

LA GIUNTA REGIONALE

- visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- visto l'articolo 34, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”, il quale stabilisce che la Regione autonoma Valle d'Aosta provvede al finanziamento del Servizio sanitario nazionale senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato, utilizzando prioritariamente le entrate derivanti dai contributi sanitari ad essa attribuiti e, ad integrazione, le risorse dei propri bilanci;
- vista la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 “Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione”;
- visto il “Patto per la salute 2014-2016” (art. 17, dell’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014) che prevede, che le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano si impegnino a mettere in atto ogni utile intervento per promuovere la salute in tutte le politiche, di attuare la promozione della salute attraverso politiche integrate e intersettoriali a sostegno del diritto di ciascun cittadino a realizzare il proprio progetto di vita in un disegno armonico di sviluppo del territorio e della comunità in cui vive ciascuno;
- vista la legge regionale 25 ottobre 2012, n. 34 “Approvazione del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013”;
- vista l’Intesa adottata dalla Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della l. 5/6/2003, n. 131, in data 13 novembre 2014, tra il Governo, le Regioni e le province autonome, concernente il Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) per gli anni 2014 – 2018 (Rep. n. 156/CSR);
- visto l’Accordo adottato dalla Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell’art. 4, comma 1, del d.lgs. 28/8/1997, n. 281, tra il Governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in data 25 marzo 2015, concernente "Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014 - 2018 - Documento per la valutazione" (Rep. n. 56/CSR), ove sono indicati i criteri per la valutazione e la certificazione dei piani regionali;
- considerato che nell’elaborazione del piano regionale di prevenzione si devono:
 - applicare la visione, i principi, le priorità e la struttura del PNP e del relativo “Documento di valutazione”;
 - individuare obiettivi ed azioni il più possibile integrati e trasversali rispetto ai macro obiettivi e obiettivi centrali elencati nel PNP;
 - definire gli elementi funzionali ai programmi individuati (contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, ecc.);
- considerato che l’Intesa sancita in data 13 novembre 2014, tra il Governo, le Regioni e le province autonome, concernente il Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) per gli anni 2014 – 2018, ha approvato il piano della prevenzione e della promozione della salute, attraverso l’individuazione di obiettivi prioritari comuni, supportati da strategie ed azioni basate sulle

migliori evidenze di efficacia, con la prospettiva nel medio-lungo termine di produrre un evidente impatto sulla salute;

- tenuto conto che la struttura del PNP è frutto della visione di sistema del Piano, secondo cui tale struttura prevede la definizione dei Quadri logici centrali (QLc) la quale implica:
 - la definizione dei macro obiettivi (MO) prioritari e l'esplicitazione del razionale/quadro logico di riferimento;
 - l'identificazione dei fattori di rischio/determinanti relativi ai macro obiettivi prioritari che si intende contrastare e delle relative strategie di contrasto;
 - la definizione degli obiettivi centrali che si intende perseguire garantendo la coesione nazionale e degli indicatori centrali (e relativi standard) per la valutazione del loro raggiungimento;
- considerato che, essendo gli elementi sopracitati essenziali per il Piano nazionale e sotto la responsabilità congiunta di Ministero della salute e delle Regioni, al raggiungimento dei MO e degli obiettivi centrali concorrono il Ministero con le Azioni centrali e le Regioni con i Piani regionali di prevenzione (PRP);
- tenuto conto che, essendo il QLc vincolante, le Regioni, nell'ambito dei PRP, si impegnano a perseguire tutti i MO e gli obiettivi centrali declinandoli opportunamente nel contesto locale;
- preso atto che gli indicatori centrali includono sia indicatori di outcome o di early outcome, sia indicatori di output dei processi sanitari;
- considerato che i PRP devono far propri i principi del PNP e declinare il Piano nazionale negli specifici contesti regionali e locali, predisponendo una struttura che preveda la definizione dei Quadri Logici regionali (QLr), ovvero la definizione degli obiettivi specifici, dei programmi, delle popolazioni target, delle azioni e degli indicatori (e relativi standard) per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi medesimi;
- considerato che gli indicatori regionali includono sia indicatori di outcome o di early outcome, sia indicatori di output dei processi sanitari;
- considerato che la struttura del PNP e dei PRP deve rispettare gli elementi del QLc e del QLr, schematizzati nella tabella sottostante;

Macro obiettivo	Fattori di rischio/Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali	Standard	Obiettivi specifici	Popolazione target	Programmi	Azioni	Indicatori	Standard
Ministero e Regioni QLc						Regioni QLr					

- preso atto che il piano nazionale definisce 10 macro-obiettivi di salute ed intende valutare i risultati raggiunti attraverso specifici indicatori che misurino l'impatto che il Piano produce sia nei processi sia negli esiti di salute sia nel sistema a livello regionale e locale;
- ritenuto che il Piano debba essere corredato da 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;

- ritenuto essenziale alla valutazione l'uso di 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;
- considerato che risulta necessario superare l'ottica parcellizzata di singole azioni di progetti settoriali, arrivando ad una logica di piani/programmi e processi legati ad attività istituzionali, tra loro coerenti, coordinate e sinergiche;
- considerato che il piano regionale di prevenzione 2016-2018 pone tra i suoi obiettivi principali la realizzazione di una pianificazione regionale integrata con tutti gli attori presenti sul territorio, sia pubblici che privati, al fine di implementare politiche intersettoriali ed integrate, nel rispetto di funzioni e competenze, che mirino al miglioramento della salute per tutti e alla riduzione delle disuguaglianze;
- vista la deliberazione della Giunta regionale n. 1663 del 20 novembre 2015, recante "Approvazione della ricostituzione, presso la Sovrintendenza agli studi, del gruppo tecnico interistituzionale per la definizione di linee guida ed il coordinamento delle attività di educazione alla salute in ambito scolastico, costituito con deliberazione della giunta regionale n. 491 in data 24 febbraio 2006";
- vista la deliberazione della Giunta regionale n. 1681 del 20 novembre 2015, recante "Approvazione della convenzione tra l'Azienda sanitaria locale TO3, di Collegno (TO) della Regione Piemonte, la Regione Autonoma Valle d'Aosta e l'Azienda USL della Valle d'Aosta per l'utilizzo e l'implementazione del sistema informativo e banca dati di progetti, interventi e buone pratiche di prevenzione e promozione della salute (Pro.sa.)";
- ritenuto, sulla base delle priorità emerse dall'analisi del contesto socio-sanitario regionale, di articolare il piano regionale della prevenzione in sei linee strategiche di programmi, definite setting, quali:
 - Setting Scuola "Rete di Scuole che promuovono";
 - Setting di Comunità 1 – "Comunità che promuove Salute";
 - Setting Sanitario – "Azienda Sanitaria che promuove Salute";
 - Setting di Comunità 2 – "Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria";
 - Setting Ambienti di lavoro – "Salute, benessere e sicurezza nei luoghi di lavoro";
 - Setting Comunità 3 – "Ambiente e salute, rivolto agli ambienti di vita";
- considerato che per ogni singolo programma dovranno essere identificate le specifiche linee di intervento da sviluppare e che ogni linea di intervento dovrà essere elaborata secondo uno schema che comprenda:
 - breve descrizione dell'intervento programmato;
 - le fasi di articolazione e relativo cronoprogramma;
 - il "Valore Baseline" regionale e quello che si vuole raggiungere a fine del PRP, cioè lo "Standard di riferimento o valore atteso" regionale; il valore baseline e il valore atteso sono indicatori dell'obiettivo centrale, pertanto, laddove espressi nel PNP 2014-2018, questi sono da prendere a riferimento nel PRP;
 - il/gli indicatore/i di processo e indicatore sentinella;
- considerato che l'evidente complessità degli obiettivi prefissati dal PNP e l'ampiezza delle parti interessate da coinvolgere necessitano di un unico e ben definito centro di riferimento;

- preso atto che la struttura regionale competente in materia di prevenzione e i referenti del dipartimento di prevenzione si sono incontrati più volte, al fine di definire un'architettura organizzativa e di predisposizione del PRP, che valorizzi tale ruolo di stewardship, articolato su un livello regionale e un livello locale, e con l'obiettivo di migliorare l'integrazione e il coordinamento delle attività di prevenzione, comprese quelle che si attuano al di fuori del dipartimento di prevenzione, nonché di coadiuvare le funzioni di governo a livello regionale e locale;
- ritenuto di individuare tale articolazione organizzativa nel modo seguente:
 1. un coordinatore operativo di piano regionale della prevenzione, coincidente nella figura del Direttore del dipartimento di prevenzione;
 2. un gruppo di coordinamento tecnico di staff a livello di dipartimento di prevenzione, con funzioni di redigere la proposta delle azioni di piano, di coordinamento e di attuazione delle stesse e di monitoraggio degli obiettivi da raggiungere, così composto:
 - direttore del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 - n. 3 medici delle rispettive strutture del Dipartimento di prevenzione;
 - n. 1 veterinario del Dipartimento di prevenzione;
 - n. 1 medico dell'area territoriale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 - n. 1 medico dell'area ospedaliera dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 - n. 1 rappresentante della struttura comunicazione dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 3. uno o più referenti per ciascun macro obiettivo previsto dal PNP;
 4. un coordinamento regionale della prevenzione, che si riunisce almeno una volta all'anno, con compiti di condivisione, confronto, indirizzo e monitoraggio delle azioni previste dal Piano, così composto:
 - dirigente della Struttura regionale competente in materia di prevenzione;
 - direttore del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 - direttore dell'area territoriale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 - direttore generale dell'ARPA Valle d'Aosta (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente della Valle d'Aosta);
 - direttore generale dell'Università della Valle d'Aosta;
 - dirigente della Struttura regionale competente in materia di programmazione socio-sanitaria e mobilità;
 - dirigente della Struttura regionale competente in materia di sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale sanitario;
 - coordinatori dell'Assessorato territorio e ambiente, dell'Assessorato turismo, sport e commercio, dell'Assessorato agricoltura e risorse naturali e dell'Assessorato attività produttive, energia e politiche del lavoro;
 - un referente dell'Assessorato regionale in materia di politiche sociali;
 - n. 1 dirigente medico dell'Azienda USL della Valle d'Aosta della struttura igiene e sanità pubblica;
 - n. 1 dirigente medico dell'Azienda USL della Valle d'Aosta della struttura igiene degli alimenti e della nutrizione;

- n. 1 dirigente della struttura epidemiologia e osservatorio epidemiologico dell'Istituto zooprofilattico sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta;
 - coordinatore dei piani di zona;
 - presidente del Coordinamento Solidarietà Valle d'Aosta (CSV);
5. un gruppo operativo, che si riunisce periodicamente secondo le necessità, operante all'interno del coordinamento regionale e integrato di volta in volta con le figure ritenute di interesse per l'ambito in discussione, con funzioni di coordinamento, validazione delle azioni, predisposizione degli accordi intersettoriali, monitoraggio e valutazione del raggiungimento degli standard previsti dal piano, così composto:
- dirigente della Struttura regionale competente in materia di prevenzione;
 - direttore del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 - direttore dell'area territoriale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 - direttore generale dell'ARPA Valle d'Aosta;
 - direttore generale dell'Università della Valle d'Aosta;
 - dirigente della Struttura regionale competente in materia di programmazione socio-sanitaria e mobilità;
 - n. 1 dirigente medico dell'Azienda USL della Valle d'Aosta della struttura igiene e sanità pubblica;
 - n. 1 dirigente medico dell'Azienda USL della Valle d'Aosta della struttura igiene degli alimenti e della nutrizione;
 - n. 1 dirigente della struttura epidemiologia e osservatorio epidemiologico dell'Istituto zooprofilattico sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta;
- ritenuto centrale il ruolo di governance che dovrà assumere il Dipartimento di prevenzione dell'Azienda USL nella gestione del piano regionale della prevenzione;
 - ritenuto di individuare nella figura del direttore del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, il coordinatore operativo delle attività finalizzate alla predisposizione e al monitoraggio del piano regionale della prevenzione 2016-2018;
 - tenuto conto della riunione del 21 dicembre 2015 dell'Ufficio operativo, costituito ai sensi del DPCM 21 dicembre 2007, nella quale è stata effettuata una condivisione degli obiettivi centrali e regionali relativi al Macro-obiettivo 7 (Prevenire gli infortuni e le malattie professionali) del PNP;
 - considerato che per la verifica del PRP per l'anno 2015 i criteri di valutazione ex-ante sono riferiti:
 - alla qualità della programmazione dei PRP;
 - al rispetto dei principi del PNP;
 - ai requisiti di struttura dei programmi e congruenza dei quadri logici;
 - alla coerenza interna;
 - alla completezza del piano di valutazione
 - considerato che l'efficacia degli interventi di prevenzione non dipende soltanto dall'attenzione posta dal sistema sanitario, ma può essere favorevolmente influenzata anche dalla promozione di politiche favorevoli alla salute in altri ambiti, quali l'alimentazione, l'ambiente, l'educazione e il lavoro;

- ritenuto, pertanto, che il principio della salute in tutte le politiche deve improntare le azioni del PRP, richiedendo quindi non solo un buon coordinamento tra le diverse componenti del servizio sanitario regionale, ma anche la possibilità di stipulare accordi con altri ambiti non prettamente sanitari;
- considerato che il Piano nazionale della prevenzione prevede la possibilità per le regioni di una programmazione operativa frazionata in diversi periodi temporali;
- tenuto conto della necessità di istituire tavoli tecnici intersettoriali, al fine di individuare e dettagliare le specifiche azioni, volte a dare attuazione ai singoli programmi regionali individuati, con relativo cronoprogramma;
- ritenuto, pertanto, di stabilire che agli aggiornamenti tecnici e operativi al piano regionale della prevenzione in oggetto, si provveda con provvedimento dirigenziale del dirigente della Struttura igiene e sanità pubblica e veterinaria dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali;
- ritenuto, per quanto sopra, di recepire l'Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014 concernente il "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018", nonché l'accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 concernente il "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 – Documento di valutazione";
- ritenuto di approvare l'allegato piano regionale della prevenzione 2016-2018;
- vista la legge regionale 19 dicembre 2014, n. 13 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione autonoma Valle d'Aosta (Legge finanziaria per gli anni 2015/2017). Modificazioni di leggi regionali" ed in particolare l'articolo 22 (Finanziamento della spesa sanitaria regionale di parte corrente e per investimenti) che determina per il triennio 2015-2017 la spesa sanitaria corrente rispettivamente in euro 243.810.000, in euro 243.310.000 e in euro 242.579.500;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 240 del 20 febbraio 2015 avente ad oggetto "Approvazione di indicazioni all'Azienda USL della Valle d'Aosta (Azienda USL) ai fini della definizione dell'accordo di programma e della successiva adozione del bilancio di previsione 2015 e per il triennio 2015-2017";
- vista la legge regionale 3 agosto 2015, n. 16 recante "Assestamento del bilancio di previsione per l'anno finanziario 2015, modifiche a disposizioni legislative e variazioni al bilancio di previsione per il triennio 2015/2017" ed in particolare l'articolo 10 (Finanziamento della spesa sanitaria regionale di parte corrente. Modificazioni all'articolo 22 della l.r. 13/2014), che ridetermina il finanziamento per l'anno 2015;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1470 del 16 ottobre 2015 avente ad oggetto "Approvazione dell'Accordo di programma fra la Regione autonoma Valle d'Aosta e l'Azienda USL della Valle d'Aosta per l'anno 2015, ai sensi dell'art. 7 della l.r. 5/2000";
- dato atto che eventuali oneri aggiuntivi derivanti dall'attuazione dei programmi previsti dal PRP 2016-2018 sono a carico del Bilancio dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 863 in data 29/05/2015 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2015/2017, a seguito della ridefinizione della struttura organizzativa dell'Amministrazione regionale di cui alla DGR 708/2015, con

attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati e del bilancio di cassa per l'anno 2015;

- visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato dal dirigente della Struttura igiene e sanità pubblica e veterinaria, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;
- su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Antonio FOSSON;
- ad unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

1. di recepire l'Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014 concernente il "Piano Nazionale della Prevenzione 2016-2018", (Rep. n. 156/CSR) nonché l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 concernente il "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 – Documento di valutazione" (Rep. n. 56/CSR);
2. di approvare il piano regionale della prevenzione 2016-2018, che in allegato costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
3. di individuare l'articolazione organizzativa seguente:
 - un coordinatore operativo di piano regionale della prevenzione, coincidente nella figura del direttore del Dipartimento di prevenzione;
 - un gruppo di coordinamento tecnico di staff a livello di Dipartimento di prevenzione, con funzioni di redigere la proposta delle azioni di piano, di coordinamento e di attuazione delle stesse e di monitoraggio degli obiettivi da raggiungere, così composto:
 - direttore del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 - n. 3 medici delle rispettive strutture del Dipartimento di prevenzione;
 - n. 1 veterinario del Dipartimento di prevenzione;
 - n. 1 medico dell'area territoriale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 - n. 1 medico dell'area ospedaliera dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 - n. 1 rappresentante della struttura comunicazione dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 - uno o più referenti per ciascun macro obiettivo previsto dal PNP;
 - un coordinamento regionale della prevenzione, che si riunisce almeno una volta all'anno, con compiti di condivisione, confronto, indirizzo e monitoraggio delle azioni previste dal Piano, così composto:
 - dirigente della Struttura regionale competente in materia di prevenzione;
 - direttore del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 - direttore dell'area territoriale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 - direttore generale dell'ARPA Valle d'Aosta;
 - direttore generale dell'Università della Valle d'Aosta;
 - dirigente della Struttura regionale competente in materia di programmazione socio-sanitaria e mobilità;
 - dirigente della Struttura regionale competente in materia di sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale sanitario;

- coordinatori dell'Assessorato territorio e ambiente, dell'Assessorato turismo, sport e commercio, dell'Assessorato agricoltura e risorse naturali e dell'Assessorato attività produttive, energia e politiche del lavoro;
- un referente dell'Assessorato regionale in materia di politiche sociali;
- n. 1 dirigente medico dell'Azienda USL della Valle d'Aosta della struttura igiene e sanità pubblica;
- n. 1 dirigente medico dell'Azienda USL della Valle d'Aosta della struttura igiene degli alimenti e della nutrizione;
- n. 1 dirigente della struttura epidemiologia e osservatorio epidemiologico dell'Istituto zooprofilattico sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta;
- coordinatore dei piani di zona;
- presidente del Coordinamento Solidarietà Valle d'Aosta (CSV);
- un gruppo operativo, che si riunisce periodicamente secondo le necessità, operante all'interno del coordinamento regionale e integrato di volta in volta con le figure ritenute di interesse per l'ambito in discussione, con funzioni di coordinamento, validazione delle azioni, predisposizione degli accordi intersettoriali, monitoraggio e valutazione del raggiungimento degli standard previsti dal piano, così composto:
 - dirigente della Struttura regionale competente in materia di prevenzione;
 - direttore del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 - direttore dell'area territoriale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
 - direttore generale dell'ARPA Valle d'Aosta;
 - direttore generale dell'Università della Valle d'Aosta;
 - dirigente della Struttura regionale competente in materia di programmazione socio-sanitaria e mobilità;
 - n. 1 dirigente medico dell'Azienda USL della Valle d'Aosta della struttura igiene e sanità pubblica;
 - n. 1 dirigente medico dell'Azienda USL della Valle d'Aosta della struttura igiene degli alimenti e della nutrizione;
 - n. 1 dirigente della struttura epidemiologia e osservatorio epidemiologico dell'Istituto zooprofilattico sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta;
- 4. di stabilire che gli aggiornamenti tecnici e operativi, successivi al piano regionale della prevenzione in oggetto, vengano adottati con provvedimento dirigenziale del dirigente della Struttura igiene e sanità pubblica e veterinaria dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali;
- 5. di demandare alla Struttura igiene e sanità pubblica e veterinaria dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, in accordo col gruppo operativo del coordinamento regionale della prevenzione, la formulazione di proposte per l'attivazione di gruppi di lavoro interdirezionali, finalizzati alla collaborazione intersettoriale e alla promozione della salute in tutte le politiche;
- 6. di stabilire che i programmi pluriennali siano articolati secondo un quadro logico coerente con i quadri logici del PNP, contenenti gli obiettivi e le azioni da sviluppare nel triennio a livello regionale, in attuazione di tutti i macro obiettivi e degli obiettivi centrali del PNP e corredati degli indicatori di valutazione, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 56/CSR del 25 marzo 2015 per la valutazione dei piani;
- 7. di stabilire che il piano di monitoraggio e valutazione, composto da un quadro sinottico degli indicatori centrali (PNP) con la stima del valore atteso regionale al 2018, e dalla griglia

indicatori di processo e sentinella (PRP), come previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 56/CSR del 25 marzo 2015 è l'elemento per la valutazione dei piani;

8. di dare indicazione all'Azienda USL della Valle d'Aosta che il PRP sia obiettivo di budget di tutte le strutture dell'AUSL per il triennio;
9. di stabilire che il Comitato regionale di coordinamento in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro, costituito ai sensi del DPCM 21 dicembre 2007, riguardo al Macro-obiettivo 7 (Prevenire gli infortuni e le malattie professionali) svolga funzioni di indirizzo, coordinamento, validazione delle azioni, monitoraggio e valutazione del raggiungimento degli standard previsti;
10. di stabilire che l'Azienda USL della Valle d'Aosta dia attuazione ai programmi previsti dal Piano regionale della prevenzione 2016-2018 senza oneri aggiuntivi rispetto alle risorse finanziarie che annualmente vengono assegnate nell'ambito del finanziamento della spesa sanitaria regionale di parte corrente e per investimenti.
11. di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa, a cura della Struttura regionale competente in materia, al Ministero della salute – Direzione Generale della Prevenzione, al Direttore Generale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta per gli adempimenti di competenza, al CELVA, all'ARPA VDA, all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta e al CSV;
12. di pubblicare l'estratto della presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2016-2018

INDICE

Razionale

Il piano nazionale della prevenzione 2014 – 2018

- Vision
- Principi
- Priorità di intervento e criteri per la definizione del macro obiettivi
- I macro obiettivi e gli obiettivi centrali assegnati dal PNP alle regioni e provincie autonome

Il contesto epidemiologico regionale

- Campo d'intervento
- Le malattie infettive
- Le malattie cronico degenerative
- Incidenti
- Gli infortuni e le malattie professionali
- L'igiene dei prodotti alimentari per la tutela dei consumatori: dalla terra alla tavola

Il piano regionale della prevenzione 2016 – 2018

- Programmi e setting
- Programma 1 – *Setting* Scuola “Rete di Scuole che promuovono”
- Programma 2 - *Setting* di Comunità 1 – “Comunità che promuove Salute”
- Programma 3 – *Setting* Sanitario – “Azienda Sanitaria che promuove Salute”
- Programma 4 – *Setting* di Comunità 2 – “Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria”
- Programma 5 – *Setting* Ambienti di lavoro – “Salute, benessere e sicurezza nei luoghi di lavoro”
- Programma 6 – *Setting* Comunità 3 – “Ambiente e salute, rivolto agli ambienti di vita”

Nota conclusiva

RAZIONALE

La Salute è un aspetto fondamentale della qualità della vita di ciascun individuo ma anche un presupposto essenziale per lo sviluppo sociale ed economico, sia individuale che collettivo, strettamente connesso all'influenza (sia in senso positivo che negativo) di numerosi fattori: politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e, non ultimi, quelli biologici.

