entro il 2018
<b>16. protocollo del 2° livello (HPV)</b>	<b>16d</b> monitoraggio e valutazione	disponibilità report entro il 2018
<b>18. campagna informativa</b>	<b>18b</b> attuazione del piano	entro il 2018

Gli indicatori di processo relativi all'obiettivo centrale 1.15.2 non sono presi in considerazione nel calcolo dell'indicatore sentinella composito in quanto non è possibile riferirli ad un anno specifico.

<b>Attività</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Atteso</b>
<b>19. protocollo aziendale rischio eredo familiare (Mx)</b>	predisposizione documento	entro tre mesi dalla data degli atti di indirizzo provinciali
<b>20. informazione</b>	disponibilità del piano di comunicazione	avvio delle attività due mesi prima della data di applicazione del protocollo
<b>21. implementazione protocollo</b>	avvio delle attività	entro un mese dal recepimento aziendale del protocollo
<b>22. monitoraggio e valutazione</b>	disponibilità del documento di valutazione	annuale

### Cronoprogramma

<b>OC 1.12: Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei tre tumori oggetto di screening)</b>						
<i>Azione 1: gestione degli inviti (attività continuativa)</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Adeguamento dei software gestionali	Servizio epidemiologia clinica e valutativa; Servizio Sistemi informativi	UU.OO. di 2° livello		x	x	x
b) Correzione dei dati anagrafici	UU.OO. di 2° livello; Coordinamento screening			x	x	x
<b>OC 1.13: Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico</b>						
<i>Azione 2: Riduzione delle disuguaglianze</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Costituzione del gruppo interscreening	Coordinamento screening		x			
b) Pianificazione attività	Gruppo interscreening			x		
c) Implementazione delle attività	Gruppo interscreening e Coordinamento screening	Uu.Oo. CP e SS. I.S.P. dei Distretti		x	x	x
d) Valutazione d'impatto delle singole azioni	Servizio di epidemiologia clinica e valutativa	Coordinamento screening e Gruppo interscreening				x

<i>Azione 3: Informazione</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Predisposizione News aziendali	Servizio di epidemiologia clinica e valutativa Coordinamento screening	Tavoli di coordinamento e Sistemi informativi	x	x	x	x
<i>Azione 4: Comunicazione (attività continuativa)</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Implementazione pagina Web	Servizio comunicazione interna ed esterna Coordinamento screening	Tavoli di coordinamento	x	x	x	x
b) Aggiornamento	Servizio comunicazione interna ed esterna Coordinamento screening	Tavoli di coordinamento	x	x	x	x
<i>Azione 5: Non responder</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Invio delle liste	Coordinamento screening	Sistemi informativi; UU.OO. di 2° livello	x	x	x	x
b) Analisi utilizzo	Coordinamento screening	Servizio di epidemiologia clinica e valutativa		x		
<i>Azione 6: Monitoraggio in itinere</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Individuazione set di indicatori	Coordinamento screening - Servizio di epidemiologia clinica e valutativa	Sistemi informativi; UU.OO. di 2° livello	x	x	x	x
b) Report tri/semestrale	Coordinamento screening - Servizio di epidemiologia clinica e valutativa	Sistemi informativi; UU.OO. di 2° livello	x	x	x	x
<i>Azione 7: Miglioramento della qualità</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Analisi della letteratura	U.O. di gastroenterologia	Servizio di epidemiologia clinica e valutativa			x	x
b) Studio di impatto	Servizio di epidemiologia clinica e valutativa	U.O. di gastroenterologia			x	x

b) Studio di fattibilità	U.O. di senologia clinica	Servizio di epidemiologia clinica e valutativa		x		
<i>Azione 8: Counseling (attività continuativa)</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Registrazione attività	Uu.Oo. C.P. e SS.I.S.P. dei Distretti	Coordinamento screening Uu.Oo. di gastroenterologia Sistemi informativi	x	x	x	x
b) Registrazione non aderenti	Uu.Oo. C.P. e SS.I.S.P. dei Distretti	Coordinamento screening Uu.Oo. di gastroenterologia e Sistemi informativi	x	x	x	x
<i>Azione 9: Follow-up screening CCR</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Nuovo protocollo	U.O. di gastroenterologia di Trento	Sistemi informativi	x	x	x	x
b) Applicazione nuovo protocollo	U.O. di gastroenterologia di Trento	Sistemi informativi	x	x	x	
c) Monitoraggio dei tempi d'attesa	Servizio di epidemiologia clinica e valutativa	Sistemi informativi U.O. gastroenterologia di Trento				
<i>Azione 10: Campagne di sensibilizzazione</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Piano di comunicazione	Servizio comunicazione interna ed esterna	Coordinamento screening		x		
b) Aggiornamento materiali	Servizio comunicazione interna ed esterna	Coordinamento screening			x	
c) Realizzazione campagna	Servizio comunicazione interna ed esterna	Coordinamento screening				x
<i>Azione 11: Aggiornamento</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Attivazione corsi di aggiornamento	Servizio formazione	Coordinamento screening e Uu.Oo. di 2° livello			x	x

<i>Azione 12: Tempi di attesa (introduzione della tomosintesi)</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Invio dei referti negativi e per gli approfondimenti in caso di positività	U.O. di senologia clinica	Servizio di epidemiologia clinica e valutativa	x	x	x	x
<b>OC 1.14: Riorientare /avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test hpv-dna</b>						
<i>Azione</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
<i>Azione 13: Proget management</i>	Area sistemi di gestione	Tavolo di coordinamento	x	x		
<i>Azione 14: Predisposizione software gestionale</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Per gestione del 1° livello	Servizio Sistemi informativi	Coordinamento screening Servizio di epidemiologia clinica e valutativa UU.OO. di 2° livello		x		
b) Per gestione del 2° livello	Servizio Sistemi informativi	Coordinamento screening Servizio di epidemiologia clinica e valutativa UU.OO. di 2° livello			x	x
<i>Azione</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
<i>Azione 15: Mappatura sedi di erogazione</i>	UU.OO. C.P. E UU.OO ginecologia	Coordinamento screening	x			
<i>Azione 16: Percorso diagnostico terapeutico di 2° livello</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Predisposizione	U.O. Ostetricia e ginecologia di Trento		x			
b) Formalizzazione	Coordinamento screening		x			
c) Diffusione	Dipartimento materno infantile			x		
d) Monitoraggio adesione al protocollo	Servizio di epidemiologia clinica e valutativa; UU.OO.				x	x

	di ginecologia					
<i>Azione 17: Formazione HPV</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Realizzazione corso	Servizio formazione	Tavolo di coordinamento		x		
<i>Azione 18: Comunicazione</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
a) Predisposizione piano di comunicazione	Servizio comunicazione interna ed esterna	Tavolo di coordinamento		x		
b) Attuazione piano di comunicazione	Servizio comunicazione interna ed esterna	Tavolo di coordinamento				x
<b>OC 1.15: Identificazione precoce dei soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella</b>						
<i>Azione</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
<i>Azione 19: predisposizione del protocollo aziendale</i>	Servizio genetica Servizio senologia clinica	Tavolo di coordinamento	In analogia a quanto specificato relativamente al calcolo dell'indicatore sentinella composito, non è possibile riferire le azioni previste per il raggiungimento dell'OC 1.15.1 a un determinato periodo di tempo			
<i>Azione 20: Informazione</i>	Servizio formazione	Tavolo di coordinamento				
<i>Azione 21: Implementazione del protocollo</i>	Servizio senologia clinica - Servizio genetica					
<i>Azione 22: Monitoraggio e valutazione</i>	Servizio di comunicazione interna ed esterna	Tavolo di coordinamento				



## 10 Gestione delle emergenze

Questo programma si articola in due linee di intervento:

- Linea di intervento 1: Gestione delle emergenze in ambito veterinario (malattie animali e sicurezza alimentare)
- Linea di intervento 2: Emergenze infettive.

### **Linea di intervento 1: Gestione delle emergenze in ambito veterinario (malattie animali e sicurezza alimentare)**

**Contesto, razionale.** Gli eventi straordinari sono spesso caratterizzati da imprevedibilità e questo rende difficile una risposta rapida ed efficace da parte del sistema. Se l'ambito è quello sanitario, un apparato che si fa cogliere impreparato rischia di dover fronteggiare perdite molto superiori ai costi necessari alla strutturazione di un piano di prevenzione delle emergenze.

Si tratta di evitare quella che per l'OMS è la definizione di emergenza: "situazione in cui il personale e i mezzi disponibili in un determinato territorio risultano insufficienti all'attuazione di un efficace intervento sanitario".

**Malattie animali.** Lo scoppio di un'epidemia sostenuta da un agente infettivo esotico o l'insorgenza di un focolaio di una grave malattia emergente o endemica può portare a notevoli perdite produttive e ripercuotersi sulle esportazioni di animali e loro prodotti. Un piano di emergenza per scongiurare queste eventualità deve prevedere la disponibilità di personale appositamente preparato, di un sistema di protezione idoneo ad arrestare la diffusione del patogeno, di un complesso di mezzi e strutture che consentano la distruzione in sicurezza del materiale infettivo.

**Sicurezza alimentare.** L'art. 13 del Reg. CE 882/2004 prevede l'obbligo per gli Stati Membri di elaborare piani operativi di emergenza in cui si stabiliscano le misure da attuarsi senza indugio quando risulti che mangimi o alimenti presentino un serio rischio per gli esseri umani o gli animali direttamente o tramite l'ambiente.

La definizione di «emergenza in sicurezza alimentare», data dal Codex Alimentarius, è "una situazione, accidentale o intenzionale, che viene identificata da una Autorità competente come un evento che costituisce un rischio di origine alimentare grave e non controllato per la salute pubblica che richiede un intervento urgente".

Alla gestione delle situazioni di emergenza è dedicato il capo IV, sezione 3, del Reg. CE 178/2002. Questo articolato parla di un piano generale per la gestione delle crisi che indichi i tipi di situazione che comportano per la salute umana rischi diretti o indiretti derivanti da alimenti e mangimi, che verosimilmente le disposizioni in vigore non sono in grado di prevenire, eliminare o ridurre a un livello accettabile. Parliamo pertanto di prevedere e ipotizzare scenari rispetto ai quali le Autorità Competenti debbano ricorrere a misure straordinarie rispetto quelle normalmente attuate con il sistema dei controlli ufficiali.

Devono essere considerati sia gli eventi che originano direttamente dai processi produttivi degli alimenti o dei mangimi, sia le situazioni conseguenti a fenomeni straordinari quali disastri naturali e/o ambientali che, sovvertendo le strutture e le condizioni entro le quali il normale sistema opera, possano compromettere direttamente o indirettamente le garanzie sulla salubrità dei prodotti alimentari.

La costruzione di un sistema di prevenzione/gestione delle emergenze deve necessariamente partire dalla preventiva valutazione del rischio esistente, dalla emanazione di norme atte a gestirlo e dalla definizione di obiettivi strategici, che siano effettivamente e ragionevolmente perseguibili, in relazione a determinati periodi di tempo (Accordo S/R 24/01/2008).

La cronaca di tutti i giorni è infarcita di racconti su quanto si sarebbe potuto fare per evitare che succedesse. All'Operatore del Settore Alimentare (OSA) viene imposto di predisporre procedure che descrivano le azioni in caso di perdita di controllo di un alimento a rischio. Analogamente, in tema di prevenzione delle emergenze, il principale compito delle Autorità sanitarie è quello di porre in essere ogni utile strumento prontamente attivabile per scongiurare l'evento e/o contenerne gli effetti dannosi.

**Obiettivo.** Mettere a punto, adottare e testare un protocollo idoneo a prevenire e/o affrontare le emergenze derivanti da alimenti pericolosi ed epidemie veterinarie.

**Codice dell'obiettivo centrale di riferimento.** 10.5.

**Beneficiari.** I consumatori in via diretta, in via indiretta gli OSA che esportano il patrimonio zootecnico.

**Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.** Poiché gli obiettivi specifici dell'obiettivo centrale 5 comprendono l'organizzazione di simulazioni, è possibile identificare l'operazione con un processo completo del tipo "plan-do-check-act": la simulazione consentirà di valutare l'efficacia dell'organizzazione e di portare alla luce le correzioni da apportare.

**Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici**

<b>Codice IC</b>	<b>Indicatore di esito</b>	<b>Fonte</b>	<b>Baseline PAT</b>	<b>Atteso PAT</b>
10.5.1	Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari	protocollo	Non è ancora disponibile un sistema di prevenzione / gestione delle emergenze	Piano operativo completo
10.5.2	Svolgimento di almeno 1 evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare	resoconti	Non sono ancora state programmate delle simulazioni	Risultanze della simulazione
10.5.3	Svolgimento di almeno 1 evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante una malattia animale	protocollo	Non sono ancora state programmate delle simulazioni	Risultanze della simulazione

**Attività principali.**

- individuare i soggetti da coinvolgere, cercare le relative collaborazioni, concordare ruoli e responsabilità, predisporre il documento con la sequenza delle azioni in caso di emergenza
- selezionare dalla casistica mondiale un evento con potenziale grave effetto sulla popolazione umana e animale e inscenarne lo scatenamento registrando tempi ed efficacia di attivazione. Analisi dei risultati, valutazione degli effetti e proposta di correttivi

- selezionare dalla casistica mondiale un evento con potenziale grave effetto sul patrimonio zootecnico e inscenarne lo scatenamento registrando tempi ed efficacia di attivazione. Analisi dei risultati, valutazione degli effetti e proposta di correttivi
- approvare un protocollo redatto sulla base dei risultati delle simulazioni.

**Target.** Le strutture pubbliche coinvolte e i cittadini.

**Intersettorialità.** Oltre all'APSS e ai laboratori, è necessario coinvolgere le strutture provinciali deputate alla gestione degli eventi straordinari che mettono in pericolo la popolazione (Protezione civile) e delle forze dell'ordine.

<b>Indicatori sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Presenza protocollo da testare con gli eventi simulati	Servizi Veterinari		1		
Evento esercitativo su scala provinciale	Dip.Prev			1	
Predisposizione del protocollo definitivo (in base ai risultati della simulazione)	Dip.Prev				1

### **Cronoprogramma**

<b>Gestione delle emergenze in ambito veterinario</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Individuare i soggetti da coinvolgere, cercare le relative collaborazioni, concordare ruoli e responsabilità, approvare il protocollo da testare con gli eventi simulati	Dip. Prevenzione	Protezione civile, forze dell'ordine, APPA		x		
Simulare un evento legato ad alimenti pericolosi registrando tempi ed efficacia di attivazione. Analisi dei risultati, valutazione degli effetti e proposta di correttivi	Dip. Prevenzione	Protezione civile, forze dell'ordine, APPA			x	
Simulare un evento epidemico veterinario registrando tempi ed efficacia di attivazione. Analisi dei risultati, valutazione degli effetti e proposta di correttivi	Dip. Prevenzione	Protezione civile, forze dell'ordine, APPA			x	
Chiusura e approvazione del documento finale completo delle revisioni indotte dalle risultanze delle simulazioni	Dip. Prevenzione	Protezione civile, forze dell'ordine, APPA				x

## **Linea di intervento 2: Emergenze infettive**

**Contesto, razionale e obiettivi.** Le macroemergenze infettive che sono state registrate nell'ultimo decennio (Chikungunia in Emilia 2007, pandemia influenzale 2009, morbillo 2010-2011, influenza aviaria 2013, epatite A 2013, Polio 2014) hanno mostrato come sia necessario dotarsi di strumenti di monitoraggio e controllo a molti livelli, da quello internazionale a quello interregionale e regionale. Non meno importanti sono state nel corso degli ultimi anni le microemergenze come l'epidemia di morbillo del 2010/2011 che ha interessato la provincia di Trento.

Le macro e microemergenze hanno dimostrato come sia cruciale una definizione di rete delle strutture che possono essere coinvolte e come sia fondamentale per un controllo efficace delle emergenze infettive un modello di comunicazione/informazione rapida di tutte le parti interessate.

Obiettivo generale è quello di assicurare una risposta appropriata e tempestiva in caso di minacce di sanità pubblica di dimensione regionale e/o interregionale (interfaccia con le regioni confinanti), con particolare riferimento alle malattie infettive diffuse

### **Evidenze di efficacia degli interventi previsti.**

- Ecdc Technical document: Operational guidance on rapid risk assessment methodology;
- European Commission. Health and consumers directorate-general. "Strategy for generic Preparedness Planning. Technical guidance on generic preparedness planning for public health emergencies. 01/12/2009.
- W van der Weerd, D RM Timmermans, D JMA Beaujean, J Oudhoff, J E van Steenberg. Monitoring the level of government trust, risk perception and intention of the general public to adopt protective measures during the influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands. BMC Public Health 2011 Jul 19; 11:575
- WHO event management for international public health security Operational Procedures Working document, June 2008. [http://www.who.int/csr/resources/publications / WHO\\_HSE\\_EPR\\_ARO\\_2008\\_1/en / index.html](http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_HSE_EPR_ARO_2008_1/en/index.html)
- Commissione delle Comunità Europee. Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni sul potenziamento del coordinamento relativo alla pianificazione generale della capacità di intervento a livello europeo in materia di emergenze sanitarie. Bruxelles, 28/11/2005. <http://eur-lex.europa.eu>

**Beneficiari.** Dipartimento di Prevenzione, Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Distretti.

### **Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.**

Premal , Annual Epidemiological report ECDC.

### **Obiettivi specifici del programma.**

- Predisporre linee guida sul controllo delle malattie infettive che prevedano sistemi di allerta regionale e interregionale
- Predisporre linee guida e procedure operative su singoli eventi che si configurano come emergenze
- Formazione del personale dei servizi di Igiene e Sanità Pubblica sulle procedure di controllo e di allerta
- Condivisione delle procedure di controllo delle malattie infettive con le Direzioni mediche ospedaliere
- Condivisione delle procedure con le Regioni limitrofe.

### **Attività principali.**

- Istituzione di un gruppo di lavoro dipartimentale sulle malattie infettive con il compito di rivedere le linee guida sul controllo delle malattie infettive
- Istituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare sull'emergenza Ebola e sull'emergenza migranti con il compito di predisporre una procedura operativa

- Seminario rivolto agli operatori dei servizi di Igiene Pubblica per la presentazione delle linee guida sul controllo delle malattie infettive con presentazione di casi clinici
- Condivisione delle modalità operative sulla segnalazione rapida e sulle misure di profilassi con le Direzioni mediche ospedaliere
- Partecipazione al progetto CCMR Veneto sulle emergenze infettive
- Corsi di formazione sul campo con i PLS e i MMG.

**Target.** Operatori dei servizi di igiene Pubblica del Dipartimento di prevenzione, PLS / MMG, Direzioni mediche ospedaliere, MMG, PLS, Servizi di continuità assistenziale, centrale 118.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>Fonte</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Report annuale attività del gruppo di lavoro sulle emergenze infettive	Direzione Dip. Prevenzione	-	Report	Report	Report

### **Cronoprogramma**

<b>Gestione delle emergenze infettive</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Istituzione di un gruppo di lavoro dipartimentale sulle emergenze infettive	Direzione Dipartimento Prevenzione		x			
Partecipazione al progetto CCMR Veneto sulle emergenze infettive	Direzione Dipartimento Prevenzione		x			
Condivisione delle modalità operative sulla segnalazione rapida e sulle misure di profilassi con le Direzioni mediche ospedaliere	Direzione Dipartimento Prevenzione			x		
Predisposizione linee guida	Direzione Dipartimento Prevenzione			x		
Seminario rivolto agli operatori dei servizi di Igiene Pubblica per la presentazione delle linee guida sul controllo delle malattie infettive con presentazione di casi clinici	Direzione Dipartimento Prevenzione				x	
Corsi di formazione sul campo con i PLS e i MMG	Direzione Dipartimento Prevenzione					x

## 11. Ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie

Il Trentino pianifica e realizza da anni azioni finalizzate alla prevenzione delle malattie infettive, sia nella comunità che nelle strutture sanitarie. Nonostante i risultati positivi conseguiti è ancora necessario dotarsi uno specifico programma che indichi in modo puntuale le azioni necessarie per mantenere e consolidare queste attività di prevenzione. Le difficoltà organizzative conseguenti alle ristrettezze economiche e l'emergere di nuovi problemi richiede di riconsiderare le priorità di intervento e di adattare le organizzazioni al mutato contesto.

### Obiettivi del programma.

- mettere a punto e rafforzare i sistemi di sorveglianza delle Malattie Infettive prioritarie
- promuovere l'immunizzazione attiva tramite la corretta informazione
- mettere a punto ed rafforzare il monitoraggio del consumo di antibiotici
- migliorare la qualità della pratica assistenziale e della sicurezza di pazienti e operatori, da conseguire attraverso la produzione, l'implementazione e la verifica di impatto di protocolli e linee guida condivisi,
- promuovere l'uso responsabile degli antibiotici nella popolazione generale
- mettere a punto ed rafforzare i sistemi di monitoraggio delle Infezioni correlate all'assistenza.

**Codice dell'obiettivo centrale di riferimento.** OC 9.1; 9.2; 9.3; 9.4; 9.5; 9.6; 9.7; 9.8; 9.10; 9.11; 9.12; 9.13.

**Target.** Popolazione generale, popolazione infantile, i soggetti a rischio (per patologie croniche, per età o per stati di riduzione delle difese immunitarie), persone ricoverate in strutture di diagnosi e cura.

**Setting.** Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

**Disuguaglianze.** Da considerare soprattutto nel caso di malattie socialmente rilevanti come tubercolosi e infezione da Hiv. La tubercolosi colpisce, negli ultimi anni, soprattutto la popolazione immigrata di età 25-44 anni: è necessario riservare particolare attenzione agli stranieri e alle fasce di popolazione più vulnerabili per condizioni socioeconomiche e culturali per garantirne l'accesso ai servizi sanitari. La modalità di trasmissione del virus Hiv ha subito nel corso degli anni un'inversione di tendenza e il maggior numero di infezioni non avviene più come all'inizio dell'epidemia per la tossicodipendenza ma è attribuita a trasmissione sessuale soprattutto eterosessuale: una comunicazione efficace anche attraverso la predisposizione di materiale informativo accessibile a tutti i cittadini assicura equità. I sistemi di sorveglianza delle malattie infettive e l'attività vaccinale (che prevede l'invito attivo alle vaccinazioni contenute nel calendario vaccinale) costituisce un approccio di sanità pubblica e come tale garantisce equità.

**Sistemi di sorveglianza.** I dati sull'andamento epidemiologico delle malattie infettive sono raccolti e inseriti, dal 1993 al 2012, nel sistema informativo SIMI messo a disposizione dall'Istituto Superiore di Sanità e dal 2013 nell'applicativo PREMAL contenuto nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute.

Sono alimentati, inoltre, i sistemi di sorveglianza speciale del morbillo e rosolia congenita, delle epatiti virali acute (SEIEVA), delle malattie batteriche invasive.

Le coperture vaccinali sono monitorate attraverso l'anagrafe vaccinale provinciale.

Il consumo di farmaci è monitorato attraverso il data-base dell'Assistenza Farmaceutica Convenzionata, integrata con l'anagrafe sanitaria.

### Evidenze di efficacia degli interventi previsti.

ECDC: eccellenza nella prevenzione e controllo delle malattie infettive-2011.

Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e delle rosolia congenita 2011-2015 (Intesa

Stato Regioni 23 marzo 2011).

Linee guida italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico clinica delle persone con infezione da HIV-1; Ministero della salute, 18 dicembre 2014.

Controllo della tubercolosi: obiettivi di salute, standard e indicatori 2013-2016.

Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014 (Intesa Stato Regioni 22 febbraio 2012).

Sono individuati in questo programma **quattro linee operative** in cui si articoleranno le azioni finalizzate al conseguimento del macroobiettivo:

- A. Sorveglianza delle Malattie Infettive prioritarie
- B. Promozione dell'immunizzazione attiva
- C. Promozione dell'uso consapevole degli Antibiotici
- D. Prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

#### **A. SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE PRIORITARIE**

La conoscenza del numero dei casi di malattia infettiva che insorgono nel territorio di competenza è fondamentale per poterne seguire l'andamento nel tempo e nello spazio e per guidare la programmazione delle azioni di controllo e di prevenzione.

Alcune malattie infettive meritano particolare attenzione: le malattie prevenibili con la vaccinazione e in particolare Morbillo, Rosolia e Rosolia congenita, le Malattie Batteriche Invasive, l'infezione da HIV/AIDS e la Tubercolosi.

#### **Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici**

<b>Codice IC</b>	<b>Indicatore di esito</b>	<b>Fonte</b>	<b>Baseline PAT</b>	<b>Atteso PAT</b>
9.1.1 9.2.1	Proporzione di casi di morbillo di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	Sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia	83% per morbillo non disponibile per rosolia	90% per morbillo 70% per rosolia
9.3.1	Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	PREMAL	100%	100%
9.4.1	Proporzione di casi di malattia invasiva notificati (meningococco e pneumococco) per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	Sistema di sorveglianza speciale e SDO	MIB da pneumococco: 80% MIB da meningococco: 100%	85% per pneumococco 100% per meningococco
9.5.1	Proporzione di casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow up tubercolosi	Sistema di sorveglianza TB	non rilevato	15%
9.5.2	Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter	Sistema di sorveglianza HIV	non rilevato	90% per morbillo 70% per rosolia

## **Azioni.**

- Azione 1: Implementazione di un Sistema di sorveglianza delle M.I. prioritarie tramite i Laboratori
- Azione 2: Monitoraggio dell'esito del trattamento dei casi di tubercolosi polmonare
- Azione 3: Migliorare l'offerta del test HIV e la diagnosi precoce di infezione
- Azione 4: Alimentare i sistemi informativi per la sorveglianza delle malattie infettive e aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi).

### **Azione 1: Implementazione di un Sistema di sorveglianza delle M.I. prioritarie tramite i Laboratori.**

Per orientare i programmi di controllo è essenziale che la Provincia Autonoma di Trento si doti di fonti informative aggiuntive dei casi necessarie ad assicurare esaustività e disponibilità di dati sulle performance dei programmi di controllo.

In questo contesto risulta essenziale l'integrazione della sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive tramite il sistema di notifica da parte dei medici curanti con le diagnosi di laboratorio e l'identificazione dei patogeni, almeno per le malattie prioritarie (Morbillo, Rosolia, Malattie Batteriche Invasive, TB, HIV, malattie virali neuro invasive: Encefalite da zecche).

L'implementazione del Sistema di sorveglianza tramite i laboratori consente di migliorare i dati sulla prevalenza della malattia, valutare il fenomeno della sottotifica delle segnalazioni e svolgere tempestivamente le azioni di controllo e prevenzione.

**Morbillo e rosolia** colpiscono le stesse fasce di età e hanno una sintomatologia simile. È dunque clinicamente ed epidemiologicamente corretto, oltre che costo-efficace, effettuare una sorveglianza integrata delle due malattie, come raccomandato anche dall'Oms. Il sistema nazionale di sorveglianza integrata morbillo-rosolia è stato istituito con la lettera circolare del ministero della Salute del 20 aprile 2007 per rafforzare la sorveglianza del morbillo e della rosolia postnatale, malattie per cui esistono obiettivi di eliminazione, fissati dal Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015 (PneMoRc) approvato dalla conferenza Stato Regioni il 23 marzo 2011.

I casi di morbillo continuano ad essere presenti in piccoli in forma sporadica o di piccoli cluster: nel biennio 2013-2014 sono stati segnalati 12 casi (6 casi per anno) di cui 10 confermati in laboratorio (83%); di essi 7 sono stati registrati in soggetti di età compresa tra 25 e 64 anni; i casi potrebbero aumentare nei prossimi anni a causa di una flessione delle coperture vaccinali (84,2% a 24 mesi per la coorte 2012) che comportano un aumento di suscettibili.

Nel biennio 2013-2014, in provincia di Trento sono stati segnalati 4 casi di rosolia, tutti in bambini di 1 anno di età. Non sono stati segnalati casi di rosolia in gravidanza né di rosolia congenita a conferma dell'obiettivo raggiunto nell'ultimo biennio in Trentino di contenere la proporzione di donne in età fertile non immuni alla rosolia a valori intorno al 5%.

Il Laboratorio degli ospedali di Trento e di Rovereto sono i laboratori di riferimento per la diagnosi sierologica di morbillo e di rosolia, mentre per l'isolamento e la tipizzazione del virus i campioni di urine e saliva sono prelevati dagli operatori sanitari dei servizi vaccinali entro 7 giorni dall'inizio dell'esantema e inviati all'ISS.

Gli obiettivi sono di:

- migliorare la qualità della diagnosi dei casi di morbillo, individuando anche i casi sporadici, e la sorveglianza avviando l'indagine epidemiologica e la conferma sierologica per ogni caso
- migliorare la qualità della diagnosi dei casi di rosolia, individuando anche i casi sporadici, e la sorveglianza avviando l'indagine epidemiologica e la conferma sierologica per ogni caso
- migliorare l'offerta attiva della vaccinazione antirosolia alle donne in età fertile che per qualunque motivo abbiano effettuato il rubeo test con risultato negativo.



Il Laboratorio degli ospedali di Trento e di Rovereto comunica al Dipartimento di Prevenzione con cadenza quadrimestrale:

- tutti i casi con Ig M positive per Morbillo
- tutti i casi con Ig M positive per Rosolia
- tutti i casi con Ig G negative in donne in età fertile (18-44 anni).

**Le malattie batteriche invasive** rappresentano un'importante causa di malattia: dal punto di vista clinico presentano una sintomatologia scarsamente specifica per singolo agente eziologico e sono caratterizzate da un'elevata frequenza di gravi complicanze. Nel 2007 la sorveglianza delle malattie batteriche invasive da meningococco, pneumococco ed emofilo è stata estesa dal monitoraggio delle meningiti a tutte le patologie invasive. Il sistema prevede la raccolta dei dati relativi ai casi di malattia e la conferma di caso, così come definito dalla Comunità europea, con la tipizzazione dei ceppi isolati da parte dei laboratori ospedalieri e il loro invio al laboratorio di riferimento nazionale dell'ISS per una completa caratterizzazione microbiologica e/o diagnostica. L'accertamento etiologico è fondamentale non solo ai fini terapeutici e per la profilassi dei contatti, ma anche per descrivere la distribuzione dei sierogruppi circolanti, per stimare la quota di casi prevenibili con la vaccinazione e per valutare i casi di fallimento vaccinale.

Il Laboratorio di Sanità Pubblica (LSP) del Dipartimento di Prevenzione è stato identificato nel 2011 come laboratorio di riferimento per la sierotipizzazione dei ceppi di pneumococco isolati in caso di malattie invasive identificati nei Laboratori Clinici Provinciali.

Il Laboratorio microbiologico degli ospedali di Trento e di Rovereto sono i laboratori di riferimento per la sierotipizzazione dei ceppi di meningococco, mentre per le MIB da emofilo gli stessi laboratori inviano i ceppi per la sierotipizzazione all'ISS.

Nel 2014 sono stati segnalati 39 casi di malattia invasiva da pneumococco, 4 da meningococco e 5 da emofilo. Relativamente al quadro clinico sono state registrate 2 meningiti e 37 sepsi da pneumococco, 3 meningiti e una sepsi da meningococco e 5 sepsi da emofilo.

È stata interrogata la banca dati provinciale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) selezionando i codici di diagnosi principale di dimissione ICD9-cm 038.2 e 32.01 rispettivamente per sepsi e meningite pneumococcica e 036 per malattia meningococcica. Le informazioni fornite dalle SDO, in provincia di Trento, presentano qualche criticità in quanto sottostimano il numero di diagnosi di MIB registrate dal sistema di sorveglianza speciale. Dall'esame delle SDO riferite all'anno 2014 risultano ricoverati 3 casi con diagnosi di meningite pneumococcica, 23 casi con diagnosi di sepsi pneumococcica, 1 caso con diagnosi di meningite meningococcica.

L'analisi dei dati inseriti nel sistema di sorveglianza speciale delle MIB mette in evidenza che il numero di infezioni da pneumococco per cui non è disponibile l'informazione del sierogruppo corrisponde a 8 (20%); per tutte le 4 infezioni da meningococco è disponibile la sierotipizzazione, mentre la stessa è disponibile solo per 2 sole forme invasive da emofilo.

L'obiettivo è quello di migliorare ulteriormente la completezza e la qualità della diagnosi con il fine di ridurre le MIB con agente etiologico non identificato e di assicurare la tipizzazione di meningococco, pneumococco ed emofilo per stimare i casi prevenibili con la vaccinazione.

I Laboratori clinici Provinciali provvedono:

- al regolare invio al LSP dei ceppi di pneumococco isolati per la tipizzazione.

Il LSP comunica al Dipartimento di Prevenzione:

- risultati di laboratorio per tutti i casi di MBI da pneumococco

Il Laboratorio microbiologico degli ospedali di Trento e di Rovereto comunicano al Dipartimento di Prevenzione:

- i risultati di laboratorio per tutti i casi di MBI da meningococco
- i risultati di laboratorio per tutti i casi di MBI da emofilo trasmessi all'ISS per la tipizzazione.

L'incidenza della **Tubercolosi** in provincia di Trento è paragonabile a quella delle Regioni del Nord Italia e nel 2014 è pari a 6,34 casi su 100.000 abitanti, al di sotto della soglia fissata dall'ECDC per la definizione di bassa endemia tubercolare (20 casi per 100.000 abitanti). E' comunque fondamentale, in linea con le raccomandazioni dell'OMS ("The Global Plan to stop TB 2006-2015) e nazionali ("Stop alla tubercolosi in Italia" approvato dall'Intesa Stato Regioni nel 2013), ridefinire il sistema di sorveglianza della tubercolosi con l'obiettivo di facilitare la raccolta delle informazioni relative alla malattia tubercolare, dell'esito del trattamento nonché della prevalenza di forme sostenute da microrganismi farmaco resistenti.

Nel biennio 2013-2014 sono stati segnalati 28 casi di tubercolosi polmonare. Per ogni scheda di notifica inserita nel sistema informativo di sorveglianza delle malattie infettive "Premal", il Dipartimento di Prevenzione ha confermato la diagnosi di tubercolosi polmonare in quanto la definizione di caso corrispondeva ai criteri diagnostici contenuti nella Decisione della Commissione Europea del 2008 che contemplano, per la conferma di caso, la presenza di almeno uno dei seguenti criteri di laboratorio: isolamento colturale di *M. tuberculosis complex* da un campione di espettorato o di aspirato gastrico o di bronco aspirato o esame microscopico diretto con evidenza di BAAR e positività dei test molecolari di amplificazione degli acidi nucleici da un campione di espettorato o di aspirato gastrico o di bronco aspirato.

La proporzione di casi confermata all'esame colturale, nel biennio considerato, è stata pari al 75%, non lontana dallo standard previsto per il 2016 (85%) dal documento Stop alla tubercolosi in Italia approvato dall'Intesa Stato Regioni nel 2013.

Il Laboratorio di microbiologia e virologia dell'ospedale di Trento è il centro di riferimento provinciale per la ricerca microscopica e colturale dei micobatteri, per l'identificazione con metodi di biologia molecolare e per il saggio di sensibilità ai farmaci antitubercolari.

Il flusso di Laboratorio prevede la trasmissione annuale al Dipartimento di Prevenzione del report degli esami colturali positivi per *M. tuberculosis complex* da campioni di espettorato o di aspirato gastrico o di bronco aspirato e dell'esito del saggio di sensibilità ai farmaci antitubercolari di prima linea (Isoniazide, Rifampicina, Pirazinamide, Etambutolo e Streptomina).

Il riepilogo dei referti trasmessi dal laboratorio, per il biennio 2013-2014, contiene 22 esami colturali positivi per tubercolosi polmonare e per 5 di essi non è disponibile la scheda di notifica.

Su tutti 22 gli esami colturali positivi per tubercolosi polmonare è stato eseguito il saggio di sensibilità ai farmaci antitubercolari di prima linea: in due casi è stata rilevata resistenza all'isoniazide, in altri due casi alla pirazinamide. È stato identificato un solo caso, nel 2014, di tubercolosi polmonare sostenuto da un ceppo multi resistente (MDR).

L'obiettivo è quello di migliorare il sistema di sorveglianza provinciale della tubercolosi polmonare superando la quota di sottonotifica da parte dei clinici (pari al 22% nel biennio considerato) tramite l'integrazione dei dati provenienti dalle segnalazioni dei casi con quelli delle notifiche di laboratorio, il monitoraggio dell'esito del trattamento per tutti i casi polmonari e la rilevazione dei dati sulla farmaco resistenza.

Un'azione di miglioramento per superare la quota di sottonotifica sarà quella di promuovere un flusso di segnalazione delle positività da parte del laboratorio più tempestivo con trasmissione quadrimestrale anziché annuale al Dipartimento di Prevenzione, responsabile della validazione per la provincia di Trento dei casi inseriti nel sistema informativo Premal. Per ogni caso indicato il Dipartimento di Prevenzione avvierà la ricerca di una segnalazione di malattia.

Il Laboratorio di microbiologia e virologia dell'ospedale di Trento trasmette al Dipartimento di Prevenzione:

- notifica quadrimestrale dei casi con esame colturale positivo per tubercolosi su campioni respiratori
- notifica degli esiti del saggio di sensibilità ai farmaci antitubercolari di prima linea.

**L'infezione da HIV** costituisce un problema di rilievo in Italia: al 31.12.2013 sono state segnalate 3.608 nuove diagnosi di HIV pari a un'incidenza di 6,0 nuovi casi di HIV positivi per 100.000 residenti, incidenza che è rimasta stabile negli ultimi 5 anni.

La proporzione di nuove diagnosi in soggetti di sesso femminile è aumentata all'inizio degli anni 2000, ma sta diminuendo negli ultimi anni: il rapporto M/F è passato da 3,5 nel 1985 a 2 nel 2001 per ritornare a 3,5 nel 2013 (2.814 maschi e 794 femmine). In Italia, nel 2013, le persone che hanno scoperto di essere positive HIV sono nel 72,2% dei casi uomini con età mediana di 39 anni.

I soggetti che si sottopongono a screening per HIV, spontaneamente o su consiglio del curante, sono numerosi, prevalentemente di genere femminile.

La distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV ha subito negli anni notevoli cambiamenti per la modalità di trasmissione (attribuita secondo un ordine gerarchico che risponde a criteri definiti a livello internazionale) tanto che i casi attribuibili a trasmissione eterosessuale sono aumentati dall'1,7% nel 1985 al 44,5% nel 2013. Anche la proporzione di soggetti nati all'estero con nuove diagnosi di infezione è aumentata dall'11% nel 1992 al 24% del 2013.

Il sistema di sorveglianza HIV è basato sulla notifica delle nuove diagnosi e non sulle infezioni recenti, la cui individuazione permetterebbe l'accesso precoce alle terapie antiretrovirali e la riduzione del rischio di progressione verso la malattia conclamata.

La quantificazione della conta linfocitaria CD4+ è un marcatore prognostico essenziale in quanto consente di determinare l'indicazione all'inizio della terapia antiretrovirale: si definiscono late presenter le persone che al momento della prima diagnosi di sieropositività si presentano con un quadro immunologico già compromesso con un numero di CD4 <350 cell/µl o con una patologia indicativa di AIDS.

La provincia di Trento promuove l'esecuzione del test HIV, come una misura di prevenzione, in forma gratuita e nel rispetto dell'anonimato.

Il Laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'ospedale di Trento è il centro di riferimento provinciale per il test di conferma della diagnosi di infezione (Western Blot).

Nel biennio 2013-2014 sono state segnalate 49 nuove infezioni da HIV, di cui 16 in femmine (33%). La modalità di trasmissione più frequente è quella eterosessuale (45%).

Nel 2013 lo stesso Laboratorio ha iniziato ad effettuare, alle persone con nuova diagnosi di infezione da HIV, il test di avidità anticorpale che permette di identificare, attraverso l'indice di avidità, le infezioni recenti cioè quelle acquisite nell'ultimo semestre prima della diagnosi.

Il test, poco costoso e semplice da eseguire permette di stimare l'incidenza delle infezioni recenti e di individuare i sottogruppi a maggior rischio di infezione su cui focalizzare interventi di informazione.

Un'azione di miglioramento per monitorare le diagnosi di infezione recente da HIV sarà quella di promuovere un flusso di segnalazione delle positività da parte del laboratorio più tempestivo con trasmissione semestrale anziché annuale dei risultati dei test di conferma di infezione, di conta dei CD4 e positività del test di avidità anticorpale.

Il Laboratorio di microbiologia e virologia dell'ospedale di Trento trasmette al Dipartimento di Prevenzione:

- notifica semestrale dei casi di nuova infezione da HIV
- notifica semestrale della conta dei linfociti CD4 nei casi di nuova infezione da HIV
- notifica semestrale dei casi di infezione recente (test di avidità anticorpale).

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Proporzione di casi di morbillo di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	83% per morbillo non disponibile per rosolia	85% per morbillo* 50% per rosolia*	85% per morbillo* 60% per rosolia*	90% per morbillo* 70% per rosolia*
Proporzione di casi di malattia invasiva notificati (meningococco e pneumococco) per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	MIB da pneumococco: 80% MIB da meningococco: 100%	MIB da pneumococco: 80%* MIB da meningococco: 100%*	MIB da pneumococco: 80%* MIB da meningococco: 100%*	MIB da pneumococco: 85%* MIB da meningococco: 100%*
Proporzione di casi di nuova infezione da HIV con conta dei linfociti CD4	non disponibile	70%*	85%*	100%*

\*considerato il numero esiguo di casi le percentuali possono subire grandi oscillazioni

**Target.** Popolazione infantile, popolazione generale, i soggetti a rischio (per patologie croniche, per età, per paese di nascita, per stati di riduzione delle difese immunitarie).

**Setting.** APSS (Laboratori e Dipartimento di Prevenzione).

**Intersettorialità.** Servizi di Igiene Pubblica territoriali, Laboratorio di microbiologia e virologia dell'ospedale di Trento e di Rovereto, U.O. malattie infettive dell'ospedale di Trento, Dipartimento di Prevenzione.

**Analisi dei rischi.** Mantenere un elevato livello di attenzione della Direzione Generale dell'APSS sull'importanza degli interventi preventivi finalizzati al controllo delle malattie infettive.

## Cronoprogramma

<b>Azione 1: Implementazione di un Sistema di sorveglianza delle M.I. prioritarie tramite i Laboratori</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Individuazione dei portatori di interesse	Laboratori di microbiologia e virologia degli ospedali di Trento e Rovereto; Dipartimento di Prevenzione	Direzione generale APSS	x			
Deliberazione aziendale che istituisce la trasmissione periodica dei risultati di Laboratorio per Morbillo e rosolia, MBI, Tubercolosi e infezione da HIV	Laboratori di microbiologia e virologia degli ospedali di Trento e Rovereto; Dipartimento di Prevenzione	Direzione generale APSS	x			
Raccolta delle segnalazioni di malattia infettiva e dei risultati della Sorveglianza di Laboratorio	Dipartimento di Prevenzione		x	x	x	x
Monitoraggio dei risultati della sorveglianza	Dipartimento di Prevenzione			x	x	x

## **Azione 2: Monitoraggio dell'esito del trattamento dei casi di tubercolosi polmonare**

Un buon sistema di sorveglianza e di assistenza deve essere in grado di sottoporre a terapia i soggetti malati di tubercolosi polmonare, sia per loro tutela, sia per ridurre le possibilità di contagio tra i familiari.

Come è stato osservato in altre Regioni, la quota di casi segnalati in provincia di Trento in persone giovani nate all'estero supera, negli ultimi anni, quella degli italiani: nel biennio 2013-2014, il 67% dei casi interessa soggetti di età 15-44 anni nata all'estero. In questa popolazione sia l'indagine epidemiologica sia l'effettuazione della terapia possono risultare più difficili anche per la complessità nella costruzione di reti relazionali .

Il successo del trattamento di un caso dipende dalla suscettibilità dei ceppi batterici ai farmaci antitubercolari, dal regime terapeutico impiegato, dalla durata della terapia e soprattutto dall'aderenza del malato agli standard terapeutici raccomandati.

Il monitoraggio dell'esito del trattamento è essenziale per la valutazione dell'efficacia del sistema di controllo della malattia e ha gli obiettivi di valutare la capacità di garantire un'elevata proporzione di casi trattati fino al completamento della terapia e alla guarigione e di

evidenziare situazioni che presentano difficoltà nel portare a termine il ciclo di trattamento.

Il trattamento si intende completato con l'assunzione quotidiana delle dosi dei farmaci prescritti per 6 mesi e in caso di interruzione (per tossicità o non aderenza) l'assunzione delle dosi deve essere completata entro 9 mesi dall'inizio della terapia.

Sono considerati pazienti persi al follow up la quota di soggetti che non iniziano o che interrompono il trattamento per almeno 2 mesi consecutivi.

Nel presente Piano gli esiti del trattamento e il calcolo dei persi al follow up devono essere riferiti alla coorte dei casi di tubercolosi respiratoria segnalati come nuove diagnosi di malattia nei 24 mesi precedenti in quanto si raccomanda di mantenere una sorveglianza dei casi per 2 anni con modalità diverse a seconda della tipologia di paziente.

In provincia di Trento l'impegno nella sorveglianza della malattia tubercolare deve essere mantenuto e migliorato con l'obiettivo di precisare le caratteristiche del flusso informativo e di descrivere il percorso diagnostico terapeutico del paziente.

Tutti i casi di tubercolosi polmonare vengono presi in carico dall'U.O. di Malattie infettive dell'ospedale di Trento che inizia tempestivamente il trattamento antitubercolare. Una volta impostata la terapia, valutati i bisogni del paziente, acquisita la consapevolezza circa il suo stato di salute mediante la partecipazione al piano terapeutico e condivise le decisioni che lo riguardano, il paziente può essere trasferito in un altro ospedale della provincia per il proseguimento della cura.

A tutti i soggetti affetti da tubercolosi polmonare deve essere offerto il test per la ricerca degli anticorpi anti-HIV in quanto la tubercolosi è la patologia trasmissibile più frequente nei soggetti con malattia HIV/AIDS.

Le azioni individuate per ridurre ulteriormente la probabilità di diffusione della malattia tubercolare volte a migliorare il follow up dei casi di tubercolosi in terapia presso i Centri provinciali sono le seguenti:

- predisposizione di una scheda di monitoraggio degli esiti del trattamento da compilare per tutti i casi di tubercolosi polmonare, siano essi confermati batteriologicamente o diagnosticati su base clinico-radiologica (indicando comunque tutti gli accertamenti batteriologici eseguiti, compreso il test per la ricerca degli anticorpi anti- HIV)
- all'inizio di un ciclo di trattamento, o in caso di trasferimento, alla presa in carico del paziente, la scheda, compilata nella parte relativa alla presa in carico del paziente con l'indicazione dell'avvio del trattamento, va inviata entro 7 giorni al Dipartimento di Prevenzione
- alla fine del ciclo di trattamento una nuova scheda completa di valutazione dell'esito del trattamento va trasmessa al Dipartimento di Prevenzione.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Esito del trattamento: soggetti persi al follow up: N° casi di TB persi al follow up/ N° casi che iniziano il trattamento	non disponibile	-	20%*	10%*

\* considerato il numero esiguo di casi le percentuali possono subire grandi oscillazioni

**Target.** Popolazione generale, soggetti a rischio per Paese di nascita o per stati di riduzione delle difese immunitarie.

**Setting.** APSS (Laboratori e Dipartimento di Prevenzione).

**Intersettorialità.** Servizi di Igiene Pubblica territoriali, Laboratorio di microbiologia e virologia dell'ospedale di Trento e di Rovereto, U.O. malattie infettive dell'ospedale di Trento, Dipartimento di Prevenzione.

**Analisi dei rischi.** Mantenere un elevato livello di attenzione della Direzione Generale dell'APSS sull'importanza di armonizzare il percorso diagnostico e terapeutico finalizzato ad assicurare la tempestività della diagnosi e la presa in carico dei pazienti.

### Cronoprogramma

<b>Azione 2: Monitoraggio dell'esito del trattamento dei casi di tubercolosi polmonare</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Individuazione dei portatori di interesse	Laboratori di microbiologia e virologia dell'ospedale di Trento; Dipartimento di Prevenzione; U.O. Malattie infettive	Direzione generale APSS	x			
Predisposizione ed approvazione della scheda di monitoraggio dell'esito del trattamento	U.O. Malattie infettive; Dipartimento di Prevenzione	Direzione generale APSS	x	x		
Trasmissione della scheda agli ospedali della provincia per l'adozione	Dipartimento di Prevenzione			x		
Raccolta delle schede di trattamento	Dipartimento di Prevenzione			x	x	x
Monitoraggio dei risultati degli esiti del trattamento				x	x	x

### **Azione 3: Migliorare l'offerta del test HIV e la diagnosi precoce di infezione**

Vi sono evidenze che le diagnosi di infezione da HIV in fase avanzata comportano una minor aspettativa di vita.

In provincia di Trento i centri di riferimento HIV sono l'ambulatorio microbiologico Crosina Sartori dell'ospedale di Trento e l'ambulatorio delle malattie a trasmissione sessuale dell'U.O. di Dermatologia dell'ospedale di Trento dove si può effettuare in forma anonima e gratuita il test di screening per la diagnosi di infezione da HIV e il servizio Malattie infettive dell'ospedale di Trento che è competente per la diagnosi e la cura.

La provincia di Trento aderisce al Sistema di sorveglianza delle Infezioni sessualmente trasmesse (IST) coordinato dal Centro Operativo Aids (COA) dell'ISS con la collaborazione del Laboratorio di microbiologia e del Centro di dermatologia sociale dell'ospedale di Trento, rispettivamente centri clinici specializzati nella diagnosi e nella cura delle IST. Il sistema di sorveglianza prevede la segnalazione dei pazienti con diagnosi confermata da appropriati test di laboratorio, la raccolta di informazioni socio-demografiche, comportamentali, cliniche individuali e l'offerta del test HIV.

In Italia, nel 2013 il Sistema di sorveglianza ha segnalato 6.251 casi di IST, di cui 4.651 (74,4%) in uomini e 1.600 (25,6%) in donne; l'età mediana dei soggetti segnalati è stata di 33 anni (34 anni per gli uomini e 29 per le donne). Il 15,5% dei soggetti era di nazionalità straniera e di questi il 44% proveniva da altri Paesi europei. Il sistema di sorveglianza nazionale registra la proporzione di soggetti con IST testati per HIV: la percentuale dei soggetti testati varia dal 52% del 2000 al 71% del 2013 con una differenza di genere e di paese di nascita (la percentuale di donne testate è inferiore a quella degli uomini e la percentuale di stranieri è superiore a quella degli italiani).

In provincia di Trento il Centro di dermatologia sociale dell'ospedale di Trento registra una media di 400 casi di IST per anno a partire dagli anni 2000, pari a un valore medio di incidenza di 80 casi su 100.000 abitanti. Le segnalazioni di soggetti con IST di nazionalità straniera sono aumentate negli ultimi anni e rappresentano il 21,3% nel 2012. Il numero totale di test HIV effettuati, indipendentemente dalla diagnosi di IST, in media ammonta a 900-1.000 all'anno e 4-6 di essi risultano positivi.

Nel prossimo quadriennio saranno perfezionati i percorsi finalizzati all'inclusione del test HIV in presenza di soggetti con comportamenti a rischio quali i soggetti con infezioni sessualmente trasmesse di pertinenza dermatologica. A tutti i soggetti che accedono al Centro verrà proposto il test HIV e la conta dei CD4 per intercettare le infezioni latenti quando non c'è il sospetto di una patologia HIV-correlata. Il Centro di dermatologia sociale dell'ospedale di Trento trasmette semestralmente al Dipartimento di Prevenzione:

- le diagnosi cliniche confermate di IST per la redazione del report annuale
- l'indicazione del test per la ricerca degli anticorpi anti- HIV
- la conta dei CD4 per ogni test positivo.

Nel contesto delle attività svolte dai centri ambulatoriali, oltre all'esecuzione del test, viene offerto un adeguato counselling sanitario ed è avviato un percorso facilitato per l'invio delle persone risultate positive al test al servizio malattie infettive. Ogni persona risultata positiva al test è accompagnata e presa in carico dal servizio malattie infettive che fissa l'appuntamento per la visita iniziale e la valutazione clinica alla diagnosi.

L'ambulatorio delle malattie a trasmissione sessuale dell'U.O. di Dermatologia dell'ospedale di Trento e l'ambulatorio microbiologico Crosina Sartori sono aperti quotidianamente, rispettivamente per 3 ore e per 2 ore al giorno; la popolazione può rivolgersi ad essi, senza appuntamento, gratuitamente, per ricevere informazioni finalizzate ad aumentare la consapevolezza del rischio soprattutto in gruppi di popolazione particolarmente esposti.

Nel biennio 2013-2014 in provincia di Trento sono state segnalate 49 nuove infezioni da HIV, di cui 16 in femmine (33%). La modalità di trasmissione più frequente è quella eterosessuale (45%).

Emerge la necessità di una maggiore sensibilizzazione della popolazione sull'infezione da HIV, sulla percezione del rischio associata al sottoporsi al test quando c'è già il sospetto di una patologia HIV-correlata, soprattutto sulle modalità di trasmissione della stessa e di incrementare l'esecuzione del test in quanto la mancata consapevolezza della condizione di sieropositività contribuisce alla diffusione del virus e impedisce il tempestivo trattamento farmacologico indispensabile per rallentare l'insorgere della malattia AIDS.

Le azioni individuate per incrementare l'accesso al test HIV e la diagnosi precoce di infezione sono le seguenti:

- pubblicizzare l'offerta ambulatoriale per quanto concerne l'attività di testing e di



- counselling, tramite il sito web aziendale
- predisporre materiale informativo da distribuire negli ambulatori dei MMG, farmacie e consultori.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Proporzione di nuove diagnosi precoce di infezione (>350 µl CD4) effettuate presso l'ambulatorio IST su tutte le diagnosi di infezione da HIV	non disponibile	60%*	60%*	70%*

\*considerato il numero esiguo di casi le percentuali possono subire grandi oscillazioni

**Target.** Popolazione generale, soggetti a rischio per Paese di nascita, per comportamenti a rischio, per stati di riduzione delle difese immunitarie.

**Setting.** APSS (Laboratori, ospedale di Trento, Dipartimento di Prevenzione).

**Intersettorialità.** Servizi di Igiene Pubblica territoriali, Laboratorio di microbiologia e virologia dell'ospedale di Trento e di Rovereto, U.O. malattie infettive dell'ospedale di Trento, Dipartimento di Prevenzione, ambulatorio delle malattie a trasmissione sessuale dell'U.O. di Dermatologia dell'ospedale di Trento, Dipartimento di Prevenzione.

**Analisi dei rischi.** Mantenere un elevato livello di attenzione della Direzione Generale dell'APSS sull'importanza degli interventi preventivi finalizzati alla diagnosi precoce dell'infezione da HIV.

### **Cronoprogramma**

<b>Azione 3: Migliorare l'offerta del test HIV e la diagnosi precoce di infezione</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Individuazione dei portatori di interesse	Ambulatorio microbiologico Crosina Sartori; Ambulatorio IST osp. di Trento; U.O. Malattie infettive; Dip. Prevenzione; Servizio comunicazione APSS	Direzione generale APSS	x			
Predisposizione materiale informativo	Ambulatorio microbiologico Crosina Sartori; Ambulatorio IST osp. di Trento; U.O. Malattie infettive; Dip. Prevenzione; Servizio comunicazione APSS			x	x	
Deliberazione aziendale che istituisce la trasmissione periodica delle diagnosi di IST	Ambulatorio malattie sessualmente trasmesse osp. di Trento; U.O. Malattie infettive; Dip. Prevenzione	Direzione generale APSS		x	x	
Monitoraggio dei risultati	Dip. Prevenzione			x	x	x

**Azione 4: Alimentare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive e aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)**

La prevenzione e il controllo delle malattie infettive è subordinata alla conoscenza del numero di casi di malattia infettiva che insorgono nel territorio di competenza. La segnalazione dei casi da parte dei medici curanti consente alla sanità pubblica di seguire l'andamento nel tempo e nello spazio della malattia, di effettuare l'inchiesta epidemiologica per definire le azioni da intraprendere per il controllo della sua diffusione e le eventuali azioni di profilassi postesposizione.

Il sistema di sorveglianza deve garantire a tutti i soggetti coinvolti a livello locale, provinciale e nazionale un tempestivo accesso alle informazioni necessarie alle azioni che contrastano la diffusione delle malattie infettive.

La provincia di Trento ha aderito, nel 1993, al sistema di notifica delle malattie infettive SIMI predisposto dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Ministero della Salute per poi passare, nel 2013, alla piattaforma PREMAL realizzata dal Ministero della Salute nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) che consente la visualizzazione in tempo reale dei dati relativi a tutte le malattie e ai focolai epidemici.

Il Dipartimento di Prevenzione, inoltre, alimenta i sistemi di sorveglianza speciale delle malattie infettive coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità tra cui i sistemi di sorveglianza speciale del morbillo e della rosolia congenita, delle malattie batteriche invasive, delle epatiti virali (SEIEVA), dei casi complicati di influenza.

In provincia di Trento è adottata una scheda unica per la notifica delle malattie infettive che viene trasmessa dai medici segnalatori ai servizi territoriali di Igiene e Sanità pubblica. Per alcune malattie infettive sono previsti flussi specifici che richiedono modelli di indagine che integrano la scheda di notifica (morbillo e rosolia, malattie batteriche invasive, epatiti virali, legionellosi, tubercolosi).

Uno degli aspetti critici della sorveglianza delle malattie infettive è costituito dalla mancata segnalazione per una quota importante di casi. Un'azione di miglioramento per ridurre il fenomeno della sottotifica consiste nella semplificazione e riduzione al minimo delle informazioni richieste, nell'utilizzazione di ogni possibile mezzo di comunicazione (anche informatico) in modo da migliorare l'accessibilità del sistema e garantire il ritorno delle informazioni ai medici segnalatori.

Nel quadriennio 2014-2018 si sperimenterà una nuova ricezione delle segnalazioni di malattie infettive mediante lo sviluppo di una funzionalità che permetta la trasmissione via mail della scheda di notifica dalla cartella informatizzata del paziente. Il Dipartimento di Prevenzione annualmente predispone un aggiornamento epidemiologico sulle malattie infettive di classe I, II, III, IV e V che verrà trasmesso anche ai medici del territorio.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Realizzazione di una modalità semplificata di notifica delle malattie infettive	non disponibile	disponibilità della funzione	disponibilità della funzione	disponibilità della funzione

**Target.** Popolazione generale.

**Setting.** Territorio della provincia di Trento.

**Intersettorialità.** Servizi di Igiene pubblica territoriale; Dipartimento di Prevenzione, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità.

**Analisi dei rischi.** Non individuabili.

## Cronoprogramma

### Azione 4: Alimentare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive e aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)

Attività	Responsabili /Referenti	Altri attori	2015	2016	2017	2018
Alimentazione di PREMAL e dei sistemi di sorveglianza speciale delle malattie infettive	Servizi vaccinali territoriali / Dipartimento di Prevenzione		x	x	x	x

## B. PROMOZIONE DELL'IMMUNIZZAZIONE ATTIVA

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Questa pratica comporta benefici non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma con il raggiungimento di elevate coperture vaccinali anche in modo indiretto, riducendo la circolazione di patogeni e inducendo la protezione di soggetti non vaccinati (*herd immunity*). Numerose evidenze dimostrano infatti che la vaccinazione è uno degli interventi sanitari di maggior successo e con il miglior rapporto costo-efficacia.

### Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice IC	Indicatore di esito	Fonte	Baseline PAT	Atteso PAT
9.6.1	Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata	Anagrafe vaccinale informatizzata provinciale	100%	100%
9.7.1	Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status	PREMAL	17,6 % (dato riferito alla campagna 2014-2015)	100%
9.7.2	Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti	Anagrafe vaccinale informatizzata provinciale		
	Difterite (nuovi nati)		94,4%	>=95%
	Tetano (nuovi nati)		94,7%	>=95%
	Pertosse (nuovi nati)		94,2%	>=95%
	Poliomielite (nuovi nati)		94,4%	>=95%
	Epatite B (nuovi nati)		94,0%	>=95%
	Hib (nuovi nati)		93,6%	>=95%
	Difterite (5-6 anni)		93,1%	>=95%

	Tetano (5-6 anni)		93,6%	>=95%
	Pertosse (5-6anni)		92,9%	>=95%
	Difterite (11-18 anni)		81,1%	>=90%
	Tetano (11-18 anni)		82,0%	>=90%
	Pertosse (11-18 anni)		77,2%	>=90%
	Morbillo (1a dose)		86,2%	>=95%
	Parotite (1a dose)		86,1%	>=95%
	Rosolia (1a dose)		86,1%	>=95%
	Morbillo (2a dose)		87,6	>=95%
	Parotite (2a dose)		86,7	>=95%
	Rosolia (2a dose)		86,9	>=95%
	Morbillo (3a dose)		non disp	>=95%
	Parotite (3a dose)		non disp	>=95%
	Rosolia (3a dose)		non disp	>=95%
	Antinfluenzale >65 anni		55,7%	>75%* - >95%**
	Pneumococco 13 V (nuovi nati)		87,6%	>=95%
	Meningococco C coniug (nuovi nati)		82,7%	>=95%
	Meningococco C coniug. (11-18 anni)		61,0%	>=95%
	HPV (coorte 2001)		62,5%	>=95% (coorte 2003)
	Varicella (nuovi nati)		non offerta	>=80%
	Varicella (5-6 anni)		non offerta	non offerta
	Varicella (11-18 anni)		non offerta	non offerta
	Mancata vaccinazione ANTIPOLIO ricondotta a ben precise motivazioni		91%	100%
	Mancata vaccinazione ANTIMORBILLO ricondotta a ben precise motivazioni		non disp	100%
9.8.1	Esistenza di un programma di comunicazione basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole	Servizio Comunicazione dell'APSS	Piano della comunicazione non disponibile	Piano della comunicazione disponibile

\*obiettivo minimo; \*\*obiettivo ottimale

#### Azioni.

Azione 1: Alimentazione e manutenzione dell'anagrafe vaccinale informatizzata provinciale

Azione 2: Migliorare l'offerta attiva della vaccinazione antinfluenzale ai soggetti a rischio per patologia di età  $\leq$  a 64 anni

Azione 3: Predisposizione di un piano di comunicazione per l'informazione e la promozione delle vaccinazioni.

### Azione 1: Alimentazione e manutenzione dell'anagrafe vaccinale.

A seguito della nascita dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (1995) sono state dismesse le anagrafi vaccinali delle 11 ASL sopresse ed è stata implementata l'anagrafe vaccinale provinciale. Attualmente tutti i Servizi vaccinali territoriali hanno accesso all'anagrafe unica e utilizzano lo stesso software per la chiamata attiva e per la registrazione dell'attività vaccinale. L'anagrafe vaccinale è collegata ed alimentata dall'anagrafe sanitaria e copre il 100% della popolazione provinciale.

Per il periodo 2015-2018 tutti i Servizi vaccinali dovranno utilizzare e mantenere aggiornata l'anagrafe vaccinale.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Azione 1: Percentuale di soggetti 0-6 anni presenti nell'anagrafe sanitaria provinciale e assenti nell'anagrafe vaccinale	non disponibile	<1%	<0,5%	<0,5%

**Target.** Popolazione iscritta alle anagrafi vaccinale e sanitaria provinciale.

**Setting.** Servizi vaccinali territoriali.

**Intersettorialità.** Servizi informativi, Servizi vaccinali.

**Analisi dei rischi.** Non individuabili.

### Cronoprogramma

<b>Azione 1: Alimentazione e manutenzione dell'anagrafe vaccinale</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Alimentazione e manutenzione dell'anagrafe vaccinale provinciale	Servizi vaccinali territoriali / Sistemi Informativi APSS		x	x	x	x

### Azione 2: Migliorare l'offerta attiva della vaccinazione antinfluenzale ai soggetti a rischio per patologia di età ≤ 64 anni.

L'Accordo Collettivo provinciale con i Medici di Medicina generale attualmente in vigore prevede la partecipazione obbligatoria dei Medici di Medicina generale alla campagna annuale di vaccinazione antinfluenzale per i propri assistiti ultra 64enni. Per la vaccinazione dei soggetti a rischio per patologia e/o dei soggetti con meno di 64 anni l'adesione alla campagna da parte dei MMG è invece facoltativa.

Si prevede la modifica dell'Accordo locale concordando con le rappresentanze sindacali dei MMG la partecipazione obbligatoria alla campagna di vaccinazione per l'influenza stagionale anche per i propri assistiti con fattori di rischio d'età ≤ 64 anni. Per sostenere la vaccinazione rivolta a tale fascia di popolazione a rischio verrà predisposto da parte del Servizio aziendale per la comunicazione materiale informativo specifico (locandine da distribuire alle farmacie, ambulatori dei MMG e ambulatori specialistici), nell'ambito del programma di comunicazione

sulle vaccinazioni (vedi Azione 3).

Inoltre viene prevista la convocazione attiva da parte dei Servizi vaccinali dell'APSS dei soggetti in età pediatrica (0-14 anni) con fattori di rischio.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Percentuale di soggetti 18 - 64 anni con fattori di rischio vaccinati con antinfluenzali	non disponibile	20%	25%	30%

**Target.** Popolazione a rischio per complicanze della malattia influenzale.

**Setting.** Ambulatori Medici di medicina generale, Servizi vaccinali territoriali.

**Intersettorialità.** Medici di MG; Assistenza territoriale, Dipartimento di prevenzione, Servizi informativi.

**Analisi dei rischi.** L'integrazione dell'Accordo collettivo con la partecipazione obbligatoria dei MMG alla campagna vaccinale per i soggetti a rischio  $\leq 64$  anni dipende dall'esito complessivo della contrattazione decentrata.

### **Cronoprogramma**

<b>Azione 2: Migliorare l'offerta attiva della vaccinazione antinfluenzale ai soggetti a rischio per patologia di età <math>\leq 64</math> anni</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Integrazione dell'Accordo Collettivo Locale dei MMG	Dipartimento delle Politiche alla Salute e della non autosufficienza	Organizzazioni Sindacali MMG		x		
Materiale informativo per la campagna vaccinale rivolto ai soggetti a rischio	Servizio comunicazione aziendale	Gruppo di lavoro per il programma di comunicazione sulle Vaccinazioni		x	x	
Monitoraggio e valutazione coperture vaccinali	Dipartimento prevenzione APSS		x	x	x	x

### **Azione 3: Predisposizione di un piano di comunicazione per l'informazione e la comunicazione sulle vaccinazioni.**

Per promuovere comportamenti che migliorano la salute e aumentare la consapevolezza dell'importanza degli interventi di immunizzazione attiva, la predisposizione di un programma strutturato di comunicazione e di marketing sociale, accompagnati ad altre azioni, si sono dimostrati efficaci.

Modificare i comportamenti dannosi per la salute o convincere gli individui a adottare comportamenti che migliorano la salute è un processo complesso che richiede un'attenta considerazione sia delle caratteristiche interpersonali, che degli aspetti sociali e ambientali.

La comprensione dei comportamenti e la pianificazione delle attività per la modifica dei comportamenti può essere guidato dalle teorie del cambiamento comportamentale che offrono degli spunti per capire il processo e gli effetti delle influenze esterne. Queste teorie possono aiutare a identificare gli obiettivi del programma e i metodi per realizzare il cambiamento e i risultati. Le teorie più utilizzate per la promozione della salute guardano al cambiamento comportamentale da una prospettiva socio-ecologica spiegando sia il comportamento individuale che i determinanti ambientali.

In Trentino negli ultimi anni sono stati eseguiti numerosi interventi di sensibilizzazione e informazione sul tema delle vaccinazioni con la produzione di materiali informativi (locandine, depliant, opuscoli ecc) e interventi con utilizzo di vari canali di comunicazione (Interventi sui mass media, spot radiofonici, inserzioni sulle testate giornalistiche ecc). Si rende necessario un ripensamento complessivo dell'intera strategia comunicativa con interventi che realmente siano efficaci nel modificare i comportamenti e le scelte responsabili della popolazione in tema di vaccinazioni predisponendo un programma di comunicazione basato sulle prove di evidenza.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Programma di comunicazione	non disponibile	-	Disponibilità documento	-

**Target.** Popolazione destinataria degli interventi di immunizzazione attiva (bambini, adolescenti, soggetti con fattori di rischio; ), genitori, operatori sanitari.

**Setting.** Popolazione generale, Servizi vaccinali territoriali.

**Intersettorialità.** Dipartimento di prevenzione, Servizio Comunicazione Aziendale, Cure primarie; Medici di MG e Pediatri di LS.

**Analisi dei rischi.** Disponibilità di un budget per la comunicazione.

## Cronoprogramma

<b>Azione 3: Predisposizione di un piano di comunicazione per l'informazione e la comunicazione sulle vaccinazioni</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili/Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Costituzione del gruppo di lavoro	Direttore di Dipartimento Prevenzione e del Servizio Comunicazione aziendale APSS			x		
Background sul cambiamento dei comportamenti/Definizione del goal del piano della comunicazione/scelta della popolazione target	Gruppo di lavoro			x		
Valutazioni di base Valutazione dei bisogni	Gruppo di lavoro			x		
Stabilire un budget per il programma di comunicazione Individuazione dell'Agenzia di marketing sociale incaricata della realizzazione delle attività di comunicazione Progettare attività appropriate: scegliere i messaggi e identificare i materiali e i canali di informazione	Direzione generale APSS Gruppo di lavoro Agenzia di marketing sociale	Direttore Dipartimento della Prevenzione APSS			x	
Realizzazione delle attività di comunicazione individuate	Gruppo di Lavoro Agenzia di marketing sociale incaricata				x	x
Monitoraggio e valutazione	Gruppo di lavoro			x	x	x

## C. PROMOZIONE DELL'USO CONSAPEVOLE DEGLI ANTIBIOTICI

Gli antibiotici hanno contribuito e tuttora contribuiscono in modo sostanziale al controllo delle malattie infettive ed al progresso della medicina in generale. Negli ultimi anni il fenomeno dell'antibiotico-resistenza si è diffuso drammaticamente, suscitando preoccupazione in campo medico e scientifico: la causa principale dell'aumento di antibiotico-resistenza risiede proprio nell'aumentato consumo di antibiotici, non solo in ambito ospedaliero, ma anche in comunità.



## Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice IC	Indicatore di esito	Fonte	Baseline PAT	Atteso PAT
9.10.1	Proporzione di Presidi ospedalieri dell'APSS in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE	CIPASS - APSS	non disponibile	100%
9.11.1	Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici nell'APSS	CIPASS - Servizio farmaceutico	non disponibile	100%
9.12.1	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso di antibiotici	APSS - Servizio per la comunicazione aziendale	non disponibile	100%

### Azioni.

- Azione 1: Portare a sistema la sorveglianza delle infezioni da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) nei presidi ospedalieri trentini
- Azione 2: Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero con finalità di controllo dell'antibiotico resistenza
- Azione 3: Promuovere l'uso appropriato degli antibiotici nelle strutture ospedaliere trentine con finalità di controllo dell'antibiotico-resistenza
- Azione 4: Messa a punto e rafforzamento del sistema di monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito territoriale
- Azione 5: Predisposizione di un piano di comunicazione per l'uso consapevole degli antibiotici.

### Azione 1: Portare a sistema la sorveglianza delle infezioni da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) nei presidi ospedalieri trentini.

Nella provincia di Trento sono disponibili dati sulla resistenza agli antibiotici carbapenemici derivanti da indagini condotte ad hoc con finalità di studio. Gli studi effettuati hanno rilevato che in Trentino circa il 60% delle Enterobacteriaceae e il 50% del *Pseudomonas aeruginosa* sono resistenti almeno ad uno dei carbapenemi.

Nel periodo 2015-18 verrà portata a sistema l'attività di sorveglianza.

Indicatore sentinella	2015	2016	2017	2018
Produzione di report periodici di sorveglianza delle resistenze batteriche	non disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile

**Target.** Popolazione ricoverata in ospedale.

**Setting.** Ospedali della provincia.

**Intersettorialità.** Reparti ospedalieri, Laboratori, Direzioni ospedaliere.

**Analisi dei rischi.** Disponibilità risorse finanziarie per l'acquisto dei reagenti.

**Cronoprogramma**

<b>Azione 1: Portare a sistema la sorveglianza delle infezioni da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) nei presidi ospedalieri trentini</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Monitoraggio e controllo applicazione procedura aziendale CIPASS in tutte le strutture ospedaliere APSS	Direttori di Struttura Ospedaliera – Direttori U.O. Microbiologia e U.O. Patologia Clinica	Coordinat. CIPASS		x	x	x
Notifica dei pazienti con emocolture positive per <i>K. pneumoniae</i> o <i>E. coli</i> resistenti	Direttori di Struttura Ospedaliera – Direttori U.O. Microbiologia e U.O. Patologia Clinica			x	x	x
Applicazione delle procedure di prevenzione controllo della trasmissione intraospedaliera di CPE	Direttori di Struttura Ospedaliera – Direttori UU.OO di Diagnosi e Cura	Dirigenti medici e operatori sanitari UU.OO di Diagnosi Cura		x	x	x
Informazione al paziente e agli operatori sanitari e MMG sullo stato di infezione o colonizzazione da CPE	Direttori UU.OO di Diagnosi e Cura.	Dirigenti medici UU.OO di Diagnosi Cura		x	x	x
Produzione di report periodici di sorveglianza delle resistenze batteriche	Direttori U.O. Microbiologia Ospedali di Trento e di Rovereto	Coordinat. CIPASS		x	x	x

**Azione 2: Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero con finalità di controllo dell'antibiotico resistenza.**

Attualmente a livello aziendale non sono presenti report costruiti e diffusi nella logica del presente obiettivo. Le Farmacie ospedaliere di Trento e di Rovereto dispongono dei dati di consumo ma è necessario predisporre report chiari e operativi.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Report annuale del consumo di antibiotici in tutte le strutture ospedaliere APSS	non disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile

**Target.** Popolazione ricoverata in ospedale.

**Setting.** Ospedali della provincia.

**Intersettorialità.** Reparti ospedalieri, Farmacie ospedaliere, Direzioni ospedaliere.

**Analisi dei rischi.** Non rilevati.

### **Cronoprogramma**

<b>Azione 2: Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero con finalità di controllo dell'antibiotico resistenza</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero	Direttori UU.OO. Farmacie Ospedali di Trento e di Rovereto	Coord. CIPASS Direttori UU.OO. Ospedal.	x	x	x	x

### **Azione 3: Promuovere l'uso appropriato degli antibiotici nelle strutture ospedaliere trentine con finalità di controllo dell'antibiotico-resistenza.**

Sono presenti presso l'Ospedale S. Chiara di Trento due linee guida di diversi anni fa da aggiornare sull'antibiotico profilassi chirurgica e sulla terapia antibiotica empirica.

Gli obiettivi del prossimo quadriennio sono i seguenti:

- limitare l'uso inappropriato selezionando l'antibiotico appropriato, con relativi dosaggi e durata di trattamento in grado di assicurare la terapia efficace delle patologie infettive
- ridurre le infezioni della ferita chirurgica.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Predisposizione/aggiornamento di Linea guida aziendali sull'uso appropriato degli antibiotici	non disponibile	Disponibilità documento	Disponibilità documento	Disponibilità documento

**Target.** Popolazione ricoverata in ospedale.

**Setting.** Ospedali della provincia.

**Inter settorialità.** Reparti ospedalieri, Farmacie ospedaliere, Direzioni ospedaliere, Cipass.

**Analisi dei rischi.** Non rilevati.

## Cronoprogramma

<b>Azione 3: Promuovere l'uso responsabile degli antibiotici nelle strutture ospedaliere trentine</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Predisposizione / aggiornamento di una Linea guida aziendale sull'uso appropriato dell'antibiotico nella terapia medica in ambito ospedaliero	Coordinatore CIPASS	Direttori UU.OO. Ospedaliere	x	x		
Predisposizione / aggiornamento di una Linea guida aziendale di antibiotico profilassi perioperatoria	Coordinatore CIPASS	Direttori UU.OO. Ospedaliere		x		
Formazione degli operatori sulla gestione della terapia antibiotica, con percorsi di audit / formazione sul campo / seminari	Coordinatore CIPASS Resp.S.Form. Direttori di Struttura ospedaliera	Direttori UU.OO. Ospedaliere		x	x	x
Predisposizione/aggiornamento di materiale informativo/vademecum sull'utilizzo della terapia antibiotica	Coordinatore CIPASS	Direttori UU.OO. Ospedaliere		x		

## **Azione 4: Messa a punto e rafforzamento del sistema di monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito territoriale.**

Il Servizio farmaceutico, in collaborazione con altre strutture aziendali, predispone annualmente il rapporto "L'uso dei medicinali in Trentino", che contiene una sezione dedicata all'analisi farmaco epidemiologica dei principali gruppi terapeutici, tra i quali gli antibatterici sistemici (ATC: J01).

La fonte dei dati è rappresentata dalle ricette di medicinali erogati a carico del SSN dalle farmacie del territorio (c.d. Assistenza farmaceutica convenzionata), integrate con l'anagrafe degli assistibili e con le banche dati dei farmaci e delle DDD (dosi definite giornaliere). Vengono analizzati i consumi complessivi, in termini di dosi giornaliere e di spesa, ed il loro andamento temporale, la prevalenza d'uso per i principali gruppi terapeutici e per i principi attivi più utilizzati. Vengono inoltre rappresentati un confronto delle prevalenze d'uso per classe di età e sesso e la distribuzione dei consumi e dei costi medi per dose giornaliera nelle singole Comunità di Valle.

Queste informazioni saranno estrapolate dal rapporto generale, per produrre un report annuale ad hoc, che potrà essere reso disponibile indicativamente entro il mese di maggio dell'anno successivo. Nel Report annuale verrà analizzata l'esposizione ad antibiotici per gruppi definiti di popolazione affetta da patologie particolari, grazie alla recente possibilità di integrare le fonti di dati sopra descritte con le informazioni relative ad ricoveri (SDO) ed alle

prestazioni specialistiche ambulatoriali e diagnostiche.

Inoltre verrà analizzata l'esposizione ad antibiotici per la popolazione straniera residente in Trentino, per cogliere eventuali differenze in confronto con la popolazione generale.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Report annuale del consumo di antibiotici territoriale	non disponibile	Disponibilità documento	Disponibilità documento	Disponibilità documento

**Target.** Popolazione generale.

**Setting.** Comunità.

**Intersettorialità.** Farmacie, MMG e pediatri di LS, Strutture specialistiche e Ospedali.

**Analisi dei rischi:** Non rilevati.

#### **Cronoprogramma**

<b>Azione 4: Messa a punto e rafforzamento del sistema di monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito territoriale</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Monitoraggio del consumo di antibiotici territoriale e stesura del report annuale	Servizio farmaceutico APSS		x	x	x	x

#### **Azione 5: Predisposizione di un piano di comunicazione per l'uso consapevole degli antibiotici territoriale.**

Lo sviluppo dell'antibiotico-resistenza, legato all'incremento e all'uso inappropriato degli antibiotici, costituisce un problema di particolare rilievo per la tutela della salute dei cittadini. Se pure in Trentino il consumo di antibiotici sia inferiore alla media nazionale, si rende necessario realizzare un programma di comunicazione rivolto alla popolazione generale con l'obiettivo di informare i cittadini dell'importanza di non assumere antibiotici per curare infezioni virali, di ricorrere agli antibiotici solo quando necessario e dietro prescrizione del medico che ne accerti l'effettiva utilità e di non interrompere mai la terapia prima dei tempi indicati dal medico o, comunque, solo dietro sua indicazione. Al fine di raggiungere la popolazione generale, il programma di comunicazione deve prevedere l'utilizzo di diversi strumenti di comunicazione.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Programma di comunicazione	non disponibile	-	Disponibilità documento	-

**Target.** Popolazione generale.

**Setting.** Comunità.

**Inter settorialità.** Servizio Comunicazione Aziendale, Servizio Farmaceutico, Cure primarie, Medici di MG e Pediatri di LS.

**Analisi dei rischi.** Disponibilità di un budget per la comunicazione.

### Cronoprogramma

<b>Azione 5: Predisposizione di un piano di comunicazione per l'uso consapevole degli antibiotici territoriale</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Costituzione del gruppo di lavoro	Servizio Comunicazione APSS	Servizio farmaceutico		x		
Background sul cambiamento dei comportamenti Definizione del goal del piano della comunicazione Scelta della popolazione target	Gruppo di lavoro			x		
Valutazioni di base Valutazione dei bisogni	Gruppo di lavoro			x		
Stabilire un budget per il programma di comunicazione Individuazione dell'Agenzia di marketing sociale incaricata della realizzazione delle attività di comunicazione Progettare attività appropriate: scegliere i messaggi e identificare i materiali e i canali di informazione	Direzione generale APSS/Gruppo di lavoro/ Agenzia di marketing sociale	Servizio farmaceutico			x	
Realizzazione delle attività di comunicazione individuate	Gruppo di Lavoro/Agenzia di marketing sociale				x	
Monitoraggio e Valutazione	Gruppo di lavoro			x	x	x

## D. PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Più del 30% delle ICA è potenzialmente evitabile con l'adozione di misure preventive efficaci. La singola azione di igiene delle mani è stata riconosciuta come uno degli elementi centrali per proteggere il paziente dalla trasmissione crociata dei microrganismi. Nonostante ciò, vi sono numerose evidenze di scarsa adesione a questa pratica da parte dei professionisti sanitari. La valutazione dei consumi dei prodotti per l'igiene mani è ritenuta un elemento importante dei programmi di promozione dell'igiene mani (vedi Campagna Clean Care is Safer Care dell'OMS). Al fine della sorveglianza e controllo delle Infezioni correlate all'assistenza si rende necessario: stimare le dimensioni del fenomeno ICA nelle strutture aziendali, integrandolo e rapportandolo ai dati forniti dai report sulla sorveglianza delle resistenze microbiche e dall'uso degli antibiotici; descrivere eventuali episodi o cluster epidemici intraospedalieri; diffondere i risultati ai stakeholders aziendali al fine di aumentare l'attenzione al problema, identificare le criticità per stabilire azioni prioritarie condivise nell'ottica del miglioramento continuo. I dati di sorveglianza delle ICA sono attualmente monitorati tramite il sistema di sorveglianza a partenza dal Laboratorio (Sistema Mercurio) dei microrganismi alert. Presso gli ospedali aziendali, in particolare quelli di Trento e Rovereto, sono svolte inoltre alcune sorveglianze specifiche (es. Infezione chirurgica, infezioni da catetere urinario, infezioni nosocomiali da legionella).

<b>Codice IC</b>	<b>Indicatore di esito</b>	<b>Fonte</b>	<b>Baseline PAT</b>	<b>Atteso PAT</b>
9.13.1	Disponibilità di informazioni sull'andamento delle Infezioni Correlate all'Assistenza in tutti i presidi ospedalieri dell'APSS	CIPASS	non disponibile	100%

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Predisposizione di un report aziendale/anno	non disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile

**Target.** Popolazione ricoverata in ospedale.

**Setting.** Ospedali della provincia.

**Intersettorialità.** Reparti ospedalieri, Farmacie ospedaliere, Direzioni ospedaliere, Cipass.

**Analisi dei rischi.** Non rilevati.

### Cronoprogramma

<b>Azione 1: Report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Monitoraggio consumo antibiotici territoriale e stesura report annuale Predisposizione report annuale ICA	Coordinatore CIPASS Direttore U.O. Microbiologia Osp. Trento	Direttore Servizio Governance	x	x	x	x
Valutazione dei consumi dei prodotti a base alcolica per l'igiene mani	Coordinatore CIPASS	Resp. Serv. Farmac.	x	x	x	x

## 12 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare

La politica della sicurezza alimentare deve basarsi su un approccio completo e integrato che considera la catena di produzione alimentare come un unico processo su cui intervenire.

Le attività di controllo ufficiale devono quindi ricomprendere tutte le fasi di produzione, trasformazione e distribuzione degli alimenti e dei mangimi, le interazioni che la salute e il benessere animale possono avere con la produzione di cibi sicuri, nonché l'influenza/impatto dell'ambiente e delle attività umane sui prodotti alimentari.

Gli obiettivi del programma sono i seguenti:

- Costruire un sistema di controlli in materia di sicurezza alimentare basato sull'azione integrata e sinergica dei soggetti istituzionalmente investiti della relativa competenza.
- Mettere a punto un programma di interventi che riduca la possibilità di utilizzo improprio dei farmaci.
- Istituire un sistema di relazioni e un flusso di informazioni che consenta di orientare i controlli sulla produzione e sulla commercializzazione degli alimenti a partire da un valore di probabilità relativa da attribuire agli agenti eziologici responsabili delle malattie di origine alimentare.
- Adottare a livello locale, il sistema nazionale di codifica delle attività nelle imprese alimentari registrate finalizzato alla programmazione dei controlli.
- Mantenere aggiornato il registro degli operatori del settore dei mangimi attraverso l'inserimento di tutti i nuovi operatori post-primari nel sistema informativo SINVSA
- Verificare il percorso formativo del personale che svolge i controlli ufficiali e diversificare la pianificare dei corsi di formazione per raggiungere in modo uniforme i risultati di cui all'allegato II dell'Accordo Stato Regioni 7 febbraio 2013.
- Pianificare ed organizzare le attività di audit dirette a verificare l'organizzazione, l'efficacia, l'appropriatezza e l'efficienza dei controlli ufficiali condotti dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

**Codice dell'obiettivo centrale di riferimento.** OC 10.1; 10.2; 10.3; 10.4; 10.11; 10.12.

**Evidenze di efficacia degli interventi previsti.** Le attività, svolte congiuntamente o in modo coordinato e complementare, consentono di evitare sovrapposizioni, di ridurre l'interferenza dei controlli presso le imprese e di ottenere la massima efficacia delle verifiche sulla sicurezza dei processi e delle produzioni, oltre che risparmi di risorse. La razionalizzazione dei controlli sulle imprese corrisponde anche agli obiettivi della legge provinciale 31/05/2012 n. 10 (interventi urgenti per favorire la crescita e la competitività del Trentino).

L'uso corretto del farmaco veterinario ha un impatto positivo sulla salute pubblica e sull'ambiente (Piano farmacosorveglianza Nazionale; Piano residui).

La capacità dei laboratori di diagnosticare correttamente le *noxae*, fornisce strumenti e mezzi per la sorveglianza epidemiologica e la gestione dei sistemi di allerta.

Il legislatore europeo ha individuato nell'audit lo strumento innovativo più appropriato a disposizione del controllo ufficiale per l'approccio sistematico, trasparente e indipendente. Inoltre il processo di audit comprende la fase di verifica di efficacia dell'audit stesso (5.4. allegato Decisione 2006/677/CE).

**Beneficiari.** I cittadini consumatori, i cittadini contribuenti, gli operatori del settore alimentare, gli operatori del settore dei mangimi, i soggetti impegnati nei controlli.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Il diritto a cibi "sicuri" deve essere garantito ad ogni cittadino indipendentemente dalle condizioni sociali ed economiche.



**Sistemi di sorveglianza.** I dati sui controlli ufficiali eseguiti sono inseriti nei seguenti sistemi informativi:

- SISweb (anagrafiche imprese alimentari, controlli ufficiali e reportistica)
- SINVSA (anagrafiche operatori del settore dei mangimi, controlli ufficiali e reportistica)
- NSIS e flusso VIG (Anagrafica stabilimenti riconosciuti ex regg. 853/2004 e 1069/2009, Piano Nazionale Residui, fitosanitari, reportistica).

Inoltre, per la notifica e il monitoraggio delle malattie a carattere zoonotico negli esseri umani e negli animali sono implementati sistemi informativi nazionali (NSIS-PREMAL, SIMAN, ENTER-NET, ENTER-VET, Zoonosi ecc).

L'attività di controllo ufficiale viene monitorata attraverso:

- Procedure adottate formalmente (sistema qualità)
- Reportistica (evidenze, risultanze e azioni correttive degli audit interni).

Sono individuate sette linee operative in cui si articoleranno le azioni finalizzate al conseguimento del programma:

- A. Piani di controllo/monitoraggio integrati e capacità di laboratorio
- B. Corretta gestione del farmaco veterinario per ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza
- C. Collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario
- D. Completamento dei sistemi anagrafici
- E. Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi (OSM)
- F. Formazione sul controllo ufficiale
- G. Attuazione dell'Accordo Stato-Regioni/Province autonome relativamente alle attività di audit

## **A. PIANO DI CONTROLLO/MONITORAGGIO INTEGRATI E CAPACITÀ DI LABORATORIO**

Con l'approvazione del Reg. CE 178/2002 la legislazione alimentare persegue l'obiettivo di garantire al consumatore "cibi sicuri" attraverso un approccio che prevede il controllo di tutta la filiera e di ogni filiera.

In tale contesto il ruolo affidato alle Autorità Competenti risulta profondamente cambiato rispetto al passato, in particolare i Regolamenti cosiddetti del "pacchetto igiene" impongono al sistema di controllo ufficiale di tenere conto di tutti i possibili "determinanti" che concorrono o che possono concorrere alla sicurezza degli alimenti.

Il Regolamento 882/2004 prevede che nel caso in cui all'Autorità competente afferiscano più "unità" deputate al controllo ufficiale si debba assicurare il coordinamento e la cooperazione efficaci ed efficienti tra le diverse unità; si debba garantire l'imparzialità, la qualità e la coerenza dei controlli, a tutti i livelli e attuare una attività di audit per la verifica del raggiungimento degli obiettivi del medesimo Regolamento 882/2004.