A questo riguardo, tutt'oggi, sussistono molte disuguaglianze tra i vari Paesi, tali da costituire una vera e propria condizione di grave ingiustizia sociale, a motivo della quale si stanno attivando autorità scientifiche e governative di tutto il mondo con lo scopo di approfondire la conoscenza di queste problematiche e di elaborare strategie che promuovano la "Salute in tutte le politiche".

In particolare, il gradiente socio-economico si è rilevato un indicatore, assai significativo, circa la durata e la qualità della vita. Tuttavia, nei Paesi industrializzati avanzati, che garantiscono un accesso equo ai servizi e alle prestazioni sanitarie, non è stata dimostrata una correlazione tra la spesa per i servizi e la speranza di vita. Più precisamente, da stime quantitative sulla longevità, si evince che l'impatto maggiore (40-50%) è rappresentato dai determinanti socio-economici, dagli stili di vita ed, inoltre, dallo stato e dalle condizioni dell'ambiente (20-30%), da fattori genetici (20-30%) ed infine dai servizi sanitari (10-15%).

In passato si riteneva che le politiche per la salute dovessero occuparsi esclusivamente dell'erogazione e del finanziamento dell'assistenza medica, attualmente invece, lo scenario è differente. Infatti, se da una parte è valorizzata l'importanza delle cure mediche, atte a prolungare la sopravvivenza e a migliorare la prognosi di alcune gravi malattie, dall'altra è pure riconosciuta l'importanza di altri aspetti che esercitano effetti positivi sulla salute, come gli ambienti di vita e di lavoro favorevoli alla salute, l'implementazione di stili di vita corretti, la riduzione delle disuguaglianze, ecc.

Oggi, sia da parte del mondo scientifico che politico, è ormai recepito il concetto che tutti i soggetti e le intere comunità, ove adeguatamente stimolati ed inseriti in un contesto favorevole, possano essere protagonisti della loro vita in salute [Marmot, 2003].

I contenuti delle varie direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e del programma nazionale Guadagnare Salute (2007) documentano, in modo rilevante, l'entità del grande cambiamento che, in tal senso, si sta realizzando, passando da un modello sanitario, basato esclusivamente sull'erogazione della prestazione (comprese quelle dei servizi di prevenzione), ad un modello decisamente più ampio e complesso, in grado di promuovere la salute con una modalità proattiva che vede coinvolti, in modo trasversale, tutti i soggetti e tutte le istituzioni correlate al "bene Salute" [Ministro Salute 2013].

Diverse evidenze scientifiche dimostrano l'importanza di promuovere, a tutti i livelli, azioni trasversali per favorire programmi di salute integrati, atti alla realizzazione sia di presupposti per società sane (ambienti di vita sani, occupazione, istruzione) che al cambiamento dei comportamenti individuali e di comunità, influenzando le condizioni socio economiche di base e gli ambienti fisici che hanno una ricaduta diretta sulla salute [OMS 2012].

Pertanto, sarà compito dei governi tenere in considerazione la valutazione dell'impatto dei determinanti della salute sia distali (sviluppo e benessere economico, lavoro, ambiente) che prossimali (fattori di rischio materiali, psicosociali, professionali, ambientali e comportamentali), sull'assistenza sanitaria e su alcuni esiti di salute associati all'andamento dell'economia: salute soggettiva, depressione, numero di suicidi, incidenti stradali e sul lavoro.

Solo, infatti, attraverso lo sviluppo di strategie intersettoriali che promuovano la "Salute in tutte le politiche" è prospettabile una efficace azione di identificazione e di controllo sui determinanti di salute e, conseguentemente, sui fattori di rischio, ivi compresi gli effetti negativi della attuale crisi economica. [Costa et al. 2012]

Un'impostazione di questo genere, basata sulla creazione di concrete alleanze operative, è divenuta ormai irrinunciabile, soprattutto se, accanto all'accentuarsi delle disuguaglianze (su base

economica che, l'attuale periodo di stagnazione finanziaria, ha fatto riemergere in tutta l'Italia, non risparmiando la nostra Regione), si considerano le più attuali problematiche socio – sanitarie, quali il crescente aumento delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e l'aumentare dell'età media.

Nell'ottica di una visione della “Salute”, frutto dell'azione di una intera società, l'integrazione delle politiche diviene strategica e necessaria. Pertanto, la promozione del benessere e della salute richiede l'azione congiunta, non solo delle politiche sanitarie e sociali, bensì di tutte le altre politiche: culturali, ambientali, urbanistiche, ecc..

Gli obiettivi comuni a tutte le politiche sono promuovere, favorire e garantire: stili di vita sani; ambienti favorevoli alla salute; la coesione sociale; il benessere nella prima infanzia, dei giovani e degli anziani; la tutela e la promozione della salute dei lavoratori; la parità tra i generi; lo sviluppo di competenze individuali e comunitarie che proteggano e promuovano la salute, che garantiscano attenzione ai gruppi fragili e aumentino il senso di appartenenza alla comunità.

In riferimento a quanto descritto, al fine di garantire la salute per tutti, si rende necessario responsabilizzare l'intera collettività. Tale principio, dovrebbe essere applicato a tutte le regioni, compresa la nostra, non solo in relazione alle difficoltà economiche che contraddistinguono le varie realtà regionali negli ultimi anni, ma in termini di un impatto sulla Salute migliore e più efficace.

Al fine di raggiungere un comune obiettivo di salute, in parallelo con le altre realtà italiane, la Valle d'Aosta si sta impegnando ad ottimizzare le risorse umane ed economiche, definendo protocolli d'intesa, condivisi e basati su evidenze scientifiche di provata efficacia, tra i vari portatori di interesse pubblici e privati, favorendo, anche nel nostro contesto regionale, lo sviluppo di strategie condivise ed intersettoriali di Promozione della Salute.

Tali strategie sono rivolte non solo al cambiamento del comportamento ma anche ad azioni su fattori politici, sociali ed organizzativi loco regionali. Inoltre, mirano non solo al benessere delle persone ma anche al miglioramento delle caratteristiche dell'ambiente in cui esse vivono e lavorano.

Le tematiche sopra descritte costituiscono il presupposto fondamentale per l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2016-2018, con la finalità di elaborare un Piano in collaborazione sinergica con Istituzioni, Enti locali, Associazioni, ecc., nell'ottica del concetto più moderno e più efficace di “Salute in tutte le politiche”.

Infatti, il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2014-2018, formalizzato dall'Intesa Stato, Regioni e Province autonome del 13 novembre 2014, suggerisce azioni di promozione della salute e di prevenzione che, come anticipato, pongono l'attenzione sia sulla intera comunità che sul singolo cittadino, con un approccio lungo tutto il percorso della vita e in tutti gli ambienti sia di vita che di lavoro.

In questo scenario, la sanità pubblica è investita del ruolo di advocacy e di stewardship, così come indicato sia dal documento “Salute 2020” dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che dal PNP 2014-2018, non solo attraverso il supporto di dati e di evidenze scientifiche ma anche e soprattutto sostenendo, implementando e favorendo l'incontro e la collaborazione tra tutti gli attori coinvolti, a vario titolo, nella tutela e nella promozione del benessere e della salute della comunità e del singolo cittadino.

In tale ottica, è fondamentale agire mettendo in campo, non solo le competenze consolidate in passato, ma favorendo lo sviluppo di nuove abilità che consentano di mediare tra i differenti valori ed interessi dei decisori e dei vari stakeholder, nell'ottica di un obiettivo comune: il miglioramento della salute della popolazione.

In tale contesto si inserisce il PRP 2016-2018 che, in continuità con i precedenti piani e in coerenza con gli obiettivi centrali del PNP 2014-2018, si prefigge l'obiettivo di attuare azioni regionali di sostegno e di sviluppo a queste funzioni, sia a livello centrale che locale.

Rispetto al passato, l'attuale PRP promuove interventi di contrasto dei fattori di rischio in modo più integrato e più puntuale.

Nello specifico, focalizza le sue azioni su:

- lo sviluppo di reti e alleanze, coinvolgendo diversi settori della società;

- l'implementazione di programmi di provata efficacia (Evidence Based Prevention);
- la condivisione di obiettivi di salute da parte di tutti i portatori di interesse, coinvolti a vario titolo (Istituzioni, Enti Locali, Associazioni non profit, ecc.);
- la definizione delle reciproche responsabilità;
- l'equità, come valore di riferimento imprescindibile per la riduzione ed il contenimento delle disuguaglianze sociali, attraverso la promozione di strategie differenziate, proporzionate ai differenti bisogni individuati, e attraverso la garanzia per tutti alle stesse opportunità di accesso, di fruizione, di qualità e di appropriatezza dei Servizi, oltre che di promozione della salute e di prevenzione;
- il ri-orientamento dei servizi sanitari, in un'ottica di una maggiore razionalizzazione delle risorse umane ed economiche;
- la promozione ed implementazione dello sviluppo e della valorizzazione delle competenze di prevenzione e di promozione della salute degli operatori socio – sanitari;
- le iniziative di comunicazione mirata ed efficace.

Quanto descritto ha l'obiettivo di facilitare le scelte di salute per tutti cittadini, realizzando e rendendo accessibili e fruibili i vari ambienti e contesti.

Tutte queste azioni strategiche, sono dettate dall'analisi della letteratura scientifica che dimostra l'importanza degli investimenti in interventi di prevenzione di provata efficacia, in grado di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario.

Infatti, la prevenzione deve essere interistituzionale, intersettoriale e interprofessionale, come dimostrato in letteratura. Infatti, gli interventi di maggiore efficacia sono di tipo trasversale a diversi settori della società. Pertanto, diviene fondamentale promuovere ed attuare l'integrazione delle politiche regionali in tema di prevenzione e promozione della salute e condividere gli obiettivi del PRP, al fine di favorire e supportare la costruzione di reti regionali, l'integrazione e la trasversalità degli interventi da attuare mediante la formalizzazione di accordi, atti, protocolli d'intesa, documenti d'indirizzo o altro (es. accordi interistituzionali tra Pubblica Istruzione, Sanità ed Enti Locali; tra Azienda USL, ARPA e IZS).

Il PRP 2016-2018 si fonderà sulla gara dell'intersectorialità, dell'equità, della comunicazione, della programmazione basata su evidenze scientifiche e della partecipazione e del coinvolgimento di tutti i portatori di interessi (Enti locali, Forze dell'Ordine, Istruzione, Associazioni, Cittadini, ecc.), requisiti indispensabili per migliorare l'empowerment della comunità e del singolo cittadino e ridurre le disuguaglianze in salute.

Inoltre il PRP, nell'ottica di una condivisione di contenuti, strumenti, linguaggio su tematiche di prevenzione e promozione della salute, garantirà (a titolo gratuito) la partecipazione dei vari attori del settore sociale, sanitario, educativo, volontariato, ecc. a percorsi formativi a distanza (FAD), coordinati da Luoghi di Prevenzione della Regione Emilia Romagna (centro di riferimento in tema di formazione sulla promozione della salute, ma è anche riconosciuto come eccellenza a livello nazionale e interregionale attraverso i numerosi progetti del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie - CCM - condotti).

Altresì, il PRP si avvarrà della banca dati Pro.Sa (banca dati on line nazionale di progetti e interventi di prevenzione e promozione della Salute), riconosciuta a livello sovranazionale, come sistema informativo delle azioni di promozione della salute, utile per il monitoraggio e la selezione e valorizzazione delle buone pratiche secondo criteri espliciti e validati, da diffondere e sviluppare.

In recepimento del PNP 2014-2018, il PRP garantirà:

- 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 che la caratterizzano;
- un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze;
- 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;

- gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementati in modo equo e che siano programmati per ridurre le disuguaglianze;
- la gestione e la sfida del costo-efficacia degli interventi, dell'innovazione, della governance;
- lo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili, per i professionisti, la popolazione e gli individui.

Inoltre, investirà su azioni prioritarie:

- la riduzione del carico di malattia: obiettivo sulla riduzione della mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili;
- riduzione degli incidenti e delle malattie professionali;
- la promozione dell'invecchiamento attivo (compresa la prevenzione delle demenze);
- il benessere dei giovani: 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;
- gli interventi preventivi relativi alla salvaguardia della salute dei lavoratori, alla prevenzione oncologica e alle vaccinazioni;
- la lotta alle disuguaglianze e sistematizzazione di interventi già esistenti per la prevenzione di disabilità;
- la promozione di 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.

In merito alle strategie da perseguire, il PRP favorirà:

- una sistematica attenzione alla intersectorialità 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 finalizzati a ciò).

Altresì, il PRP, come indicato nel PNP 2014-2018, ritiene e riconosce le Sorveglianze come un valido supporto dei programmi di Sanità Pubblica, al fine della valutazione dei risultati, dell'uso dei sistemi informativi e di sorveglianza, favorendo il loro utilizzo per promuovere la governance, l'empowerment ed azioni.

Nell'ottica di un lavoro di rete, integrato e trasversale, è opportuno implementare l'utilizzo dei dati delle sorveglianze di popolazione (OKKio, HBSC - HealthBehaviour in School-aged Children-, PASSI e PASSI d'Argento) sia per la programmazione delle linee progettuali del PRP che per il monitoraggio e la valutazione del Piano stesso.

Il Dipartimento di Prevenzione rappresenta un nodo strategico per la realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione, poiché favorisce l'integrazione tra tutti gli attori, impegnati a vario titolo nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini e, conseguentemente, nello sviluppo sociale ed economico delle varie realtà regionali. Ciò scaturisce dalla sua mission istituzionale, di favorire il mantenimento dello stato di Salute di soggetti sani, impedendo o ritardando l'esordio della malattia.

Evidenze scientifiche internazionali e nazionali, dimostrano l'impatto positivo sulla salute di politiche corrette di prevenzione sul futuro di vita di milioni di cittadini e tutto ciò testimonia l'importanza strategica della prevenzione.

Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione e, a cascata, il Piano Regionale di Prevenzione è uno strumento che favorisce e facilita il cambiamento culturale dei Dipartimenti di Prevenzione e della Salute Pubblica, in generale, con un notevole impatto innovativo sulle attività di prevenzione e promozione alla salute, sotto innumerevoli aspetti:

- la realizzazione di una pianificazione regionale integrata con tutti gli attori presenti sul territorio sia pubblici che privati (istituzioni, enti, professionisti della salute, comunità e ogni singolo individuo, settore pubblico e privato, mondo accademico e scientifico), al fine di implementare politiche intersettoriali e integrate, nel rispetto di funzioni e competenze, che mirino al miglioramento della salute per tutti e alla riduzione delle disuguaglianze, mediante una migliore leadership e governance per la salute, come da indicazioni della Commissione Europea e del documento Salute 2020;
- il focus su quattro ambiti prioritari di azione politica: investire sulla salute considerando l'intero arco della vita, sviluppare risorse e resilienza all'interno delle comunità, potenziare l'empowerment della comunità e del cittadino e creare ambienti favorevoli alla salute;
- la particolare attenzione alle disuguaglianze di salute;
- la maggiore consapevolezza dell'importanza della promozione della salute a più livelli;
- la necessità di un supporto politico integrato;
- la necessità di un maggiore utilizzo dei dati delle sorveglianze per una migliore e puntuale programmazione e valutazione delle attività di prevenzione e promozione della salute;
- una sistematica attenzione alla intersettorialità ai vari livelli;
- l'impellenza di un cambiamento culturale e di mentalità dei decisori politici, degli operatori sanitari e di tutti gli attori pubblici che, fino ad ora, hanno considerato la salute esclusivamente in termini di lotta contro la malattia, al fine di convogliare tutti verso una svolta, nell'ottica della promozione della salute e del benessere;
- la necessaria ed auspicabile ridefinizione di ruoli ed attività di provata inefficacia all'interno del dipartimento di prevenzione, a favore di attività di comprovata efficacia scientifica. Pertanto, particolare attenzione dovrà essere posta a garantire la continua crescita e l'aggiornamento delle competenze degli operatori del Dipartimento Prevenzione, per favorire il superamento della complessità dei temi trattati;
- la necessità di solide evidenze scientifiche di efficacia degli interventi preventivi (Evidence Based Prevention – EBP) e di promozione della salute, sviluppando e/o adottando interventi preventivi innovativi e di provata efficacia;
- l'esigenza di affrontare gli attuali problemi di salute in modo globale, mediante la strategia “Salute in tutte le politiche” e integrato, promuovendo il coordinamento degli interventi dei vari enti e soggetti che si occupano di prevenzione e promozione della salute a vari livelli, al fine di recuperare efficienza, efficacia ed equità nei vari programmi e progetti;
- l'attenzione al nuovo profilo di malattia, in continua trasformazione a causa dell'invecchiamento della popolazione; l'attuazione di una innovazione tecnica e amministrativa dei servizi sanitari e non ed una ridefinizione delle risorse umane ed economiche, sia del Dipartimento di Prevenzione che di altre strutture aziendali, necessarie per il raggiungimento degli obiettivi del PNP.

IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2014-2018

Con l'approvazione dell'Intesa in data 13 novembre 2014, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, concernente il Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) per gli anni 2015 – 2018, si è definito un piano per la promozione della salute e della prevenzione, attraverso l'individuazione di obiettivi prioritari comuni, supportati da strategie ed azioni evidence based, con la prospettiva nel medio-lungo termine di produrre un evidente impatto sulla salute.

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 2014-2018 intende essere un “Piano” per una promozione della salute e una prevenzione attuata attraverso azioni che si dipanano in un quadro strategico di quinquennio, 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), ai fini del raggiungimento degli obiettivi del PNP, 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 sulla riduzione della mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili. Ma sono valorizzabili in tal senso anche gli obiettivi sulla 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 alle vaccinazioni.
- Rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili. Questa scelta si implementa sia come lotta alle disuguaglianze sia come messa a sistema di interventi (magari 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, però, 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 una rilevanza in termini di sviluppo per gruppi sociali particolarmente a rischio di fragilità o di disuguaglianza, nonché 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, magari 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, lo sviluppo e l'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 regionale della 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

- 1.1. Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali
- 1.2. 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

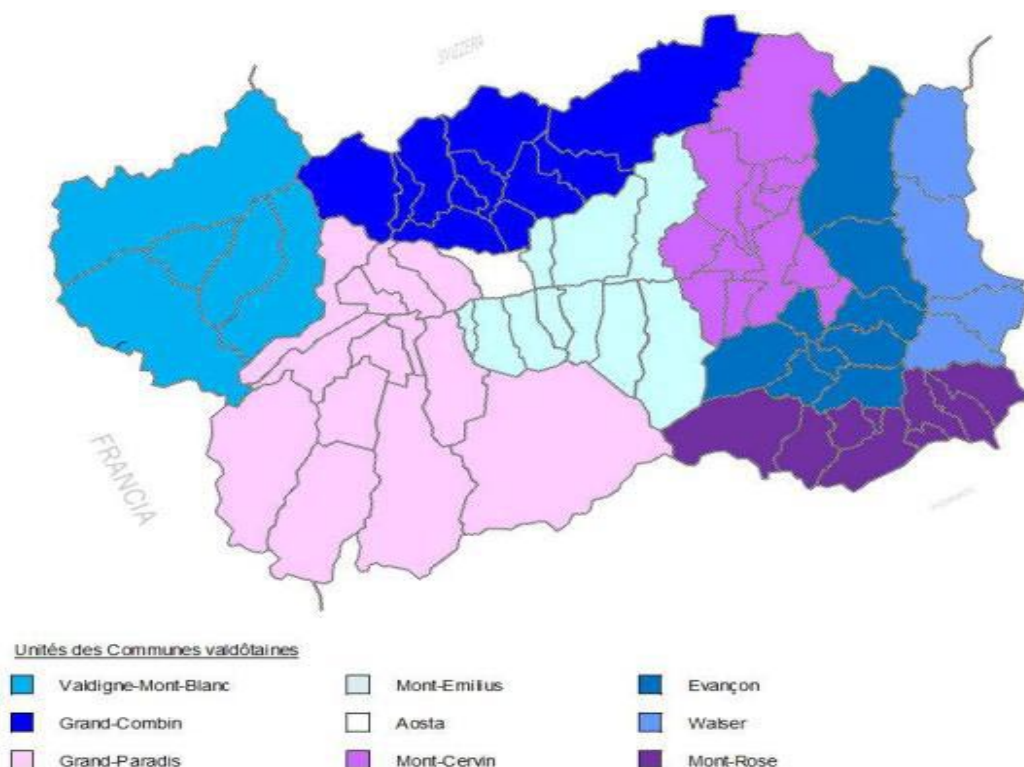
- 10.1. Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura
- 10.2. Ridurre il fenomeno dell'antibiotico 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 diffusive di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali
- 10.7. Assicurare un'appropriata 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

IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE

Capitolo 1: Campo di intervento

1 Caratteristiche geografiche



Su di un territorio di poco superiore a 3.200 km² vive una popolazione di circa 128.000 unità (il tasso di femminilizzazione è pari al 51,2%), pari ad una densità di 39 residenti/km². Questa popolazione si distribuisce su 74 comuni, raggruppati in 8 Comunità Montane o Unités des Communes Valdôtaines, a parte il comune di Aosta che è il comune che conta più di 10.000 abitanti. Tutti gli altri comuni hanno una popolazione inferiore ai 5.000 residenti e peraltro soltanto in tre casi (Saint-Vincent, Châtillon e Sarre) tale livello viene sfiorato. A livello di maggior dettaglio, osserviamo che 14 comuni hanno un numero di residenti compreso tra 2.000 e 5.000 persone (18,9%), mentre ben 41 (55,4%) fanno registrare un numero di residenti inferiore a 1.000. I restanti 15 comuni hanno una popolazione compresa tra 1.000 e 2.000 residenti. Circa il 76% della popolazione valdostana si concentra nei 31 comuni che formano la valle centrale non montana, mentre nei restanti comuni di media e alta montagna si distribuisce la rimanente popolazione. Inoltre, più della metà della popolazione regionale si concentra negli 8 comuni di ampiezza demografica pari o superiore a 3.000 residenti e nel capoluogo. Esiste una unica Az USL, un unico presidio ospedaliero (ospedale Viale Ginevra e Ospedale Beauregard) e quattro distretti socio – sanitari.

1.2 contesto economico e sociale

TREND DELLE IMPRESE ANNI 2006-2014

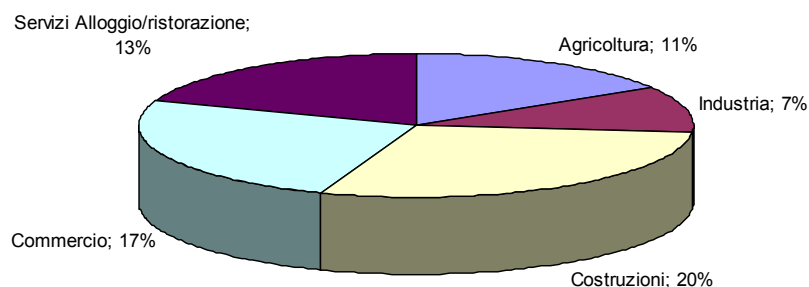
	Attive	Iscritte	Cessate	Saldo (I-C)
2006	12.728	935	1.022	-87
2007	12.795	988	939	49
2008	12.628	893	1.301	-408
2009	12.448	885	1.145	-260
2010	12.416	911	981	-70
2011	12.286	799	917	-118
2012	12.211	853	892	-39
2013	11.860	779	1.130	-351
2014	11.650	749	924	-175

Fonte: Movimprese

Alla fine del 2014 più della metà (il 52,8%) del tessuto produttivo valdostano è costituito da imprese individuali; la quota delle società di capitale raggiunge il 17%, le società di persone rappresentano il 27% delle imprese, mentre le “altre forme” arrivano al 3,2%. Dal 2010 al 2014 il peso percentuale delle imprese individuali è variato in modo significativo, con una perdita nel periodo di quasi due punti percentuali, recuperati quasi del tutto dalle imprese di capitale. La distribuzione percentuale, nel 2014, delle imprese tra i diversi macrosettori economici evidenzia una incidenza pari al 11% per l'agricoltura (1493 imprese), al 7% per il settore industriale, che comprende le attività manifatturiere in senso stretto e quelle estrattive, comprese energia, reti idriche, rifiuti, al 20% per le costruzioni (circa 2690 imprese). Il commercio con 2312 imprese arriva ad una quota del 17,3%, mentre i servizi di alloggio e ristorazione (bar, ristoranti) incidono per il 13,4% (1794 imprese). Seguono altre attività dei servizi alle imprese (trasporti, i servizi di informazione comunicazione, le attività finanziarie e assicurative, quelle immobiliari, noleggio ecc.).