Un efficace controllo ufficiale non può quindi prescindere dalla predisposizione ed attuazione di attività integrate sia per quanto riguarda gli aspetti della sicurezza alimentare, sia per quanto riguarda le Autorità che a vari livelli concorrono nel garantirla.

Parte dei controlli destinati al perseguimento dell'obiettivo di sicurezza alimentare sono infatti affidati ad Autorità diverse da quelle sanitarie ed in particolare a quelle competenti in materia di agricoltura e di protezione dell'ambiente che devono essere coinvolte nella pianificazione dei controlli.

Il piano della prevenzione 2014-2018 recepisce, a tal proposito, l'impostazione del piano nazionale integrato (PNI) di cui all'intesa Stato/Regioni del 18.12.2014, prevedendo tra gli obiettivi da perseguire per rafforzare le attività di prevenzione, sicurezza alimentare e sanità

pubblica veterinaria, l'adozione di misure di coordinamento e di cooperazione tra le Regioni (la Provincia nel nostro caso) e le altre Amministrazioni che effettuano controlli sulla filiera alimentare, al fine di assicurare l'efficace coordinamento di cui all'art. 4, paragrafo 3 del Regolamento 882/2004.

La provincia di Trento, peraltro, adotta dal 2008 piani per la sicurezza alimentare che prevedono la partecipazione al concorso nella realizzazione degli obiettivi delle diverse Autorità coinvolte nei controlli, tra cui: la Provincia Autonoma di Trento attraverso il Dipartimento salute e solidarietà sociale, il Servizio agricoltura, il settore laboratorio dell'Agenzia provinciale per la protezione ambientale (APPA); l'Azienda provinciale per i servizi sanitari attraverso il Dipartimento prevenzione (UU.OO. di Igiene Pubblica, Igiene Sanità pubblica veterinaria, Laboratorio di Igiene pubblica), nonché l'Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Venezie.

Nel piano sono inoltre recepite le raccomandazione emerse dagli audit di sistema effettuati dal Ministero della Salute, finalizzati a migliorare il processo di integrazione tra i servizi veterinari e medici del dipartimento di prevenzione.

Presso il Dipartimento di prevenzione dell'Azienda sanitaria a tal fine è stato costituito un gruppo di lavoro intersettoriale e interdisciplinare il cui mandato consiste nel programmare annualmente, nonché attuare, le attività di controllo ufficiale previste dai piani nazionali e provinciale nonché derivanti dagli obblighi di appartenenza dell'Italia alla Comunità Europea, attraverso un approccio il più integrato possibile sia per quanto riguarda le attività che nell'utilizzo delle risorse umane ed economiche del dipartimento.

Per il perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini è inoltre necessario un sistema di controllo che operi correttamente e garantisca il mutuo riconoscimento. Tale sistema deve poter disporre di laboratori accreditati in conformità alla ISO 17025, che operino in rete, al fine di poter soddisfare tutte le esigenze del controllo ufficiale.

L'obiettivo del programma consiste nel migliorare l'appropriatezza dei controlli costruendo programmi integrati di controllo tra le autorità che concorrono alla sicurezza degli alimenti e dei mangimi puntando alla piena applicazione delle indicazioni contenute nell'Accordo Stato Regioni 7 febbraio 2013 e identificando i metodi più efficienti per assicurare un elevato livello di protezione del consumatore.

### **Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici**

<b>Codice IC</b>	<b>Indicatore di esito</b>	<b>Fonte</b>	<b>Baseline PAT</b>	<b>Atteso PAT</b>
10.1.1	Adozione di protocolli per l'intervento integrato	Piano dipartimentale integrato per la sicurezza alimentare	Piano triennale della sicurezza alimentare 2012-2014	100%
10.7.1	Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato-Regioni del 7 febbraio 2013	Documento	non disponibile	100%

**Azioni.****Azione 1: Predisposizione di un programma trasversale integrato tra autorità che concorrono alla sicurezza degli alimenti e dei mangimi**

Il gruppo di lavoro intersettoriale e interdisciplinare istituito presso il Dipartimento di prevenzione dell'Azienda sanitaria programma annualmente le attività di controllo ufficiale previste dai piani nazionali e provinciale nonché derivanti dagli obblighi di appartenenza dell'Italia alla Comunità Europea.

Nel prossimo quadriennio l'attività si concentrerà sui seguenti aspetti:

- Ricognizione dei compiti della PAT, APSS, APPA, IZS e verifica della capacità del sistema dei laboratori di far fronte alle esigenze del controllo ufficiale
- Incontri di coordinamento, condivisione e analisi dei risultati tra il gruppo di lavoro dipartimentale "sicurezza alimentare" e le altre autorità che effettuano controlli sulla filiera alimentare
- Predisposizione di un documento di programmazione annuale delle attività di controllo secondo i principi e i criteri dei Regolamenti comunitari
- Produzione di un report annuale dei risultati.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Predisposizione del documento di programmazione annuale integrato delle attività di controllo	non disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile
Piano annuale di campionamento	non disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile

**Target.** Consumatore, OSA, pubblica amministrazione.

**Setting.** Non significativo.

**Intersettorialità.** Dipartimento di Prevenzione (U.U. O.O. Igiene pubblica, Igiene e sanità pubblica veterinaria, Laboratorio), Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza, Dipartimento territorio, agricoltura, ambiente e foreste, Agenzia provinciale per l'ambiente.

**Analisi dei rischi.** La partecipazione al processo di diverse amministrazioni implica difficoltà supplementari a causa di vincoli delle regole proprie di ogni soggetto, per mandato, organizzazione, strategia, finanziamento.

## Cronoprogramma

<b>Azione 1: Predisposizione di un programma trasversale integrato tra autorità che concorrono alla sicurezza degli alimenti e dei mangimi</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Ricognizione dei compiti della PAT, APSS, APPA, IZS e verifica della capacità del sistema dei laboratori di far fronte alle esigenze del controllo ufficiale	Gruppo di lavoro dipartimentale "Sicurezza alimentare"	PAT, IZS		x		
Incontri di coordinamento tra il gruppo di lavoro dipartimentale "sicurezza alimentare" e le altre autorità che effettuano controlli sulla filiera alimentare per condividere le il programma di attività annuale	Gruppo di lavoro dipartimentale "Sicurezza alimentare"	PAT, IZS		x		
Predisposizione di un documento di programmazione annuale delle attività di controllo	Gruppo di lavoro dipartimentale "Sicurezza alimentare"	PAT, IZS		x	x	x
Produzione di un report annuale dei risultati	Gruppo di lavoro dipartimentale "Sicurezza alimentare"	PAT, IZS		x	x	x

## **B. CORRETTA GESTIONE DEL FARMACO VETERINARIO PER RIDURRE IL FENOMENO DELL'ANTIBIOTICO RESISTENZA**

- La resistenza agli antibiotici è sempre più considerata un'emergenza in medicina, causa la progressiva perdita di efficacia dei principi attivi – anche di recente acquisizione, riducendo "le armi" di cui si dispone per la cura di malattie severe. Ciò in parte viene attribuito all'uso di molecole di ultima generazione nelle specialità per uso veterinario e al "cattivo uso" del farmaco in generale nell'allevamento intensivo.
- Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco veterinario è quindi una priorità mondiale, che il PNP ha recepito come obiettivo strategico.
- La completa tracciabilità del farmaco veterinario dal produttore all'utilizzatore, diventa uno strumento imprescindibile.
- Nelle more dell'adozione di un piano nazionale informatizzato per tracciare il percorso produttivo e distributivo dei farmaci veterinari, in provincia di Trento, le U.U.O.O. Veterinarie monitorano il commercio e l'utilizzo del farmaco veterinario attraverso:
  - l'annuale verifica (oggetto di procedura specifica) – del carico – scarico – modalità di spedizione e archiviazione delle ricette – debito informativo – uso farmaci in deroga, presso i distributori presenti sul territorio provinciale – nonché presso un numero annualmente determinato di farmacie che insistono sul territorio di rispettiva competenza, nonché sui veterinari "buiatri";
  - l'utilizzo di un applicativo, di implementazione propria, denominato FARMABASE,

costituito utilizzando il programma Microsoft Access, nel quale sono inserite le informazioni relative alle ricette veterinarie, alle specialità e/o alimenti medicamentosi prescritti ed utilizzati presso ogni singola azienda zootecnica, al fine di poter, tra l'altro, assolvere al debito informativo nazionale sulla farmacovigilanza;

- l'attuazione del piano di farmacovigilanza annuale: esecuzione controlli presso il 100% grossisti/distributori di farmaci e presso veterinari e allevamenti scelti con i criteri di attribuzione della classe di rischio (100% aziende con armadietto farmaceutico);
- l'attuazione del Piano Residui Nazionale. Il Piano Nazionale di ricerca negli animali e nei prodotti di origine animale di sostanze non autorizzate, farmaci e contaminanti ambientali prevede, a tal proposito, che siano eseguite ispezioni e prelievi di campioni presso gli allevamenti e gli impianti di macellazione da sottoporre ad analisi di laboratorio. Il Piano Provinciale per la sicurezza alimentare aggiorna annualmente l'elenco delle sostanze, numero dei campioni e matrici di campione. L'elenco delle sostanze e dei campioni da ricercare è specifico per gli allevamenti bovini/suini ed ovicaprini, gli allevamenti avi/cunicoli, le trosculture e gli apiari, nonché i campioni e le sostanze da ricercare nei macelli.

### Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice IC	Indicatore di esito	Fonte	Baseline PAT	Atteso PAT
10.2.1	Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	Relazione piano farmacovigilanza nazionale	Attività già in essere (controlli annuali sulla base del piano farmacovigilanza nazionale)	100%

#### Azioni.

**Azione 1:** Evento informativo di sensibilizzazione rivolto ai grossisti distributori di farmaci

**Azione 2:** Evento informativo/formativo a favore degli allevatori

**Azione 3:** Evento informativo/formativo a favore dei veterinari prescrittori

#### **Azione 1-2-3: Eventi informativi di sensibilizzazione rivolti a grossisti distributori di farmaci, allevatori veterinari prescrittori**

Il programma prevede l'effettuazione di interventi presso i distributori/grossisti di farmaci veterinari e a favore degli allevatori di sensibilizzazione/informazione/formazione sulle opportunità/necessità di informatizzazione della gestione del farmaco veterinario.

Il coinvolgimento dei medici veterinari prescrittori è subordinato alla "dematerializzazione" della ricetta.

Indicatore sentinella	2015	2016	2017	2018
Evento informativo di sensibilizzazione rivolto ai grossisti distributori di farmaci		x		
Evento informativo di sensibilizzazione a favore degli allevatori				x
Evento informativo di sensibilizzazione a favore dei veterinari prescrittori			x	

**Target.** Grossisti/distributori del farmaco veterinario, medici veterinari prescrittori, allevatori.

**Setting.** Non significativo.

**Intersettorialità.** Servizi veterinari APSS, Servizio Farmaceutico APSS, Ordine dei medici veterinari di Trento, associazioni di categoria degli allevatori.

**Analisi dei rischi.** L'attività sensibilizzazione/formazione sull'informatizzazione può essere poco efficace in conseguenza dei ritardi nell'adozione di un sistema nazionale.

### **Cronoprogramma**

<b>Azione 1: Predisposizione di un evento informativo di sensibilizzazione rivolto ai grossisti distributori di farmaci</b>						
<b>Azione 2: Predisposizione di un evento informativo di sensibilizzazione rivolto agli allevatori</b>						
<b>Azione 3: Predisposizione di un evento informativo di sensibilizzazione rivolto ai veterinari prescrittori</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Evento informativo di sensibilizzazione rivolto ai grossisti distributori di farmaci	Servizi veterinari	Servizio farmaceutico		x		
Evento informativo/formativo a favore degli allevatori	Servizi veterinari					x
Evento informativo/formativo a favore dei veterinari prescrittori	Servizi veterinari				x	

### **C. COLLABORAZIONE TRA OSPEDALI/LABORATORI DI DIAGNOSTICA/SORVEGLIANZA UMANA E LABORATORI DEPUTATI ALLA DIAGNOSTICA/SORVEGLIANZA NEL SETTORE ALIMENTARE E VETERINARIO**

Le malattie trasmissibili dagli animali e con i cibi, oltre che causare perdite economiche nell'allevamento e nell'industria degli alimenti possono essere causa di malattia nell'uomo (zoonosi). I mutamenti climatici, la globalizzazione dei commerci, le migrazioni di popolazioni tra i continenti, le nuove abitudini alimentari, i "novel food" aumentano il rischio che malattie "nuove" e /o considerate "esotiche" possano diffondersi o colpire popolazioni per le quali sono da sempre sconosciute.

È quindi necessario migliorare gli attuali sistemi di sorveglianza e individuare strategie finalizzate alla gestione del rischio, in particolare riguardo alle malattie previste dalla Dir. 2003/99/CE e succ. integrazioni e modifiche.

Si rende pertanto necessario rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e prevedere lo sviluppo di protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario.

## Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice IC	Indicatore di esito	Fonte	Baseline PAT	Atteso PAT
10.3.1	Protocollo di intesa tra laboratori che garantiscano un panel di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno set di patogeni previsti dalla Dir. 2003/99/CE) conformi ai migliori standard internazionali	Piano nazionale della prevenzione	Non disponibile	Documento programmatico

### Azioni.

#### Azione 1: Sviluppo di un protocollo di intesa tra laboratori di diagnostica umana e laboratori deputati alla diagnostica nel settore alimentare e veterinario

La predisposizione di un documento di collaborazione che garantisca un panel di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti implica:

- la creazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare provinciale, costituito da rappresentanti degli organi di controllo e dei laboratori deputati a tale attività
- la ricognizione delle potenzialità di diagnosi dei patogeni elencati nella Dir. 2003/99/CE.

Indicatore sentinella	2015	2016	2017	2018
Creazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare provinciale, costituito da rappresentanti degli organi di controllo e dei laboratori deputati a tale attività	non disponibile	Formalizzazione gruppo di lavoro		
Ricognizione delle potenzialità di diagnosi dei patogeni elencati nella Dir. 2003/99/CE	non disponibile	Non disponibile	Relazione	

**Target.** Sanità pubblica.

**Setting.** Non significativo.

**Intersettorialità.** Dipartimento di Prevenzione (Servizi veterinari, Igiene pubblica, Laboratorio di sanità pubblica), Settore laboratorio dell'APPA, IZS, Dipartimento politiche sanitarie e per la non autosufficienza della PAT.

**Analisi dei rischi.** La partecipazione al processo di diverse Amministrazioni implica difficoltà supplementari a causa dei vincoli e delle regole proprie di ogni Soggetto, per mandato, organizzazione, strategia, finanziamento.

## Cronoprogramma

<b>Azione 1: Sviluppo di un protocollo di intesa tra laboratori di diagnostica umana e laboratori deputati alla diagnostica nel settore alimentare e veterinario</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Creazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare provinciale costituito da rappresentanti degli organi di controllo e dei laboratori deputati a tale attività	Dipartimento di prevenzione	Laboratorio APPA - IZS		x		
Ricognizione potenzialità di diagnosi dei patogeni elencati nella Dir. 2003/99/CE e eventuale adeguamento	Responsabili dei Laboratori (APPA, IZS, APSS)				x	
Protocollo di intesa tra laboratori di diagnostica umana e laboratori deputati alla diagnostica nel settore alimentare e veterinario	Responsabili dei Laboratori (APPA, IZS, APSS)					x

## D. COMPLETAMENTO DEI SISTEMI ANAGRAFICI

I controlli ufficiali per la verifica della conformità alla normativa in materia di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali sono svolti dall’Autorità competente, in applicazione del Reg. 178/2002 e secondo le indicazioni contenute nei Regg. 882/2004 e 854/2004.

La base indispensabile per la programmazione dei controlli ufficiali è un’affidabile raccolta di informazioni che consenta di individuare tutte le imprese alimentari (IIAA) e le relative attività e di associare a ciascuna IA i criteri utili a stabilire la frequenza dei controlli stessi.

Poiché i controlli ufficiali devono essere diversificati in relazione, tra le altre cose, alle caratteristiche dei processi e delle produzioni, la programmazione non può prescindere dal possesso di queste informazioni. I codici ATECO, a tutt’oggi l’unico strumento di classificazione disponibile, hanno consentito di tracciare il profilo produttivo delle oltre 10.000 IIAA attive sul territorio (esclusa la produzione primaria).

Fin dal primo utilizzo è emerso che questa codifica – adottata con finalità diverse da quelle sanitarie – presenta alcuni limiti che il nuovo sistema di classificazione (MASTER LIST), elaborato dal Gruppo di lavoro “Anagrafe e Nomenclatore” del Ministero della salute, concepito per l’identificazione di tutte le attività svolte nelle imprese alimentari, dovrebbe superare.

<b>Codice IC</b>	<b>Indicatore di esito</b>	<b>Fonte</b>	<b>Baseline PAT</b>	<b>Atteso PAT</b>
10.4.2	Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla “Master List Regolamento 852/2004”	Registro delle Imprese alimentari	Tutte le IIAA sono registrate nell’applicativo SISweb e le attività sono individuate da codici ATECO	Conformità completa dell’anagrafe delle Imprese alimentari alla Masterlist 852



**Azioni.****Azione 1: Adeguare l'applicativo che gestisce le anagrafiche delle attività degli operatori del settore alimentare provinciale (SISweb), introducendo la codifica "Master List" 852/2004**

La provincia di Trento dispone di un'anagrafe delle imprese alimentari. L'adeguamento dell'applicativo che gestisce le anagrafiche delle attività degli operatori del settore alimentare provinciale con l'introduzione della codifica "Master List" 852/2004 prevede:

- la costituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare per concordare le modalità dell'azione
- l'introduzione delle codifiche Masterlist da associare alle anagrafiche esistenti (definizione delle corrispondenze tra codifica ATECO e Masterlist)
- la formazione/addestramento il personale coinvolto
- l'implementazione e contestuale manutenzione del sistema (verifica e correzione dati immessi).

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Creazione gruppo di lavoro	non disponibile	Formalizzazione gruppo di lavoro		
Adeguamento dell'applicativo in uso (SIS WEB)	non disponibile		Adeguamento applicativo	
Proporzione di IIAA registrate con codifica Master List	non disponibile	Non disponibile	50%	100%

**Target.** Sistema sanitario nazionale.

**Setting.** Non rilevante.

**Intersettorialità.** Servizio Sistemi informativi dell'APSS, Dipartimento di prevenzione, Personale presso i Distretti sanitari non afferente alle UUOO di Igiene e Sanità Pubblica.

**Analisi dei rischi.** Difficoltà tecniche nell'adeguamento del software.

**Cronoprogramma**

<b>Azione 1: Adeguare l'applicativo che gestisce anagrafiche attività operatori settore alimentare provinciale (SISweb), introducendo la codifica "Master List" 852/2004</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Costituzione gruppo di lavoro interdisciplinare per concordare le modalità dell'azione	Dip. prevenzione	Servizio Sistemi Informativi APSS		x		
Introduzione nel sistema SISWEB le codifiche Masterlist da associare alle anagrafiche esistenti	Servizio Sistemi Informativi APSS	Dip. prevenzione			x	
Formazione/addestramento del personale coinvolto	Dip. prevenzione				x	
Implementazione e manutenzione del sistema	Dip. prevenzione				x	x

## E. IMPLEMENTAZIONE ANAGRAFE OPERATORI SETTORE MANGIMI (OSM)

Il Regolamento n. 183/2005 (CE) prevede il riconoscimento comunitario di alcune tipologie di stabilimenti che producono mangimi e la registrazione di tutti gli operatori che, a vario titolo, operano nel settore dell'alimentazione animale.

Nel 2006 la L'Azienda sanitaria di Trento (APSS) ha istituito il registro provinciale degli operatori del settore dei mangimi (OSM), in cui sono stati inseriti gli operatori post-primari, mantenuto costantemente aggiornato con i dati degli operatori riconosciuti o registrati.

Il Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA) 2015-17 ha previsto, al fine di disporre di un unico registro, l'implementazione del sistema informativo nazionale (SINVSA). Alle Regioni/Province autonome viene chiesto, obiettivo fatto proprio dal Piano nazionale della prevenzione, di inserire, secondo il crono-programma di seguito descritto, le informazioni locali nell'anagrafe nazionale:

- entro il 31 dicembre 2015: gli operatori oggetto di riconoscimento ai sensi dell'art. 10 del Regolamento (CE) 183/2005;
- entro il 31 dicembre 2016: gli operatori post-primari, registrati ai sensi dell'art. 9.

Il Piano prevede inoltre che sia avviato lo studio delle procedure per la costituzione dell'anagrafe nazionale delle imprese operanti nel settore della produzione primaria.

### Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice IC	Indicatore di esito	Fonte	Baseline PAT	Atteso PAT
10.4.1	Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi (OSM)	Sistema informativo SINVSA	Registrazione in SINVSA di tutti OSM post-primari registrati o riconosciuti in provincia di Trento	Aggiornamento puntuale di tutti i nuovi OSM post-primari

### Azioni.

#### Azione 1: Aggiornamento puntuale e continuo della piattaforma SINVSA con le informazioni relative agli OSM post-primari riconosciuti o registrati in provincia di Trento

La provincia di Trento si è attivata, a titolo volontario e sperimentale, già a partire dal 2012, per "popolare" la banca dati nazionale. L'APSS, previo accordo con i tecnici della BDN, ha trasmesso le anagrafiche degli OSM post-primari e ha sperimentato la registrazione dei campionamenti previsti dal PNAA. Nel corso del 2013 e 2014 l'APSS ha verificato (attraverso il confronto con i dati della camera di commercio) e aggiornato le anagrafiche degli OSM, integrandole con le nuove informazioni richieste dal sistema. Ha inoltre registrato in SINVSA tutti i campionamenti eseguiti secondo il programma provinciale.

Per mantenere aggiornata in SINVSA l'anagrafe degli OSM post-primari, è necessario:

- verificare, al ricevimento delle istanze o richieste variazioni, della correttezza dei dati e registrare in SINVSA dei nuovi operatori o variazioni.

Indicatore sentinella	2015	2016	2017	2018
Nuovi operatori del settore mangimi post-primari riconosciuti o registrati inseriti nel sistema SINVSA	100% istanze ricevute	100% istanze ricevute	100% istanze ricevute	100% istanze ricevute

**Target.** Operatori del settore dei mangimi (OSM).

**Setting.** Uffici Servizi veterinari.

**Intersettorialità.** Servizi veterinari-Unità operative igiene e sanità pubblica veterinaria dell'APSS, Servizio Politiche sanitarie e per la non autosufficienza della PAT, Ministero della Salute DGSAFV Ufficio VII, Dipartimento Territorio, Agricoltura, Ambiente e Foreste della PAT, Associazioni di categoria.

**Analisi dei rischi.** Mancata presentazione dell'istanza di registrazione da parte di taluni operatori. Complessità della registrazione gli operatori del settore primario e disponibilità di risorse per rispettare modalità e tempi della trasmissione che saranno definiti dal Ministero.

### Cronoprogramma

<b>Azione 1: Aggiornamento puntuale e continuo della piattaforma SINVSA, con le informazioni e nel rispetto dei requisiti che saranno individuati dal "Tavolo interregionale"</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Verifica istanze/variazioni e registrazione in SINVSA	Servizi veterinari APSS		x	x	x	x

### F. FORMAZIONE SUL CONTROLLO UFFICIALE

Il Regolamento 178/2002 ha introdotto un modello di sicurezza alimentare che avvia e costituisce un processo di riorganizzazione della normativa comunitaria. Esso detta i principi per la successiva emanazione dei Regolamenti del cosiddetto «Pacchetto igiene», con importanti novità tra cui l'applicazione di un metodo scientifico che prevede valutazione, gestione e comunicazione del rischio; il principio della rintracciabilità finalizzata a consentire agli operatori ed alle autorità di controllo, di attivare e gestire i sistemi d'allarme in caso di problemi di sicurezza alimentare; i principi della informazione e della comunicazione, che incidono sul livello di fiducia del consumatore.

La responsabilità primaria è attribuita alle imprese e l'operatore del settore alimentare (OSA) è oggi il principale garante della sicurezza dei prodotti che immette sul mercato mentre il servizio pubblico «Autorità Competente» ha il compito di verificare il rispetto delle disposizioni da parte degli operatori della filiera alimentare attraverso la costruzione di un sistema di controllo ufficiale. Questa attività rientra tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) garantiti ai cittadini dal servizio sanitario nazionale.

L'ineludibile avvio di un percorso di adeguamento deve essere mirato sia alla riorganizzazione delle attività di controllo ufficiale, sia ad una trasformazione delle stesse Autorità Competenti, anche e soprattutto in termini di qualificazione del personale, di formazione, di risorse e infrastrutture, di capacità di cooperazione e coordinamento e di risposta alle emergenze, di programmazione, rendicontazione, monitoraggio delle attività di controllo ufficiale, di attività di audit.

L'accordo 7 febbraio 2013 raggruppa in un'ottica sistematica e di carattere gestionale, i requisiti previsti dal Regolamento n. 882/2004, da applicare a tutti i livelli di autorità competente di cui all'art. 2 del decreto legislativo n. 193/2007 in modo che esse possano adempiere a quanto previsto dagli obblighi comunitari rispettando i criteri di efficacia, imparzialità ed efficienza da parte della Pubblica Amministrazione.

Si tratta di un salto di qualità che non può prescindere da un impegno supplementare da parte di tutti gli attori che sono chiamati a costruire e seguire uno specifico percorso di formazione/addestramento.

## Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice IC	Indicatore di esito	Fonte	Baseline PAT	Atteso PAT
10.11.1	% personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi dell'Autorità competente	Tavolo tecnico di coordinamento istituito dall'Accordo 7 febbraio 2013	Non disponibile	100% personale addetto al controllo formato per il primo percorso (approfondimento pacchetto igiene). Mantenimento formazione personale formato

### Azioni.

#### Azione 1: Mettere a punto percorsi formativi di cui al capitolo 2 dell'Accordo Stato Regioni 7 febbraio 2013

Le attività da svolgere per garantire la frequenza dei corsi al personale che effettua i controlli ufficiali:

- ricognizione che permetta ai singoli una gradualità nel raggiungimento delle competenze richieste, offrendo al tempo stesso la possibilità di "personalizzare" il proprio percorso sulla scorta della valutazione delle conoscenze/competenze possedute/maturate ad oggi
- varare un primo percorso finalizzato all'approfondimento del Pacchetto igiene
- varare un secondo percorso destinato ad "addestrare" all'effettuazione degli audit sugli OSA.

Indicatore sentinella	2015	2016	2017	2018
Ricognizione curriculum formativi in materia di controlli ufficiali nelle IIAA	Relazione			
Percorso formativo di cui al punto 1 capitolo 2 Accordo S/R 7/02/2013		Percorso formativo di approfondimento pacchetto igiene	Percorso formativo di approfondimento pacchetto igiene	
Percorso formativo punto 2 capitolo 2 Accordo S/R 7/02/2013				Percorso formativo di addestramento all'audit su OSA

**Target.** Personale medico, medico veterinario e tecnico coinvolto nei controlli ufficiali ex reg. 882/2004.

**Setting.** Servizio formazione, imprese alimentari.

**Intersettorialità.** Servizi veterinari-Unità operative igiene e sanità pubblica veterinaria dell'APSS, Servizio Politiche sanitarie e per la non autosufficienza della PAT, Servizio formazione APSS.

**Analisi dei rischi.** Nessun rischio evidente.

## Cronoprogramma

<b>Azione 1: Mettere a punto percorsi formativi di cui al cap. 2 Accordo Stato Regioni 7/2/2013</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Ricognizione curricula formativi in materia di controlli ufficiali nelle IIAA	Dip. Prevenzione	Servizio Formazione	x			
Percorso formativo punto 1 capitolo 2 Accordo S/R 07/02/2013	Dip. Prevenzione	Servizio Formazione		x	x	
Percorso formativo punto 2 capitolo 2 Accordo S/R 07/02/2013	Dip. Prevenzione	Servizio Formazione			x	x

### **G. ATTUAZIONE DELL'ACCORDO STATO-REGIONI/PROVINCE AUTONOME RELATIVAMENTE ALLE ATTIVITA' DI AUDIT**

L'Autorità competente, designata dai singoli stati, deve attenersi nell'attuazione del controllo ufficiale sugli Operatori del settore alimentare (OSA) volto alla verifica dell'applicazione conforme della normativa in materia di mangimi, alimenti, salute e benessere degli animali, ai requisiti generali e disposizioni del Regolamento (CE) 882/2004.

La provincia autonoma di Trento è "Autorità competente" ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo n. 193/2007 per l'applicazione dei regolamenti comunitari in materia di sicurezza degli alimenti e dei mangimi, di salute e benessere degli animali.

Il Regolamento (CE) n. 882/2004, all'articolo 4 paragrafo 6, prevede che *"le Autorità competenti procedono a audit interni o possono far eseguire audit esterni, e prendono misure appropriate alla luce dei loro risultati, per verificare che si stiano raggiungendo gli obiettivi previsti dal presente regolamento"*.

Con legge provinciale n. 20/2005, articolo 55, la provincia autonoma di Trento ha individuato le competenze in capo all'Amministrazione provinciale e quelle in capo all'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Sono esercitate dall'Amministrazione provinciale le funzioni d'indirizzo, di programmazione e di supervisione sull'applicazione della normativa vigente in materia di sicurezza alimentare. L'Amministrazione provinciale si avvale del Comitato per la sicurezza alimentare (deliberazione n. 513 del 4 aprile 2014) per lo svolgimento dell'attività di supervisione finalizzata a verificare e garantire che l'APSS (Autorità competente locale) controlli e garantisca il rispetto della responsabilità legale da parte dell'Operatore del settore alimentare, vale a dire la conformità alle normative (articolo 1, paragrafo 4 del Reg. CE 882/2004).

L'Amministrazione provinciale, già a partire dall'anno 2010, ha svolto attività di audit sull'Azienda provinciale per i servizi sanitari al fine di verificare che la stessa stia perseguendo gli obiettivi del Reg. (CE) 882/2004 attraverso 7 supervisioni che hanno interessato il Sistema di gestione della sicurezza alimentare, la filiera dei succhi di frutta, del latte, dei prodotti da forno, della carne, l'alimentazione animale, l'apicoltura e i prodotti dell'alveare.

## Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice IC	Indicatore di esito	Fonte	Baseline PAT	Atteso PAT
10.12.1	Rendicontazione dell'attività di audit svolta	Indicatore AAJ1.4 (adempimenti LEA)	Attività di audit svolta nel 2014 (alimentazione animale, apicoltura e prodotti alveare)	Copertura del 100% dei sistemi di controllo previsti dal "Country profile Italia" della Commissione Europea

### Azioni.

#### Azione 1: Realizzare gli audit programmati tenuto conto delle attività già espletate dall'Amministrazione provinciale

È necessario pianificare ed organizzare le attività di audit dirette a verificare l'organizzazione, l'efficacia, l'appropriatezza e l'efficienza dei controlli ufficiali condotti dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari, nei settori degli alimenti, dei mangimi, della salute e del benessere animale, garantendo al termine del periodo di riferimento la copertura di tutti i sistemi di controllo di cui al *Country Profile Italia*.

L'obiettivo del programma è quello di assicurare, tenuto conto dell'attività già svolta, la copertura di tutti i sistemi di controllo di cui al "Country Profile Italia" della Commissione europea, entro la fine dell'anno 2018.

La realizzazione degli audit impone:

- predisposizione della procedura per l'esecuzione dell'attività di audit
- predisposizione del documento di programmazione per gli anni 2015-2018
- effettuazione degli audit programmati
- valutazione degli esiti degli audit e delle azioni che ne scaturiscono.

Indicatore sentinella	2015	2016	2017	2018
Rendicontazione annuale dell'attività di audit svolta sull'Azienda provinciale per i servizi sanitari	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile

**Target.** Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari con le sue articolazioni e in particolare: Coordinamento Unità Operative di Igiene e Sanità Pubblica Veterinaria, Unità Operative territoriali di Igiene e Sanità Pubblica Veterinaria, Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica e Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica Centro-Sud.

**Setting.** Non rilevante.

**Intersettorialità.** Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza della Provincia autonoma di Trento, Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, Servizio Agricoltura della Provincia autonoma di Trento.

**Analisi dei rischi.** Problemi di natura organizzativa e/o di personale disponibile e formato a livello di autorità competente provinciale per lo svolgimento degli audit.

## Cronoprogramma

<b>Azione 1: Realizzare gli audit programmati tenuto conto delle attività già espletate dall'Amministrazione provinciale nel corso del 2014</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Predisposizione del documento di programmazione per gli anni 2015-2018	PAT-Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza		x			
Realizzazione degli audit programmati	PAT-Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza		x	x	x	x

## 13 Rafforzare le attività di prevenzione in sanità pubblica veterinaria

Nell'ambito della sanità pubblica veterinaria il Trentino pianifica e realizza da anni:

- azioni di sorveglianza sanitaria degli animali selvatici, finalizzate a prevenire la trasmissione di malattie infettive e diffuse di interesse veterinario alle popolazioni domestiche e all'uomo
- azioni di informazione/educazione della popolazione target, di sorveglianza sui canili/rifugi e di controllo sull'applicazione del sistema anagrafe canina, finalizzate a prevenire il fenomeno del randagismo.

Nonostante i risultati positivi conseguiti è ancora necessario dotarsi di uno specifico programma che indichi in modo puntuale le azioni necessarie per mantenere e consolidare queste attività di prevenzione in sanità pubblica veterinaria.

Codice dell'obiettivo centrale di riferimento. OC 10.6; 10.8.

### **Evidenze di efficacia degli interventi previsti.**

*Piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici:* la sorveglianza sanitaria sulla fauna selvatica, effettuata attraverso l'attività diagnostica di base e approfondimenti specialistici su animali trovati morti o abbattuti durante l'attività venatoria e conferiti al laboratorio nel corso degli anni (la prima convenzione tra Servizio Foreste e IZS risale al 1993), ha permesso di acquisire informazioni e conoscenza sulla presenza e distribuzione di malattie quali la paratubercolosi, la cheratocongintivite infettiva, la rogna sarcoptica, l'ectima contagioso, la trichinellosi, la borreliosi di Lyme, la TBE, ecc. e di monitorarne l'andamento. Durante l'epidemia di rabbia silvestre che ha interessato il Nord Italia negli anni 2008-2011 l'attività di sorveglianza ha permesso di evidenziare la comparsa della malattia sul territorio provinciale (8 volpi rinvenute morte sono risultate positive) e di monitorarne l'andamento fino alla sua eradicazione.

*Prevenzione del randagismo:* le iniziative di informazione della popolazione target (volantini informativi, incontri pubblici, trasmissioni radiofoniche ecc) realizzate durante l'epidemia di rabbia silvestre e il coinvolgimento attivo dei Comuni nel promuovere la vaccinazione obbligatoria, hanno determinato un significativo incremento dell'iscrizione dei cani in anagrafe provinciale, dimostrando l'efficacia delle azioni.

**Beneficiari.** L'attività di epidemiosorveglianza sulla fauna selvatica ha un impatto concreto sia nella gestione e conservazione delle specie selvatiche sia in termini di sanità animale e salute pubblica. Prevenire il fenomeno del randagismo avvantaggia la popolazione trentina nel suo insieme.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Non rilevabile.

### **Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.**

È possibile monitorare lo stato di avanzamento del piano di sorveglianza sugli animali selvatici attraverso la consultazione del sistema informativo dell'Istituto zooprofilattico delle Venezie (IZILab).

L'eventuale riscontro di patologie a carattere zoonosico nella fauna selvatica (rabbia, tubercolosi, brucellosi, WND, influenza aviaria ecc) è registrato nel Sistema informativo malattie animali nazionale (SIMAN) del Ministero della Salute.

L'obiettivo di incrementare l'identificazione e la registrazione dei cani è valutabile e monitorabile attraverso il sistema informativo "anagrafe degli animali d'affezione" ([www.anagrafecaninatrento.it](http://www.anagrafecaninatrento.it)), la relazione annuale prodotta ai sensi del DM 06/05/2008 e i dati riportati nel Resoconto Periodico Attività dei Servizi Veterinari.



Sono individuati in questo programma due linee operative:

- A) Piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici
- B) Prevenzione del randagismo.

#### **A. PIANI DI SORVEGLIANZA IN POPOLAZIONI DI ANIMALI SELVATICI**

Una attenta sorveglianza sanitaria delle popolazioni selvatiche finalizzata all'individuazione degli agenti causali e dei fattori di rischio, affiancata alla vigilanza permanente sulle popolazioni di ungulati domestici, permette di evidenziare precocemente situazioni critiche in termini di comparsa e diffusione delle malattie sul territorio e di definire idonei strumenti gestionali.

L'attivazione di programmi di sorveglianza nei confronti di agenti infettivi propri della fauna e/o comuni con le specie domestiche e l'uomo, risulta un valido strumento sia per garantire il mantenimento della biodiversità, sia a tutela della sanità animale e della salute pubblica. Infatti gli animali selvatici possono rappresentare i reservoir, i vettori o semplicemente ospiti occasionali di agenti eziologici responsabili di patologie di comune riscontro nella fauna selvatica, ma anche di patologie emergenti, talora anche a carattere zoonosico. Di conseguenza, l'impatto derivante dall'attività di epidemiosorveglianza trova concretezza non solo nella gestione e conservazione delle specie selvatiche, ma anche in termini di sanità animale e salute pubblica.

A livello nazionale non è presente uno specifico Piano di sorveglianza delle malattie degli animali selvatici, ma esistono Piani di controllo di talune malattie che interessano sia gli animali domestici sia i selvatici, e che pertanto prevedono il monitoraggio di entrambe le popolazioni, come i Piani di sorveglianza della West Nile Disease e dell'Influenza Aviaria.

Tali piani sono attuati anche a livello provinciale e prevedono la sorveglianza passiva su volatili selvatici trovati morti, che devono essere recuperati e inviati all'IZS per accertamenti diagnostici.

#### **Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici**

<b>Codice IC</b>	<b>Indicatore di esito</b>	<b>Fonte</b>	<b>Baseline PAT</b>	<b>Atteso PAT</b>
10.6.1	Attuazione di piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	Report annuale dell'attività svolta	Piano di sorveglianza sanitaria sulla fauna selvatica attuato attraverso un servizio diagnostico specialistico sugli animali selvatici rinvenuti morti o abbattuti, rinnovato annualmente	Piano di sorveglianza sanitaria volto alla rapida rilevazione delle principali patologie che riguardano i selvatici, con particolare attenzione alla Rabbia, Tubercolosi, West Nile Disease e Influenza Aviaria

#### **Azioni.**

**Azione 1: Controllo e contenimento delle malattie zoonotiche attraverso l'attuazione di un Piano di sorveglianza mirato alla rapida rilevazione delle principali patologie che riguardano i selvatici, con particolare attenzione a Rabbia, Tubercolosi, West Nile Disease e Influenza Aviaria (reiterazione o rimodulazione del servizio diagnostico specialistico sugli animali selvatici già in essere).**

In provincia di Trento è attivato, presso l'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie, su incarico del Servizio Foreste e Fauna della Provincia autonoma di Trento, uno specifico servizio diagnostico per approfondimenti specialistici sullo stato sanitario della fauna selvatica, ad

integrazione del servizio diagnostico di base fornito istituzionalmente. Tale servizio, regolato da convenzione rinnovata annualmente con Determinazione del Dirigente del Servizio Foreste e Fauna, consiste in:

- indagini sanitarie volte all'identificazione di eventuali agenti patogeni coinvolti in episodi di mortalità anomala (malattie epidemiche, malattie che incidono gravemente sulla dinamica di popolazione delle specie selvatiche) o in caso di sospetto di patologie prioritarie per la sanità pubblica (zoonosi) e/o animale;
- indagini volte alla ricerca di sostanze tossiche in episodi di sospetto avvelenamento;
- elaborazione, anche su base geografica, dei dati ottenuti con gli accertamenti sanitari al fine di fornire indicazioni gestionali ed ottenere elementi per la stima dei rischi sanitari legati alla fauna selvatica;
- attività formativa/informativa relativa alle problematiche sanitarie della fauna selvatica attraverso il personale tecnico e le strutture di laboratorio (produzione materiale divulgativo, incontri informativi e formativi rivolti al personale di vigilanza e ai cacciatori).

L'attività si è concentrata negli ultimi anni su problematiche sanitarie ritenute di maggior rilievo come la rabbia silvestre in volpi e mustelidi, la rogna sarcoptica del camoscio, lo stato sanitario della lepre, la presenza di trichinella nella popolazione di cinghiale e ha comportato l'analisi di ca 700 carcasse/organi di animali selvatici all'anno.

Nel quadriennio 2015-2018 le attività principali saranno orientate a:

- analizzare i programmi di attività oggetto di convenzione tra IZS e Servizio Foreste e Fauna relativi agli anni 2013, 2014 e 2015 e i report di attività del servizio diagnostico specialistico e di base svolto negli anni 2013 e 2014, al fine di verificarne la totale coerenza con l'obiettivo del programma e di evidenziare eventuali possibili punti di miglioramento in relazione all'obiettivo dello stesso;
- condividere principi e obiettivi del Piano provinciale della prevenzione tra Servizi Veterinari dell'APSS, Dipartimento politiche sanitarie e per la non autosufficienza della PAT, Servizio Foreste e Fauna della PAT e Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Venezie e individuare eventuali azioni migliorative/integrative del programma di indagini sanitarie sulla fauna selvatiche per l'anno 2016 e successivi;
- stipulare la convenzione tra IZS e Servizio Foreste e fauna della PAT per l'attuazione delle indagini diagnostiche;
  - informare/formare gli operatori dei servizi provinciali e delle associazioni cacciatori coinvolti nella raccolta e conferimento materiale e dei veterinari dell'APSS operanti sul territorio, sugli obiettivi e modalità di esecuzione del progetto al fine della sua più completa realizzazione (aumento del numero e qualità del materiale diagnostico di specie animali sensibili conferito).

Il programma di attività sarà reiterato o rimodulato negli anni successivi sulla base dei risultati ottenuti e previa condivisione degli obiettivi tra i soggetti coinvolti.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Report annuale dell'attività svolta nell'ambito della convenzione tra IZS e Servizio Foreste e Fauna	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile

**Target.** La popolazione trentina nel suo insieme.

**Setting.** Territorio della provincia di Trento (distretti venatori).

**Intersettorialità.** Servizio Politiche sanitarie e per la non autosufficienza della PAT, Servizio Foreste e Fauna della PAT, Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Venezie, Associazione Cacciatori Trentini, Unità operative igiene e sanità pubblica veterinaria dell'APSS, Centro di

Referenza Nazionale per le Malattie degli Animali Selvatici (CeRMAS).

**Analisi dei rischi.** Difficoltà di coinvolgimento attivo degli operatori (guardie forestali, guardiacaccia, cacciatori) che rinvencono le carcasse di animali e le conferiscono al laboratorio.

Difficoltà di disporre di materiale diagnostico adeguato a causa delle condizioni di rinvenimento delle carcasse, delle lunghe distanze per raggiungere il laboratorio e delle difficoltà di conservazione.

### Cronoprogramma

<b>Azione 1: Controllo e contenimento delle malattie zoonotiche attraverso l'attuazione di un Piano di sorveglianza mirato alla rapida rilevazione delle principali patologie che riguardano i selvatici, con particolare attenzione a Rabbia, Tuberculosis, West Nile Disease e Influenza Aviaria (reiterazione o rimodulazione del servizio diagnostico specialistico sugli animali selvatici già in essere)</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Analisi programmi e report per verifica coerenza con obiettivi e individuazione punti miglioramento	Servizi veterinari APSS	Serv. Politiche sanitarie e per la non autosufficienza - IZS Venezia	x	x	x	x
Condivisione degli obiettivi e dei contenuti del programma annuale attività	Servizi veterinari APSS	Politiche sanitarie e per la non autosufficienza - IZS Venezia - Servizio Foreste e Fauna		x	x	x
Stipula convenzione tra Servizio Foreste e Fauna e IZS	Servizio Foreste e Fauna	IZS Venezia - Serv. Politiche sanitarie e per la non autosufficienza		x	x	x
Informazione Formazione degli operatori	IZS Venezia	Servizio Foreste e Fauna - Associazione cacciatori		x	x	x

### B. PREVENZIONE DEL RANDAGISMO

La Legge provinciale 28 marzo 2012, n. 4 "Protezione degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo", attraverso cui la Provincia autonoma di Trento tutela la salute degli animali d'affezione e ne promuove la corretta convivenza con le persone, nel rispetto delle esigenze sanitarie e ambientali, istituisce l'anagrafe canina provinciale, abrogando le precedenti disposizioni normative (art. 10 L.P. n. 5/2003 e regolamento esecutivo).

La legge dispone che i proprietari o i detentori di cani iscrivano i propri animali all'anagrafe canina provinciale nel comune di residenza entro sessanta giorni dalla nascita dell'animale o entro trenta giorni da quando ne vengono in possesso e che comunichino al comune la cessione, la scomparsa o la morte del cane, nonché il cambiamento di residenza, secondo quanto stabilito dal regolamento di esecuzione. Il Regolamento "Disposizioni regolamentari

per l'esecuzione degli articoli 9 e 10 della legge provinciale 28 marzo 2012, n. 4", approvato con Deliberazione della giunta provinciale n. 1924 del 16/09/2013, individua e definisce:

- le modalità di organizzazione e di gestione dell'anagrafe canina provinciale;
- le modalità di accesso all'anagrafe canina e i soggetti legittimati ad accedervi;
- le caratteristiche strutturali e i criteri per la costruzione dei rifugi e per il risanamento dei canili municipali e le modalità e i criteri per garantire buone condizioni di vita degli animali ricoverati, il rispetto delle norme igienico-sanitarie e per assicurare il controllo sanitario;
- le modalità di identificazione dei gatti e di registrazione dei dati all'anagrafe felina provinciale;
- i criteri e le modalità di svolgimento delle attività riconosciute agli enti e alle associazioni protezioniste dalla legge 14 agosto 1991, n. 281 (legge quadro in materia di animali da affezione e prevenzione del randagismo);
- le modalità di esercizio delle funzioni esercitate dalla Provincia e dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari, in materia di anagrafe canina e di prevenzione del randagismo.

### Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice IC	Indicatore di esito	Fonte	Baseline PAT	Atteso PAT
10.8.1	Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target	Relazione ai sensi del DM 06/05/2008	Campagne informative realizzate nel 2010 e 2011 sul possesso responsabile degli animali e sugli obblighi di identificazione ("I cani qualche rischio tanti benefici" - "Per il tuo cane non basta il microchip")	Piano di informazione/comunicazione rivolto ai proprietari di animali d'affezione finalizzato a promuovere una corretta interazione uomo-animale e il rispetto degli obblighi di identificazione e registrazione
10.8.2	Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe provinciale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati	Relazione ai sensi del DM 06/05/2008	Percentuale di cani vaganti restituiti al proprietario sul totale dei catturati > al 55% (nel 2013 62%, nel 2014 63,5%)	Mantenimento del valore della percentuale di cani vaganti restituiti al proprietario sul totale dei catturati
10.8.3	Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio	Relazione ai sensi del DM 06/05/2008	I canili/rifugi presenti in provincia di Trento (attualmente 3) sono sottoposti a controllo da parte dei servizi veterinari con frequenza settimanale al fine di espletare i compiti assegnati con Delibera 1924/2013	Mantenimento della frequenza dei controlli presso i canili/rifugi

**Azione 1: Incrementare sia l'identificazione dei cani mediante microchip e la loro registrazione in banca dati sia la segnalazione degli eventi relativi ai cani già registrati, promuovendo una corretta interazione uomo-animale.**

L'anagrafe canina degli animali d'affezione della provincia di Trento ([www.anagrafecaninatrento.it](http://www.anagrafecaninatrento.it)) è istituita e gestita dal 2004 dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari ed è alimentata dai veterinari dell'azienda sanitaria e dai veterinari liberi professionisti accreditati. In anagrafe sono registrati oggi circa 55.500 cani e 1.200 gatti. Nonostante il fenomeno del randagismo in provincia di Trento sia praticamente assente, si stima che comunque una piccola percentuale di animali di proprietà (<10%) non sia regolarmente iscritto e, allo stesso tempo, che le comunicazioni di cessione o morte degli animali già registrati non siano puntualmente comunicate.

Un indicatore che misura il grado di diffusione dello strumento "anagrafe" sul territorio è rappresentato dalla percentuale di cani vaganti catturati già microchippati e pertanto restituibili ai proprietari, sul totale dei catturati. L'indicatore si ritiene soddisfatto se il numero di cani catturati risultati identificati ed iscritti e quindi restituiti è in incremento rispetto al numero di cani catturati totali. Nel corso del 2014 il 63,5 % dei cani entrati nei canili/rifugi provinciali sono stati restituiti al legittimo proprietario, mentre nel 2013 la percentuale è stata del 62%.

In provincia di Trento sono attivi 3 canili/rifugi gestiti da enti/associazioni protezioniste. Tali canili/rifugi sono sottoposti a controllo da parte dei servizi veterinari dell'azienda sanitaria con frequenza almeno settimanale, al fine di espletare i compiti assegnati dalla Giunta Provinciale con Delibera n. 1924/2013.

Le attività previste per il prossimo quadriennio sono:

- coinvolgimento delle amministrazioni comunali affinché svolgano un'azione di controllo, informazione, ed eventualmente sanzionatoria, nei confronti dei cittadini proprietari di cani in merito agli obblighi di identificazione e registrazione;
- predisposizione di un piano di informazione/educazione dei cittadini sulle finalità e il funzionamento dell'anagrafe canina provinciale e sul possesso responsabile degli animali e la tutela del loro benessere (es. volantini, comunicazioni attraverso i media, sito web);
- predisposizione di una procedura standardizzata, e della relativa modulistica, per l'esecuzione dei controlli. La procedura prevederà il rilievo, con frequenza stabilita, delle informazioni richieste ai sensi del DM 06/05/2008 al fine di monitorare il valore relativo alla proporzione dei cani identificati rispetto ai catturati.

Nel corso del periodo del programma potrà rendersi necessario apportare delle modifiche al fine di completarlo e aggiornarlo.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Mantenimento della frequenza dei controlli presso i canili/rifugi	Almeno 1 controllo/settimana	Almeno 1 controllo/settimana	Almeno 1 controllo/settimana	Almeno 1 controllo/settimana

**Target.** Proprietari di animali d'affezione.

**Setting.** Canili/rifugi, ambulatori veterinari, spazi di incontro pubblici.

**Intersettorialità.** Servizi veterinari-Unità operative igiene e sanità pubblica veterinaria dell'APSS, Comuni, Ordine dei Medici veterinari della provincia di Trento, Servizio comunicazione interna ed esterna APSS, Servizio Politiche sanitarie e per la non autosufficienza della PAT, Enti/associazioni protezionistiche.

**Analisi dei rischi.** Difficoltà di coinvolgimento attivo della amministrazioni comunali.

## Cronoprogramma

<b>Azione 1: Incrementare sia l'identificazione dei cani mediante microchip e la loro registrazione in banca dati sia la segnalazione degli eventi relativi ai cani già registrati, promuovendo una corretta interazione uomo-animale</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Coinvolgimento delle amministrazioni comunali	Servizi veterinari dell'APSS	Comuni - Servizio Politiche sanitarie e per la non autosufficienza della PAT		x		
Predisposizione di un piano di informazione / educazione dei cittadini	Servizi veterinari APSS	Servizio comunicazione interna ed esterna APSS - Ordine dei veterinari di Trento - Enti / associazioni protezionistiche		x		
Predisposizione di una procedura standardizzata per l'esecuzione dei controlli e della relativa modulistica	Servizi veterinari APSS			x		

## 14 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute umana

Il ruolo dei fattori ambientali quali determinanti della salute umana è universalmente riconosciuto. L'OMS già nel 1977 rilevava il forte peso dei determinanti ambientali sulla salute. La carta di Ottawa del 1986, segnando una svolta nella concezione della salute come bene da salvaguardare, lancia il concetto di promozione della salute basata sull'attenzione agli indicatori non sanitari, quali quelli ambientali e sociali. Tre anni dopo è lanciato il "percorso su ambiente e salute", con lo scopo di eliminare i principali fattori di rischio provocati dall'ambiente sulla salute.

Questo percorso si è quindi sviluppato in diverse conferenze programmatiche. In una di queste (Helsinki 1994) venne concordato il Piano d'azione europeo su ambiente e salute, che conteneva una proposta di schema per la definizione dei Piani d'azione nazionale su ambiente e salute. Il Piano prende in considerazione le specifiche matrici ambientali, mentre per i piani nazionali viene proposta una distinzione di azioni in gruppi, che consente di definire le priorità per ogni Paese.

Allo stato attuale, quindi, un corretto approccio volto alla promozione della salute di una popolazione non può prescindere dalla valutazione dei fattori ambientali, accanto a quelli sanitari e sociali.

Stante questo scenario, per contro, in provincia di Trento così come nel resto del Paese si assiste spesso a una gestione e ad approcci separati delle tematiche ambientali e di quelle sanitarie, seguite in Trentino prevalentemente dall'Agenzia Provinciale per la protezione dell'Ambiente (APPA) e dal Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Provinciale per i servizi sanitari (APSS), mentre sono rare le iniziative volte a promuovere una visione condivisa ed intersettoriale. Così pure, soprattutto per quanto attiene gli aspetti comunicativi e il coinvolgimento della popolazione, esistono settori nei quali la collaborazione con gli Enti Locali (Comuni e Comunità di Valle) o con altri Servizi provinciali, è da ritenersi cruciale, pur tuttavia non sempre avviene.

Una simile frammentazione di competenze può comportare la formulazione di valutazioni o giudizi disallineati, se non contraddittori, e a scelte non coerenti con la necessità di tutelare la salute; la mancata partecipazione della popolazione al processo di valutazione, così come le carenze nel processo di comunicazione ai cittadini, possono portare invece a situazioni di conflitto e percezioni alterate dei fattori di rischio legati all'ambiente. Analogo ragionamento può essere esteso alle attività di verifica, monitoraggio e approfondimento, sia ambientale sia sanitario, talvolta organizzate o predisposte senza considerare la necessità di tracciare un quadro complessivo e univoco, con conseguenti possibili difficoltà sul piano della comunicazione alla popolazione.

Tale dicotomia può essere superata perseguendo la condivisione di progetti e strumenti di lavoro sul tema comune *ambiente e salute*, come ad esempio la valutazione dell'impatto sanitario e ambientale, approfondimenti di epidemiologia ambientale e mappatura del rischio, strumenti per la comunicazione del rischio, avvalendosi anche di specifici progetti e iniziative su argomenti ritenuti rilevanti nel contesto territoriale.

**Codice dell'obiettivo centrale di riferimento.** OC 8.1; 8.2; 8.3; 8.4; 8.5; 8.6; 8.10; 8.11; 8.12.

Vista la complessità della materia affrontata da questo programma, sono state individuate sei *linee operative* in cui si articoleranno le azioni finalizzate al conseguimento del macroobiettivo, qui di seguito elencate:

- A. Sviluppare modelli e relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti, tramite la costituzione di un tavolo tecnico provinciale per la valutazione congiunta ambientale e sanitaria e la predisposizione di una piattaforma condivisa di dati ambientali e sanitari per valutazioni condivise;
- B. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti

- sulla salute delle modifiche ambientali per la stesura di Linee Guida e strumenti per la Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS);
- C. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali e salute, attraverso il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione e il potenziamento della sorveglianza epidemiologica, con particolare riferimento a inquinanti di interesse attuale ed emergente:
    - 1. Inquinamento atmosferico da polveri fini;
    - 2. Inquinamento indoor da gas radon;
  - D. Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS sui temi di integrazione ambiente salute, della valutazione di impatto e di danno e comunicazione del rischio, attraverso la predisposizione di specifici eventi formativi;
  - E. Sensibilizzare la popolazione sul rischio derivante dall'utilizzo dei telefoni cellulari e sui rischi legati all'eccessiva esposizione e raggi UV, attraverso la predisposizione di materiale informativo e fornendo disponibilità per incontri specifici rivolti alla popolazione generale, con particolare riguardo alla popolazione scolastica.
  - F. Il programma REACH

**A. Sviluppare modelli e relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti, tramite la costituzione di un tavolo tecnico provinciale per la valutazione congiunta ambientale e sanitaria e la predisposizione di una piattaforma di dati ambientali e sanitari per valutazioni condivise.**

In provincia di Trento, così come in molte altre realtà italiane, si assiste sovente a un approccio separato delle tematiche ambientali e sanitarie, il che comporta carenze nel processo di valutazione degli impatti, scarsità di informazioni per i decisori sulla necessità delle azioni da intraprendere per controllare il rischio e/o delle misure di compensazione, inadeguatezza di informazioni per una corretta stima dell'impatto sulla salute e difficoltà nella comunicazione con i cittadini.

La valutazione degli impatti risente inevitabilmente delle modalità di condivisione delle informazioni, dipendenti da iniziative episodiche legate a richieste specifiche e solo in misura minore da azioni regolate da protocollo operativo. Occorre quindi garantire la condivisione di dati, ambientali e sanitari, validati con procedure più snelle, non discrezionali e tempestive per consentire la rilevazione di situazioni critiche e approntare le misure di prevenzione sanitarie e ambientali.

Si ritiene che l'azione più efficace per raggiungere gli obiettivi non possa prescindere dalla creazione di uno specifico tavolo di lavoro interistituzionale a livello locale, in grado di coordinare i diversi attori, e di promuovere, attraverso la condivisione di strumenti e dati condivisi, la realizzazione di un sistema di verifiche e approfondimenti che contemperino esigenze ambientali e sanitarie, con particolare riguardo per i temi di maggiore interesse a livello provinciale. Detto tavolo tecnico non è da ritenersi sostitutivo o integrativo rispetto ad altri organi istituzionali preposti alla valutazione dell'impatto ambientale, né agli organismi cui spetta la pianificazione del territorio, bensì dovrà fornire utili strumenti interpretativi per i decisori.

Compiti specifici del tavolo tecnico saranno: la predisposizione di strumenti di valutazione dello stato dell'ambiente nelle varie matrici, che permettano di evidenziare l'esistenza di rischi per la salute dei cittadini e le eventuali aree a maggior criticità; la predisposizione della fattibilità di indagini epidemiologiche puntuali e mirate; l'organizzazione di un sistema di comunicazione costante ed efficace sui temi ambientali; la valutazione di approfondimenti su temi specifici, anche a seguito di segnalazioni fondate da parte di istituzioni, associazioni di cittadini.

**Obiettivi specifici del programma.**

- 1. Creare un approccio condiviso per la valutazione dell'impatto ambientale, con particolare riferimento al rapporto ambiente e salute;



2. Predisposizione di strumenti (procedure, linee guida ecc.) che permettano un approccio standardizzato alle varie problematiche;
3. Realizzare una rete di conoscenze da parte degli operatori che si occupano del tema ambiente e salute sotto diversi profili professionali (APPA e APSS), programmando attività (valutazioni ambientali e sanitarie, sistemi di monitoraggio ecc.) in grado di dare risposte condivise a quesiti relativi a eventuali impatti sanitari derivanti da fattori ambientali;
4. Utilizzare dati condivisi e validati a supporto delle azioni di prevenzione;
5. Valutare la fattibilità di approfondimenti su temi specifici, emergenti o attualmente presenti sul territorio (tematiche possibili: distribuzione territoriale di malattie correlate all'amianto, all'esposizione a Campi Elettromagnetici, all'utilizzo del cellulare, all'esposizione a prodotti fitosanitari) o per aree specifiche, in funzione del rischio;
6. Curare la comunicazione alla popolazione per favorire una corretta ed equilibrata percezione dei rischi.