Grafico 1.2.1

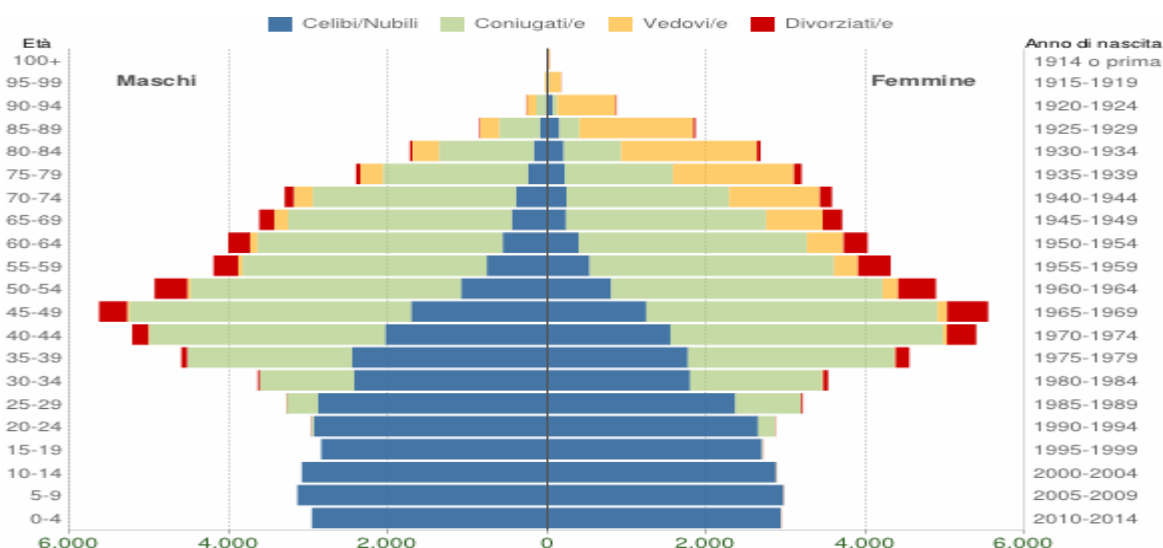
Imprese registrate alla Camera di Commercio di Aosta. Composizione percentuale per macrosettore di attività economica - 2014 (fonte dati Infocamere)



1.3 la popolazione

La conoscenza della struttura demografica della popolazione per età e genere rappresenta il punto di partenza per la comprensione dei principali bisogni di salute di una regione, bisogni legati in larga parte alla quota di popolazione che si trova nelle varie fasi del ciclo di vita. In particolare la piramide per età e genere è una efficace rappresentazione grafica della struttura della popolazione costruita sulla base dei dati dei residenti in valle d'Aosta al 1° gennaio 2014 per età, genere e stato civile.

Grafico 1. 3A Piramide dell'età per genere e stato civile. Regione Autonoma Valle d'Aosta. Situazione al 1° gennaio 2014



Fonte: ISTAT

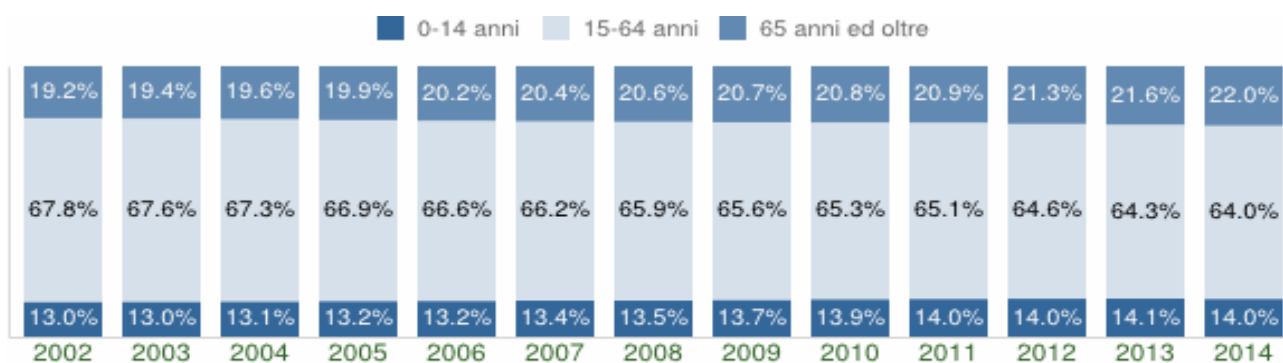
Dall'analisi del grafico 1.3A risulta evidente come in Valle d'Aosta la quota dei giovani sul totale della popolazione sia molto contenuta mentre il peso assoluto e relativo della popolazione anziana si fa via via più consistente. Per quanto riguarda il rapporto fra generi (U/D) si evidenzia come nelle età più avanzate questo sia fortemente sbilanciato a favore delle donne che godono di una sopravvivenza più elevata, in particolare le donne vedove. Per quanto riguarda i residenti con cittadinanza diversa da quella italiana, anche in Valle d'Aosta si assiste ad un costante incremento della percentuale di stranieri, che arriva nel 2013 al 7,2%, quota più che raddoppiata rispetto al 2004, come si può evincere dal grafico 1.3B. La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 26,9% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal Marocco (24,0%) e dall'Albania (11,2%). Possiamo comunque ipotizzare che nel futuro prossimo non si registrerà un numero di nascite e/o flussi migratori imponenti tali da contrastare il rapido processo di invecchiamento che si sta delineando visto che le nuove generazioni (che dovrebbero sostenere tali nascite) sono numericamente esigue.

Grafico 1.3B Andamento della popolazione con cittadinanza straniera Valle d'Aosta – 2013



L'analisi della struttura per età della popolazione e la sua evoluzione nel tempo è di fondamentale importanza per il dimensionamento e per la programmazione dei servizi socio-sanitari. La diversità di patologie che interessano le varie fasce d'età implica infatti un adattamento dell'offerta sanitaria alla domanda di assistenza che ne deriva. Soprattutto per quanto riguarda fasce di popolazione cosiddette "fragili" come gli ultra 65enni ovvero i soggetti maggiormente a rischio di malattie gravi ed invalidanti che possono portare a condizioni di disabilità e cronicità che richiedono una assistenza mirata. Questo è tanto più evidente nelle fasce d'età 75-84 (anziani) e soprattutto 85 ed oltre (grandi vecchi), rispetto alla popolazione 65-75 anni (giovani anziani). All'interno di queste fasce d'età utilizzate nella definizione dei vari sottogruppi troviamo un'ampia variabilità in termini di condizioni di salute fisica e mentale degli individui che le compongono, in grado di determinare una notevole eterogeneità sia nella dimensione che nel tipo domanda di assistenza sanitaria. Nel grafico 1.3C si evince la quota di ultra 65enni che è passata dal 19,2% al 22% nell'arco di poco più di 10 anni, ossia più di una persona su 5 è ultra 65enne. Si registra inoltre l'aumento della componente femminile sul totale dei residenti all'aumentare dell'età, la quota di donne è del 51,5% tra i giovani anziani, sale al 59,1% tra gli anziani ed arriva al 71,9% tra i grandi vecchi.

Grafico 1.3C Struttura per età della popolazione. Valle d'Aosta. Dati ISTAT al 1° gennaio 2014



ALIA.IT

Per quanto riguarda la ripartizione territoriale della popolazione residente nelle 8 Unités des Communes Valdostaines e nella città di Aosta, nella Tabella 1.3A si può osservare che il carico maggiore di ultra 65enni insiste nella Città di Aosta (25,8%), seguito da Unités des Communes Valdostaines Mont Rose (23,4%), Unités des Communes Valdostaines Walser – Alta Valle Lys (22,9%), mentre il carico minore è nella Unités des Communes Valdostaines Monte Emilius (18,2%).

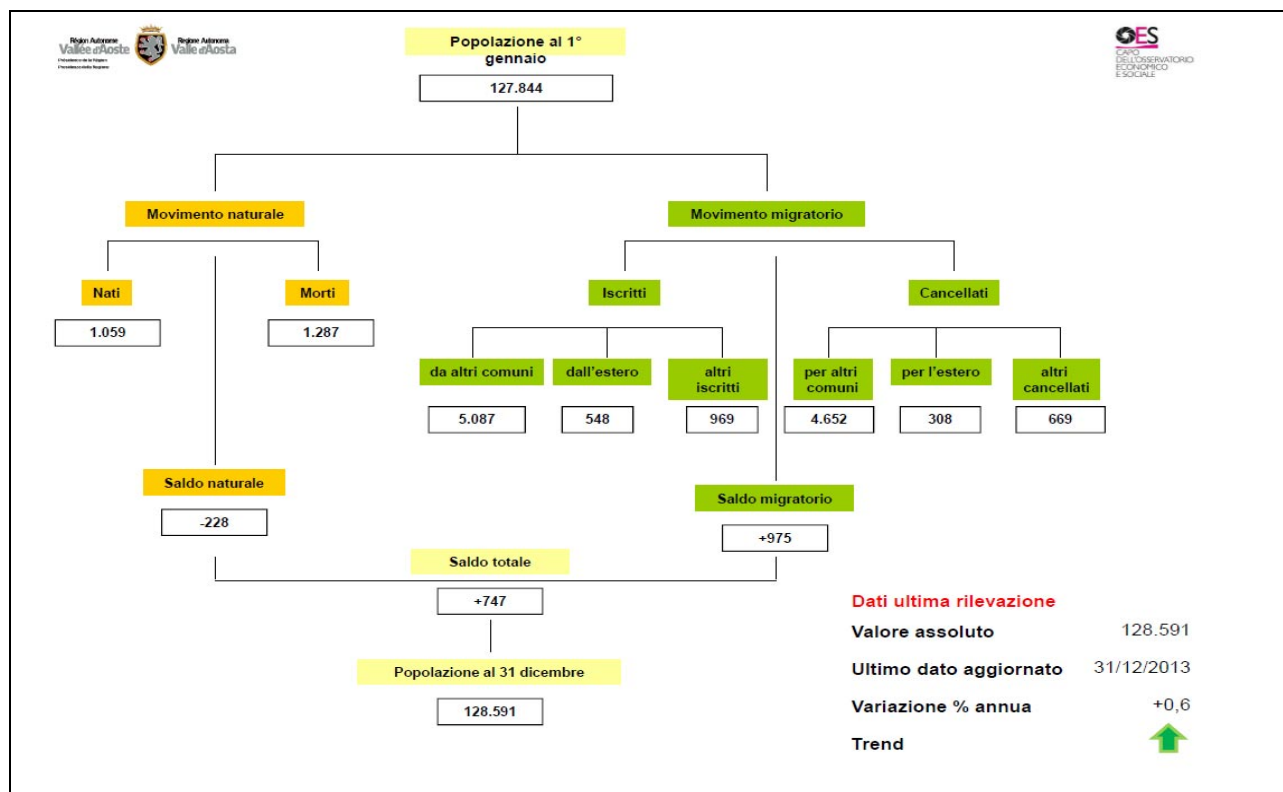
Tabella 1.3A Ripartizione territoriale della popolazione residente per fasce d'età e Unité des Communes Valdostaines -2013

	Valdigne - Mont Blanc	Grand Paradis	Grand Combin	Mont Emilius	Monte Cervino	Evançon	Mont Rose	Walser- Alta Valle del Lys	Aosta
0-14	1.256	2.312	888	3.591	2.239	1.655	1.288	270	4.460
15-64	5.941	10.277	3.792	14.942	10.926	7.458	6.260	1.286	21.450
65 e oltre	1.742	3.230	1.094	4.115	3.817	2.538	2.310	463	8.991
Totale	8.939	15.819	5.774	22.648	16.982	11.651	9.858	2.019	34.901

Fonte: OES Reg. Aut. VdA

La dinamica della popolazione residente in una determinata area geografica e le sue componenti naturali (nascite e decessi) e migratorie costituiscono un indicatore della vitalità demografica e più indirettamente di quella socio-economica di una regione. Mentre le componenti nascite e morti interessano direttamente le strutture che erogano servizi socio-sanitari, i movimenti migratori possono comportare una domanda sanitaria specifica. Nell'anno 2013 la Valle d'Aosta presenta un saldo totale positivo (+5,8 per 1000) rispetto all'anno precedente, mentre il saldo naturale è negativo (ovvero i decessi superano i nuovi nati) -1,8 per 1.000. Il saldo migratorio con l'estero è pari a +1,9 per 1000, mentre il saldo migratorio interno (+3,4 per 1000) è il più elevato tra le regioni italiane e denota il potere attrattivo della regione agendo sia nei confronti dei flussi migratori interni che della mobilità con l'estero, consentendo in tal modo di controbilanciare il saldo naturale negativo.

Grafico 1.3D Saldo totale, naturale e migratorio. Valle d'Aosta. Popolazione residente al 1° gennaio 2014



Fonte: OES Reg. Aut. VdA

Utili indicatori della struttura della popolazione di una regione sono l'indice di vecchiaia e l'indice di dipendenza strutturale. Nelle Tabelle 1.3B e 1.3C vengono mostrati i dati regionali relativi al 2013 ed i confronti con i valori nazionali e di altre regioni. L'indice di vecchiaia è un indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione e viene calcolato rapportando il totale della popolazione anziana (≥ 65 anni) sul totale dei bambini (< 15 anni). Nel 2013 l'indice di vecchiaia della regione è di 157,6 vale a dire ogni 100 bambini risiedono quasi 158 anziani (valore medio italiano 154), mentre quello della città di Aosta è di 201,6. L'indice di dipendenza strutturale esprime invece la quota di persone (sia bambini che anziani) teoricamente dipendenti -da un punto di vista economico- rispetto alle persone in età da lavoro (la fascia attiva è quella compresa fra 15 - 65 anni). In Valle d'Aosta l'indice di dipendenza strutturale è pari a 56,2 (media italiana 54,6) cioè 1 persona a carico ogni 2 persone attive. Nella città di Aosta è di 62,7.

Tabella 1.3B Principali indicatori demografici calcolati sulla popolazione residente in Valle d'Aosta. Natalità, mortalità, indice di vecchiaia e indice di dipendenza strutturale. Anno 2013

	Natalità*	Mortalità*	Tasso di crescita naturale*	Tasso migratorio totale*	Indice di dipendenza strutturale	Indice di vecchiaia
Piemonte	8,1	11,4	-3,3	17,5	58,8	185,7
Valle d'Aosta	8,3	10,0	-1,8	7,6	56,2	157,6
Lombardia	8,9	9,2	-0,3	18,4	55,5	149,5
Bolzano-Bozen	10,3	7,9	2,4	9,5	53,7	115,8
Trento	9,6	9,1	0,5	10,6	55,1	134,4
ITALIA	8,5	10,0	-1,4	19,7	54,6	154,1
Nord-ovest	8,5	10,3	-1,8	18,6	57,2	166,5

Fonte: ISTAT

* per mille abitanti

Fonte: OES Reg. Aut. VdA

Tabella 1.3C Principali indicatori demografici (per 1000 abitanti) calcolati sulla popolazione residente in Valle d'Aosta. Dettaglio per comunità montane. Natalità, mortalità, indice di vecchiaia e indice di dipendenza strutturale. Anno 2013

PRINCIPALI INDICATORI DEMOGRAFICI DI STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE: DETTAGLIO PER COMUNITA' MONTANE E CITTA' DI AOSTA (Valori percentuali) - ANNO 2013

	Natalità	Mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso migratorio totale	Indice di dipendenza strutturale	Indice di vecchiaia
Valdigne - Mont Blanc	8,0	10,1	-2,1	11,9	50,5	138,7
Grand Paradis	8,4	9,5	-1,1	10,3	53,9	139,7
Grand Combin	8,3	10,9	-2,6	-6,2	52,3	123,2
Mont Emilius	10,1	8,3	1,9	3,5	51,6	114,6
Monte Cervino	7,5	9,5	-2,1	13,0	55,4	170,5
Evançon	7,8	10,6	-2,8	5,7	56,2	153,4
Mont Rose	9,1	11,7	-2,6	1,4	57,5	179,3
Walsert-Alta Valle del Lys	5,9	14,3	-8,4	5,4	57,0	171,5
Aosta	7,4	10,6	-3,2	10,2	62,7	201,6

Fonte: ISTAT

Fonte: OES Reg. Aut. VdA

In linea con il trend italiano è il numero di componenti della famiglia pari a 2,07 persone per nucleo familiare nel 2013. Secondo i dati 2012 di Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>), tra i Paesi dell'Unione Europea l'Italia è al secondo posto dopo la Svezia per la speranza di vita alla nascita per gli uomini (79,8 anni), al terzo posto per le donne (84,8 anni) dopo Spagna e Francia. Dalla tabella sottostante (tabella 1.3D) si nota il divario tra la sopravvivenza maschile e quella femminile, che sta comunque convergendo sempre più (differenza di 4,8 anni rispetto ai 5,8 anni del 2003). Sebbene le donne siano più longeve, trascorrono più anni in peggiori condizioni di salute rispetto agli uomini: colpite da malattie meno letali ma più invalidanti, trascorrono circa un terzo della loro vita (32,1%) in condizioni di salute non buone, contro un quarto (24,9%) della vita degli uomini (fonte: Istat, Rapporto BES 2014).

Tabella 1.3D Speranza di vita alla nascita e a 65 anni, per sesso - 2013

	Speranza di vita alla nascita		Speranza di vita a 65 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Valle d'Aosta	79,7	84,6	18,9	22,2
ITALIA	79,8	84,6	18,6	22,0

Per descrivere la fecondità della popolazione residente si è fatto ricorso a tre diversi indicatori: il tasso di fecondità totale che misura il numero medio di figli per donna, l'età media delle madri al parto e la percentuale dei nati da madre straniera sul totale delle nascite. Il primo indicatore è dato dalla somma dei comportamenti riproduttivi delle donne italiane e delle donne straniere residenti e mostra valori riferiti al 2013 che si attestano a livelli significativamente superiori per le donne straniere (1,97), con una contrazione comunque rispetto all'anno precedente (2,38). Per quanto riguarda le valdostane italiane il tasso di fecondità è più elevato rispetto alla media italiana (1,29). Il secondo indicatore è rappresentato dall'età media delle donne al parto che a livello nazionale risulta essere pari a 31,5 anni. Anche in questo caso l'indicatore calcolato con riferimento alle straniere residenti mostra valori di età media inferiori alle italiane (28,4 anni). Per l'ultimo indicatore i cui valori sono stimati, la quota di nati da madre straniera è di 19,5% , lievemente superiore al valore medio nazionale.

Tabella 1.3E Numero medio sul totale delle nascite di figli per donna, età media (anni) delle madri al parto e quoziente (valori percentuali) di nati da madri straniere. Valle d'Aosta – 2013

	Numero medio figli per donna			Età media delle madri al parto			Quota di nati da madri straniere*
	Totale	Italiane	Straniere	Totale	Italiane	Straniere	
Valle d'Aosta	1,44	1,36	1,97	30,0	31,8	28,4	19,5
ITALIA	1,39	1,29	2,10	31,5	32,1	28,5	19,0

*Valori stimati

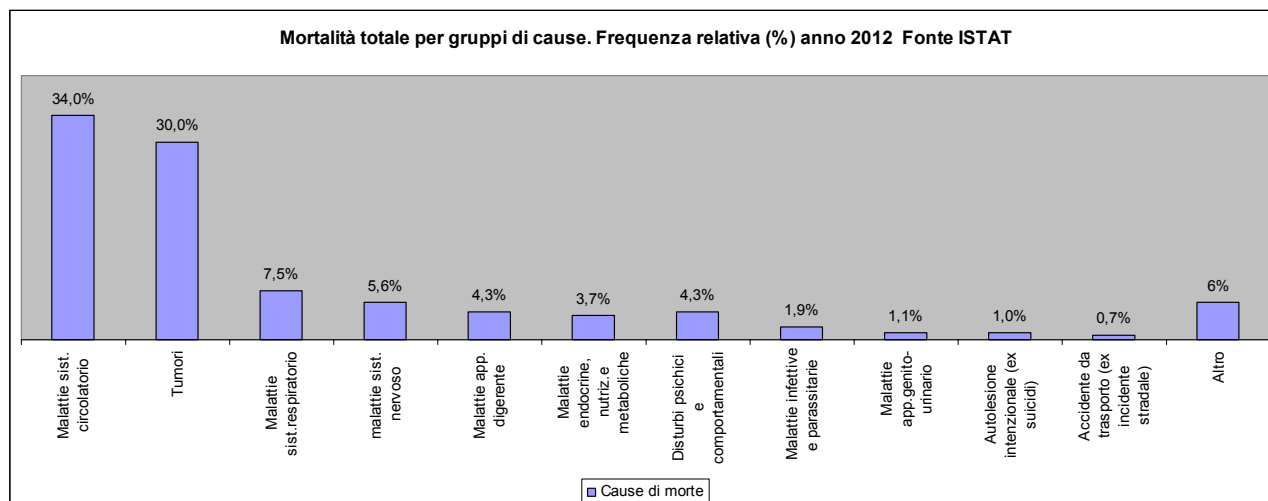
Prosegue la tendenza alla posticipazione delle nascite messo in evidenza dall'aumento dell'età media delle madri al parto. Ciò richiede una valutazione specifica da parte dei servizi sanitari considerato che all'aumentare dell'età corrispondono livelli di fertilità via via decrescenti e maggiori rischi per il nascituro che potrebbero portare ad un maggior ricorso a tecniche di fecondazione assistita ed ad una maggiore domanda di servizi di diagnostica prenatale.

In merito al fenomeno delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), nel 2013 sono state notificate dalle Regioni 102'644 IVG, con un decremento del 4.2% rispetto al dato definitivo del 2012 (107'192 casi) e un decremento del 56.3% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG (234'801 casi). In Valle D'Aosta sono state notificate 252 IVG nel 2013 con un incremento del 2,4% rispetto al 2012. Il Tasso di abortività (numero delle IVG per 1'000 donne tra 15-49 anni) che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG è risultato nella nostra regione pari a 9,0 con una variazione di +2,4% rispetto al 2012 (tasso abortività medio italiano 7,6 per 1000). Occorre sottolineare che il valore italiano rimane tra i più bassi di quelli osservati nei paesi industrializzati. Per quanto riguarda il Rapporto di abortività (numero di IVG ogni 1000 nati vivi) questo è risultato nel 2013 in Valle d'Aosta pari a 254 con un incremento del +13,7% rispetto al 2012, contro un rapporto di abortività medio italiano pari a 203,8 ed una variazione rispetto al 2012 di 0,3% (fonte: Relazione del Min. Salute sulla attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'IVG. Ottobre 2014).