**Evidenze di efficacia degli interventi previsti.** Lo sviluppo di strumenti di valutazione preventiva e di monitoraggio a livello locale è fondamentale per evidenziare priorità specifiche relative al territorio della provincia di Trento e per promuovere politiche ambientali ed economiche il più possibile meno impattanti per la salute umana; inoltre, la condivisione di protocolli che regolano lo scambio in rete dei dati validati d'interesse reciproco ridurrà significativamente i tempi d'intervento e consentirà la lettura in tempo reale, dello stato e dell'evoluzione dei fenomeni sotto attenzione.

**Beneficiari.** In generale sia le Istituzioni (sistema decisionale pubblico, Dipartimento Salute e solidarietà sociale, Dipartimento Territorio, Agricoltura, Ambiente e Foreste, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Agenzia per la protezione dell'ambiente) che i cittadini e le associazioni, potranno avere accesso a valutazioni ambientali e sanitarie più complete, univoche e omogenee, derivanti da un approccio condiviso in cui vengono adeguatamente contemplate esigenze di tutela dell'ambiente e della salute umana.

In particolare, i cittadini potranno usufruire di informazioni equilibrate rispetto ai fattori di rischio, sui risultati di specifiche campagne d'indagine ambientali ed eventuali approfondimenti epidemiologici; qualora gli strumenti predisposti siano efficaci nel coadiuvare i decisori, la collettività potrà usufruire di una pianificazione territoriale, scelte infrastrutturali e misure di mitigazione adeguate rispetto alla tutela dell'ambiente in funzione della salute e del benessere dell'uomo.

**Impatto sulle disuguaglianze.** L'approccio integrato ambientale e sanitario mira a ridurre le disuguaglianze di salute informando i responsabili politici/decisori circa i potenziali impatti sulla salute di una proposta infrastrutturale o di una condizione di rischio insistente su vari gruppi della popolazione e, se del caso, raccomandare modifiche e/o azioni mitigative per consentire una più equa distribuzione degli impatti.

Attraverso la condivisione di dati ambientali e sanitari, potrà essere agevolata la valutazione dell'impatto complessivo di opere, infrastrutture, situazioni di rischio ecc; ciò renderà possibile una maggiore conoscenza della distribuzione territoriale dei rischi in provincia di Trento, fornendo utili strumenti e indicazioni per la pianificazione territoriale e di indirizzo economico, con ricadute possibilmente positive in termini di benessere e salute per la popolazione generale; lo stesso strumento permetterà inoltre di indirizzare opportune azioni mitigative e compensative del rischio.

Infine, estendendo a una più larga fascia di persone l'accesso a informazioni equilibrate sui rischi, potrà favorire una maggiore consapevolezza e una corretta percezione e delle possibili azioni correttive applicabili dal singolo cittadino.

**Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.**

Il monitoraggio dell'attività svolta dovrà prevedere la formulazione di un calendario di lavoro, con definizione degli obiettivi dei temi più rilevanti a livello provinciale, la rendicontazione (trimestrale o semestrale, a seconda della complessità del tema esaminato) e la produzione di reportistica sulle attività portate a termine (pubblicazioni, quaderni di lavoro, ecc).

L'evidenza dell'efficacia del lavoro, nello specifico si misurerà sulla base di: numerosità e complessità degli aspetti oggetto di valutazione congiunta (ambientale e sanitaria); trasversalità di temi affrontati; formalizzazione e livello di utilizzazione degli strumenti di lavoro (banca dati, procedure e linee guida); livello di adesione delle iniziative/condivisione da parte degli Enti locali e dei Cittadini.

**Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici**

<b>Codice IC</b>	<b>Indicatore di esito</b>	<b>Fonte</b>	<b>Baseline PAT</b>	<b>Atteso PAT</b>
8.1.1	Disponibilità di rapporti di attività intra e interistituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute	PAT	Non rilevato	Documento
8.1.2	Disponibilità di rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute	PAT	Non rilevato	Evidenza documentata delle attività svolte
8.2.1	Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri di Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio)	PAT	Non rilevato	Evidenza documentata

**Azioni.**

**Azione 1: Costituzione di un tavolo tecnico provinciale per la valutazione congiunta ambientale e sanitaria e la predisposizione di una piattaforma di dati ambientali e sanitari per valutazioni condivise**

Le attività programmate sono le seguenti:

- Formazione del Gruppo di lavoro
- Individuazione degli obiettivi del Piano Provinciale della Prevenzione per i quali adottare il protocollo operativo
- Verifica dei dati, ambientali e sanitari, e delle informazioni già disponibili
- Individuazione delle norme di condivisione
- Stage di formazione
- Definizione di un atto di indirizzo per la valutazione integrata dell'impatto sulla salute.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Stato di avanzamento della progettazione e implementazione della piattaforma informatica su cui far convergere i dati ambientali e sanitari	Non rilevabile	Progettazione e attivazione banca dati	Implementazione e utilizzo	Formalizzazione istituzionale banca dati ambientale e sanitaria come strumento di conoscenza e valutazione

**Target.** Personale del Dipartimento di Prevenzione di APSS, Servizio Epidemiologia Clinica e valutativa APSS, Agenzia Provinciale Protezione Ambiente (APPA), Provincia Autonoma di Trento.

**Setting.** Provincia di Trento.

**Intersettorialità.** Enti locali (Comuni e Comunità di Valle); Agenzia Provinciale Protezione Ambiente (APPA), Dipartimento di Prevenzione, Servizio Epidemiologia Clinica e valutativa; Servizi provinciali deputati alla pianificazione, Comitati di Cittadini. Provincia Autonoma di Trento (Servizio Valutazioni Ambientali, Adep, APRIE e altri servizi).

### Cronoprogramma

<b>Azione 1: Costituzione di un tavolo tecnico provinciale per la valutazione congiunta ambientale e sanitaria e la predisposizione di una piattaforma di dati ambientali e sanitari per valutazioni condivise</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Formazione gruppo di lavoro, individuazione degli obiettivi	Dip.Prevenzione	APPA; Dip. Prevenzione; Servizio Epidemiologia Clinica e valutativa; Servizi provinciali deputati alla pianificazione	x	x		
Verifica dati e informazioni disponibili	Dip Prevenzione; APPA		x	x		
Individuazione norme di condivisione, stage di formazione	Dip Prevenzione; APPA	Enti locali; Servizi provinciali deputati alla pianificazione; Provincia Autonoma di Trento (Servizio Valutazioni Ambientali; ADep; APRIE e altri servizi)			x	x
Definizione atto di indirizzo per la valutazione integrata dell'impatto sulla salute	Dip Prevenzione; APPA				x	x

### **B. Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali per la stesura di Linee Guida e strumenti per la Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS).**

Nell'ultimo decennio si è assistito a un crescente interesse rispetto alle procedure di Valutazione di Impatto ambientale, in particolare sul tema dei rischi per la salute umana. Esistono numerosi documenti e direttive europee sul tema della Valutazione di Impatto sulla Salute (Carta di Ottawa, Consensus Conference di Goteborg, Protocollo di Kiev, Direttiva Europea sulla VIA - Valutazione di Impatto Sanitario - e sulla VAS - Valutazione Ambientale Strategica). Vari governi europei hanno assunto la VIS e, dando seguito alle indicazioni

internazionali, alcuni l'hanno normata, altri hanno preso un impegno per inserirla nell'agenda politica, altri ancora hanno finanziato progetti pilota.

La Commissione Europea ha inoltre incluso gli aspetti riguardanti la salute umana nelle proprie direttive sulla valutazione d'impatto ambientale, prevedendo inoltre la graduale introduzione dal 2003 di procedure di valutazione di impatto integrate.

L'Italia oggi presenta numerose carenze normative e applicative rispetto alle raccomandazioni internazionali e alla completa applicazione delle indicazioni europee sulla VIS. Inoltre, pur richiedendo una valutazione della componente "salute" nella VIA e nella VAS (a partire dal DPCM 27/12/88 e successivamente nel D.Lgs. 152/2006), non c'è adeguata chiarezza sulle relative procedure applicative, con la conseguenza che spesso la valutazione della componente salute è disattesa o trattata in modo insufficiente ai fini decisionali.

È quindi forte l'esigenza di fornire indirizzi, metodi e strumenti per riqualificare i pareri nelle valutazioni effettuate dagli operatori della sanità pubblica, da un lato, e dall'altro di dare indicazioni ai proponenti per sviluppare adeguatamente la componente "salute" nell'ambito delle procedure di VAS e di VIA. A tale proposito, è utile ricordare l'esistenza a livello nazionale del progetto CCM "Tools for Health Impact Assessment - T4HIA", finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dalla Regione Emilia-Romagna, che coinvolge 10 regioni e la provincia di Trento, oltre a tre Istituti Centrali, con l'obiettivo di mettere a punto linee guida e strumenti per la Valutazione degli impatti sulla salute di progetti e proposte.

Gli obiettivi del programma sono:

- Realizzare una rete di conoscenze da parte degli operatori che si occupano del tema ambiente e salute sotto diversi profili professionali (APPA, ADep, APSS e altri Servizi provinciali, Enti Locali), che possa servire a dare risposte condivise a quesiti relativi a eventuali impatti sanitari derivanti da fattori ambientali
- Realizzare un approccio condiviso di valutazione dell'impatto ambientale, con particolare riferimento al rapporto ambiente e salute
- Predisporre strumenti (check-list, linee guida e procedure) che permettano un approccio standardizzato alle problematiche ambientali; applicazione in via sperimentale gli strumenti proposti su varie tipologie di progetti, con valutazione dei risultati
- Proposta di formalizzazione normativa della linea guida per la valutazione sanitaria nell'ambito delle procedure di valutazione di impatto ambientale.

**Evidenze di efficacia degli interventi previsti.** La definizione di Linee Guida VIS contenenti principi, metodi e strumenti per valutatori e proponenti, con il supporto metodologico di enti scientifici (IFC-CNR, ISS e ISPRA) rappresenta il primo passo per assicurare l'elaborazione di un approccio condiviso a elevata applicabilità, il cui risultato sia fornire elementi di valutazione sanitaria nell'ambito delle procedure di valutazione di impatto ambientale.

*a) Strumenti per valutatori.* Si prevede l'armonizzazione delle competenze, attraverso la formazione degli operatori. Gli strumenti potranno essere testati, anche in via sperimentale, attraverso applicazioni a casi concreti. Gli strumenti per valutatori (tabelle e check-list) potranno essere rielaborati in modalità informatizzate, in modo da facilitarne ulteriormente l'utilizzo per gli operatori. Gli strumenti informatizzati saranno validati sotto il profilo funzionale da parte degli operatori stessi e messi a punto in base a indicazioni che emergeranno dal loro utilizzo e applicazione ai casi concreti.

*b) Strumenti per i proponenti.* Per la parte a supporto dei proponenti nell'elaborazione della componente "salute" di un SIA nell'ambito della VIA e della componente salute all'interno di un "Rapporto Ambientale" nella procedura di VAS, saranno sviluppati strumenti e condotti approfondimenti relativi ad ambiti applicativi specifici per meglio tarare lo strumento "linea guida".

I documenti così elaborati saranno in linea sia con l'esperienza maturata nelle procedure di VAS e VIA nazionali, sia con le applicazioni di VIS condotte in ambito nazionale e internazionale, inclusi i recenti sviluppi in termini di Valutazione del Danno Sanitario (VDS). La

costruzione dei prodotti potrà essere effettuata in raccordo con portatori di interesse a livello nazionale (ad es. le associazioni ambientaliste, consulenti e tecnici, proponenti ecc.), con il coordinamento di IFC-CNR.

I documenti prodotti consisteranno in strumenti con caratteristiche di flessibilità sufficienti a renderli adattabili alle diverse specificità territoriali e di standardizzazione in grado di garantire omogeneità nella formulazione delle proposte e nella valutazione degli impatti. La metodologia utilizzata per l'elaborazione di metodi e strumenti dovrà tener conto degli studi e delle applicazioni più recenti in materia di VIS a livello nazionale e internazionale ed è basata sui risultati delle applicazioni degli strumenti a casi concreti.

Il progetto permetterà anche la creazione di una rete di esperti in materia di VIS: in un'ottica di integrazione delle competenze degli operatori coinvolti, potranno essere organizzate specifiche iniziative di formazione al fine di creare un gruppo nazionale, oltre che locale, di esperti in materia di VIS, in grado di utilizzare gli strumenti applicativi contenuti nelle Linee Guida e favorire la diffusione della cultura della valutazione preventiva degli impatti sulla salute. La partecipazione degli stakeholders, così come stabilito chiaramente nell'approccio VIS, è importante sia nella fase di definizione dei metodi e di sviluppo dei protocolli applicativi, sia per permettere una sperimentazione realistica dei prodotti sviluppati.

Per quel che riguarda la divulgazione dei risultati, lo strumento più efficace consiste nell'organizzazione di seminari e incontri formativi durante il percorso (previsti dalle attività di formazione), strumenti e materiali ad hoc, tarati sulle esigenze dei diversi tipi di target (tecnici, stakeholders, pubblico generico ecc). A livello centrale è prevista, inoltre, l'organizzazione di un evento di rilevanza nazionale per la diffusione dei risultati del progetto nazionale.

**Beneficiari.** In generale: Istituzioni, cittadini e associazioni, che potranno usufruire di valutazioni ambientali e sanitarie più complete, univoche e omogenee, derivanti da un approccio condiviso, per i progetti assoggettati alla procedura di VIA.

In particolare: istituzioni e decisori, qualora gli strumenti predisposti siano efficaci nel coadiuvare le scelte politiche, potranno usufruire di indicazioni utili nelle scelte d'indirizzo economico e sociale, e nella valutazione di eventuali azioni compensative da adottare; la collettività che potrà usufruire di una pianificazione territoriale nella quale saranno tenuti particolarmente in considerazione gli aspetti relativi alla salute e al benessere dell'uomo; singoli cittadini o comitati che potranno usufruire di informazioni equilibrate rispetto ai fattori di rischio inerenti opere, impianti ed infrastrutture e partecipare al processo decisionale evidenziando criticità e suggerendo specifiche azioni mitigative.

**Impatto sulle disuguaglianze.** L'utilizzo di strumenti che consentano l'approccio integrato ambientale e sanitario, mira a ridurre le disuguaglianze di salute informando i responsabili politici sui potenziali impatti sulla salute di una proposta infrastrutturale o di una condizione di rischio insistente su vari gruppi della popolazione e, se del caso, raccomandare modifiche e/o azioni mitigative per consentire una più equa distribuzione degli impatti.

La valutazione dell'impatto di opere, infrastrutture, situazioni di rischio ecc, renderà possibile una maggiore conoscenza della distribuzione territoriale dei rischi nella realtà della provincia di Trento, fornendo utili strumenti e indicazioni per la pianificazione territoriale e di indirizzo economico, con ricadute possibilmente positive in termini di benessere e salute per la popolazione generale; lo stesso strumento permetterà inoltre di indirizzare opportune azioni mitigative e compensative del rischio.

Infine, estendendo a una più larga fascia di persone l'accesso a informazioni equilibrate sui rischi potrà favorire nel cittadino una maggiore consapevolezza dell'entità dei rischi insistenti sul territorio nel quale si vive e delle possibili misure compensative.

**Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.** Si prevede per i primi due anni (2015-2016) l'adesione e la partecipazione al progetto nazionale T4HIA da parte di personale dell'Azienda sanitaria e della Provincia, al fine di consentire la disponibilità di persone formate sull'argomento che poi potranno trasferire le

conoscenze acquisite e gli strumenti di lavoro a livello locale.

A livello locale si prevede la costituzione di uno specifico gruppo di lavoro interdisciplinare (vedi linea operativa a) con funzione di coordinamento. Una volta formalizzato il gruppo di lavoro, definiti gli strumenti da utilizzare e gli interlocutori da coinvolgere (enti locali, associazioni ambientaliste, stakeholder in genere) potrà essere avviata la formazione locale degli utilizzatori/interlocutori (proponenti e valutatori); tale obiettivo potrà essere perseguito indicativamente nel biennio 2017-2018.

Parallelamente, potrà inoltre essere sperimentata l'applicabilità degli strumenti predisposti su progetti la cui realizzazione è prevista sul territorio provinciale.

La scelta dei progetti sui quali testare gli strumenti dovrà contemplare possibilmente un gruppo di progetti eterogenei per tipologia, territorio e matrici potenzialmente interessate (aria, acqua, suolo ecc), in modo da testare gli strumenti stessi su una casistica rappresentativa.

Al termine della fase sperimentale, gli strumenti in linea di principio potranno essere applicati ogni qual volta si renda necessaria una valutazione integrata ambientale e sanitaria.

### **Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici**

<b>Codice IC</b>	<b>Indicatore di esito</b>	<b>Fonte</b>	<b>Baseline PAT</b>	<b>Atteso PAT</b>
8.1.1	Disponibilità di rapporti di attività intra e interistituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute	PAT	Non rilevato	Documento
8.1.2	Disponibilità di rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute	PAT	Non rilevato	Evidenza documentata delle attività svolte
8.3.1	Atti di indirizzo provinciali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti	PAT	Non rilevato	Esistenza di atti di indirizzo

### **Azioni.**

#### **Azione 1: Stesura di strumenti per la valutazione di impatto sanitario nell'ambito delle procedure di VIA e VAS**

La formalizzazione degli strumenti di lavoro è l'obiettivo principale del programma e si realizza attraverso le seguenti attività:

- Programmazione di interventi formativi per formatori dei servizi pubblici coinvolti nell'attività di valutazione degli impatti e, successivamente, dei valutatori e dei proponenti
- Partecipazione al progetto nazionale per la stesura delle linee guida per la Valutazione sanitaria
- Utilizzo degli strumenti predisposti su progetti infrastrutturali la cui realizzazione è prevista a livello locale, al fine di verificarne applicabilità ed efficacia
- Formalizzazione normativa della procedura di valutazione sanitaria nell'ambito delle valutazioni di impatto ambientale
- Utilizzo degli strumenti predisposti su tutti i progetti la cui realizzazione è prevista a livello locale.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Applicazione, in forma sperimentale, degli strumenti proposti per la Valutazione d'Impatto Sanitario a progetti sottoposti alla procedura di screening/VIA provinciale	Non rilevabile	Predisposizione strumenti e inizio applicazione sperimentale	Implementazione fase sperimentale; riesame delle criticità	Validazione procedura con proposta di formalizzazione normativa

**Target.** Personale del Dipartimento di Prevenzione di APSS e Agenzia Provinciale Protezione Ambiente (APPA).

**Setting.** Provincia di Trento.

**Intersettorialità.** Enti locali (Comuni e Comunità di Valle), Agenzia Provinciale Protezione Ambiente (APPA), Dipartimento di Prevenzione APSS, Servizi provinciali deputati alla pianificazione, Comitati di Cittadini.

### **Cronoprogramma**

<b>Azione 1: Stesura di strumenti per la valutazione di impatto sanitario nell'ambito delle procedure di VIA e VAS</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili / Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Partecipazione al progetto nazionale CCM	Dip. Prevenzione	Agenzia Provinciale Protezione Ambiente (APPA)	x	x		
Individuazione obiettivi, definizione strumenti e loro applicazione in forma sperimentale	Dip. Prevenzione APPA	Servizi provinciali coinvolti nelle procedure di VIA e VAS; Enti locali	x	x		
Formazione degli operatori Coinvolgimento degli stakeholder	Dip. Prevenzione APPA	Enti locali; Servizi provinciali deputati alla pianificazione; PAT (Servizio Valutazioni Ambientali; ADep; APRIE e altri servizi)			x	x
Proposta di formalizzazione normativa degli strumenti	Dip. Prevenzione APPA				x	x

**C. Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali e salute attraverso il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione e il potenziamento della sorveglianza epidemiologica, con particolare riferimento ad inquinanti di interesse attuale ed emergente**

**1. Inquinamento indoor da gas radon**

Nel territorio trentino, come nel resto d'Italia, si effettuano misure puntuali dei livelli indoor di gas Radon nei luoghi di lavoro interrati e seminterrati (per obbligo normativo), nei luoghi pubblici (scuole, asili, Comuni) e nelle abitazioni private (su iniziativa private). Non esiste, a oggi, un'elaborazione sistematica delle misurazioni del parametro Radon su base geografica pubblica alla quale i soggetti interessati possano fare riferimento. Lo sviluppo di una mappa di probabilità di superamento di un determinato livello di concentrazione di Radon potrebbe costituire uno strumento utile a fini preventivi, riducendo i costi degli interventi per un'eventuale azione di risanamento/mitigazione.

**Evidenze di efficacia degli interventi previsti.** Lo strumento proposto, affiancato da azioni di formazione verso i progettisti (soggetto proponente) e i tecnici delle amministrazioni locali (ente autorizzante), può portare ad una riduzione se non ad un annullamento dell'incidenza della problematica Radon sugli edifici di nuova realizzazione.

**Beneficiari.** Operatori del sistema sanitario e ambientale, amministrazioni locali, progettisti, generalità della popolazione.

**Impatto sulle disuguaglianze.** Tale tipo di approccio, basato sulla valutazione degli impatti ambientali e della stima dell'impatto sanitario, ha come scopo la riduzione delle disuguaglianze di salute informando i responsabili politici/decisori circa l'esistenza di una particolare situazione di rischio, fornendo la stima del possibile impatto sanitario; il disporre di tali informazioni consentirà di indirizzare le scelte politiche e la programmazione del territorio nella consapevolezza dei possibili impatti sanitari e, se del caso, raccomandare e/o incentivare le azioni mitigative.

L'aumento delle conoscenze del fenomeno in provincia di Trento fornirà strumenti e indicazioni per la pianificazione territoriale, con ricadute possibilmente positive in termini di salute per la popolazione generale; lo stesso strumento permetterà inoltre di indirizzare opportune azioni mitigative e compensative del rischio.

Infine, estendendo a una più larga fascia di persone l'accesso a informazioni sui rischi potrà favorire una maggiore consapevolezza, una corretta percezione e possibili azioni correttive applicabili dal singolo cittadino.

**Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.**

Il monitoraggio dell'attività dovrà prevedere la formulazione di un calendario di lavoro, con definizione degli obiettivi, della metodologia di indagine da adottare, rendicontazione (trimestrale o semestrale, a seconda della complessità del tema esaminato) e la produzione di reportistica al termine della mappatura del rischio (pubblicazioni, quaderni di lavoro, ecc).

L'evidenza dell'efficacia del lavoro, nello specifico verrà valutata sulla base di parametri quali: percentuale di territorio indagato; condivisione dei risultati ottenuti da parte di Enti locali (percentuale di Comuni che adotteranno iniziative di comunicazione alla popolazione generale sul tema Radon) e cittadini (aumento della sensibilità sul tema Radon).



## Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice IC	Indicatore di esito	Fonte	Baseline PAT	Atteso PAT
8.1.1	Disponibilità di rapporti di attività intra e interistituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute	PAT	Non rilevato	Documento
8.2.2	Rapporti degli studi realizzati di conseguenza	PAT	Non rilevato	Evidenza di uno studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione in Provincia di Trento
8.4.1	Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale	PAT	Non rilevato	Esistenza di atti di indirizzo in Provincia di Trento
8.6.1	Recepimento linee guida	PAT	Non rilevato	Esistenza di atto formale recepito in Provincia di Trento
8.10.1	Approvazione di linea guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave ecocompatibile	PAT	Non rilevato	Atto di indirizzo provinciale

### Obiettivi.

- Redazione di una mappa probabilistica relativa alla possibile presenza di gas Radon a valori di concentrazione superiori ai livelli di attenzione o di azione previsti dalle normative di settore (D.Lgs. 230/1995 e D.Lgs. 241/2000)
- Valutare, in collaborazione con il Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa dell'APSS, l'opportunità e fattibilità di uno studio epidemiologico, volto a stimare l'eventuale impatto sanitario in funzione di una potenziale differente esposizione della popolazione sul territorio provinciale
- Formazione di linee guida per le amministrazioni locali per l'eventuale modifica dei propri regolamenti di edilizia pubblica e/o privata
- Informazione e formazione nei confronti dei progettisti riguardo al Radon; proposta di soluzioni tecniche da adottare per facilitare la risoluzione del problema
- Predisposizione di iniziative d'informazione rivolte ai singoli cittadini.

### Azioni.

#### **Azione 1: Predisposizione di una mappa probabilistica del rischio radon negli ambienti confinati in provincia di Trento**

Le attività principali da svolgere sono:

- Individuazione regole di strutturazione della mappa probabilistica
- Definizione delle "istruzioni" d'uso della mappa
- Definizione di linee guida per le amministrazioni comunali
- Formazione dei soggetti principalmente coinvolti nella prevenzione del problema Radon.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Predisposizione di mappa e definizione linee guida	Non rilevabile	Ricognizione dati, definizione del modello e progettazione della mappa probabilistica	Realizzazione della mappa e predisposizione di linee guida e soluzioni tecniche per la gestione del rischio	Divulgazione e comunicazione a Comuni, progettisti e popolazione

**Target.** Amministrazioni comunali, progettisti e a livello di informazione/sensibilizzazione la popolazione residente nelle aree individuate a maggior rischio.

**Setting.** Intero territorio della Provincia Autonoma di Trento (mappa probabilistica); territori/Comuni con livelli maggiori di rischio.

**Intersettorialità.** APSS (Dipartimento di prevenzione; Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa) – APPA – PAT (vari Servizi)

**Stakeholder.** Amministrazioni locali, progettisti, cittadini.

### **Cronoprogramma**

<b>Azione 1: Predisposizione di una mappa probabilistica del rischio radon negli ambienti confinati in provincia di Trento</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Ricognizione completa dei dati disponibili (georeferenziazione)	Agenzia Provinciale Protezione Ambiente (APPA); Dip. Prevenzione		x	x		
Definizione del modello di mappa probabilistica	Dip. Prevenzione; APPA				x	x
Stesura di linee guida per la pianificazione del territorio e per l'edilizia in funzione del rischio radon	Dip. Prevenzione; APPA				x	x
Informazione-formazione (progettisti; tecnici; popolazione; amministratori)	Dip. Prevenzione; APPA					x

## **2. Inquinamento atmosferico da polveri fini**

L'inquinamento atmosferico valutato in termini di particolato fine è stato individuato come un fattore di rischio accertato per malattie di tipo cardiovascolare, respiratorio e neoplastico. La IARC ha classificato l'inquinamento atmosferico in termini di particolato come cancerogeno accertato per l'uomo.

Nel territorio trentino è ancora molto diffuso e consolidato, anche per cultura e tradizione oltre che per ragioni socio-economiche, l'utilizzo della legna quale combustibile domestico da utilizzare sia per la cucina che per il riscaldamento.

La combustione della legna in ambito domestico con modalità e sistemi non del tutto appropriati determina la produzione di notevoli quantità di particolato che, in particolari situazioni di scarsa ventilazione e conseguente persistenza degli inquinanti in aria, possono portare ad un rischio di esposizione significativo per la popolazione, sia outdoor che indoor.

D'interesse sanitario risulta inoltre la valutazione della presenza nel particolato di idrocarburi policiclici aromatici, nonché di altri composti ed elementi quali i metalli pesanti che traggono origine da altre e diverse fonti quali il traffico e le emissioni industriali (riferimenti nella normativa nazionale D.Lgs. 155/2010 di recepimento della Direttiva quadro sulla aria "Per un'aria più pulita in Europa").

**Evidenze di efficacia degli interventi previsti.** Una più completa e migliore conoscenza della quantità, qualità e provenienza degli inquinanti ambientali presenti in aria, in particolare quelli legati al particolato fine, ancor più se supportata da evidenze risultanti dalla sorveglianza epidemiologica, costituisce uno strumento di informazione e sensibilizzazione sulla problematica emergente, nonché strumento di indirizzo per il decisore politico, le autorità competenti sia in ambito sanitario che ambientali.

**Beneficiari.** Intera popolazione, decisori politici, operatori del sistema sanitario e ambientale.

**Impatto sulle disuguaglianze.** I piccoli centri urbani e i contesti vallivi minori, in base alla struttura della normativa sulla tutela della qualità dell'aria, non sono dotati in generale di una rete fissa e permanente di rilevamento della qualità dell'aria. Prestare comunque attenzione alle possibili criticità presenti in tali ambiti, può essere visto/percepito come un segnale di attenzione verso i cittadini che non risiedono nei centri urbani più grandi e che riduce la disuguaglianza relativa ai livelli di tutela garantiti a questi ultimi. Tale azione, se affiancata ad una corretta informazione alla cittadinanza circa l'utilizzo corretto dei sistemi di riscaldamento domestici, può risultare ancor più incisiva.

### **Sistemi di sorveglianza impiegati per programmazione, monitoraggio e valutazione.**

**Programmazione.** Ricognizione dei dati disponibili; disponibilità d'informazioni sulla qualità dell'aria da centraline fisse e mobili; criteri per la definizione delle priorità.

**Monitoraggio.** Numerosità delle aree critiche e percentuale di queste sottoposte ad approfondimento.

**Valutazione.** Reportistica sui risultati degli approfondimenti eseguiti; possibile approfondimento rispetto all'impatto sanitario con l'ausilio di software specifici per la stima degli effetti sanitari a breve e lungo termine attribuibili all'inquinamento atmosferico (software AirQ).

## Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice IC	Indicatore di esito	Fonte	Baseline PAT	Atteso PAT
8.1.1	Disponibilità di rapporti di attività intra e interistituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute	PAT	Non rilevato	Documento
8.2.2	Rapporti degli studi realizzati di conseguenza	PAT	Non rilevato	Evidenza di uno studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione in provincia di Trento
8.4.1	Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale	PAT	Non rilevato	Esistenza di atti di indirizzo in provincia di Trento
8.6.1	Recepimento linee guida	PAT	Non rilevato	Esistenza di atto formale recepito in provincia di Trento

### Obiettivi.

- Verifica dei dati e delle informazioni disponibili
- Valutazione e monitoraggio dell'inquinamento dell'aria presente in particolari ambiti territoriali che non facilitano l'allontanamento degli inquinanti atmosferici, in particolare del particolato fine (PM10) ed ultrafine (PM2.5) prodotto dalla combustione delle biomasse legnose a livello domestico (stufe economiche, caminetti, ecc.) e più in generale da tutte le fonti emissive più significative presenti
- Valutare, in collaborazione con il Servizio di Epidemiologia clinica e valutativa, la fattibilità di approfondimenti sanitari attraverso l'ausilio di software specifici
- Valutare le strategie di comunicazione alla cittadinanza dei risultati e delle eventuali azioni mitigative

### Azioni.

#### **Azione 1: Predisposizione di approfondimenti riguardanti lo stato della qualità dell'aria in particolari contesti della provincia di Trento e correlata stima dell'impatto sanitario**

Attività principali da svolgere sono:

- individuazione delle aree oggetto dello studio e ricognizione degli studi e informazioni già disponibili
- definizione delle carenze informative e delle necessità integrative in termini di nuovi e/o ulteriori periodi di monitoraggio delle risorse strumentali ed umane necessarie
- campionamento e determinazione degli inquinanti ambientali indagati (PM2.5, metalli, IPA, ecc).

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Realizzazione di studi specifici: campagne d'indagine e approfondimenti sulla stima del rischio tramite software AirQ	Non rilevabile	Ricognizione delle informazioni disponibili; definizione delle necessità integrative e progettazione di nuovi monitoraggi	Campagne di misurazione e stime del rischio	Comunicazione dei risultati ai cittadini.

**Target.** Tutta la popolazione residente/esposta nelle aree individuate per lo studio ed in aree con caratteristiche omogenee per quanto attiene alla qualità dell'aria.

**Setting.** Aree di valle o montagna dove è tradizionale e comune l'utilizzo della legna quale combustibile per i diversi usi domestici con stazionamento degli inquinanti – Aree interessate dalla presenza di significativi insediamenti industriali e/o attraversate da rilevanti flussi di traffico.

**Intersettorialità.** APSS – Osservatorio per la salute, APPA.

**Stakeholder.** Cittadini, decisori politici, operatori sanitari e dell'ambiente.

#### **Cronoprogramma**

<b>Azione 1: Predisposizione di approfondimenti riguardanti lo stato della qualità dell'aria in particolari contesti della provincia di Trento e correlata stima dell'impatto sanitario</b>						
<i>Attività</i>	<i>Responsabili /Referenti</i>	<i>Altri attori</i>	2015	2016	2017	2018
Ricognizione, programmazione attivazione attività di monitoraggio	Agenzia Provinciale Protezione Ambiente (APPA); Dip. Prevenzione		x	x		
Attivazione attività di monitoraggio	Dip. Prevenzione; APPA		x	x		
Esecuzione attività	Dip. Prevenzione; APPA				x	x
Redazione e rapporti studio realizzati	Dip. Prevenzione; APPA				x	x

**D. Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS sui temi di integrazione ambiente salute, della valutazione di impatto e di danno e comunicazione del rischio, attraverso la predisposizione di specifici eventi formativi.**

**Obiettivo.** Curare i contenuti per la produzione di materiale da utilizzare per la Formazione a Distanza dei professionisti/dipendenti convenzionati (MMG/PLS) riguardo alla tematica ambiente e salute e comunicazione del rischio (vedi azione: **GS 4.10**).

## Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici

Codice IC	Indicatore di esito	Fonte	Baseline PAT	Atteso PAT
8.5.1	Definizione di un curriculum formativo	Dipartimento di Prevenzione	Non rilevato	Esistenza curriculum formativo
8.5.2	Realizzazione di corsi di formazione per i formatori	Dipartimento di Prevenzione	Non rilevato	Corso di formazione
8.5.3	Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica	Dipartimento di Prevenzione	Non rilevato	50% operatori appartenenti al profilo sanitario di Dipartimenti di Prevenzione, APPA, MMG e PLS formati

### Azioni.

**Azione 1:** Curare i contenuti del materiale per la formazione degli operatori sul tema dell'integrazione ambiente e salute, valutazione di impatto e danno sanitario, comunicazione del rischio per renderli disponibili nell'ambito dell'azione GS 4.10

**Azione 2:** Realizzare un corso di formazione per formatori

**Azione 3:** Realizzare corsi di formazione FAD per operatori appartenenti al profilo sanitario di Dipartimenti di Prevenzione, APPA, MMG e PLS formati.

Indicatore sentinella	2015	2016	2017	2018
Azione 1: Definizione dei contenuti del materiale da utilizzare per gli interventi di sensibilizzazione e informazione su ambiente e salute	Non rilevabile	Definizione e predisposizione contenuti	Validazione e consegna dei contenuti	Utilizzo dei contenuti consegnati per Azione GS2
Azione 2: Realizzare un corso di formazione per formatori su ambiente e salute	Non rilevabile	Definizione dei contenuti e dei destinatari	Realizzazione corso di formazione per formatori	
Azione 3: Realizzare corsi di formazione FAD per operatori appartenenti al profilo sanitario di Dipartimenti di Prevenzione, APPA, MMG e PLS formati su ambiente e salute	Non rilevabile	Non rilevabile	Presenza in carico dei contenuti dei corsi di formazione (vedi Azione1)	Realizzazione del corso FAD per operatori

**E. Sensibilizzare la popolazione sul rischio derivante dall'utilizzo dei telefoni cellulari e sui rischi legati all'eccessiva esposizione e raggi uv, attraverso la predisposizione di materiale informativo e fornendo disponibilità per incontri specifici rivolti alla popolazione generale, con particolare riguardo alla popolazione scolastica**

**Obiettivo.** Curare i contenuti per la produzione di materiale informativo finalizzato a comunicare alla popolazione da rendere disponibile nell'ambito dell'azione **GS 4.2 - Comunicazione con web e web 2.0 per guadagnare salute.**

**Indicatori di esito finalizzati al raggiungimento degli obiettivi specifici**

<b>Codice IC</b>	<b>Indicatore di esito</b>	<b>Fonte</b>	<b>Baseline PAT</b>	<b>Atteso PAT</b>
8.11.1	Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica	Dip. Prevenzione	Non rilevato	Documento
8.11.2	Interventi informativi alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV	Dip. Prevenzione	Non rilevato	documento

**Azioni.**

**Azione 1: curare i contenuti per la produzione di materiale informativo finalizzato a comunicare alla popolazione da rendere disponibile nell'ambito dell'azione GS 4.2 - Comunicazione con web e web 2.0 per guadagnare salute**

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Definizione dei contenuti del materiale da utilizzare per gli interventi di sensibilizzazione e informazione	Non rilevabile	Definizione e predisposizione dei contenuti	Validazione e consegna dei contenuti	Utilizzo dei contenuti consegnati per Azione GS2

## **F. Il Programma REACH**

**Razionale e descrizione del programma.** Il Regolamento (CE) n. 1907/2006 REACH (Registration, Evaluation, Authorisation and restrictions of Chemicals) ed il Regolamento CE n. 1272/08 CLP (Classification, Labelling and Packaging) perseguono un maggior livello di tutela della salute umana e dell'ambiente. L'osservanza delle norme regolamentari è oggetto di programmi di controllo ufficiale realizzati dal 2010 in avanti. Il flusso delle informazioni relative all'attività di controllo hanno evidenziato criticità principalmente riguardo alla qualità delle schede di sicurezza, sia delle sostanze sia delle miscele, e quindi a scadimento della loro funzione di comunicazione di informazioni di gestione del rischio chimico lungo la catena dal produttore all'utilizzatore finale di prodotti chimici e di articoli che possono rilasciare sostanze chimiche durante l'uso.

L'insufficiente qualità delle schede di sicurezza è fedele riflesso della inadeguata conoscenza e rispetto dei Regolamenti REACH e CLP, e quindi degli obblighi in materia di salute e sicurezza nei confronti dei lavoratori e dell'ambiente, da parte delle aziende nel settore chimico e manifatturiero in particolar modo per le piccole e micro imprese le cui figure preposte hanno in genere una conoscenza parziale e insufficiente dei regolamenti. La problematicità della

tematica si evidenzia ulteriormente poiché gli operatori dei settori pubblici, operatori della prevenzione, hanno insufficiente conoscenza dei Regolamenti e delle interazioni con normative correlate, verticali (cosmetici, fitosanitari, biocidi, detergenti) e sociali (d. lgs. 81/2008).

**Obiettivi e strategie.** Aumentare la diffusione dell'informazione su "diritti e doveri" collegati con i regolamenti REACH e CLP nelle aziende utilizzatrici di prodotti chimici. Realizzazione delle verifiche, controlli ufficiali, nella numerosità e per le tipologie di sostanze indicate nel piano nazionale dei controlli annualmente definito e approvato in sede di Conferenza Stato regione.

**Obiettivo specifico.** Adesione al Piano nazionale dei controlli in materia di REACH/CLP favorendo in ambito locale attività di controllo coordinate e integrate in tema di prodotti cosmetici e fitosanitari.

**Sistemi di sorveglianza per programmazione, monitoraggio e valutazione.** La programmazione annuale delle attività di controllo viene completata entro il mese di marzo e comunicata all'Autorità Competente Nazionale, al rappresentante ECHA ed al coordinamento del gruppo interregionale di esperti per il REACH. Monitoraggio della realizzazione del programma di controlli comunicato è svolto sistematicamente dall'ufficio del rappresentante ECHA.

**Obiettivo centrale di riferimento.** 8.7; 8.8. Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi.

<b>Indicatore sentinella</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
N° di controlli REACH effettuati/pianificati	2/2	2/2	2/2	2/2



Allegato 1: Indicatori di esito

Codice indicatore	Definizione indicatore	Baseline nazionale	Standard nazionale	Baseline provinciale	IC baseline	Atteso provinciale	Fonte
1.2.1	Prevalenza di donne con figli minori di 6 anni che riferiscono di aver allattato al seno per sei mesi o più	52,6% (2012-2013)	+25%	10% (2006)	--	>=13%	Multiscopo Istat - indagine locale ad hoc
1.3.1	Prevalenza di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione scolastica specifica	Ogni Regione individua il proprio	100% delle Regioni raggiunge l'80% dello standard regionale	10%	--	50%	Rilevazione interna
1.4.1	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	27,2% (2013)	-10%	24,7% (2010-2013)	22,9-26,4	22,2%	PASSI
1.5.1	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	91,4% (2013)	+5%	93,4% (2010-2013)	92,1-94,6	98,1%	PASSI
1.6.1	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	16,7% (2013)	-15%	27,7% (2010-2013)	26,0-29,4	23,5%	PASSI
1.7.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che consumano abitualmente 3 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno	46,7% (2013)	+10%	56,5% (2010-2013)	54,6-58,5	62,2%	PASSI
1.7.2	Prevalenza di bambini di età 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura	56,8% (2013)	+15%	72,4% (2013)		83,3%	OKKIO
1.8.1	Prevalenza di persone 18-69enni ipertese che hanno ricevuto da operatori sanitari il suggerimento di ridurre il consumo di sale	88,6% (2013)	+5%	80,7% (2010-2013)	76,9-84,4	84,7%	PASSI

1.8.2	Prevalenza di soggetti 3 anni e più che dichiarano di non prestare attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati	31,1% (2013)	+30%	31% (2013)		21,7%	Multiscopo Istat
1.9.1	Prevalenza di soggetti 18-69 anni fisicamente attivi	33,4% (2013)	-30%	40,9% (2010-2013)	39,0-42,9	53,2%	PASSI
1.9.2	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi (PASE>=78, pari al 40° percentile)	60% (2013-2013)	+15%	70% (2012)		80,50%	PASSI d'Argento
1.10.1	Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)	Non rilevato	--	Avvio Cardio50		Valutazione fattibilità Cardio50	Monitoraggio interno
1.10.2	Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione	Non rilevato	--	--		Cardio50 istituzionalizzato	Monitoraggio interno
1.10.3	Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere	51,5% (2013)	+30%	44,7% (2010-2013)	40,0-49,4	58,1%	PASSI
1.10.4	Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	51,4% (2013)	+30%	57,3% (2010-2013)	53,8-60,7	74,5%	PASSI
1.10.5	Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo	6,2% (2013)	+300%	5,9% (2010-2013)	4,1-7,7	23,6%	PASSI

1.10.6	Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	40,9% (2013)	+30%	48,9% (2010-2013)	44,0- 53,9	63,6%	PASSI
1.11.1	Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione	Non rilevato	100% delle Regioni	--		Adozione indirizzi regionali	Monitoraggio interno
1.12.1	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della CERVICIA UTERINA sulla popolazione bersaglio	77% (2012)	+30%	98% (2010-2012)		100%±5%	ONS - Servizio Epidemiologia clinica e valutativa
1.12.1	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening MAMMOGRAFICO sulla popolazione bersaglio	73% (2012)	+37%	100% (2011-2012)		100%±5%	ONS - Servizio Epidemiologia clinica e valutativa
1.12.1	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening COLORETTALE sulla popolazione bersaglio	57% (2012)	+75%	96% (2012)		100%±5%	ONS - Servizio Epidemiologia clinica e valutativa
1.13.1	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING CERVICALE)	41% (2012)	+55%	34% (2012)		50-60%: buona; >60%: desiderabile (Gisci)	ONS - Servizio Epidemiologia clinica e valutativa
1.13.1	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING MAMMOGRAFICO)	57,5% (2012)	+45%	76% (2012)		mantenere i valori attuali	ONS - Servizio Epidemiologia clinica e valutativa

1.13.1	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio (SCREENING COLORETTALE)	46% (2012)	+95%	59% (2012)		>65%: desiderabile (Giscor)	ONS - Servizio Epidemiologia clinica e valutativa
1.14.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)	Non rilevato	100% delle Regioni	--		Deliberazione GP Disponibilità documento	Monitoraggio interno
1.14.2	Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	Non rilevato	100% delle Regioni	--		Deliberazione aziendale e implementazione nuovo programma (entro il 2016)	Monitoraggio interno
1.15.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP) e dei percorsi secondo programmazione regionale (entro il 2018) (soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella)	Non rilevato	100% delle Regioni	--		Adozione protocollo sulla base degli indirizzi provinciali (entro il 2018)	Monitoraggio interno
2.1.1	Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale	Non attivi programmi di screening in Italia	100% delle Regioni attivano lo screening	--		100%	Rilevazione interna
2.2.1	Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale	Non attivi programmi di screening in Italia	100% delle Regioni attivano lo screening	--		100%	Rilevazione interna
3.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Ogni Regione individua il proprio	100% delle Regioni raggiunge l'80% dello standard regionale	10%		30%	Rilevazione interna

3.2.1	Proporzione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi	Non rilevato	100% Almeno un incontro/anno in ogni Regione	--		Almeno un incontro/anno sulla sensibilizzazione al tema del disagio psicosociale	Rilevazione interna
4.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Ogni Regione individua il proprio	100% delle Regioni raggiunge l'80% dello standard regionale	10%		30%	Rilevazione interna
5.1.1	Tasso di decessi per incidente stradale	56,2 per 1.000.000 (2012-2013)	-20%	54,7 per 1.000.000 (ACI/ISTAT 2012-2013); 73 per 1.000.000 (Registro mortalità 2008-2012)		43,8 per 1.000.000 (rif ACI/ISTAT) 58,4 per 1.000.000 (rif Registro mortalità)	ACI/Istat
5.2.1	Percentuale ricoveri per incidente stradale sul totale dei ricoveri per traumatismi ed avvelenamenti	7,2% (2013)	-10%	6,8% (2013)		6,1%	SDO
5.3.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che viaggiano in auto, e che, alla domanda sull'uso delle cinture di sicurezza quando stanno sui sedili posteriori, rispondono "sempre"	20,2% (2013)	+50%	39,0% (2010-2013)	36,9-41,2	58,50%	PASSI
5.3.1	Prevalenza di persona di età 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi sono salite su una motocicletta/scooter/motorino, come guidatore o passeggero e che, alla domanda sull'uso del casco rispondono "sempre"	95,3% (2013)	100% delle Regioni raggiunge lo standard >95%	97,0% (2010-2013)	95,6-98,4	>=95%	PASSI

5.3.2	Prevalenza di persone 18-69 anni che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche	8,7% (2013)	-30%	9,3% (2010-2013)	7,9-10,8	6,5%	PASSI
6.1.1	Numero di ricoveri per incidente domestico	89.868 (2013; in aumento del 27% negli ultimi 3 anni)	fermare il trend in ascesa	1.069 - 1.732 - 1.638 (2011-2012-2013) Variazione 2011-2013: 53% Variazione 2012-2013: -5,4%		fermare il trend in ascesa	SDO
6.2.1	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi	60%	+15%	70% (2012)		80,5%	PASSI d'Argento
6.3.1	Estensione a tutte le Regioni del modulo opzionale PASSI che indaga sull'aver ricevuto dagli operatori sanitari informazioni su come prevenire gli infortuni domestici	Solo in alcune Regioni	Estensione a tutte le Regioni	Inserimento modulo infortuni domestici sistema PASSI provinciale			PASSI
6.3.2	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano che il rischio di infortunio nel loro ambiente domestico, per sé o i propri familiari, è alto o molto alto	5,7% (2013)	+30%	4,3% (2010-2013)	3,5-5,1	5,6%	PASSI
6.4.1	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni da operatori sanitari su come prevenire gli infortuni domestici	13% (2012 - solo 11 regioni)	+100%	31,3% (2008-2009)	29,0-33,6	62,6%	PASSI

6.4.1	Prevalenza di persone ultra 64enni che dichiarano di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, informazioni su come evitare le cadute in casa	17% (2012-2013)	+50%	10,3% (2012)	7,3-13,3	5,5%	PASSI d'Argento
6.5.1	Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico	Non rilevato	100% regioni produzione report	--		Costituzione gruppo lavoro e report attività gruppo di lavoro. Azioni di miglioramento nella rilevazione (PS e H). Report sulla sorveglianza degli incidenti domestici	Monitoraggio interno. PS - SDO - PASSI
7.1.1	Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati	Solo alcune Regioni	Un report all'anno in tutte le Regioni	Report infortuni e malattie professionali		Report infortuni e malattie professionali	
7.2.1	Incremento relativo delle segnalazioni di malattie professionali	+47% (periodo 2009-2013)	+10%	+30% (2009-2013) malattie professionali denunciate: 380 (2013)		malattie professionali denunciate: 418	INAIL
7.3-4-5.1	Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per: - il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità - la promozione della responsabilità sociale d'impresa - la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative	Solo alcune Regioni	100% delle Regioni	--		Realizzazione delle azioni previste dal Piano di legislatura SSL	Monitoraggio interno

7.6.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	Ogni Regione individua il proprio	100% Regioni raggiunge l'80% dello standard regionale	10%		50%	Rilevazione interna sull'adesione ufficiale
7.7.1	Riduzione relativa dell'indice di frequenza totale degli infortuni con prognosi maggiore di 40 gg o con postumi permanenti superiori al 5% Inail, o mortali	IF: 4,41 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura) IF: 7,62 ogni 1000 addetti nelle costruzioni Agricoltura, valore assoluto: 11.417 infortuni gravi	-10%	IF: 4,78 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura) IF: 7,53 ogni 1000 addetti nelle costruzioni Agricoltura, valore assoluto: 194 infortuni gravi		IF: 4,30 ogni 1000 addetti per tutti i settori ATECO (esclusa agricoltura) IF: 6,78 ogni 1000 addetti nelle costruzioni Agricoltura, valore assoluto: 175 infortuni gravi	INAIL - Anno 2012
7.8.1	Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio	Solo alcune Regioni	100% delle Regioni	--		Realizzazione delle azioni di vigilanza previste dal Piano di legislatura SSL (>90%)	Report annuale UOPSAL
8.1.1	Disponibilità di documenti che evidenziano la programmazione integrata nell'ambito della tematica ambiente e salute	Non rilevato	Almeno 1 documento in tutte le Regioni	--	Non rilevato	Disponibilità documento	
8.1.2	Evidenza documentata di esistenza di una rete e della relativa attività	Non rilevato	Evidenza documentata in ogni Regione	--	Non rilevato	Evidenza documentata delle attività svolte	



8.2.1	Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio)	Non rilevato	Evidenza documentata in ogni Regione	--	Non rilevato	Evidenza documentata	
8.2.2	Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)	Non rilevato	Evidenza di almeno 1 studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione in ogni Regione	--	Non rilevato	Evidenza di uno studio di esposizione a contaminanti ambientali cui sono esposti gruppi di popolazione in provincia di Trento	PAT
8.3.1	Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti	Non rilevato	Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione	--	Non rilevato	Esistenza di atti di indirizzo	
8.4.1	Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale	Non rilevato	Esistenza di atti di indirizzo in ogni Regione	--	Non rilevato	Esistenza di atti di indirizzo in provincia di Trento	
8.5.1	Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2016)	Non rilevato	Esistenza di un curriculum formativo in ogni Regione	--	Non rilevato	Esistenza curriculum formativo	
8.5.2	Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2017)	Non rilevato	Almeno 1 corso di formazione in ogni Regione	--	Non rilevato	Corso di formazione	Dipartimento prevenzione

8.5.3	Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica	Non rilevato	50% in ogni Regione	--	Non rilevato	50% degli operatori appartenenti al profilo sanitario di Dipartimenti di Prevenzione, APPA, MMG e PLS formati	Dipartimento prevenzione
8.6.1	Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico - Regioni che hanno recepito le linee guida	Non rilevato	Esistenza di atto formale di recepimento in ogni Regione	--	Non rilevato	Esistenza di atto formale recepito in Provincia di Trento	
8.7.1	Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente ai regolamenti REACH e CLP tra Autorità competenti per il controllo	Non rilevato	Esistenza di un sistema di indicatori in ogni Regione	--	Non rilevato	Definizione di un sistema di indicatori che monitori la realizzazione degli obiettivi del piano nazionale controlli	PAT
8.8.1	Numero di corsi di formazione per formatori nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche	Non rilevato	Almeno 1 corso di formazione in ogni Regione	--	Non rilevato	Corso di formazione	PAT
8.9.1	Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)	Non rilevato	Produzione di un Report in ogni Regione	--	Non rilevato	Report	COR
8.10.1	Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile	Non rilevato	Adozione di indirizzi specifici in ogni Regione	--	Non rilevato	Atto di indirizzo provinciale	PAT
8.11.1	Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica	Non rilevato	Evidenza documentata in ogni Regione	--	Non rilevato	Documento	Dip.Prev

8.12.1	Interventi informativi alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV	Non rilevato	Evidenza documentata in ogni Regione	--	Non rilevato	Documento	Dip.Prev
9.1.1	Proporzione di casi di morbillo notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	78,8%	>90%	80%		>90%	Sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia
9.2.1	Proporzione di casi di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	59,3%	>90%	non disponibile		>90%	
9.3.1	Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	non rilevato	100%	100%		100%	Sistema di notifica
9.4.1	Proporzione di casi di malattie invasive da meningococco e pneumococco, notificati al sistema MIB rispetto alle SDO	60%	+50%	80%		>90%	Sistema di sorveglianza speciale delle MIB; SDO
9.5.1	Proporzione di casi di tubercolosi polmonare bacillifera persi al follow up sul numero totale di casi di tubercolosi polmonare bacillifera notificati nell'anno	25-30%	-50%	non disponibile		15%	Sistema di notifica
9.5.2	Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (LP). I LP sono quei pazienti che al momento della prima diagnosi di sieropositività hanno un numero di linfociti CD4 minore di 350 cell/μL o hanno una patologia indicativa di AIDS indipendentemente dal numero di CD4	57% (2013)	-25%	non disponibile		30%	Sistema di sorveglianza HIV

9.6.1	Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata	--	100%	100%		100%	Anagrafe vaccinale
9.7.1	Copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale in persone di 18-64 anni affette da almeno una malattia cronica	18,5% (campagna antinfluenzale 2012-2013)	+100%	18,0% (2010-2013)	14,1-22,0	36,0%	PASSI
9.7.2	Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti						Anagrafe vaccinale provinciale
	Difterite (nuovi nati)	95,4%	>=95%	94,4%		>=95%	
	Tetano (nuovi nati)	95,4%	>=95%	94,7%		>=95%	
	Pertosse (nuovi nati)	95,3%	>=95%	94,2%		>=95%	
	Poliomielite (nuovi nati)	95,4%	>=95%	94,4%		>=95%	
	Epatite B (nuovi nati)	95,3%	>=95%	94,0%		>=95%	
	Haemophilus influenzae tipo b (nuovi nati)	94,5%	>=95%	93,6%		>=95%	
	Difterite (5-6 anni)	non disponibile	>=95%	93,6%		>=95%	
	Tetano (5-6 anni)	non disponibile	>=95%	93,9%		>=95%	
	Pertosse (5-6anni)	non disponibile	>=95%	93,3%		>=95%	
	Difterite (11-18 anni)	non disponibile	>=90%	80,1%		>=90%	
	Tetano (11-18 anni)	non disponibile	>=90%	81,1%		>=90%	
	Pertosse (11-18 anni)	non disponibile	>=90%	74,5%		>=90%	
	Morbillo (1a dose)	88,1%	>=95%	86,2%		>=95%	
	Parotite (1a dose)	88,1%	>=95%	86,1%		>=95%	
	Rosolia (1a dose)	88,1%	>=95%	86,1%		>=95%	
	Morbillo (2a dose)	non disponibile	>=95%	non disponibile		>=95%	
	Parotite (2a dose)	non disponibile	>=95%	non disponibile		>=95%	

	Rosolia (2a dose)	non disponibile	>=95%	non disponibile		>=95%	
	Morbillo (3a dose)	non disponibile	>=95%	non esiste			
	Parotite (3a dose)	non disponibile	>=95%	non esiste			
	Rosolia (3a dose)	non disponibile	>=95%	non esiste			
	Antinfluenzale >65 anni	55,4%	>75% (obiettivo minimo) >95% (obiettivo ottimale)	55,7%		>75% (obiettivo minimo) >95% (obiettivo ottimale)	
	Pneumococco tredicivalente (nuovi nati)	88,6%	>=95%	87,6%		>=95%	
	Meningococco C coniugato (nuovi nati)	78,5%	>=95%	82,7%		>=95%	
	Meningococco C coniugato (11-18 anni)	non disponibile	>=95%	61,0%		>=95%	
	HPV (coorte 2001)	56,6%	>=95% (dalla coorte 2003)	62,5%		>=95% (dalla coorte 2003)	
	Varicella (nuovi nati)	non disponibile	>=95%	non disponibile		>=80%	
	Varicella (5-6 anni)	non disponibile	>=95%	non disponibile		non offerta	
	Varicella (11-18 anni)	non disponibile	>=95%	non disponibile		non offerta	
	Mancata vaccinazione ANTIPOLIO ricondotta a ben precise motivazioni	82%	>=100%	91%		>=100%	Sistema di rilevazione coperture vaccinali e delle motivazioni di mancata vaccinazione antipolio e antimorbillo
	Mancata vaccinazione ANTIMORBILLO ricondotta a ben precise motivazioni	non disponibile	>=100%	non disponibile		>=100%	

9.8.1	Esistenza di un programma di comunicazione basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole	Non rilevato	100% delle Regioni	Non disponibile		Programma disponibile	APSS – Servizio per la Comunicazione aziendale
9.9.1	Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali	Non rilevato	100% delle Regioni	Non disponibile		Documento disponibile	Direzione Dipartimento di Prevenzione
9.10.1	Proporzione di Aziende Sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE	Non rilevato	100% delle Regioni	Non disponibile		Documento disponibile	CIPASS- APSS
9.11.1	Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie	Non rilevato	100% delle Regioni	Non disponibile		Documento disponibile	CIPASS- APSS/Farmacie ospedaliere/Servizio farmaceutico APSS
9.12.1	Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sull'evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	Non rilevato	100% delle Regioni	Non disponibile		Disponibilità programma	APSS – Servizio per la Comunicazione aziendale
9.13.1	Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie	Non rilevato	100% delle Regioni	Non disponibile		Documento disponibile	CIPASS- APSS
10.1.1	Adozione di protocolli per l'intervento integrato	Non rilevato	100%	Non disponibile		Piano dipartimentale integrato per la sicurezza alimentare	Dipartimento di Prevenzione
10.2.1	Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	Non rilevato	100%	Attività in essere		1 evento/anno di sensibilizzazione/informazione/formazione	Relazione piano farmacosorveglianza nazionale

10.3.1	Protocollo di intesa tra laboratori che garantiscono un panel di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno set di patogeni previsti dalla Dir. 2003/99/CE) conformi ai migliori standard internazionali	Non rilevato	100%	Non disponibile		Documento programmatico	Piano Nazionale della Prevenzione
10.4.1	Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi	Non rilevato	100%	Registrazione in SINVSA di tutti OSM post-primari registrati e riconosciuti in provincia di Trento		Aggiornamento puntuale di tutti i nuovi OSM post-primari	Sistema informativo SINVSA
10.4.2	Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Master List Regolamento 852/2004"	Non rilevato	100%	Tutte le IIAA sono registrate nell'applicativo SISweb e le attività sono individuate da codici ATECO		Conformità completa dell'anagrafe delle Imprese alimentari alla Masterlist 852	Registro delle Imprese alimentari
10.5.1	Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari	Non rilevato in maniera standardizzata		Non è ancora disponibile un sistema di prevenzione/gestione delle emergenze		Disponibilità documento	Dipartimento di Prevenzione-Protezione civile
10.5.2	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare	Nel triennio 2010-2012 sono stati svolti 3 eventi esercitativi su scala nazionale che hanno coinvolto 300 rappresentanti	100%; in ogni Regione è realizzato un evento esercitativo su scala regionale che coinvolga il personale dei servizi veterinari,	Non sono ancora state programmate delle simulazioni		Piano operativo completo	Dipartimento di Prevenzione-Protezione civile

		regionali delle ASL, IZS, OSA e NAS	dei SIAN, IZS e ARPA tramite la simulazione di un'emergenza nel campo della sicurezza alimentare				
10.5.3	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante una malattia animale			Non sono ancora state programmate delle simulazioni		Risultanze della simulazione	Dipartimento di Prevenzione-Protezione civile
10.6.1	Attuazione di piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici	Non rilevato in maniera standardizzata	In ogni Regione è attuato un piano di sorveglianza per almeno 4 delle malattie infettive e diffusive animali	Piano di sorveglianza sanitaria sulla fauna selvatica attuato attraverso un servizio diagnostico specialistico sugli animali selvatici rinvenuti morti o abbattuti, rinnovato annualmente		Risultanze della simulazione	Report annuale dell'attività svolta
10.7.1	Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato-Regioni del 7 febbraio 2013	Non rilevato in maniera standardizzata	100%; in ogni Regione evidenza documentale che attesti che il processo di pianificazione dei campionamenti per l'analisi soddisfi le esigenze previste	Non disponibile		Piano dipartimentale integrato per la sicurezza alimentare	Dipartimento di Prevenzione