La mortalità

Tra i residenti valdostani nel corso dell'anno 2012 si sono registrati 1272 decessi, di cui 575 (45,2% del totale) in soggetti di sesso maschile e 697 (54,8%) in soggetti di sesso femminile con un quoziente di mortalità (per 10.000 Ab.) inferiore alla media nazionale nei maschi (92,6 vs 101,8) e leggermente più elevato nelle donne (106,9 vs 102,9). Standardizzando la mortalità (per 10.000 ab.) si ottiene un tasso che nei maschi è pari a 96,9 (media nazionale 105,4) e di 67,17 nelle femmine (media nazionale 67,4). I dati confermano alcuni trend positivi di medio periodo osservati in Valle d'Aosta come la riduzione della mortalità generale e per patologie circolatorie. Inoltre nell'ultimo quadriennio sembra in corso una riduzione della mortalità per incidenti stradali mentre è rimasto sostanzialmente invariato il tasso standardizzato di mortalità per suicidio. Per quanto riguarda le principali cause di morte registrate nella regione nel 2012, più di due terzi dei decessi sono imputabili a tumori e malattie del sistema circolatorio (grafico 1.4A). Nelle femmine sono nettamente prevalenti le malattie del sistema circolatorio (36,4% dei decessi) seguite da tumori (24,82%), malattie ischemiche del cuore (10,4%) e malattie cerebrovascolari (8,8%), mentre nei maschi i decessi per tumore hanno superato quelli per malattie circolatorie (36,1% e 31,3% rispettivamente).

Grafico 1.4A



Fonte: Istat Mortalità per territorio di residenza. Valle d'Aosta 2012

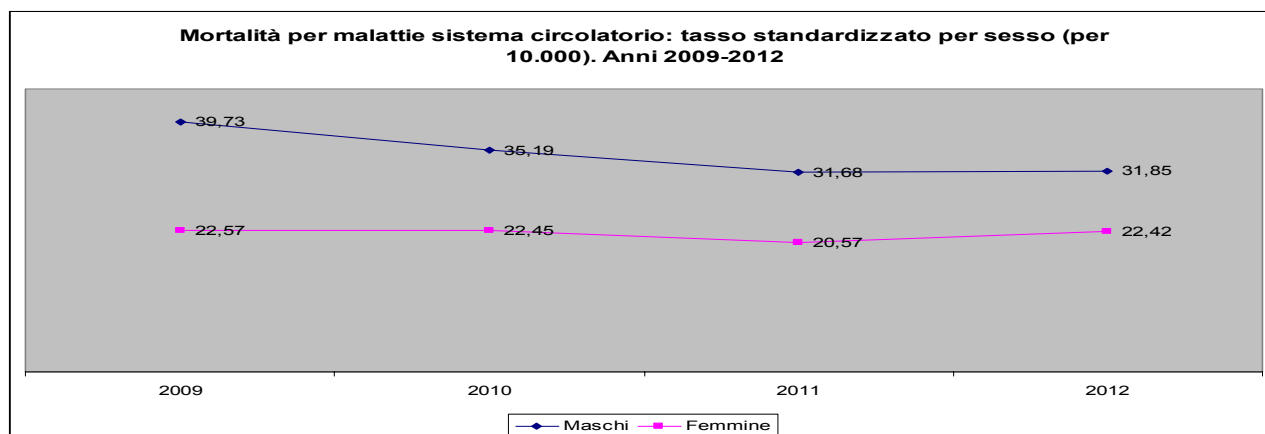
Tabella 1.4A Tassi grezzi e standardizzati di mortalità generale per grandi gruppi di cause (per 10.000 residenti) Elaborazione di dati ISTAT anni 2009-2012

	2009		2010		2011		2012	
	Tasso grezzo	Tasso standardizzato	Tasso grezzo	Tasso standardizzato	Tasso grezzo	Tasso standardizzato	Tasso grezzo	Tasso standardizzato
CAUSE								
Malattie infettive	1.02	0.86	1.02	0.85	1.82	1.52	1.96	1.7
Tumori	28.64	25.4	29.29	25.58	32.99	28.12	29.95	25.31
Malattie endocrine nutrizionali e metaboliche	3.45	2.98	3.2	2.74	3.63	2.91	3.69	2.92
Disturbi psichici	4.39	3.7	3.98	3.3	5.21	3.94	4.34	3.27
Malattie sistema nervoso	4.55	3.88	4.84	3.93	3.95	3.06	5.58	4.48
Malattie sistema	33.66	28.63	33.58	27.73	31.81	25.08	34.11	26.09

circolatorio								
Malattie apparato respiratorio	8.55	7.05	8.82	7.51	7.26	5.81	7.55	5.74
Malattie apparato digerente	4	3.39	5.23	4.42	3.63	2.97	4.32	3.56
Malattie apparato genito- urinario	0.78	0.68	0.86	0.74	1.5	1.18	1.1	0.83
Accidenti da trasporto	0.94	1.04	0.78	0.83	0.95	1.01	0.71	0.77
Autolesione intenzionale	0.78	0.76	0.86	0.75	1.26	1.16	1.02	0.94

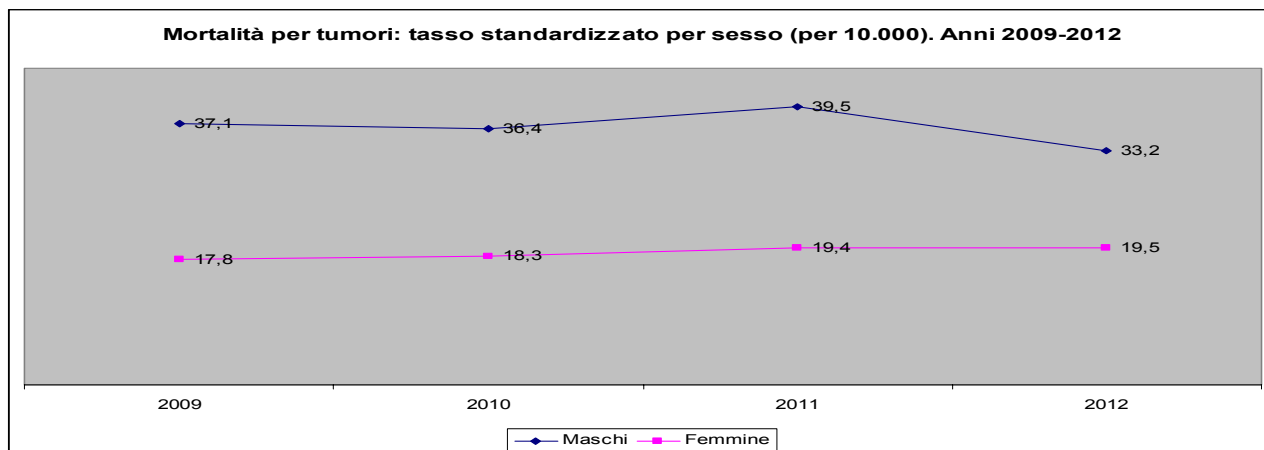
Fonte: Istat Mortalità per territorio di residenza. Valle d'Aosta 2012

Grafico 1.4B



Fonte: Istat Mortalità per territorio di residenza. Valle d'Aosta 2012

Grafico 1.4C



Fonte: Istat Mortalità per territorio di residenza. Valle d'Aosta 2012

I tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni risultano nel 2012 la principale causa neoplastica di morte nei maschi e la seconda nelle femmine. I tumori maligni di del colon-retto-ano rappresentano la seconda causa di morte per neoplasia nei maschi, insieme ai tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici, e rappresentano la terza nelle femmine assieme ai tumori maligni dello stomaco.

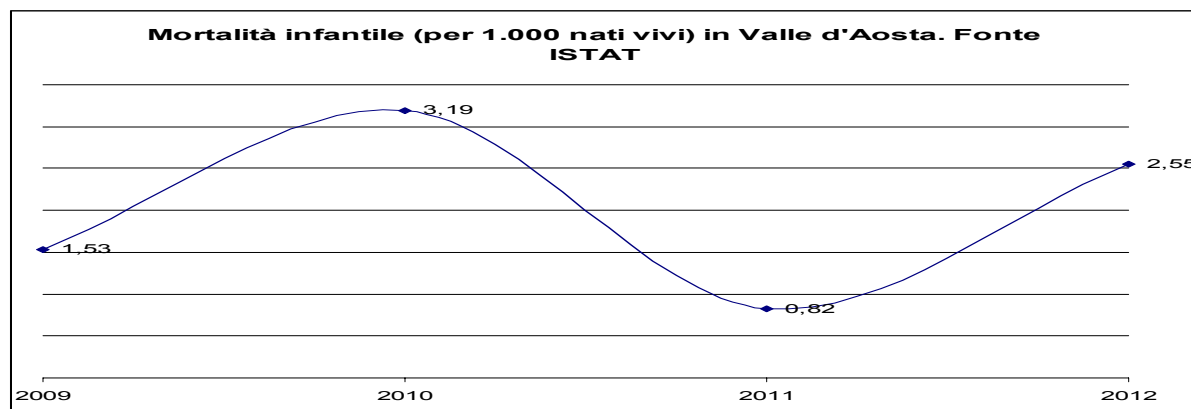
I tumori maligni del seno sono tra le neoplasie la principale causa di morte nelle femmine: nel 2012 si sono registrati 37 decessi.

La mortalità infantile

La mortalità dei bambini sotto i 5 anni di vita è uno dei più significativi indicatori sociali; oggi nei paesi a sviluppo avanzato i livelli sono così bassi che si preferisce utilizzare il tasso di mortalità infantile, ovvero la mortalità entro il primo anno di vita. In Italia si registrano i tassi di mortalità al di sotto dei 5 anni di vita tra i più bassi al mondo: nel 2011 il tasso era del 3,3 per mille nati vivi, inferiore al dato medio europeo (3,8 per 1000), con gradiente crescente nord-sud (fonte: Eurostat). Secondo il rapporto recentemente pubblicato dall'Istat ("Focus: la mortalità dei bambini in Italia ieri e oggi") in Italia l'85% dei decessi sotto i 5 anni avviene nel primo anno di vita, e la metà delle morti si concentra nei primi sette giorni.

Il Grafico 1.4D mostra i dati relativi al tasso di mortalità infantile entro il primo anno di vita in Valle d'Aosta con fluttuazioni annuali molto ampie perché legate a numeri molto esigui. La maggior parte dei decessi è associata a prematurità estrema e/o a gravi patologie congenite.

Grafico 1.4D



Mortalità evitabile

Sono considerate evitabili quelle cause di morte che si potrebbero ridurre in maniera consistente o addirittura eliminare con adeguati interventi di prevenzione, cura e riabilitazione.

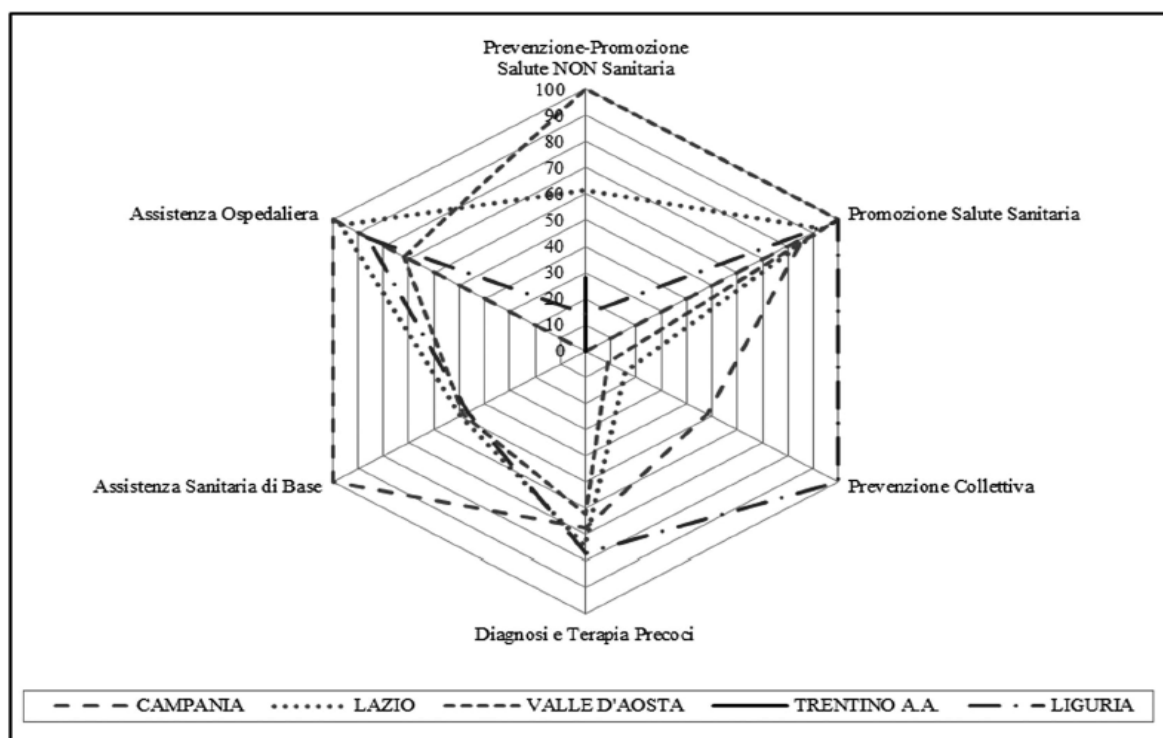
La mortalità evitabile è quindi un indicatore correlato con le abitudini di vita, con lo stato dell'ambiente in cui si vive e si lavora, con la stessa efficacia del servizio sanitario. Può essere utilizzato per individuare le cause che determinano gli eventi consentendo di approntare adeguati interventi preventivi.

Tassi standardizzati di mortalità evitabile (0-74) per genere e tipologia di intervento									
Tassi per 100.000 residenti - Anno 2011									
	MASCHI				FEMMINE				
Regione	Tutte le cause	Prev. primaria	Diagnosi pr. e ter.	Igiene e ass. sanitaria	Tutte le cause	Prev. primaria	Diagnosi pr. e ter.	Igiene e ass. sanitaria	
Valle d'Aosta	234,0	134,4	17,7	81,9	98,1	41,2	32,5	24,5	
Italia	202,0	117,7	16,2	68,0	102,2	35,9	30,8	35,6	

Fonte Rapporto OsservaSalute 2014

Nel Grafico 1.4E cosiddetto “a radar” viene illustrato il pattern di mortalità evitabile per ambito di competenza in Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Liguria, Lazio e Campania, anni 2006-2010, elaborato a partire dai dati ISTAT

Grafico 1.4E Pattern di mortalità evitabile per ambito di competenza, anni 2006-2010 in Valle d'Aosta ed altre regioni.



Fonte Rapporto OsservaSalute 2014

Come si può vedere la nostra regione, posto che il valore 0 corrisponde alla performance migliore e 100 alla peggiore, presenta una buona performance per l'ambito prevenzione collettiva (cui sono ascrivibili malattie come tossinfezioni alimentari...), diagnosi e terapia precoci, assistenza sanitaria di base ed assistenza ospedaliera; performance non troppo buona invece per l'ambito prevenzione e promozione della salute di competenza non sanitaria (cui sono ascrivibili incidenti stradali, condizioni di trascuratezza e abbandono) e per l'ambito promozione della salute di competenza sanitaria (cui sono ascrivibili le neoplasie fumo-correlate, le malattie a trasmissione sessuale, le malattie da abuso di alcool...)

La disabilità

Un'efficace programmazione dei sistemi socio-sanitari può essere realizzata solo attraverso una corretta conoscenza della dimensione della popolazione a cui, potenzialmente, i servizi si rivolgono. La stima del numero delle persone con limitazioni funzionali ammonta a 3.166.738 nell'anno 2013, pari al 5,5% della popolazione italiana. Le persone con limitazioni funzionali rilevate dall'indagine sono solo quelle che vivono in famiglia, alle quali vanno aggiunte quelle ospiti delle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie che sono circa 370 mila. In generale, l'analisi territoriale dei tassi evidenzia un gradiente Nord-Sud ed Isole, con i valori più elevati che si registrano in Campania, Puglia e Sicilia, mentre quelli più bassi si riscontrano in Valle d'Aosta e nella PA di Trento. Tale differenza, però, non è del tutto ascrivibile ad un rischio effettivamente maggiore nel Mezzogiorno. Va, infatti, considerata sia la maggiore propensione dei nuclei familiari residenti nel Mezzogiorno a tenere in famiglia le persone con disabilità, sia il problema, in questi territori, della carenza dell'offerta di strutture. Tali fattori spiegherebbero in parte il divario osservato.

La Valle d'Aosta con 4767 persone con limitazioni funzionali (fonte: Rapporto Osservasalute 2014) riferiti all'anno 2013 (tasso grezzo e tasso standardizzato rispettivamente 4% e 3,7%) è la regione con la più bassa prevalenza di disabili che vivono in famiglia, con una quota di donne sensibilmente superiore a quella degli uomini (66,5%). Tale bassa prevalenza potrebbe essere ascritta sia a fattori culturali (minore propensione a tenere in casa persone con disabilità) che a fattori strutturali (maggiore disponibilità di strutture residenziali). Per quanto riguarda la tipologia di limitazione funzionale, nella nostra regione sono prevalenti le difficoltà di movimento (tasso standardizzato 3%, nazionale 3,6%), seguita da difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (tasso standardizzato 2,3%, nazionale 3,5%) e difficoltà nella comunicazione (tasso standardizzato 1%, nazionale 1,5%). Per quanto riguarda la salute percepita – legata sia alle condizioni di salute oggettive che a fattori come la condizione socio-economica, la perdita del ruolo sociale dovuta all'età etc.- oltre metà (55%) delle persone con limitazioni funzionali dichiara di sentirsi male o molto male, rispetto al 3,9% delle persone senza limitazioni funzionali. Oltre il 35% delle persone con limitazioni funzionali presentano una malattia cronica grave (35,5%), mentre il 22,9% non ha alcuna malattia cronica (la più bassa percentuale in Italia). Per contro la Valle d'Aosta presenta la prevalenza più elevata di due malattie croniche gravi (29,5%) nelle persone affette da limitazioni funzionali. Per quanto riguarda l'indicatore "ricorso ai servizi sanitari" da parte delle persone con limitazioni funzionali (in grado di fornire misura della domanda sanitaria della popolazione con limitazioni funzionali), la Valle d'Aosta presenta il tasso più elevato (21,5%) di ricorso ai ricoveri ospedalieri ordinari, valore maggiore di più di 7 volte quello relativo alle persone senza limitazioni funzionali (2,8%). Ciò lascia supporre come sia principalmente il setting ospedaliero il setting di riferimento per chi ha esigenze di cura maggiore, anche se queste derivano da condizioni croniche.

Capitolo 2: Le malattie infettive

La catastrofe di Ebola ha drammaticamente ribadito l'importanza delle malattie infettive sull'impatto sulla salute delle popolazioni, con conseguenze imponenti sulle economie e sui sistemi sanitari anche dei Paesi non colpiti. Prendendo spunto dall'ultimo rapporto dell'European Centre for Disease Prevention and Control, è possibile sottolineare alcune priorità che devono essere affrontate, in Europa come in Italia, dalla comunità scientifica e professionale della Sanità Pubblica, dai governi e dalla società nel suo complesso.

Non devono, tuttavia, essere dimenticati alcuni importanti progressi registrati nella lotta alle malattie infettive registrati nella maggior parte dei Paesi europei. L'incidenza della tubercolosi continua ad essere in diminuzione in molte aree d'Europa, sebbene talora l'entità della diminuzione sia ancora lontana dall'atteso e dall'auspicabile. In generale, le malattie prevenibili tramite vaccinazioni continuano a diminuire, anche in questo caso con importanti eccezioni, a testimonianza dell'importanza di raggiungere adeguate coperture vaccinali tra le popolazioni. L'impatto sulla salute delle malattie infettive a trasmissione acquatica ed alimentare è globalmente sotto controllo, anche grazie a sforzi e a misure coordinate a livello europeo. Accanto ai progressi, è bene sottolineare le principali criticità riscontrate. Le infezioni correlate all'assistenza, anche grazie al miglioramento delle tecniche di sorveglianza, si configurano come uno dei più forti problemi di Sanità Pubblica, strettamente correlato al fenomeno dell'antibiotico-resistenza, con alcune specie batteriche virtualmente resistenti alla maggior parte degli antibiotici, e in alcuni casi a tutti. Le malattie sessualmente trasmesse sono in aumento in diversi Paesi, e le infezioni da Human Immunodeficiency Virus continuano ad essere diagnosticate in fase troppo avanzata. Nella maggior parte dei Paesi europei, la copertura vaccinale contro l'influenza è ben lungi dall'ottimale. Epidemie di morbillo continuano a registrarsi in diversi Paesi, a testimonianza che sono necessari grossi sforzi per incrementare le coperture vaccinali al fine di raggiungere l'obiettivo europeo di eliminazione del morbillo nel 2015.

Il Rapporto Osservasalute 2014 si concentra su alcune malattie a trasmissione respiratoria (morbillo, parotite, rosolia e varicella), con l'obiettivo dichiarato di sottolineare l'importanza di aumentare le coperture vaccinali, in un periodo in cui la fiducia delle popolazioni nei confronti delle vaccinazioni è messa a dura prova dalle campagne anti vaccinali in atto.

Le vaccinazioni sono uno strumento fondamentale delle attività di promozione della salute e rappresentano uno degli interventi preventivi più efficaci a disposizione della Sanità Pubblica per prevenire in modo sicuro malattie gravi o che possono causare importanti complicanze, sequele invalidanti, e morte.

La vaccinazione su larga scala permette, infatti, non solo il controllo delle malattie prevenibili, ma l'eliminazione o addirittura l'eradicazione dell'infezione a livello mondiale, già raggiunta per il vaiolo e prossima al traguardo per la poliomielite, migliorando in tal modo la salute e riducendo i bisogni e le spese necessarie alle cure.

In Italia, alcune vaccinazioni sono obbligatorie per legge; lo strumento legale, nonostante possa attualmente apparire anacronistico, ha tutelato il diritto alla salute e alla prevenzione di ogni bambino sul territorio nazionale, ha garantito la copertura finanziaria delle spese di vaccinazione e ha permesso di raggiungere coperture vaccinali molto elevate ed un ottimo controllo delle malattie così prevenibili, vale a dire difterite, tetano, poliomielite ed epatite B. Infatti, la poliomielite è stata eliminata da oltre 20 anni, e dal 1991 non si registrano casi di difterite, mentre l'incidenza di tetano ed epatite B ha subito una drastica riduzione.

Nella seconda metà degli anni '90, anche la copertura vaccinale per la pertosse ha raggiunto valori elevati (90%), mentre la percentuale di bambini adeguatamente vaccinati contro morbillo, rosolia e parotite e contro le infezioni invasive da *Haemophilus Influenzae* di tipo b (Hib) era ancora insoddisfacente (rispettivamente 56% e 20%), con grandi differenze tra regioni (fonte: indagine ICONA, ISS 1998).

A sette anni dall'ultimo piano Nazionale vaccini, è stato pubblicato a febbraio 2012 in Gazzetta Ufficiale il nuovo piano Nazionale di prevenzione incentrato sulla soddisfazione dei livelli minimi di assistenza (LEA).

L'obiettivo generale del PNPV 2012 – 2014 si propone di armonizzare le strategie vaccinali in atto nel nostro paese, al fine di garantire equità nella prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione, superando ritardi e insufficienze e assicurando parità di accesso alle prestazioni vaccinali da parte di tutti i cittadini.

Rispetto ai piani precedenti il Piano 2012 evidenzia la necessità di implementare delle strategie efficaci per promuovere la vaccinazione dei gruppi a rischio e la necessità di rendere comunque disponibili vaccini non indicati nelle raccomandazioni generali ma presenti in commercio.

Sono stati ridefiniti gli obiettivi per pneumococco, meningococco C ed HPV infatti il Piano prevede:

la vaccinazione anti HPV (papilloma virus) con copertura di almeno il 70% per le dodicenni a partire dalla coorte del 2001, 80% coorte 2002, 95% coorte 2003.

la vaccinazione antimeningococco di tipo C nei nuovi nati e negli adolescenti con il raggiungimento e mantenimento di coperture $\geq 95\%$.

la vaccinazione antipneumococcica nei nuovi nati con il raggiungimento e mantenimento di coperture $\geq 95\%$, nonché nei soggetti a rischio.

L'introduzione, in tutte le Regioni, del vaccino contro la varicella viene posticipata al 2015 con l'impegno di consolidare i livelli relativi alle altre vaccinazioni.

Il Piano evidenzia inoltre la necessità di valutare i dati delle Regioni Basilicata, Calabria, P. A Bolzano, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana e Veneto che hanno comunque scelto di promuovere la vaccinazione con progetti pilota.

La vaccinazione antivaricella è comunque raccomandata nei soggetti a rischio e negli adolescenti (11-18 anni) suscettibili.

In Valle d'Aosta, al 31/12/2014, come si può evincere dal Grafico 4.1°, le coperture vaccinali per le vaccinazioni contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite ed epatite B risultano più che soddisfacenti, con valori che si mantengono stabilmente al di sopra del 90% entro i due anni di età. Anche la copertura vaccinale per Haemophilus influenzae tipo b (Hib) si sta lentamente allineando alle altre vaccinazioni comprese nel vaccino esavalente (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Hib). Si evidenziano negli ultimi anni lievi flessioni nella copertura per alcune malattie come Morbillo, Parotite e Rosolia. La vaccinazione antipneumococcica e antimeningococcica sono state introdotte, gratuitamente e con chiamata attiva già alla fine dell'anno 2006, si è raggiunto un livello di copertura vaccinale elevato, anche se inferiore al 95%, soglia necessaria per raggiungere l'obiettivo previsto dal PNPV 2012-2014

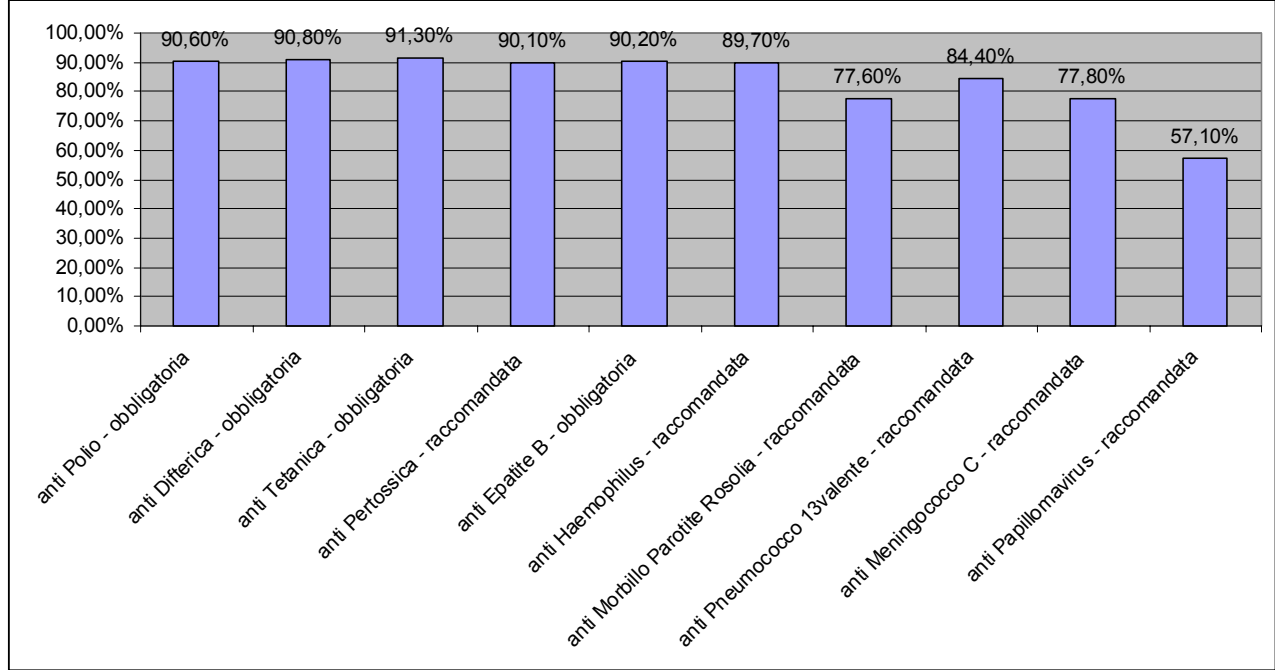
La vaccinazione anti-HPV, considerata una novità dal PNPV 2012-2014, in Valle d'Aosta è stata introdotta già alla fine del 2007 con la chiamata attiva delle ragazze appartenenti alla coorte di nascita 1997; negli ultimi anni si è evidenziata come per la vaccinazione anti MPR una lieve flessione nella copertura. Le vaccinazioni offerte attivamente coprono già l'ambito delle priorità di prevenzione vaccinale per la popolazione della nostra Regione.

Vi è pertanto l'esigenza di concentrare e potenziare gli sforzi sugli interventi prioritari in corso poiché, attualmente, il principale ostacolo alla prevenzione vaccinale non è rappresentato dalla mancanza di vaccini efficaci, ma dalla non completa adesione della popolazione alle campagne.

Per migliorare l'adesione consapevole all'offerta delle vaccinazioni il Piano Regionale Prevenzione Vaccini si propone di agire su più fronti: semplificando le modalità di offerta, potenziando la capacità organizzativa dei servizi vaccinali, monitorando l'impatto delle vaccinazioni.

Considerati i risultati ad oggi ottenuti, vista la possibilità di estensione a nuovi vaccini, già disponibili e l'esigenza di mantenere adeguate coperture vaccinali per le vaccinazioni sinora praticate, la Regione Valle d'Aosta provvede all'aggiornamento del Piano Regionale Vaccini e all'adozione di linee di lavoro in sintonia con le indicazioni del Piano Nazionale Vaccini 2012-2014.”

Grafico 2.1A Tassi di copertura vaccinale principali vaccinazioni. Valle d'Aosta 2014 (Fonte: Ufficio vaccinazioni SC Sanità Pubblica)



Capitolo 3: Le malattie cronico degenerative

3.1 Fattori di rischio legati agli stili di vita

Si stima che il 63% dei decessi verificatisi nel mondo siano stati causati da malattie non trasmissibili, inclusi in primo luogo le malattie cardiovascolari (48% delle malattie non trasmissibili), i tumori (21%), le patologie respiratorie croniche (12%) e il diabete (3,5%). Tali malattie non trasmissibili condividono quattro fattori di rischio comportamentale: consumo di tabacco, dieta non sana, inattività fisica e consumo dannoso di alcol. (Piano d'azione globale dell'Oms per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020)

Alimentazione scorretta

Per quel che riguarda la corretta alimentazione, il Piano d'Azione OMS 2013-2020 per la strategia globale di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili promuove:

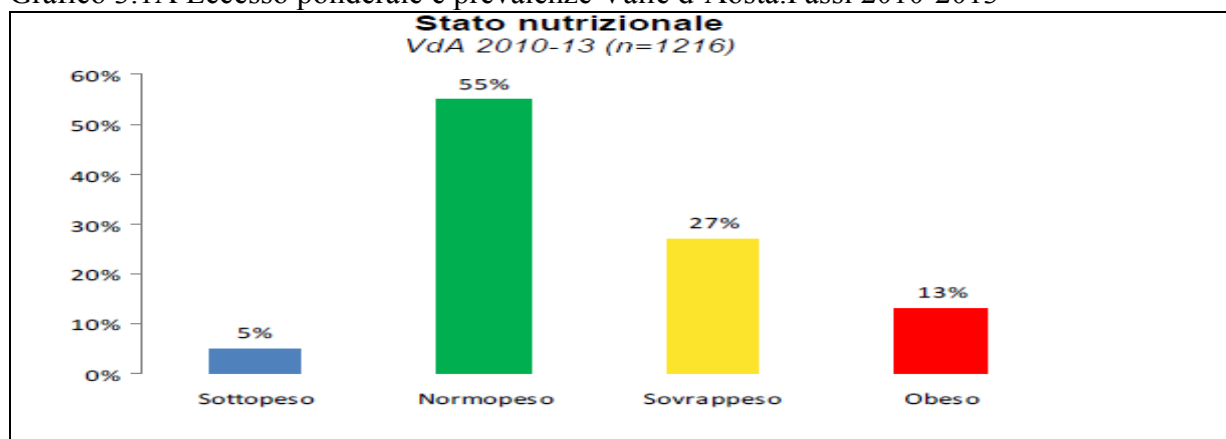
- ☐ l'allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi di vita;
- ☐ programmi per assicurare la nutrizione ottimale a tutti i bambini nei primi mesi e anni di vita;
- ☐ una politica nazionale e un piano d'azione per una corretta alimentazione, incluso il controllo delle malattie croniche correlate alla dieta;
- ☐ informazioni accurate ed equilibrate ai consumatori per metterli in grado di fare scelte sane;
- ☐ la predisposizione e messa in atto assieme ai principali stakeholders di strategie e meccanismi capaci di promuovere un marketing alimentare responsabile per quanto riguarda la riduzione dell'impatto di alimenti con elevati contenuti di grassi saturi, zuccheri e sale.

Sovrappeso ed obesità

Dai dati del sistema di sorveglianza Passi 2010 – 2013 il 31% degli adulti di 18-69 anni risulta in sovrappeso e il 10% risulta obeso, complessivamente quindi più di quattro persone su dieci risultano essere in eccesso ponderale. L'eccesso di peso è una condizione frequente che aumenta con l'età, colpisce di più gli uomini e le persone socialmente svantaggiate, con basso titolo di studio o con difficoltà economiche.

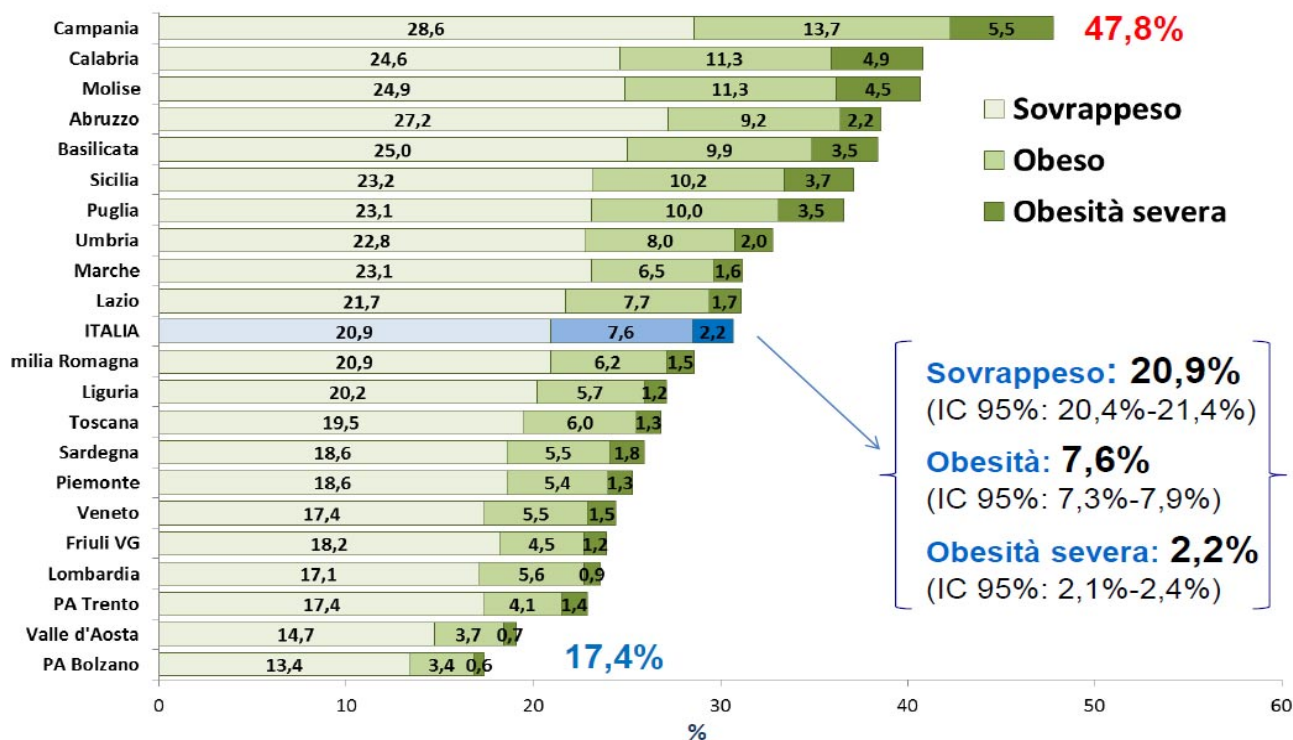
Sulla base dei dati PASSI – Stato nutrizionale ed abitudini alimentari - relativi allo stesso periodo, si stima che in Valle d'Aosta una quota rilevante (39,5%) degli adulti 18-69enni presenti un eccesso ponderale: in particolare il 26,5% (IC 95% 24,1-29) risulta essere in sovrappeso ed il 13% (IC 95% 11,1-14,9) è obeso (grafico 3.1A)

Grafico 3.1A Eccesso ponderale e prevalenze Valle d'Aosta.Passi 2010-2013



Lo studio “Okkio alla salute 2014”, un sistema di sorveglianza a cadenza biennale rivolto ai bambini della terza classe primaria (più di 45.000 bambini e genitori in tutta Italia), conferma a livello nazionale livelli preoccupanti di eccesso ponderale in età evolutiva, malgrado una lieve tendenza al miglioramento rispetto alle rilevazioni precedenti: il 20,9% dei bambini misurati è risultato in sovrappeso e il 9,8% in condizioni di obesità.

Bambini di 8-9 anni: sovrappeso e obesità per Regione, OKkio alla SALUTE 2014



I dati della Regione Valle d'Aosta nel dettaglio evidenziano che il 3,7 % dei bambini è obeso, il 14,7% è in sovrappeso, il 79% è normopeso e l'1,9% sottopeso. Complessivamente il 19% dei bambini presenta un eccesso ponderale. Se rapportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni residenti in Valle d'Aosta, il numero di bambini sovrappeso od obesi nella Regione sarebbe pari a 1.375, di cui obesi 317.

Anche i dati raccolti sull'attività fisica non sono molto confortanti: solo il 17% dei bambini pratica attività fisica un'ora al giorno 5-7 gg a settimana ed il 15% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine. Inoltre, il 34% dei bambini ha la TV in camera, il 19% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi per 2 o più ore al giorno e poco più di un bambino su 4 (28%) si reca a scuola a piedi o in bicicletta.

Nella nostra Regione i genitori riferiscono che il 43,5% dei bambini consuma la frutta 2-3 volte al giorno; il 24,5% una sola porzione al giorno. Il 30% dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana. Sono emerse differenze statisticamente significative per livello di istruzione della madre e per sesso del bambino.

Nella nostra Regione con la quarta raccolta dei dati, sebbene sia in atto un trend in diminuzione, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Particolarmente elevato risulta il consumo di bevande zuccherate (32%) con i conseguenti inevitabili riflessi sia sul peso che sull'igiene orale. Il consumo di frutta e verdura è ancora lontano dal raggiungere livelli soddisfacenti, solo il 12% dei bambini assume 5 porzioni al giorno fra frutta e verdura ed il 39% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana, risultando così

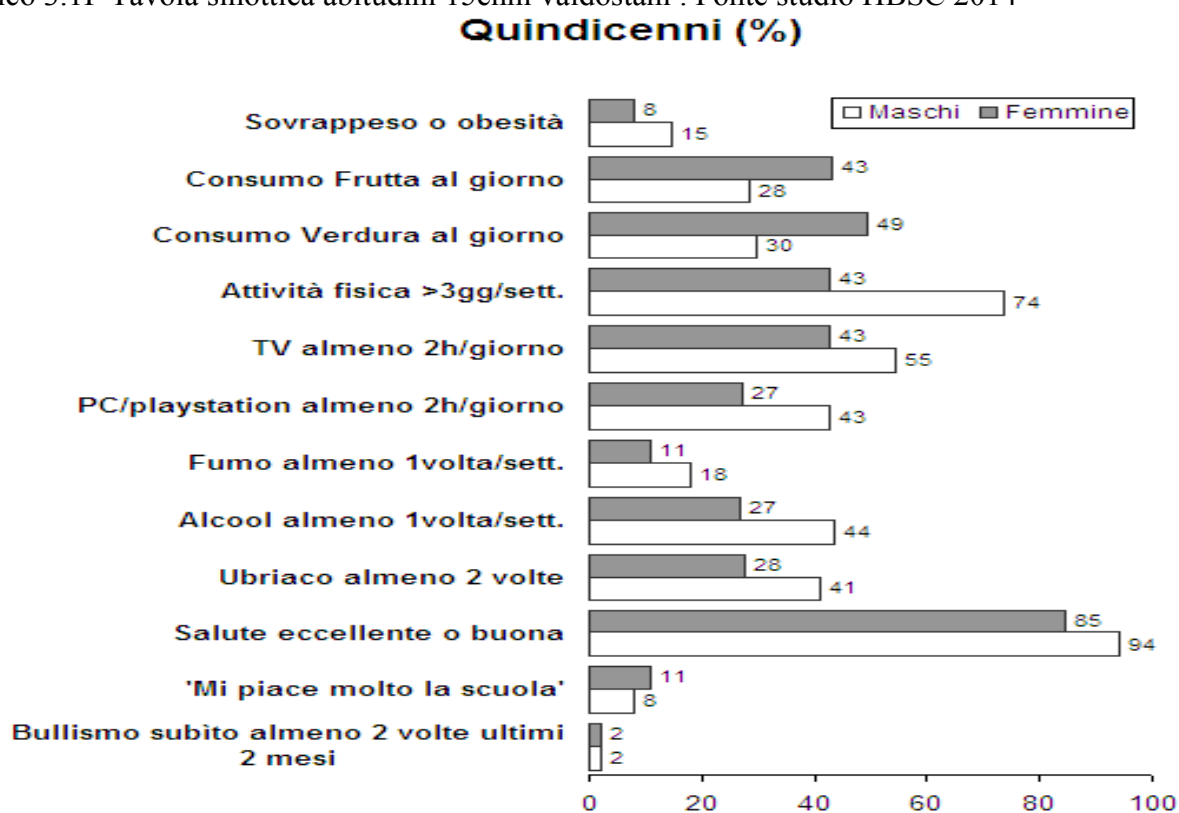
privati in gran parte degli effetti benefici, in termini di salute, assicurati dal consumo regolare di questi alimenti.

Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School Aged Children), uno studio di sorveglianza a cadenza quadriennale sulle abitudini comportamentali degli adolescenti effettuato nella nostra regione nel 2014, ha messo in evidenza anche in queste fasce d'età la presenza di abitudini alimentari poco corrette, come la frequenza con cui i ragazzi saltano la colazione (20% dei quindicenni non fa mai colazione), in contrasto con le linee guida sia italiane che internazionali sul tema. Saltare questo pasto influenza le capacità di concentrazione e di apprendimento, nonché favorisce il consumo disordinato di snack e “cibi spazzatura”

Bassa è anche la percentuale di coloro che seguono le linee guida per quello che riguarda i consumi di frutta e verdura: meno del 20% arriva a consumare le cinque porzioni giornaliere raccomandate. Pur non essendo elevatissimo il consumo di dolci e bevande zuccherate resta comunque importante ridurlo, visto che un quarto dei ragazzi dichiara un consumo almeno quotidiano di dolci e il 16% di bevande zuccherate. Basandosi sulle dichiarazioni di altezza e peso dei tredicenni e dei quindicenni, la percentuale di sovrappeso ed obesi è del 14% per entrambe le età. I quindicenni che si considerano grassi sono quasi un quarto del totale. Per quello che riguarda i ragazzi che dichiarano di essere a dieta, stratificando i dati per sesso, si nota che la percentuale diminuisce con l'età nei maschi, mentre aumenta nelle femmine. Per quello che riguarda l'igiene orale, il 95% dei ragazzi dichiara di lavarsi i denti almeno una volta al giorno, costituendo uno dei dati più rassicuranti dell'intera indagine.

Grafico 3.1F Tavola sinottica abitudini 15enni valdostani . Fonte studio HBSC 2014



Le abitudini alimentari e l'assunzione di alimenti dipendono sia dalle scelte individuali (influenze culturali, preferenze alimentari) che da fattori socioeconomici e ambientali (economicità e disponibilità di alimenti, qualità e sicurezza dei prodotti, ecc.) con una frequente correlazione fra disuguaglianze sociali e scelte alimentari.

Nel 2013 in Italia, secondo l'indagine Istat "I consumi delle famiglie", alla spesa per generi alimentari e bevande si è destinato, in media, il 19,5% della spesa totale, quota in leggero aumento rispetto al 2012 (19,4%).

La percentuale di famiglie che, tra il 2012 e il 2013, ha ridotto la qualità o la quantità dei generi alimentari acquistati, aumenta in modo consistente dal 62,3 al 65% e nel Mezzogiorno arriva a superare il 77%. Si tratta soprattutto di famiglie che diminuiscono la quantità (sono il 34,9% nel Nord e il 44,1% nel Mezzogiorno), ma una percentuale non trascurabile, e in deciso aumento, è anche quella di chi riduce anche la qualità dei prodotti acquistati. Aumentano le famiglie che si rivolgono agli hard discount per i generi alimentari (dal 12,3% del 2012 al 14,4% nel 2012) a scapito prevalentemente dei supermercati, ipermercati e negozi tradizionali (fonte ISTAT: Rapporto annuale 2013).

Alcool

Il consumo in eccesso di alcol è associato a numerose malattie: cirrosi epatica, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, ecc. Inoltre, il consumo di alcol può creare dipendenza e provocare alterazioni psicomotorie che espongono ad un aumentato rischio di incidenti stradali, infortuni sul lavoro ed episodi di violenza.

I dati del sistema di sorveglianza Passi 2010-2013 registrano che più della metà (64%) della popolazione valdostana fra i 18 e i 69 anni consuma bevande alcoliche, ed il 19% ha un consumo di alcol a "maggior rischio" per quantità o modalità di assunzione (ossia consumo fuori pasto e/o consumo binge* e/o consumo abituale elevato). Il consumo a rischio è più frequente negli uomini e tra i giovani di età 18-24 anni. A differenza di molti altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol è più diffuso nelle persone senza problemi economici e con più elevati livelli di istruzione.