10.8.1	Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target	Campagne di comunicazione contro l'abbandono degli animali 2008-2009-2011-2012	100%; in ogni Regione è realizzato un piano informazione/comunicazione finalizzato a promuovere una corretta interazione uomo-animale	Campagne informative realizzate nel 2010 e 2011 sul possesso responsabile degli animali e sugli obblighi di identificazione		Piano di informazione/comunicazione rivolto ai proprietari di animali d'affezione finalizzato a promuovere una corretta interazione uomo-animale e il rispetto degli obblighi di identificazione e registrazione	Relazione ai sensi del DM 06/05/2008
10.8.2	Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe provinciale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati	32-33%- media nazionale su 17 Regioni e Province autonome che hanno trasmesso il dato	Incremento a seconda del valore baseline regionale (se valore >55% mantenimento del valore attuale	Percentuale di cani vaganti restituiti al proprietario sul totale dei catturati > 60% (2013-2014)		Mantenimento del valore della percentuale di cani vaganti restituiti al proprietario sul totale dei catturati	Anagrafe nazionale degli animali d'affezione; Relazione ai sensi del DM 06/05/2008
10.8.3	Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio	Non rilevato in maniera standardizzata	100%; in ogni regione è svolto almeno 1 controllo/anno per rifugio e canile sanitario non gestito direttamente dal servizio veterinario della ASL	100% con con frequenza settimanale (Delibera 1924/2013)		Mantenimento della frequenza dei controlli presso i canili/rifugi	Relazione ai sensi del DM 06/05/2008
10.9.1	Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare	Non rilevato in maniera standardizzata	100%; ogni Regione predispone un programma con almeno un evento formativo all'anno	Non rilevato		Un evento formativo/anno	Dipartimento di Prevenzione

10.10.1	Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del Tsh neonatale	Regioni e Province autonome: 3 su 21	100%	Non disponibile		Creazione flusso	Osservatorio nazionale ISS e Ministero della Salute
10.10.2	Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	Non rilevato	100%; esistenza in ogni Regione di un percorso standardizzato a regime di trasmissione dei dati al Ministero della Salute (Osservatorio nazionale iodoprofilassi)	--	Non disponibile	Disponibilità report annuale	Ministero della Salute e ISS
10.11.1	Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi dell'Autorità competente	Attualmente non disponibile	100% del personale addetto al controllo ufficiale delle ACL e ACR formato per il primo percorso	N° operatori coinvolti nel controllo ufficiale: 41 (14 veterinari, un medico e 26 tecnici della prevenzione)		100% del personale addetto al controllo ufficiale è formato per il primo percorso (di approfondimento del pacchetto igiene)	Tavolo tecnico di coordinamento (Accordo 7/2/2013)
10.12.1	Rendicontazione dell'attività di audit svolta	Attualmente non disponibile	100%	--	Si tiene conto dell'attività avviata nel corso del 2014	Copertura del 100% dei sistemi di controllo previsti dal "Country profile Italia" della Commissione Europea	Indicatore AAJ1.4 (adempimenti LEA)

Allegato 2:

Piano di monitoraggio del Piano provinciale della prevenzione 2015-2018: programmi e indicatori sentinella

*Il valore del 2015 è da considerare come baseline.*

### 1 - Tavolo interdipartimentale di salute in tutte le politiche

Indicatore sentinella	Fonte	2015	2016	2017	2018
Rendicontazione attività	Segreteria del tavolo interdipartimentale della salute in tutte le politiche	Presenza report intermedio	Almeno un piano operativo	Realizzazione delle azioni previste	Realizzazione delle azioni previste

*L'espletamento di tale programma è subordinato alla presenza di una azione centrale del ministero, come indicato nel PNP 2014-2018*

### 2 - Ospedale e comunità amici dei bambini

Indicatore sentinella	Fonte	2015	2016	2017	2018
Formazione specifica degli operatori ( <i>ospedale</i> ) secondo Standard Unicef (numero degli operatori formati secondo il proprio ruolo/numero degli operatori totali a contatto con gestanti, madri e bambini)	Survey per ogni Punto nascita	-	almeno 25%	almeno 50%	almeno 75%
Formazione specifica degli operatori ( <i>comunità</i> ) secondo Standard Unicef (numero degli operatori formati secondo il proprio ruolo/numero degli operatori totali a contatto con gestanti, madri e bambini)	Survey per ogni Punto nascita		almeno 25%	almeno 50%	almeno 75%
Disponibilità dei dati di monitoraggio sull'allattamento al seno secondo definizioni OMS	Report annuale allattamento al seno	-	presente	presente	presente

### 3 - Servizi vaccinali territoriali amici dei bambini

Indicatore sentinella	Fonte	2015	2016	2017	2018
Numero di servizi vaccinali che hanno adottato la procedura/totale dei servizi	Servizi vaccinali	3/9	4/9	5/9	6/9
Numero di vaccini anti-epatite A somministrate/anno in età pediatrica	Servizi vaccinali	Dato rilevato	Dato rilevato	Dato rilevato	Dato rilevato

### 4 - Screening neonatali

Indicatore sentinella	Fonte	2015	2016	2017	2018
Operatori formati/operatori selezionati per la formazione Screening audiologico	Verifica interna	50%	70%	90%	100%
Neonati sottoposti allo screening / nuovi nati Screening audiologico	Flusso informativo specifico	0%	50%	75%	100%
Operatori formati / operatori target Screening oftalmologico	Verifica interna	15%	40%	70%	100%
Neonati sottoposti allo screening / nuovi nati Screening oftalmologico	Flusso informativo specifico	-	30%	60%	100%
Proporzione di casi positivi allo screening TSH segnalati su totale casi positivi riscontrati	Monitoraggio interno	-	90%	95%	100%

## 5 - Scuola che promuove la salute

Indicatore sentinella	Fonte	2015	2016	2017	2018
Proporzione di istituti scolastici di ogni ordine e grado che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione provinciale specifica sul totale degli istituti	Rilevazione interna sulle adesioni ufficiali	10%	15%	20%	30%

## 6 - Aziende che promuovono la salute

Indicatore sentinella	Fonte	2015	2016	2017	2018
Numero di lavoratori che usano la piattaforma/totale lavoratori esposti	Monitoraggio interno	-	20%	30%	40%
Inserimento nel sistema INFORMO di eventi gravi e mortali/tutti gli eventi gravi e mortali	Monitoraggio interno	-	70%	90%	100%
Numero di strutture che adottano il protocollo sul benessere lavorativo/tutte le strutture eleggibili	Monitoraggio interno	-	10%	20%	>50%
Numero di corsi di formazione per promotori della salute aziendali attivati	monitoraggio interno UTEDT	-	almeno 2	almeno 2	almeno 2

## 7 - Guadagnare salute

Azioni	Indicatore sentinella	Fonte	2015	2016	2017	2018
Erogazione attività proposte di educazione alla salute	(n. percorsi attivati) / (tot. Percorsi richiesti)	monitoraggio interno	90%	95%	100%	100%
Comunicazione web e web2.0	n. newsletter realizzate (almeno 1 al mese per 11 mesi / anno)	monitoraggio interno	---	4 (dal mese di settembre)	11 newsletter	11 newsletter
Comunicazione web e web2.0	n. tweet (almeno 4 per ogni newsletter)	monitoraggio interno	---	16 (dal mese di settembre)	44 tweet	44 tweet
Comunicazione web e web2.0	n. messaggi WhatsApp (almeno 4 per ogni newsletter)	monitoraggio interno	---	16 (dal mese di settembre)	44 msg WhatsApp	44 msg WhatsApp
Cardio 50	Chiamata attiva dei soggetti eleggibili (n. eleggibili invitati / n. eleggibili in anagrafe)	monitoraggio interno	70%	90%	90%	90%
Formazione/informazione per operatori del settore alimentare	Numero di interventi formativi	monitoraggio interno	Non disponibile	1 evento formativo	1 evento formativo	1 evento formativo
Rendicontazione attività di controllo ufficiale per il sale iodato	Numero controlli effettuati/numero controlli pianificati	Report annuali	100%	100%	100%	100%
Promozione dell'attività fisica nell'anziano	Numero complessivo di interventi realizzati sul territorio provinciale	monitoraggio interno	2	almeno 8	almeno 14	almeno 20
Guide alpine per guadagnare salute	N° corsi arrampicata/escursioni per portatori di malattie croniche	monitoraggio interno	-	Almeno 1 per distretto sanitario	Almeno 2 per distretto sanitario	>2 per distretto sanitario
Ridurre il consumo di alimenti di origine animale e dei cibi/bevande spazzatura	Costituzione gruppo di lavoro e Produzione linee di indirizzo	monitoraggio interno	---	Report attività	Report attività	Report attività

Sana alimentazione e riduzione degli sprechi alimentari nella refezione scolastica	Numero di plessi scolastici/istituti comprensivi aderenti agli interventi (rispettivamente 1 e 2)	monitoraggio interno	---	2 plessi 2 istituti	4 plessi 4 istituti	6 plessi 5 istituti
Referente di reparto per la promozione della salute e del benessere (RPSB)	(n. colloqui eseguiti) / (totale schede anamnestiche positive)	monitoraggio interno	---	50%	60%	70%
Redazione documento programmatico di promozione dell'attività fisica in tutte le politiche.	Documento di indirizzo	monitoraggio interno	---	Disponibilità programma	Report attività	Report attività
Produzione Materiali per unità di apprendimento FAD e disponibilità FAD	(n. moduli prodotti) / (tot. Moduli attesi)	monitoraggio interno	---	Materiale disponibile al 100%	FAD attiva	FAD attiva
Programma di formazione sul campo sulla promozione dell'attività fisica	Report attività (rispetto del cronoprogramma)	UTEDT	---	Report disponibile	Report diponibile	Report disponibile

## 8 - Sicuri a casa, sulla strada e sul lavoro

### Sicurezza in casa

Indicatore sentinella	Fonte	2015	2016	2017	2018
Costituzione gruppo di lavoro sugli infortuni domestici	Documenti APSS	-	Atto aziendale costitutivo	Report attività annuale	Report attività annuale
Numero di unità operative che applicano i modelli di valutazione del rischio infortunio domestico/tot. delle unità operative individuate	Monitoraggio interno	-	>80% (fase sperimentale)	>20% (su tutto il territorio)	>50% (su tutto il territorio)
Check-list di valutazione pericoli/rischi con soluzioni	Documento	-	-	Documento disponibile	Report su utilizzo e diffusione check-list

## Sicurezza stradale

Indicatore sentinella	Fonte	2015	2016	2017	2018
Gruppo di lavoro sicurezza stradale	Documenti APSS	Gruppo costituito	Report attività annuale	Report attività annuale	Report attività annuale
Documento sugli interventi efficaci di natura ambientale per la prevenzione degli incidenti stradali	Documentazione APSS	-	Documento disponibile	-	-
Censimento delle iniziative esistenti in provincia di Trento	Rilevazione ad hoc presso comuni/PAT	-	Documento	-	-
N. soggetti cui sono stati presentati i contenuti del documento su azioni efficaci /tot. soggetti individuati	Monitoraggio interno	-	-	>80%	-
Nuove iniziative di moderazione o rimodulazione del traffico progettate o avviate in provincia di Trento	Atti degli enti locali	-	-	-	+5

## Sicurezza sul lavoro

Indicatore sentinella	Fonte	2015	2016	2017	2018
Report annuale sull'utilizzo dei flussi SINP	UOPSAL	-	Report	report	report
Report su infortuni e malattie professionali	UOPSAL	-	Entro giugno anno successivo	Entro giugno anno successivo	Entro giugno anno successivo
Interventi di informazione verso altri soggetti	Monitoraggio ad hoc	-	3	3	3
Seminario provinciale in tema di RLS, Bilateralità, Responsabilità Sociale d'impresa	Comitato di coordinamento SSL	-	1	1	1
Produzione di un'offerta alla scuola di supporti per l'attivazione di percorsi di promozione della sicurezza sul lavoro	APSS	-	Report annuale	Report annuale	Report annuale



Realizzazione delle azioni di vigilanza previste dal Piano di legislatura SSL	Report annuale UOPSAL	-	>90%	>90%	>90%
Report annuale attività sugli ex esposti all'amianto	Report annuale UOPSAL	-	1	1	1

**9 - Screening oncologici** Fonte degli indicatori: Servizio coordinamento screening del Dipartimento di prevenzione APSS

**INDICATORI SENTINELLA COMPOSITO PER L'ANNO 2015: RAGGIUNGIMENTO DI ALMENO 8 SU 11 INDICATORI DI PROCESSO**

Attività	Indicatore	2015
2. riduzione delle diseguaglianze	2a. costituzione gruppo interscreening	entro il 2° semestre 2015
3. informazione	3. newsletter	disponibilità documento al 1°trimestre dell'anno successivo (2015/2018)
4. comunicazione	4a. pagina web	presente nel sito aziendale entro secondo semestre 2015
5. non responder	5a. invio della informativa ai medici	al termine di ciascun round (nel 2015 per screening CCR e Mx)
8. monitoraggio counseling per colonscopia	8a. numero totale dei colloqui /distretto/anno	disponibilità del dato (per tutti gli anni)
8. counseling per colonscopia	8b. numero non aderenti/tot counseling/ distretto/anno	≤10% (2015/2018)
9. follow-up (screening CCR)	9a. nuovo protocollo	documento entro il 2° semestre 2015
11. monitoraggio aggiornamento periodico (se effettuato)	11b. numero di partecipanti sul totale degli operatori coinvolti/corso	dato disponibile al termine di ciascun corso
12. rilevazione tempi di attesa (tomosintesi)	12. relazione trimestrale	invio del dato al DP (2015/2018)
15. mappatura sedi di erogazione (HPV)	15. scheda di rilevazione	entro il 2015
16. protocollo del 2° livello (HPV)	16a. predisposizione documento	entro il 2015

**INDICATORE SENTINELLA COMPOSITO PER L'ANNO 2016: RAGGIUNGIMENTO DI ALMENO 16 SU 21 INDICATORI DI PROCESSO**

Attività	Indicatore	2016
1. gestione inviti	1a. n. degli inesitati/tot inviti	dato disponibile per i tre programmi entro il 1° semestre 2016
1. gestione inviti	1b. numero dati anagrafici corretti/ tot lettere tornate al mittente	dato disponibile per i tre programmi entro il 1° semestre 2016
2. riduzione delle diseguaglianze	2b. pianificazione delle attività	disponibilità del documento entro il 1° semestre 2016
3. informazione	3. newsletter	Disponibilità documento entro il primo trimestre dell'anno successivo (2015/2018i)
4. comunicazione	4b. aggiornamento sito web	registrazione del dato
5. non responder	5a. invio della informativa ai medici	al termine di ciascun round (per PT 2016)
5. non responder	5b. analisi presso i mmg dell'utilità dell'informativa	disponibilità del report entro il 2° semestre 2016
6. monitoraggio in itinere	6a. definizione di un set di indicatori	elenco disponibile entro 1° semestre 2016
7. miglioramento della qualità	7c. studio di fattibilità (Mx)	disponibilità documento entro il 2° semestre del 2016
8. monitoraggio counseling per colonscopia	8a. numero totale dei colloqui /distretto/anno	disponibilità del dato (per tutti gli anni)
8. counseling per colonscopia	8b. numero non aderenti/tot counseling/ distretto/anno (2015/2018)	≤10% (2015/2018)
9. follow-up (screening CCR)	9b. monitoraggio tempi di attesa	disponibilità scheda annuale (2016/2018)
10. campagne di sensibilizzazione	10a. stesura piano della comunicazione	disponibilità del documento
11. monitoraggio aggiornamento periodico (se effettuato)	11b. numero di partecipanti sul totale degli operatori coinvolti/corso	dato disponibile al termine di ciascun corso
12. rilevazione tempi di attesa (omo sintesi)	12. relazione trimestrale	invio del dato al DP (2015/2018)
13. project management (HPV)	13. disponibilità relazione su stato di avanzamento	entro il 1° trimestre 2016
14. predisposizione software dedicato (HPV)	14a. disponibilità dello strumento per gestione del 1° livello	entro 2016
16. protocollo del 2° livello (HPV)	16b. atto di recepimento	entro il 2016

16. protocollo del 2° livello (HPV)	16c. diffusione	entro il 2016
17. formazione (HPV)	17. realizzazione del corso	entro il 1° semestre 2016
18. campagna informativa (HPV)	18a. predisposizione del piano della comunicazione	entro il 1° semestre 2016

**INDICATORE SENTINELLA COMPOSITO PER L'ANNO 2017: RAGGIUNGIMENTO DI ALMENO 7 SU 11 INDICATORI DI PROCESSO**

Attività	Indicatore	2017
2. riduzione delle diseguaglianze	2c. implementazione attività (2016/2018)	documentazione relativa a per ciascun anno di riferimento
3. informazione	3. newsletter	documento entro il primo trimestre dell'anno successivo (2015/2018)
4. comunicazione	4b. aggiornamento sito web	registrazione del dato
5. non responder	5a. invio della informativa ai medici	al termine di ciascun round (per il CCR nel 2017)
6. monitoraggio in itinere	6b. scheda di monitoraggio	disponibilità scheda ogni 3/6 mesi (2016/2018)
8. monitoraggio counseling per colonscopia	8a. numero totale dei colloqui /distretto/anno	disponibilità del dato (per tutti gli anni)
8. counseling per colonscopia	8b. numero non aderenti/tot counseling/ distretto/anno (2015/2018)	≤10% (2015/2018)
9. follow-up (screening CCR)	9b. monitoraggio tempi di attesa	disponibilità scheda annuale (2016/2018)
10. campagne di sensibilizzazione (se effettuate)	10b. aggiornamento materiali di supporto	disponibilità nuovi materiali di supporto
11. monitoraggio aggiornamento periodico (se effettuato)	11b. numero di partecipanti sul totale degli operatori coinvolti/corso	dato disponibile al termine di ciascun corso
12. rilevazione tempi di attesa (tomosintesi)	12 relazione trimestrale	invio del dato al DP (per tutti gli anni)

**INDICATORE SENTINELLA COMPOSITO PER L'ANNO 2018: RAGGIUNGIMENTO DI ALMENO 12 SU 18 INDICATORI DI PROCESSO**

Attività	Indicatore	2015
2. riduzione delle diseguaglianze	2c. implementazione attività (2016/2018)	documentazione relativa a ciascun anno di riferimento
2. riduzione delle diseguaglianze	2. valutazione d'impatto	disponibilità del report
3. informazione	3. newsletter	documento entro il primo trimestre dell'anno successivo (2015/2018)
4. comunicazione	4b. aggiornamento sito web	registrazione del dato
6. monitoraggio in itinere	6b. scheda di monitoraggio	disponibilità scheda ogni 3/6 mesi (2016/2018)
7. miglioramento della qualità	7a. analisi letteratura (CCR)	produzione documento
7. miglioramento della qualità	7b. studio di E.B. Mortality basata sull'incidenza (CCR)	produzione documento
8. monitoraggio counseling per colonscopia	8a. numero totale dei colloqui /distretto/anno	disponibilità del dato (per tutti gli anni)
8. counseling per colonscopia	8b. numero non aderenti/tot counselin/ distretto/anno	≤10% (2015/2018)
9. follow-up (screening CCR)	9b. monitoraggio tempi di attesa	disponibilità scheda annuale (2016/2018)
10. campagne di sensibilizzazione	10b. aggiornamento materiali di supporto	disponibilità nuovi materiali di supporto
10. campagne di sensibilizzazione	10c. realizzazione campagne di sensibilizzazione	almeno per 1 su 3 screening entro il 2018
11. aggiornamento periodico	11a. numero corsi di aggiornamento	almeno 2 corsi entro il 2018
11. monitoraggio aggiornamento periodico	11b. numero di partecipanti sul totale degli operatori coinvolti/corso	dato disponibile al termine di ciascun corso
12. rilevazione tempi di attesa (tomosintesi)	12. relazione trimestrale	invio del dato al DP (per tutti gli anni)
14. predisposizione software dedicato (HPV)	14b. disponibilità dello strumento per gestione del 2° livello	entro il 2018
16. protocollo del 2° livello (HPV)	16d. monitoraggio e valutazione	disponibilità report entro il 2018
18. campagna informativa	18b. attuazione del piano	entro il 2018

Gli indicatori di processo relativi all'obiettivo centrale 1.15.2 non sono presi in considerazione nel calcolo dell'indicatore sentinella composito in quanto non è possibile riferirli ad un anno specifico.

Attività	Indicatore	2015
19. protocollo aziendale rischio eredo familiare (Mx)	predisposizione documento	entro tre mesi dalla data degli atti di indirizzo provinciali
20. informazione	disponibilità del piano di comunicazione	avvio delle attività due mesi prima della data di applicazione del protocollo
21. implementazione protocollo	avvio delle attività	entro un mese dal recepimento aziendale del protocollo
22. monitoraggio e valutazione	disponibilità del documento di valutazione	annuale

### 10 - Gestione delle emergenze

Indicatore sentinella	Fonte	2015	2016	2017	2018
Presenza protocollo da testare con gli eventi simulati	Servizi Veterinari	-	1	-	-
Evento esercitativo su scala provinciale	Dipartimento Prevenzione			1	
Predisposizione del protocollo definitivo (in base ai risultati della simulazione)	Dipartimento Prevenzione	-	-		1
Report annuale attività del gruppo di lavoro sulle emergenze infettive	Direzione Dipartimento Prevenzione	-	Report	Report	Report

## 11 - Ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie

Fonte degli indicatori: Servizio igiene pubblica del Dipartimento di prevenzione APSS

Indicatore sentinella	2015	2016	2017	2018
Proporzione di casi di morbillo di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	83% per morbillo non disponibile per rosolia	85% per morbillo 50% per rosolia	85% per morbillo 60% per rosolia	90% per morbillo 70% per rosolia
Proporzione di casi di malattia invasiva notificati (meningococco e pneumococco) per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	MIB da pneumococco: 80% MIB da meningococco: 100%	MIB da pneumococco: 80% MIB da meningococco: 100%	MIB da pneumococco: 80% MIB da meningococco: 100%	MIB da pneumococco: 85% MIB da meningococco: 100%
Proporzione di casi di nuova infezione da HIV con conta dei linfociti CD4	non disponibile	70%	85%	100%
Esito del trattamento: soggetti persi al follow up: N° casi di TB persi al follow up/ N° casi che iniziano il trattamento	non disponibile	-	20%	10%
Proporzione di nuove diagnosi precoce di infezione (>350 µl CD4) effettuate presso l'ambulatorio IST su tutte le diagnosi di infezione da HIV	non disponibile	60%	60%	70%
Realizzazione di una modalità semplificata di notifica delle malattie infettive	non disponibile	disponibilità della funzione	disponibilità della funzione	disponibilità della funzione
Percentuale di soggetti 0-6 anni presenti nell'anagrafe sanitaria provinciale e assenti nell'anagrafe vaccinale	non disponibile	< 1 %	<0,5 %	<0,5 %
Percentuale di soggetti 18 - 64 anni con fattori di rischio vaccinati con antinfluenzali	non disponibile	20%	25,00%	30,00%
Programma di comunicazione	non disponibile	-	Disponibilità documento	-
Produzione di report periodici di sorveglianza delle resistenze batteriche	non disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile

Report annuale del consumo di antibiotici in tutte le strutture ospedaliere APSS	non disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile
Predisposizione/aggiornamento di Linea guida aziendali sull'uso appropriato degli antibiotici	non disponibile	Disponibilità documento	Disponibilità documento	Disponibilità documento
Report annuale del consumo di antibiotici territoriale	non disponibile	Disponibilità documento	Disponibilità documento	Disponibilità documento
Programma di comunicazione	non disponibile	-	Disponibilità documento	-
Predisposizione di un report aziendale/anno	non disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile

## 12 - Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare

Fonte degli indicatori: Servizio veterinario del Dipartimento di prevenzione APSS

Indicatore sentinella	2015	2016	2017	2018
Predisposizione del documento di programmazione annuale integrato delle attività di controllo	non disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile
Piano annuale di campionamento	non disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile
Evento informativo di sensibilizzazione rivolto ai grossisti distributori di farmaci	non disponibile	x	-	-
Evento informativo di sensibilizzazione a favore degli allevatori	-	-	-	x
Evento informativo di sensibilizzazione a favore dei veterinari prescrittori	-	-	x	-
Creazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare provinciale, costituito da rappresentanti degli organi di controllo e dei laboratori deputati a tale attività	non disponibile	Formalizzazione gruppo di lavoro	-	-
Ricognizione delle potenzialità di diagnosi dei patogeni elencati nella Dir. 2003/99/CE	non disponibile	Non disponibile	Relazione	

Sviluppo di un documento di collaborazione (tra laboratori di diagnostica umana e laboratori deputati alla diagnostica nel settore alimentare e veterinario)	non disponibile	Non disponibile	Non disponibile	Documento di collaborazione
Creazione di un gruppo di lavoro	non disponibile	Formalizzazione gruppo di lavoro		
Adeguamento dell'applicativo in uso (SIS WEB)	non disponibile		Adeguamento applicativo	
Proporzione di IIAA registrate con codifica Master List	non disponibile	Non disponibile	50%	100%
Proporzione di OSM primari registrati nel SINVSA rispetto al numero stimato di operatori primari	non disponibile	30%	60%	100%
Ricognizione curriculum formativi in materia di controlli ufficiali nelle IIAA	Relazione			
Percorso formativo di cui al punto 1 capitolo 2 Accordo S/R 07/02/2013		Percorso formativo di approfondimento pacchetto igiene	Percorso formativo di approfondimento pacchetto igiene	
Percorso formativo punto 2 capitolo 2 Accordo S/R 07/02/2013				Percorso formativo di addestramento all'audit su OSA
Rendicontazione annuale dell'attività di audit svolta sull'Azienda provinciale per i servizi sanitari	non disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile

### 13 - Rafforzare le attività di prevenzione in sanità pubblica veterinaria

Fonte degli indicatori: Servizio veterinario del Dipartimento di prevenzione APSS

Indicatore sentinella	2015	2016	2017	2018
Report annuale dell'attività svolta nell'ambito della convenzione tra IZS e Servizio Foreste e Fauna	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile	Documento disponibile
Mantenimento della frequenza dei controlli presso i canili/rifugi	Almeno 1 controllo/ settimana	Almeno 1 controllo/ settimana	Almeno 1 controllo/ settimana	Almeno 1 controllo/ settimana



## 14 - Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute umana

Fonte degli indicatori: Servizio igiene pubblica del Dipartimento di prevenzione APSS

Indicatore sentinella	2015	2016	2017	2018
Stato di avanzamento della progettazione e implementazione della piattaforma informatica su cui far convergere i dati ambientali e sanitari	Non rilevabile	Progettazione e attivazione banca dati	Implementazione e utilizzo	Formalizzazione istituzionale della banca dati ambientale e sanitaria come strumento di conoscenza e valutazione
Applicazione, in forma sperimentale, degli strumenti proposti per la Valutazione d'Impatto Sanitario a progetti sottoposti alla procedura di screening/VIA provinciale	Non rilevabile	Predisposizione degli strumenti e inizio dell'applicazione sperimentale	Implementazione della fase sperimentale; riesame delle criticità	Validazione della procedura con proposta di formalizzazione normativa
Predisposizione mappa e definizione linee guida	Non rilevabile	Ricognizione dati, definizione del modello e progettazione della mappa probabilistica	Realizzazione della Mappa e predisposizione di linee guida e soluzioni tecniche per la gestione del rischio	Divulgazione e comunicazione a Comuni, progettisti e popolazione
Realizzazione di studi specifici: campagne d'indagine e approfondimenti sulla stima del rischio tramite software AirQ	Non rilevabile	Ricognizione delle informazioni disponibili; definizione delle necessità integrative e progettazione di nuovi monitoraggi	Campagne di misurazione e stime del rischio	Divulgazione e comunicazione dei risultati a Comuni e cittadini
Definizione dei contenuti del materiale per gli interventi di sensibilizzazione e informazione su ambiente e salute	Non rilevabile	Definizione e predisposizione dei contenuti dell'informazione	Validazione e consegna dei contenuti	Utilizzo dei contenuti consegnati per Azione GS2
Realizzare un corso di formazione per formatori su ambiente e salute	Non rilevabile	Definizione dei contenuti e dei destinatari	Realizzazione corso di formazione per formatori	
Realizzare corsi di formazione FAD per operatori sanitari di Dip. Prevenzione, APPA, MMG e PLS formati su ambiente e salute	Non rilevabile	Non rilevabile	Presenza in carico dei contenuti dei corsi di formazione (vedi Azione1)	Realizzazione del corso FAD per operatori
Definizione dei contenuti del materiale da utilizzare per gli interventi di sensibilizzazione e informazione	Non rilevabile	Definizione e predisposizione dei contenuti	Validazione e consegna dei contenuti	Utilizzo dei contenuti consegnati per Azione GS2
N° di controlli REACH effettuati/pianificati	2/2	2/2	2/2	2/2