Sedentarietà

La sedentarietà rappresenta oggi uno dei principali determinanti di malattia ed esiste evidenza riguardo all'efficacia dell'Attività Fisica (AF) nella prevenzione di diverse malattie croniche e della morte prematura. Il movimento può aumentare l'aspettativa di vita mediamente di 4 anni e perfino praticarlo al di sotto dei livelli raccomandati incrementa l'aspettativa di vita di circa 3 anni. Il semplice camminare quotidianamente ad andatura spedita per 30 minuti al giorno è associato ad una significativa riduzione della mortalità per malattie croniche. Per quanto riguarda l'effetto dell'AF sulla morbidità, nell'adulto gli studi evidenziano una riduzione dell'ordine del 30% per la patologia coronaria e l'ictus cerebri e di poco meno del 60% per il diabete di tipo 2; vi è anche un effetto significativo sui valori di pressione arteriosa e di colesterolo. L'AF riduce inoltre significativamente il rischio dei tumori e delle loro recidive. Infine, molte altre patologie possono essere prevenute attraverso l'AF, tra cui l'obesità, i disturbi dell'invecchiamento, le cadute e le fratture. L'attività fisica, infine, agisce su vari neuromodulatori modulando il senso di fame/sazietà, favorendo l'apprendimento e contrastando ansia, depressione, malattie neuro-degenerative (Alzheimer e Parkinson) e disfunzione erettile.

Nel bambino la sedentarietà è correlata con l'obesità (un bambino italiano su 3 presenta eccesso ponderale), il diabete tipo 2 (che oggi colpisce fasce sempre più giovani e perfino bambini) e l'ipertensione: il ragazzino in sovrappeso sarà un adulto a rischio di malattia cardiovascolare. Attualmente la sedentarietà ha sorpassato il fumo come causa di morte (oltre 5.3 milioni vs 5 milioni di morti all'anno nel mondo); il 30% delle morti premature totali ed un terzo delle morti per cancro dipendono da cattiva alimentazione, sedentarietà e sovrappeso; dieta inappropriata e

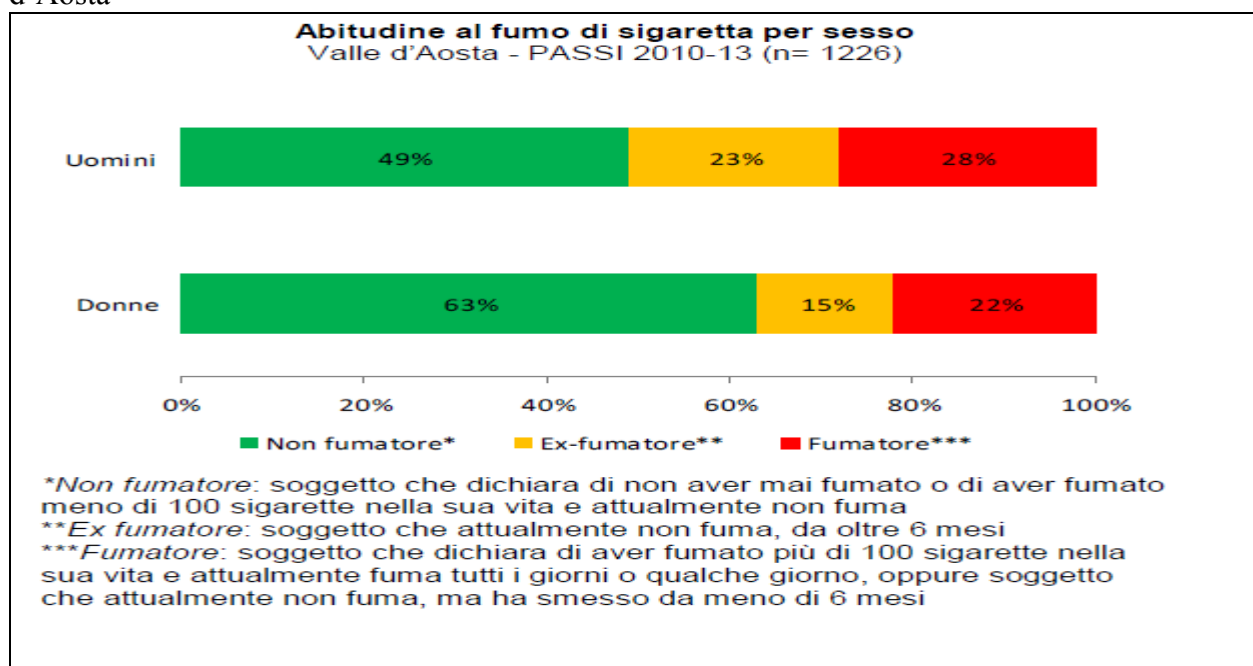
sovrappeso sono alla base delle principali malattie croniche, responsabili dell'80% della mortalità in Europa; l'obesità sta diventando purtroppo la regola, non più l'eccezione: se la situazione non cambia, gli esperti stimano che entro il 2030 in alcuni stati europei il 90% della popolazione sarà in sovrappeso. Sono indispensabili un approccio multisettoriale e interventi forti sulle politiche. Inoltre (poiché 1/4 dei casi di obesità nell'uomo e 1/2 nella donna dipendono dalle disuguaglianze) è indispensabile adottare interventi mirati alle fasce “deboli”. I dati Passi 2010-2013 evidenziano che in Valle d'Aosta solo il 40% degli adulti pratica livelli di AF sufficienti ed il 25% è completamente sedentario. Gli adolescenti valdostani (dati HBSC 2010) svolgono almeno un'ora di AF per 5 o più giorni alla settimana nel 30% (11enni), nel 28% (13enni) e nel 23% dei casi (15enni); nei bambini delle primarie (dati Okkio 2014) circa il 15% risulta inattivo e meno del 20% svolge una quantità sufficiente di attività fisica.

Tale disaffezione all'attività fisica è correlabile anche con l'uso eccessivo del mezzo televisivo e del computer (videogiochi, collegamento Internet, social network ed altro). In ogni caso la responsabilità per la scelta di stili di vita salutari non può essere lasciata esclusivamente agli individui ma deve essere condivisa da tutta la comunità, mediante l'intervento sulla struttura urbanistica delle città, il supporto sociale e la creazione di una rete di soggetti e istituzioni che condividano obiettivi comuni definendo ruoli e modalità di azione per promuovere gli stili di vita sani.

Tabagismo

Il fumo di tabacco provoca più decessi di alcol, AIDS, droghe, incidenti stradali e omicidi messi insieme. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 e gli 83 mila decessi all'anno, in Italia, siano attribuibili all'abitudine al fumo con oltre un milione di anni di vita potenzialmente persi. Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. Si stima che una quota tra l'85 e il 90% dei tumori dei polmoni sia causata dal fumo. Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano. In Valle d'Aosta secondo i risultati dell'indagine PASSI, nel quadriennio 2010-2013 l'abitudine al fumo risulta minore rispetto alla media italiana. Dichiarano infatti di essere fumatore il 25,5% del campione (rispetto al 28% del pool di ASL Passi 2010-2013), il 18,7% è classificabile come ex fumatore, mentre più della metà degli intervistati (56%) si dichiara non fumatore. Anche in Valle d'Aosta rimane elevata l'abitudine al fumo nelle classi d'età più giovani.

Grafico 3.1G Abitudine al fumo di sigarette per sesso. PASSI 2010-2013 Valle d'Aosta



I dati più recenti a disposizione sull'abitudine al fumo dei più giovani sono quelli dell'Indagine Doxa-ISS "Il fumo in Italia" secondo cui in Italia, nel 2014, tra i fumatori il 57,2 % inizia prima dei 18 anni (il 60% nel 2013) e il 13,2% prima dei 15 anni (14% nel 2013). Risulta inoltre in aumento la percentuale di fumatrici che è passata dal 15,3% del 2013 al 18,9% del 2014. Migliora la percentuale degli uomini anche se ancora un quarto della popolazione (il 25,4%) non sa rinunciare al fumo. Le sigarette cedono sempre più spesso il passo al trinciato, il tabacco in busta, più economico e impiegato per le sigarette fatte a mano. Segno della crisi che avanza, probabilmente. Il suo consumo è raddoppiato in un solo anno: fuma sigarette fatte a mano il 18% dei fumatori contro il 9,6 dello scorso anno. E a farlo sono soprattutto i giovani di età compresa tra i 15 e i 20 anni (34,3%). Per quanto riguarda l'utilizzo della sigaretta elettronica secondo i dati Doxa-ISS rispetto ad un anno fa il numero di chi ne fa uso si è più che dimezzato: erano più di 2 milioni nel 2013 sono passati a 800 mila nel 2014.

3.2 Programma Nazionale Guadagnare Salute

Investire nella prevenzione e nel controllo delle malattie croniche per migliorare la qualità della vita e del benessere degli individui e della società in generale, promuovendo stili di vita sani e agendo sui principali fattori di rischio delle malattie cronico-degenerative di grande rilevanza epidemiologica è l'idea che sta alla base del programma nazionale "Guadagnare Salute".

L'obiettivo primario è quello di "rendere facili le scelte salutari", come recita il sotto-titolo del programma: informare, educare, assistere, stimolare la responsabilità individuale, affinché ogni persona diventi protagonista e responsabile della propria salute e delle proprie scelte. Un investimento da valutare a lungo periodo, con la riduzione del peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e, nel breve, con il miglioramento della qualità della vita dei singoli individui. Per far ciò è necessario agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali determinanti di salute modificabili (scorretta alimentazione, alcol, inattività fisica e fumo) che sono responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Italia. Questi determinanti risultano essere in gran parte legati a comportamenti individuali che sono però fortemente condizionati dal contesto economico, sociale, culturale e ambientale in cui le persone

sono inserite, con la conseguenza che le classi più colpite sono le più svantaggiate. Da qui l'importanza di agire tempestivamente e trasversalmente su di essi non solo dal punto di vista sanitario ma come veri e propri fenomeni sociali. Uno dei focus di Guadagnare Salute è quindi rappresentato dagli interventi di contrasto alle disuguaglianze. Il programma Guadagnare Salute punta quindi sulla collaborazione tra istituzioni e tra istituzioni e stake-holder, mediante una "politica delle alleanze" tra soggetti portatori di interesse e settori diversi della società (amministrazioni locali, organizzazioni, enti, associazioni, istituzioni, ecc).

I sistemi di sorveglianza

I sistemi di sorveglianza sono fondamentali per identificare le esigenze di salute della popolazione e dunque le priorità sulle quali è necessario intervenire e su cui modulare i messaggi da veicolare. Tra le sorveglianze di popolazione (oltre ai dati raccolti mediante..il registri tumori) risultano fondamentali, per le considerazioni più sopra brevemente esposte, quelle rivolte alle diverse fasce di età:

- OKkio alla Salute (promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria)
- Hbsc (Health Behaviour in School-aged Children – ragazzi di 11-13 e 15 anni)
- Passi (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia – persone tra i 18 e i 69 anni)
- Passi d'Argento (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia – fornisce informazioni sulle condizioni di salute, abitudini e stili di vita della popolazione con 65 e più anni del nostro Paese, e completa il quadro offerto dalla sorveglianza Passi sulla popolazione con 18-69 anni)

I sistemi di sorveglianza OKKIO e HBSC



Il sistema di sorveglianza "OKkio alla Salute" è rivolto alla promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria ed è stato già menzionato.



Il Sistema di sorveglianza "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC) indaga sui comportamenti collegati alla salute in ragazzi di 11, 13 e 15 anni ed è parte di uno studio internazionale svolto ogni 4 anni, in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Esso indaga su un ampio panel di determinanti di salute nei ragazzi che riguardano i comportamenti (movimento e sedentarietà, alimentazione, alcol, fumo, uso di sostanze...) ma anche molti altri determinanti più globali legati all'ambiente familiare e scolastico e al benessere psico-fisico. L'ultimo report pubblicato del sistema HBSC è del 2010, mentre i dati relativi al 2014 non sono ancora stati pubblicati, benché elaborati.

Sistema di sorveglianza PASSI



Il sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), nato in risposta all'esigenza di monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dai Piani sanitari nazionali e regionali, si caratterizza come una sorveglianza in sanità

pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana tra i 18-69 anni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di prevenzione.

I temi indagati sono il fumo, l'inattività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di alcol, la dieta povera di frutta e verdura, ma anche il controllo del rischio cardiovascolare, l'adesione agli screening oncologici e l'adozione di misure sicurezza per prevenzione degli incidenti stradali, o in ambienti di vita di lavoro, la copertura vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico, e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute. Le informazioni vengono raccolte tramite interviste telefoniche effettuate da personale dell'Azienda USL in modo da ottenere una fotografia aggiornata, capillare e continua degli stili di vita della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni. Il monitoraggio è partito anche nella nostra Azienda USL nel 2007. La partecipazione dell'Azienda USL regionale allo studio Passi consente un utilizzo dei dati direttamente a livello locale, permettendo di monitorare le modifiche nel tempo dei comportamenti e di valutare l'efficacia delle misure preventive adottate. L'indagine più recente risale al 2013 e in essa sono stati aggregati i dati relativi al quadriennio 2010-2013.

Sistema di sorveglianza PASSI d'ARGENTO



PASSI d'Argento è un sistema di sorveglianza che fornisce informazioni sulle condizioni di salute, abitudini e stili di vita della popolazione con 65 e più anni del nostro Paese, e completa il quadro offerto dalla sorveglianza Passi sulla popolazione con 18-69 anni cominciata nel 2007. Per la prima volta Passi d'Argento “misura” il contributo che gli anziani offrono alla società, fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità.

Tra marzo 2012 e gennaio 2013 in 18 Regioni italiane e nella PA di Trento, tra cui la nostra Regione che nel 2012 ha effettuato 1200 interviste, sono state raccolte oltre 24.000 interviste che hanno permesso di produrre informazioni utili ed elementi importanti per la valutazione delle attività di prevenzione, a responsabili e operatori del sistema socio-sanitario, agli ultra64enni stessi e alle loro famiglie. Le interviste, telefoniche o faccia a faccia, sono effettuate attraverso un questionario standardizzato, da operatori appositamente formati. Il campione è estratto con campionamento casuale semplice stratificato o a cluster dalle liste anagrafe degli assistiti della Asl.

Screening oncologici

Gli screening oncologici si inseriscono nel piano più ampio della lotta contro il cancro che deve essere condotta su più fronti: l'individuazione della cause dei tumori, l'eliminazione o la riduzione dell'esposizione a fattori di rischio noti, l'individuazione precoce del cancro mediante lo screening, nonché un miglioramento del trattamento della malattia e delle cure.

Gli screening oncologici sono interventi finalizzati all'individuazione del tumore in una fase precoce dato che, più precoce è la diagnosi, tanto più è probabile la possibilità di intervenire positivamente.

Sul piano generale l'obiettivo principale dello screening è quello di ridurre la mortalità causata dalla malattia nella popolazione che si sottopone al test e secondariamente di consentire l'applicazione di tecniche chirurgiche e mediche il più possibile conservative ed accettabili.

Sebbene lo screening possa avere effetti benefici ed aumentare i tassi di sopravvivenza, esso può anche avere effetti secondari negativi, tra i quali rientrano effetti psico-sociali (come l'ansia), interventi medici inutili in caso di risultati positivi erronei e ritardi nell'individuazione della malattia.

È fondamentale, pertanto, che un programma di screening dei tumori venga proposto a persone sane solo se è stato dimostrato che riduce la mortalità specifica connessa alla malattia o il manifestarsi della malattia ad uno stadio avanzato, se i vantaggi ed i rischi sono ben noti e se il rapporto costo-beneficio dello screening è accettabile.

Attualmente i test di screening che soddisfano tali criteri sono solo tre:

- ☐ lo screening per individuare i tumori del seno;
- ☐ lo screening per individuare i tumori del colon retto;
- ☐ lo screening per individuare le lesioni del collo dell'utero

Buona, in generale, in Valle d'Aosta l'adesione agli screening per i tumori anche se è necessario continuare a monitorare con attenzione gli standard sia per renderli il più possibile omogenei ed elevati in tutte le classi, sia per evitare che la partecipazione non si riduca fino a pregiudicare l'efficacia del programma di screening. Nonostante una certa variabilità tra le classi di età l'adesione allo screening mammografico dal 2012 si è stabilizzata su valori superiori al 70% (77,20% nel 2012; 69,92% nel 2013 e 71,47% nel 2014).

Con attenzione allo screening della cervice uterina le percentuali di adesione sono più basse anche a seguito della prassi consolidata tra le donne di ricorrere al pap test a prescindere dall'offerta organizzata dallo screening. Tali percentuali sono del 60,3% nel 2012 e 66,7% nel 2013. In merito infine allo screening del colon retto le adesioni, per quanto attestate su buoni livelli, differiscono tra i due generi. Nel 2012 è stata del 65% tra i maschi e 68,9% tra le femmine. Nel 2013 è stata 67,2% tra i maschi e 71,9% tra le femmine, mentre nel 2014 60% tra i maschi e 68,4% tra le femmine.

Prestazioni di attività programmata di screening mammografico -
Percentuale di adesione(a) per classe di età della popolazione di riferimento
- Anni 2008-2014

CLASSI DI ETÀ'	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
	% di adesione						
45-49	76,25	87,45	78,28	73,23	61,28	76,84	73,2
50-54	78,86	67,04	70,94	68,53	67,90	70,80	69,02
55-59	83,22	60,24	81,67	65,05	77,25	68,32	73,93
60-64	78,66	65,09	79,43	65,18	78,68	71,18	72,52
65-69	77,13	56,43	75,38	60,91	74,55	66,61	71,86
70-74	67,90	50,85	61,54	41,35	69,86	67,86	49,64
TOTALE	78,64	62,11	76,39	65,20	71,66	69,92	71,47

Fonte: Assessorato Sanità, salute e politiche sociali - Dipartimento sanità, salute e politiche sociali

(a) Si esprime come rapporto tra la popolazione femminile rispondente per età di interesse dello screening e quella invitata * 100

Ai fini di un uso con rilevanza tecnica dei dati sopra rappresentati, si invita a prendere contatto con gli uffici e le strutture riportati nella fonte

Tabella 3.3A

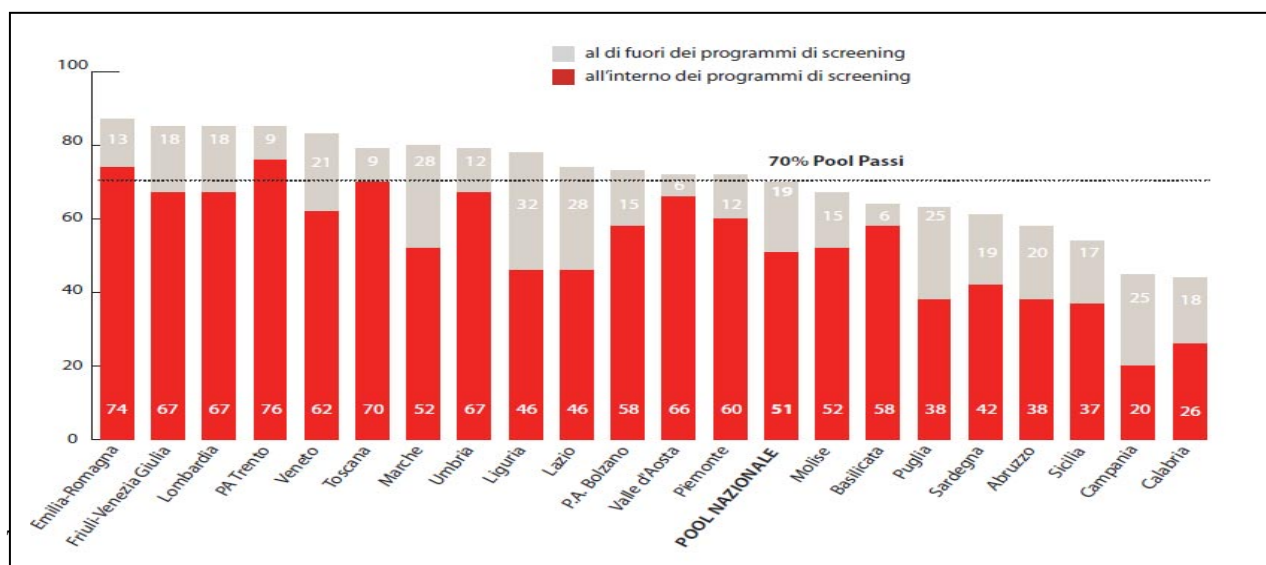
Lo screening mammografico visto da “PASSI”

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2011-13 il 70% delle donne 50-69enni abbia eseguito una mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni.

Il sistema Passi informa sulla copertura complessiva al test, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia di quella che lo ha eseguito al di fuori. La percentuale di mammografie eseguite al di fuori dei programmi di screening organizzati è meno rilevante rispetto a quella presente nello screening cervicale: a livello nazionale si stima infatti che una donna su cinque (20%) abbia eseguito la mammografia come prevenzione individuale rispetto a circa una donna su tre dello screening cervicale (36%). Sono comunque presenti significative differenze tra le Regioni (range: 6% Valle d'Aosta - 32% Liguria), come mostra la Figura 3.3A.

Figura 3.3A Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%) Donne 50-69 anni PASSI 2011-2013 (n.22.139)

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening. I programmi di screening in Italia -2014



Prestazioni di attività programmata di screening coloretale(a) - Percentuale di adesione(b) per classe di età della popolazione di riferimento - Anni 2008-2014

CLASSI DI ETÀ	Anno 2008		Anno 2009		Anno 2010		Anno 2011		Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
50-54	91,4	88,4	88,6	91,1	78,7	82,3	88,7	91,6	61,6	67,6	63,9	71,1	60,9	69,9
55-59	80,2	85,9	90,7	91,2	86,0	87,4	90,8	90,6	64,6	68,5	66,7	75,0	33,3	25
60-64	82,3	81,4	91,0	91,5	87,7	88,3	92,6	91,8	67,0	71,0	68,3	73,1	40	30
65-69	77,2	82,7	90,0	91,5	87,3	88,2	90,5	92,7	68,0	69,5	72,0	73,2	0	20

70-74	78,1	77,0	88,2	86,6	88,1	85,7	92,2	88,5	64,7	68,1	67,9	65,5	0	33,3
TOTALE	80,9	82,7	90,0	90,5	86,1	86,8	90,7	91,3	65,0	68,9	67,2	71,9	60	68,4

Fonte: Assessorato Sanità, salute e politiche sociali - Dipartimento sanità, salute e politiche sociali

(a) A differenza degli altri screening, quello colonrettale viene offerto annualmente, a rotazione, a uno o due distretti e non all'intera popolazione regionale per fascia di età interessata

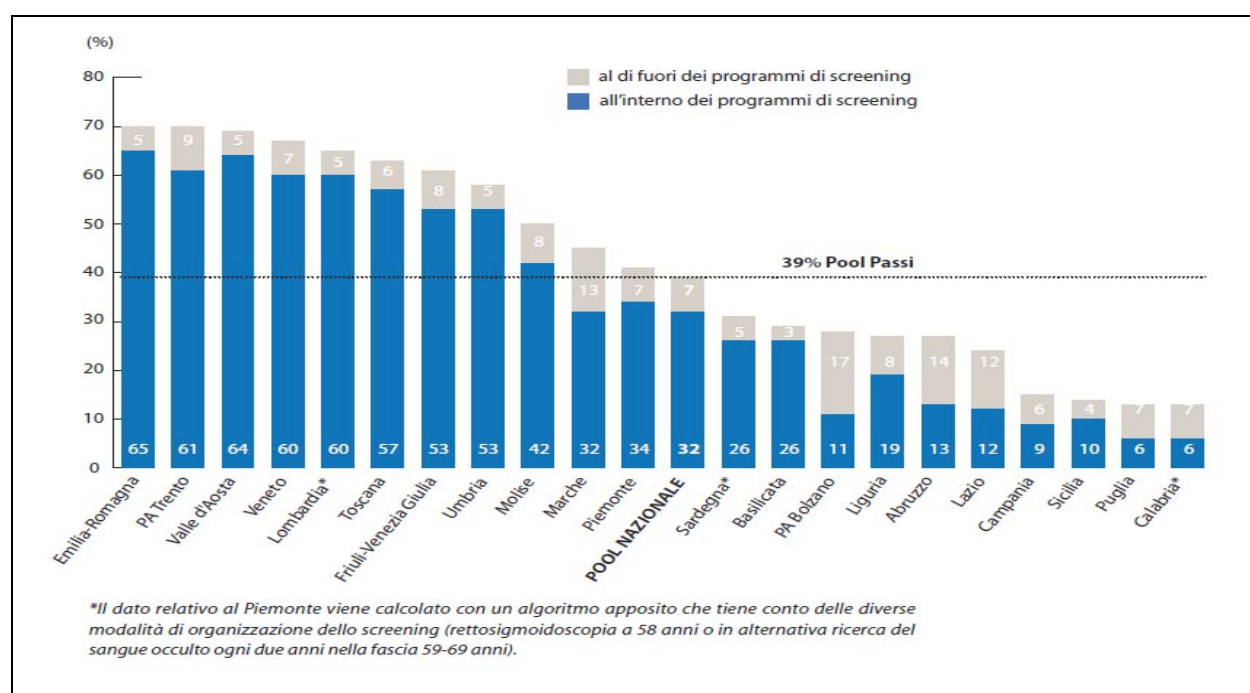
(b) Si esprime come rapporto tra la popolazione rispondente per età di interesse dello screening e quella invitata * 100

Ai fini di un uso con rilevanza tecnica dei dati sopra rappresentati, si invita a prendere contatto con gli uffici e le strutture riportati nella fonte

Lo screening coloretale visto da “PASSI”

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2011-13 il 39% delle persone intervistate nella fascia di età 50-69 anni abbia eseguito un esame a scopo preventivo per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto (sangue occulto negli ultimi 2 anni o colonscopia negli ultimi 5 anni). In Valle d'Aosta la percentuale di persone che hanno riferito un esame per la prevenzione dei tumori colorettali appare complessivamente in aumento e superiore (69%) rispetto al pool nazionale (39%). Tale incremento è attribuibile essenzialmente alla quota all'interno dello screening organizzato (64%).

Fig. 3.3B Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati* (%) Persone 50-69 anni. PASSI 2011-2013 (n. 41.360) Fonte: Osservatorio Nazionale Screening. I programmi di screening in Italia -2014

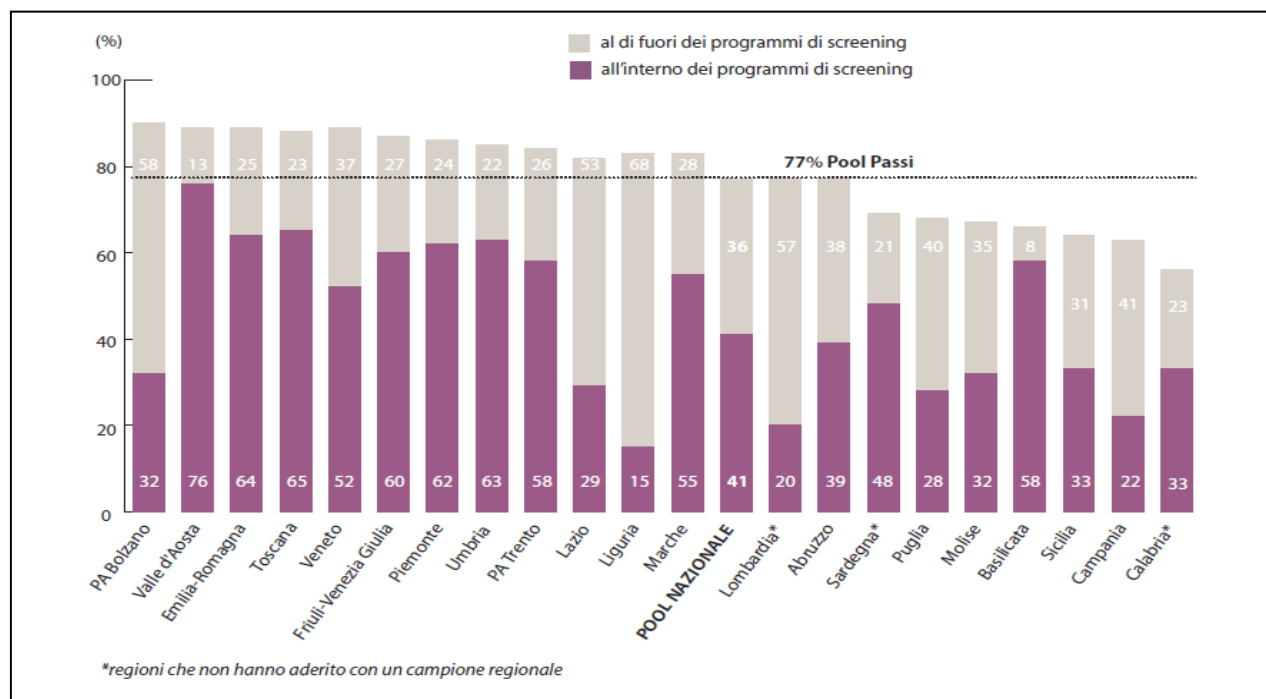


nel corso degli ultimi tre anni

Il sistema Passi informa sulla copertura al test complessiva, che comprende sia la quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite

delle Asl, sia la quota che lo ha eseguito al di fuori. Nello screening cervicale la quota al di fuori dei programmi di screening organizzati è rilevante e a livello nazionale è di poco inferiore a quella all'interno degli screening organizzati (rispettivamente 36% e 41%). Sono presenti differenze significative tra le Regioni (range: 8% Basilicata - 68% Liguria). In Valle d'Aosta la quota di donne che ha effettuato il test preventivo all'interno del programma di screening organizzato è tra le più elevate nel panorama nazionale (76%).

Fig. 3.3C Copertura al test preventivo negli ultimi 3 anni. Donne 25-64 anni (%). PASSI 2011-2013 (n. 47.448) Fonte: Osservatorio Nazionale Screening. I programmi di screening in Italia -2014



Capitolo 4: Incidenti

Gli incidenti rappresentano un problema prioritario in Sanità Pubblica, in termini di morbidità e mortalità, a cui non viene data ancora un'adeguata attenzione. Le previsioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per il 2030 mostrano un chiaro trend in aumento degli incidenti stradali e delle violenze, sia per gli uomini che per le donne, ed un incremento degli accidenti intenzionali fra gli uomini.

Questi dati devono portare al più presto ad azioni incisive, basate su tutte le evidenze scientifiche attualmente disponibili. In questo Capitolo è stata focalizzata l'attenzione sugli incidenti stradali e sugli incidenti domestici.

In particolare, sugli incidenti stradali nel 2013, in Italia, si sono verificati 181.227 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti, entro il trentesimo giorno, è stato di 3.385, mentre i feriti ammontano a 259.500. Rispetto al 2012, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti con lesioni a persone (-3,7%), del numero dei morti (-9,8%) e dei feriti (-3,5%).

L'indice di mortalità (calcolato come rapporto tra il numero dei morti e il numero degli incidenti con lesioni, per 100) è pari a 1,87.

Il numero di morti è diminuito nel 2013 del 52,3% rispetto al 2001. Tra il 2011 e il 2013, invece, la variazione percentuale è stata pari a -11,9%.

Da un punto di vista europeo ogni anno gli incidenti stradali causano circa 26.000 decessi e 2,4 milioni di infortuni nel nostro continente, rappresentando la prima causa di morte tra i giovani di età compresa tra 5-29 anni ed il loro impatto economico è pari a circa il 3% del Prodotto Interno Lordo. Il risparmio in termini di risorse nella prevenzione di morti e feriti risulta, quindi, un ottimo investimento: è stato calcolato che la riduzione di decessi ottenuta nel triennio 2011-2013 ha comportato un risparmio di 18.7 bilioni di euro nell'Unione Europea a 28 Paesi, secondo le stime della European Transport Safety Council.

Nel mese di marzo 2013, la Commissione Europea ha presentato la "First Milestone towards an injury strategy", la prima pietra miliare verso una strategia contro gli infortuni. A seguito di ciò, il Parlamento europeo ha adottato una risoluzione invitando la Commissione, sulla base dei dati raccolti, a fissare un ambizioso obiettivo per ridurre gli incidenti stradali.

Anche gli infortuni domestici rappresentano un problema non trascurabile di Sanità Pubblica. Secondo l'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica sono le donne ad essere le più coinvolte (circa il 70% di tutti gli incidenti), con un quoziente di infortuni del 13,6 per 1.000 (gli uomini hanno un quoziente di infortuni del 7,3 per 1.000). Inoltre, hanno subito almeno un incidente domestico oltre 24 anziani over 74 per 1.000 e 8,4 bambini di 0-5 anni per 1.000.

In particolare, i dati forniti dal Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambiente di Civile Abitazione, per quanto riguarda le tipologie delle lesioni diagnosticabili all'osservazione in Pronto Soccorso, mostrano per circa il 42% dei casi ferite (soprattutto a carico degli arti superiori), coerentemente con l'alta prevalenza tra le casalinghe degli incidenti in cucina con coltelli e oggetti taglienti, per circa il 26% contusioni, per circa l'11% fratture (soprattutto agli arti superiori e inferiori) e per circa il 9% ustioni (nella quasi totalità dei casi le ustioni avvengono in cucina). In generale una donna su tre, che in età lavorativa ha avuto un infortunio in casa, lo subisce per attività di lavoro domestico.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale interna al nostro Paese, il Nord è la realtà geografica che presenta il maggior numero di incidenti domestici. In base al fenomeno sin qui descritto si evidenzia la necessità di una grande attenzione verso queste tipologie di incidenti e di un grande impegno da parte dei decisori politici, personale sanitario, medici di Sanità Pubblica e cittadini al fine di programmare, attuare e condividere campagne di prevenzione e di promozione di stili di vita sani e corretti. Per descrivere l'importanza e la gravità degli incidenti stradali in Italia, sono stati utilizzati tre diversi indicatori: tasso di mortalità per incidente stradale standardizzato, tasso di incidentalità stradale e indice di gravità, a livello regionale e per anno.

Tali indicatori consentono di definire letalità, occorrenza e severità del fenomeno oggetto di studio.

Tabella 4.1A Tasso di mortalità per incidente stradale, tasso di incidentalità stradale ed indice di gravità. Valle d'Aosta Anni 2011 -2013

	2011		2012		2013	
	Valle d'Aosta	Italia	Valle d'Aosta	Italia	Valle d'Aosta	Italia
Tasso di mortalità per incidente stradale standardizzato (per 10.000 residenti)	0,61	0,65	0,93	0,62	0,48	0,55
Tasso di incidentalità stradale (per 1.000 residenti)	2,36	3,46	2,32	3,16	2,46	3,01
Indice di gravità (per 100)	2,21	1,30	2,66	1,39	1,54	1,33

Fonte dei dati: Istat. Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone. Anno 2014 - Istat. Ricostruzione intercensuaria della popolazione residente per età al 1 gennaio 2002-2011 - Istat. Popolazione residente al 1 gennaio 2012-2014 - Istat. Demografia in cifre. Anno 2014.

Per quanto riguarda il tasso di mortalità per incidente stradale in Valle d'Aosta, seppure nel tempo si stia assistendo ad un progressivo decremento degli incidenti stessi, i livelli dei tassi sono nettamente superiori per il genere maschile rispetto al genere femminile. Tale andamento, consolidato nel tempo, dipende principalmente dal fatto che la maggior parte dei conducenti di veicoli coinvolti in incidenti stradali è di genere maschile, situazione particolarmente evidente nelle fasce di età giovanili.

Riguardo la severità degli incidenti stradali, la nostra regione si colloca, assieme a Molise, Calabria e Basilicata, fra le regioni con indici di gravità più elevati.

La prevenzione degli incidenti stradali, assieme a quelli domestici, rappresenta uno degli obiettivi di salute prioritari del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. In tal senso, gli interventi di promozione della salute alla guida e il conseguente fenomeno degli incidenti stradali hanno particolare valore nella programmazione di strategie comunicative atte a modificare comportamenti scorretti. La sorveglianza della morbosità e della mortalità, dovrebbe essere unita al controllo dei fattori protettivi come uso di cinture, casco e seggiolini per bambini e dei fattori di rischio quali consumo di alcol, uso di droghe, stili di guida e impatto sui servizi sanitari (accesso al Pronto Soccorso, ricoveri ospedalieri, servizi di riabilitazione). Lo studio dei fattori protettivi e di rischio, correlati alla severità ed alla mortalità degli incidenti stradali, rappresenta un utile strumento per monitorare le regioni a maggior rischio e programmare interventi di prevenzione per contenere l'incidentalità e la mortalità evitabile.

Capitolo 5: Gli infortuni e le malattie professionali

Infortuni sul lavoro

Per quanto riguarda gli infortuni i dati di riferimento sono stati ricavati dal data base “flussi informativi” dell’INAIL che ha consolidato i dati fino all’anno 2013. Da tali dati (v. Tabella 5.1A) risulta che il numero di infortuni denunciati in Valle d’Aosta dal 2008 al 2013 è costantemente diminuito passando da 2536 casi (anno 2008) a 1901 anno 2013, con una diminuzione percentuale pari al 25,0%. Un dato significativo è la diminuzione degli infortuni tra il 2011 e il 2012 pari a 250 unità (-10,77% su base annua), da tali dati risulta che la riduzione degli infortuni è pertanto molto maggiore rispetto al calo dell’occupazione e al calo del numero di ditte attive. Ciò dimostra un costante miglioramento nel tempo delle condizioni di sicurezza degli ambienti lavorativi.

Tabella 5.1A Infortuni denunciati in Valle d’Aosta. Fonte SPRESAL. Periodo 2008-2013

Tipo definizione	Anno evento								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TE TEMPORANEA	1.602	1.598	1.462	1.551	1.392	1.368	1.264	1.162	1.035
PE PERMANENTE	118	114	116	104	126	82	109	92	65
MO MORTE	2	5	3	2	5	0	3	3	2
RS REGOLARE SENZA INDENIZZO	167	191	173	214	204	198	204	187	166
FR FRANCHIGIA	341	323	281	273	224	223	265	254	237
NE NEGATIVA	500	420	411	391	431	472	472	359	366
ND NON DEFINITA	1	4	5	1	3	3	5	14	30
Totali	2.731	2.655	2.451	2.536	2.385	2.346	2.322	2.071	1.901

Dei 1901 casi dell’anno 2013, 366 casi, pari al 19,3%, sono stati chiusi negativamente dall’ente assicuratore mentre i casi in franchigia (inferiori o uguale a tre giorni di prognosi) sono stati 237, pari al 12,5%.

Gli infortuni denunciati (v. Tabella 5.1B) hanno riguardato per l’82,8% dipendenti di attività artigianali o industriali, per il 6,9% titolari di imprese, soci lavoratori di società, collaboratori familiari, per il 6,0% lavoratori agricoli.

Tabella 5.1B Infortuni denunciati in Valle d’Aosta. Fonte SPRESAL. Periodo 2008-2013

Gestioni INAIL	Anno Evento								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
110 Infortuni dipendenti aziende industria artigiana	2.218	2.185	1.978	2.096	1.931	1.931	1.918	1.702	1.574

113 Inf.titolari,fam. e soci di az. artigiane	214	195	191	182	175	163	164	153	132
211 Infortuni dipendenti dello stato	7	14	10	17	31	23	25	12	28
212 Infortuni studenti	63	63	60	48	59	40	49	47	38

I comparti con numero di infortuni significativo e che hanno avuto la maggiore riduzione degli infortuni rispetto all'anno 2008, sono stati i seguenti: il comparto della metalmeccanica (-59,8%), della produzione metallurgica (-57,4%), delle costruzioni (-52,7%), dell'impiantistica (-48,3%), dell'agricoltura (-40,5%), , del settore ricettivo (-26,1%), della sanità (-17,0%). In controtendenza il dato riferito agli infortuni occorsi nel settore "istruzione" (+95,5%)

Nella tabella seguente si riporta, per i vari settori ATECO, l'indice infortunistico di incidenza (I.I.) inteso come il numero di infortuni ogni 1000 addetti fino all'anno 2012 (non è stato ancora elaborato il dato degli addetti INAL per l'anno 2013).

Tabelle 5.1C Indice Infortunistico di Incidenza per tipologia di settore (gruppi ATECO). Periodo 2008-2012 Fonte SPRESAL

GRUPPI ATECO	ANNI DI RIFERIMENTO				
	2008	2009	2010	2011	2012
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	34,6	23,4	57,0	58,9	21,4
B Estrazione di minerali	16,1	33,9	45,4	77,5	53,8
C Attività manifatturiere	62,5	45,0	47,0	47,0	43,4
D Fornitura di energia	11,8	9,9	6,5	12,4	8,4
E Fornitura di acqua	25,0	26,1	63,2	17,1	16,7
F Costruzioni	52,1	47,8	38,7	41,3	39,6
G Commercio	25,0	24,2	22,6	23,9	18,5
H Trasporto e magazzinaggio	51,2	57,4	49,9	53,6	39,4
I Alloggio e ristorazione	23,3	21,7	23,1	17,3	20,6
J Informazione e comunicazione	1,7	1,5	2,4	3,1	1,2
K Finanza e assicurazioni	14,8	12,6	5,2	18,0	6,8
L Attività immobiliari	17,5	14,1	10,2	27,6	21,7
M Professioni	16,3	13,3	7,1	18,7	15,5
N Noleggio, agenzie di viaggio	45,0	56,1	65,3	43,3	49,1

O Amministrazione pubblica	17,3	19,5	20,1	14,7	20,0
P Istruzione	16,1	10,4	11,9	11,9	5,3
Q Sanita'	31,9	31,3	31,7	33,1	25,3
R Arte, sport, intrattenimento	7,3	7,2	12,0	10,9	13,6
S Altre attivita' di servizi	10,0	18,4	15,9	15,8	15,9
T Attivita' di famiglie	N.D.	0,0	0,0	0,0	0,0
X Non Classificato	466,7	1186,4	138,3	61,0	39,4
Totale	29,8	27,7	26,6	26,4	24,7

Da tale tabella risulta innanzitutto che l'indice di incidenza è diminuito dal 2008 al 2012 del 17,1%. Ciò significa che il numero di infortuni è costantemente diminuito indipendentemente dal calo di occupazione. Per quanto riguarda i settori a maggior rischio risulta che, dal 2008 al 2012:

il settore delle costruzioni ha avuto un calo dell'indice di incidenza del 24%;

le attività manifatturiere hanno avuto un calo dell'I.I. del 30,6%;

il settore del commercio ha avuto una riduzione del 26%;

il settore dell'agricoltura ha avuto negli anni un andamento piuttosto altalenante;

il settore delle attività ricettive ha avuto una lieve diminuzione nel tempo (-11,6);

il settore della sanità ha avuto una riduzione dell'I.I. del 20,7%;

il settore dell'amministrazione pubblica ha avuto un incremento dell'I.I. del 15,6%.

Per quanto riguarda la gravità degli infortuni, intendendo per tali quelli che superano i 40 giorni di prognosi totale o che determinano una menomazione permanente di un senso o di un organo, nei vari anni si è osservato un andamento piuttosto altalenante.

Nell'anno 2013 la maggior parte degli infortuni gravi si ha nel comparto delle costruzioni (85 casi) seguito dal comparto delle attività manifatturiere (46 casi) e dal comparto agricolo (40 casi).

Per quanto riguarda gli infortuni mortali i casi che avvengono in Valle d'Aosta sono molto pochi. Nell'anno 2008 si sono avuti due casi che hanno interessato lavoratori del settore edile; nell'anno 2009 si sono avuti 5 casi di cui due precipitati con un elicottero, uno intossicato da monossido di carbonio (ente pubblico), uno caduto da un traliccio (costruzioni), uno investito da un camion durante operazioni di diserbo su bordo autostradale; nell'anno 2010 non si sono riscontrati infortuni mortali; nell'anno 2011 si sono avuti 3 casi di cui 1 nell'ambito delle costruzioni stradali, uno nell'ambito del consolidamento di pareti rocciose, uno durante un'attività di controllo del territorio; nell'anno 2012 si sono avuti 2 casi di cui uno durante un'operazione di soccorso svolta dai Vigili del Fuoco e uno durante le opere di manutenzione di un impianto funiviario; nell'anno 2013 un solo caso (un lavoratore autonomo colpito da un frammento di lama di sega circolare durante il taglio di un tronchetto).

Per quanto riguarda i lavoratori stranieri gli infortuni da questi subiti nell'anno 2013 sono stati sensibilmente inferiori rispetto a quelli dell'anno precedente; si è infatti passati da i 209 infortuni dell'anno 2011 ai 164 dell'anno 2012 (-21,5%). La diminuzione è da attribuire in parte alla riduzione complessiva della presenza di forza lavoro straniera in Regione, e in parte al miglioramento delle condizioni per la prevenzione e la sicurezza. Le nazionalità maggiormente rappresentate sono quella marocchina (45 infortuni nell'anno 2012 che rappresenta il 27,4% degli infortuni occorsi a lavoratori stranieri), quella rumena (40 casi pari al 24,4%) e quella albanese (14 casi pari al 8,5%).

Sul totale dei lavoratori residenti in Regione il 45,6% sono di sesso femminile. Nella seguente tabella sono riportati gli infortuni occorsi negli ultimi anni suddivisi per sesso : gli infortuni presi a riferimento sono quelli avuti in occasione di lavoro, definiti positivamente dall'INAIL, esclusi Colf, Studenti e Sportivi.

Tabella 5.1D Infortuni per genere di appartenenza dei lavoratori. Periodo 2008-2012 Fonte SPRESAL

Sesso	ANNO EVENTO				
	2008	2009	2010	2011	2012
Femminile	376	366	348	333	303
Maschile	1.144	1.016	956	914	828
Totali	1.520	1.382	1.304	1.247	1.131

Nell'anno 2012 gli infortuni di lavoratrici hanno rappresentato il 26,8% degli infortuni totali, pressoché simile alla percentuale dell'anno 2011 (+0,1%). Il 51,5% degli infortuni occorsi alle lavoratrici riguarda il comparto dei servizi, il 16,8% il settore della sanità, il 11,2% il settore del commercio e il 9,6% il settore agricolo.

Nella tabella 5.1E è riportato, dall'anno 2000 al 2012, l'andamento degli infortuni in funzione del tipo di rapporto di lavoro nei vari anni.

Tabella 5.1E Infortuni e tipologia di rapporto di lavoro. Periodo 2000-2012 Fonte SPRESAL

	Anno Evento												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Lavoratori atipici													
APPRENDISTI	55	73	70	45	49	61	58	41	66	50	36	57	37
INTERINALI	2	1	31	15	11	8	13	22	19	19	13	20	9
PARASUBORDINATI	0	0	6	4	9	6	12	10	11	6	8	7	6
TIPICI	1.635	1.752	1.722	1.619	1.726	1.542	1.521	1.380	1.424	1.307	1.247	1.163	1.070
Totali	1.692	1.826	1.829	1.683	1.795	1.617	1.604	1.453	1.520	1.382	1.304	1.247	1.122

Da tale tabella si può notare come gli infortuni dei lavoratori atipici siano sensibilmente diminuiti rispetto all'anno precedente attestandosi intorno ad un valore del 4,6% rispetto agli infortuni totali (nell'anno 2011 rappresentavano il 6,74% degli infortuni totali).

Malattie professionali

Per quanto riguarda le malattie professionali nell'anno 2012 sono pervenute all'INAIL 62 denunce di malattie professionali di cui 47 per lavoratori subordinati, 12 per artigiani o collaboratori familiari, 3 per agricoltori con trattamento agricolo. Nell'anno 2012 sono state definite 61 pratiche di malattie professionali di cui 37 sono risultate negative. Delle 24 malattie professionali riconosciute 13 hanno riguardato malattie muscolo scheletriche, 6 ipoacusie da TAC, 4 hanno

riguardato tumori della pleura associato ad esposizione in epoca remota a polveri d'amianto, 1 ha riguardato una neuropatia periferica. I comparti maggiormente rappresentati sono quello delle costruzioni (58,3% delle segnalazioni) e quello della produzione e lavorazione di metalli (12,5%). In sintesi sia per quanto riguarda gli infortuni sia per quanto riguarda le malattie professionali si conferma anche nell'anno 2012 che i settori più a rischio sono quello della produzione e lavorazione dei metalli, quello delle costruzioni e quello dell'agricoltura.

Da qualche anno in Regione Valle d'Aosta è attiva la piattaforma web regionale "Partout-sas" che è stata implementata a seguito di accordi mirati siglati tra INAIL e Azienda USL sullo scambio reciproco dei dati riguardanti gli infortuni e le malattie professionali

Tale piattaforma, accessibile solo agli Enti di vigilanza interessati (INAIL, Azienda USL e DRL) è alimentata dalle denunce degli infortuni e dalle segnalazioni che pervengono all'INAIL e all'Azienda USL-SPSAL e permette di avere sotto controllo, quasi in tempo reale, l'andamento degli infortuni e delle malattie professionali.

In particolare la piattaforma web regionale "Partout-sas" nell'anno 2012 è stata integrata da:

Un programma che permette l'inserimento dei dati delle notifiche preliminari pervenute all'Azienda USL;

Il caricamento dei dati storici riguardanti le notifiche preliminari degli anni 2009 e 2011.

Il caricamento in tempo reale di tutte le notifiche dell'anno 2012.

E' proseguito il caricamento dei dati riguardanti:

Gli infortuni denunciati all'INAIL e segnalati all'Azienda USL;

Le malattie professionali segnalate all'Azienda USL.

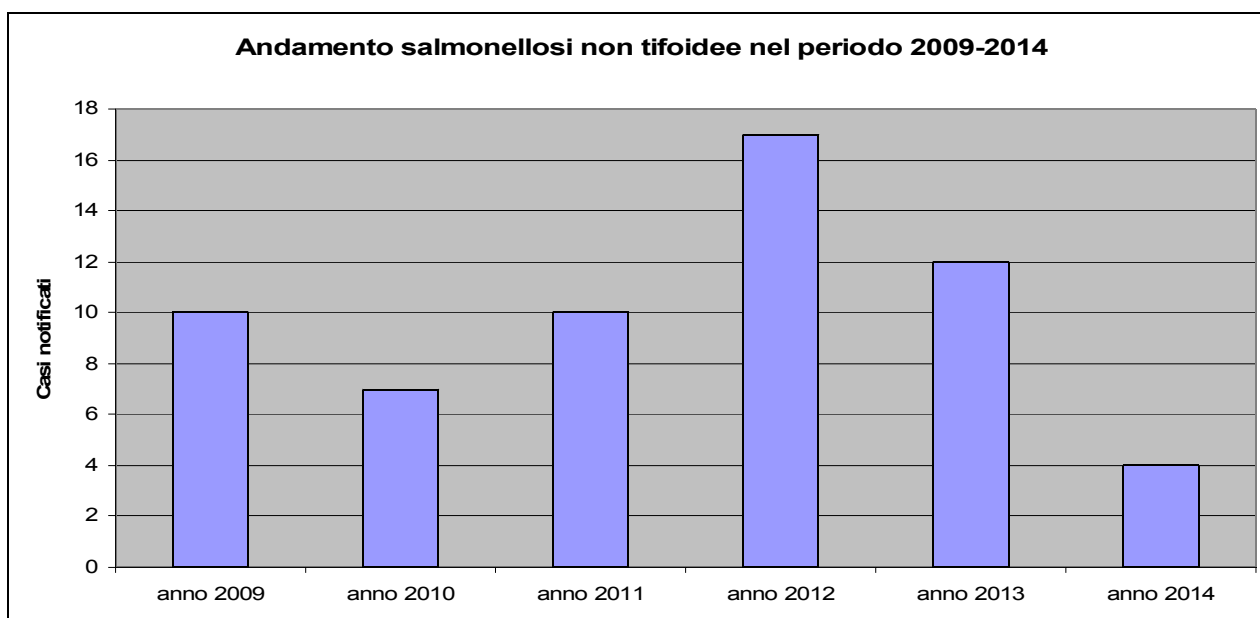
Le malattie professionali derivanti dal data base dei flussi informativi INAIL-ISPEL-Regioni

La piattaforma è stata ulteriormente integrata con i dati delle ditte iscritte alla "Chambre valdôtaine des entreprises et des activités libérales".

Capitolo 6: L'igiene dei prodotti alimentari per la tutela dei consumatori: dalla terra alla tavola

Le tossinfezioni alimentari sono quelle malattie principalmente infettive riconducibili al consumo di alimenti contaminati. Non è facile quantificarle perché la quasi totalità dei casi non viene segnalata in quanto spesso volte la sintomatologia è così lieve da non dover ricorrere al medico e non aver necessità di alcuna terapia. L'andamento delle malattie trasmesse da alimenti è correlabile alla corretta igiene delle preparazioni alimentari; occorre però precisare che i casi segnalati sono sicuramente inferiori di quelli che in realtà si verificano e inoltre spesso sono originati in ambito familiare. Come indicatore dell'andamento di malattie sicuramente legate al consumo alimentare viene monitorato il numero di salmonellosi non tifoidee segnalate dai medici nel corso del periodo 2009 – 2014.

Come si osserva dal grafico sottostante



la casistica è oscillante di anno in anno, con lieve tendenza alla riduzione nell'ambito comunque di una casistica assai modesta. Per limitare l'incidenza di queste malattie il SIAN del dipartimento di prevenzione dell'Azienda USL svolge un'attività di controllo sugli Operatori del Settore Alimentare (OSA) considerati a maggior rischio per quanto riguarda la sicurezza alimentare. I controlli riguardano sia le strutture che i locali (pulizia dei locali, impianti ed attrezzature, manutenzione ordinaria e straordinaria, formazione del personale ecc.); il sistema di rintracciabilità dei prodotti alimentari; l'etichettatura ma soprattutto l'osservanza delle proprie procedure di autocontrollo (HACCP) che ogni OSA è tenuto ad assicurare. L'attività di controllo comprende anche il campionamento di alimenti per valutare la qualità igienica dei prodotti destinati al consumo e di tamponi di superficie per valutare l'efficacia delle procedure di sanificazione.

La normativa comunitaria attribuisce all'Operatore del Settore Alimentare la responsabilità di garantire la sicurezza alimentare attraverso una verifica costante del proprio processo produttivo

adottando specifiche procedure che consentano anche la tracciabilità delle sostanze impiegate, in modo da provvedere velocemente al richiamo o al ritiro degli alimenti eventualmente risultati non conformi ai requisiti igienico sanitari previsti. Il compito dell'Autorità Competente è quello di organizzare un sistema di gestione dell'attività di "controllo ufficiale" conforme a quanto previsto dal regolamento CE n.882/2004 e che sia in grado di verificare e valutare l'intera filiera della produzione alimentare assicurando il conseguimento dell'obiettivo generale di un elevato livello di tutela della salute umana. Nel 2014 le attività di controllo effettuate tramite: ispezioni, audit, campionamenti, verifiche documentali su Segnalazioni Certificate di Inizio Attività (SCIA) riferite a pratiche per nuove aperture, cessazioni, modifiche di attività e subingressi, hanno interessato 761 Operatori del Settore Alimentare.

Le tipologie di attività maggiormente sottoposte a controllo ufficiale sono risultate: la ristorazione pubblica (ristoranti, pizzerie, bar, ecc.); la commercializzazione di alimenti; la ristorazione collettiva (mense scolastiche, mense di strutture sanitarie e sociosanitarie). Particolare attenzione è stata rivolta anche alle attività di produzione e preparazione di alimenti effettuata presso stabilimenti industriali e artigianali. La programmazione dei controlli ispettivi nel settore degli alimenti di origine non animale viene effettuata sulla base delle risorse disponibili (numero operatori assegnati) e del livello di rischio che le varie tipologie di attività rappresentano per il consumatore finale. L'individuazione degli Operatori del Settore Alimentare da controllare viene stabilita in base ad una scala di graduazione del rischio che assegna alle singole attività differenti coefficienti di rischio che considerano la tipologia di attività, le dimensioni della struttura, il tempo trascorso dall'ultima ispezione, gli esiti dei campionamenti e delle ispezioni già svolte. Una parte dell'attività programmata viene riservata alla verifica delle SCIA. Nel 2014 sono state effettuate 436 ispezioni presso gli OSA, comprendendo in questo numero anche i controlli sulle attività di produzione, commercializzazione e vendita di materiale destinato a venire in contatto con alimenti, e di prodotti fitosanitari. Il controllo ispettivo, indirizzato a verificare l'osservanza del regolamento CE 852/04, ha riguardato principalmente: l'osservanza delle procedure di autocontrollo (HACCP) che ogni OSA è tenuto ad assicurare; le condizioni di igiene e pulizia di locali, impianti ed attrezzature, nonché la manutenzione ordinaria e straordinaria; l'igiene degli alimenti, il rispetto delle temperature di conservazione; la formazione e il comportamento del personale; il sistema di rintracciabilità dei prodotti alimentari; l'etichettatura.

In alcuni casi, durante l'attività ispettiva, si è proceduto al campionamento di alimenti per verificarne la qualità igienica.

In 208 ispezioni, pari al 27,3% del totale sono state rilevate situazioni di non conformità, che hanno comportato la notifica di 116 prescrizioni, 85 sanzioni amministrative e 7 sospensioni temporanee dell'attività. La maggior parte delle non conformità riscontrate è relativa ad inosservanze dell'applicazione del sistema HACCP e/o ai requisiti di igiene e strutturali stabiliti nel Regolamento CE 852/04 che possono rappresentare situazioni di pericolo per la sicurezza alimentare. L'andamento dell'attività di controllo, e in particolare la contestazione e la rimozione delle Non Conformità che possono rappresentare situazioni di pericolo per la sicurezza alimentare, costituisce un indicatore di efficacia dell'azione di prevenzione svolta a tutela della salute del consumatore. .

STABILIMENTI DELLA FILIERA ALIMENTARE REGISTRATI REG. CE 852/2004 anno 2014				
TIPOLOGIA ESERCIZIO	Rischio Basso >30	Rischio medio <30 >42	Rischio alto >42	Tot esercizi
AGRICOLTORE	0	0	20	20
AGRITURISMO	3	0	69	72
ALBERGO	200	34	188	422
ALIMENTARI	99	3	374	476
ALIMENTARIFRUTTA E VERDURA	6	1	46	53
ALIMENTARI LATTIERO CASEARI	2	0	9	11
ALIMENTARI MACELLERIA	1	0	5	6
ATTIVITA' SENZA SCOPO DI LUCRO	1	0	3	4
AZIENDE VITIVINICOLE	1	0	52	53
DEPOSITI ALIMENTARI	10	2	26	38
VENDITA PRODOTTI FITOSANITARI	0	0	13	13
GASTRONOMIE	4	0	27	31
PANIFICI o PANETTERIE	18	2	45	65
BAR	250	37	225	512
BOTTIGLIERIA	0	0	9	9
CAMPEGGIO	11	2	25	38
CASEIFICIO	0	0	29	29
DEPOSITO	5	0	15	20
DISCOTECA	0	0	3	3
DISTILLERIE	1	0	10	11
DROGHERIE	1	0	2	3
ERBORISTERIA	0	0	26	26
FARMACIA	5	1	39	45
GELATERIA	18	5	23	46
MACELLERIA	0	0	63	63
MENSA	74	11	213	298
PANIFICIO	4	0	14	18
PASTICCERIA	11	3	49	63
PASTIFICI	4	0	6	10
PESCHERIE	0	0	6	6
PIZZERIA	8	1	22	31
PIZZA AL TAGLIO	3	0	40	43
PRODUTTORI ALIMENTARI	2	0	44	46
PROLOCO	2	0	48	50
RIFUGIO ALPINO	29	2	27	58
RISTORANTE	269	57	399	725
RIVENDITA MANGIMI	0	0	2	2
RESIDENZA TURISTICO-ALBERGHIERA	7	0	89	96
TORREFAZIONE	3	0	2	5

Una parte dei controlli è stata programmata a seguito di segnalazioni pervenute dal sistema di “allerta alimentare” per presenza sul mercato di alimenti non conformi e quindi potenzialmente pericolosi per la salute. In questi casi gli operatori ASL controllano gli OSA che risultano aver prodotto e/o commercializzato tali alimenti, per verificare se hanno provveduto o meno al loro ritiro dal commercio. Nel 2014 sono pervenute 52 comunicazioni di attivazioni di allerta alimentare che hanno riguardato una gamma ampia di motivazioni e diversi prodotti alimentari tra cui si citano: presenza di muffe, irregolarità nell’etichettatura, presenza di corpo estranei, residui di pesticidi in ortaggi, presenza di aflatossine in farinacei, cessione di contaminanti in materiali destinati al contatto con alimenti, ecc. Nella pressoché totalità dei casi gli accertamenti hanno verificato la correttezza delle operazioni di ritiro della merce dal mercato.

Numero di allerte alimentari attivate in Regione Valle d'Aosta in rapporto alle allerte attivate a livello nazionale			
	Valle d'Aosta	Italia	Sistema RASFF europeo
2012	53	517	3434
2013	48	554	3136
2014	52	506	3097

Per quanto riguarda il servizio di riconoscimento funghi, il Dipartimento di Prevenzione mette a disposizione dell’utenza un punto per il riconoscimento dei funghi freschi raccolti a cui i privati raccoglitori possono rivolgersi gratuitamente c/o la sede del Dipartimento. Gli esperti micologi classificano i funghi pervenuti distinguendoli in: commestibili, velenosi e mortali. Complessivamente sono afferiti 35 utenti e sono state rilasciate 49 certificazioni di funghi destinati al commercio.

I campionamenti effettuati su acque e alimenti sono finalizzati a verificarne i requisiti di igiene e sicurezza attraverso analisi microbiologiche chimiche e fisiche. Nel corso dell’anno 2014, il Laboratorio ARPA a supporto delle attività di controllo e campionamento, ha effettuato 983 determinazioni microbiologiche sulle acque potabili, 16 sulle acque minerali, 101 su acque di balneazione e 314 su alimenti. Relativamente alle analisi condotte sulle matrici alimentari deperibili vengono considerati sfavorevoli i campionamenti dove si sia rilevata presenza di batteri potenzialmente patogeni e/o indicatori di scarsa qualità igienica.

Per quanto riguarda la qualità delle acque destinate al consumo umano, l’acqua rappresenta una risorsa molto importante ed il suo impiego riguarda gli usi potabili, industriali, agricoli e ricreativi. L’urbanizzazione del territorio, l’industrializzazione e la diffusione delle attività agro-zootecniche possono comportare un rischio per la qualità delle acque ed è pertanto necessario un costante monitoraggio e interventi di tutela.

I sistemi acquedottistici della nostra Regione utilizzano fonti di l’approvvigionamento idrico diverse: - La zona di Aosta utilizza fonti di approvvigionamento miste: pozzi e sorgenti.

L’attività di controllo, campionamento e analisi ha riguardato prevalentemente le acque destinate al consumo umano distribuite in tutti gli acquedotti pubblici della Regione.

Nel 2014 sono stati effettuati 884 campionamenti per la verifica della qualità microbiologica e chimica dell’acqua distribuita dagli acquedotti. Si segnala che alcuni comuni durante la stagione invernale chiudono alcuni punti di prelievo a causa del rischio ghiaccio; nel corso del 2014 sono stati chiusi 96 punti, circa il 10% del totale.

Sanità animale

Campo di intervento

L'allevamento bovino in Valle d'Aosta

La zootecnia rappresenta il comparto di maggior rilievo dell'agricoltura in Valle d'Aosta e, all'interno del comparto. Nel 2014 risultano attivi 1573 allevamenti di cui 241 sono allevamenti che utilizzano i prodotti per autoconsumo. I due terzi delle aziende allevano bovini (1053) ed un terzo ovicapri (521). Si conferma il primato dell'allevamento bovino; si tratta pressoché esclusivamente di capi di razze autoctone (Valdostana Pezzata Rossa, Valdostana Pezzata Nera e Castana). Meno rilevanti i numeri dei settori ovino e caprino, anche se è importante osservare come questi allevamenti minori registrino una sostanziale tenuta e, anzi, una leggera crescita dal 2000, sia come numero di aziende che come capi.

Grafico 6.1A Consistenza delle aziende zootecniche in Valle d'Aosta

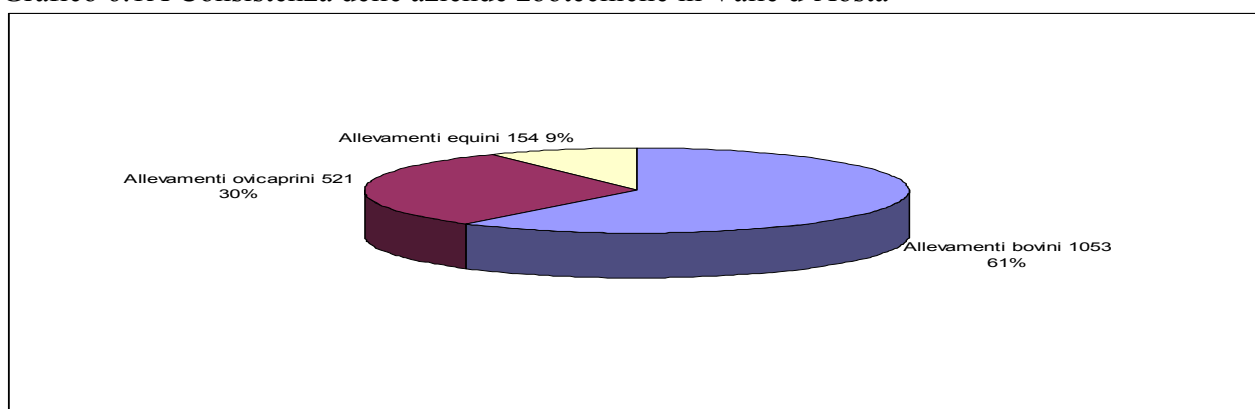


Tabella 6.1A Patrimonio zootecnico in Valle d'Aosta 2014

Bovini	Ovini	Caprini	Equini
36004	2289	4661	878

Tabella 6.1B

Allevamenti bovini che producono latte e carne		Allevamenti bovini che producono carne		Allevamenti bovini per autoconsumo		Allevamenti ovicapri che producono latte e carne		Allevamenti ovicapri che producono carne		Allevamenti ovicapri per autoconsumo	
Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
797	69,5%	246	21,5%	102	9%	42	6,2%	447	66%	189	27,8%

- Particolarità dell'allevamento bovino

L'allevamento bovino in Valle d'Aosta, come nella maggior parte delle zone di montagna, è caratterizzato prevalentemente da aziende di piccola/media dimensione a conduzione familiare. La consistenza media delle aziende risulta essere di 18,32 vacche e 34,62 capi per allevamento. L'organizzazione tipica dell'azienda valdostana è quella che prevede più corpi fondiari distribuiti nell'azienda di fondovalle, nel mayen (l'azienda intermedia tra fondovalle e alpeggio) e nell'alpeggio. L'organizzazione dell'alpeggio implica la pratica della transumanza da alpeggi a quote più basse fino a quelli situati perfino a 2500 metri s.l.m. per seguire il ciclo vegetativo dei pascoli ed avere sempre a disposizione le risorse foraggere necessarie per coprire i fabbisogni delle bovine. Altro aspetto legato allo sfruttamento dell'alpeggio durante l'estate è la conseguente concentrazione dei parti nei mesi invernali (da novembre a marzo si concentra il 95% dei parti). In tal modo gli

allevatori possono accudire le bovine fresche in stalla, portare in alpeggio bovine già in fase avanzata di lattazione con fabbisogni energetici e proteici minori ed i proprietari sfruttano al meglio la lattazione della bovina, dato che le bovine in alpeggio sono detenute da persone diverse.

- Vigilanza ed ispezioni

Il Piano Regionale Integrato dei Controlli sulla sicurezza alimentare effettuati dalla SC Sanità Animale ha previsto nel corso del 2014 i seguenti interventi:

Piano di eradicazione sulla tubercolosi bovina:

L'andamento del piano di eradicazione della TBC bovina, anche dal confronto con gli anni 2007, 2008 e 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013 denota un miglioramento costante dei dati di incidenza e di prevalenza della malattia e dimostra l'efficacia dell'attività svolta dai servizi veterinari, la collaborazione prestata dalle associazioni degli allevatori e dagli allevatori stessi, ma dimostra che, se vi è una buona sinergia tra i diversi attori, gli obiettivi di salute del nostro patrimonio zootecnico sono raggiungibili :

anno	% di aziende positive (prevalenza)	% nuove aziende positive (incidenza)
2007	2,34	1,29
2008	3,30	2,09
2009	1,60	0,62
2010	1,48	0,17
2011	0,35	0,18
2012	0,28	0,09
2013	0,00	0,00
2014	0,097	0,097

L'obiettivo che ci si era posto per il 2013 era quello di attestare il valore di prevalenza sullo 0,1%, che rappresenta il superamento del primo gradino dei sei per l'acquisizione della qualifica sanitaria di territorio ufficialmente indenne per TBC, risultato raggiunto in quanto nel 2013 non ci sono stati casi di malattia. Ugual risultato lo si è ottenuto nel 2014. Infatti il requisito per l'ottenimento della qualifica di territorio prevede che la percentuale di allevamenti bovini di cui è confermato che sono stati infetti da tubercolosi non abbia superato lo 0,1 % annuo del totale degli allevamenti negli ultimi sei anni e almeno il 99,9 % degli allevamenti sia stato dichiarato ufficialmente indenne da tubercolosi ogni anno, negli ultimi sei anni; il calcolo di quest'ultima percentuale deve essere effettuato il 31 dicembre di ogni anno. Questo per la Valle d'Aosta vuole dire un solo allevamento infetto di prevalenza. L'obiettivo per i prossimi anni è di mantenere inalterato questo valore dello 0,1%, il che permetterebbe di ottenere la qualifica di territorio ufficialmente indenne per TBC bovina nel 2018.

- Audit sulla Regione Valle d'Aosta in merito alla TBC

- Ispezione dell'ufficio veterinario della Commissione europea FVO DG(SANCO)/2010-8407, dal 6 al 17 Dicembre 2010, recante una valutazione del programma di eradicazione della tubercolosi bovina in Italia, dove nella conclusione viene affermato che: La Regione

Autonoma della Valle d'Aosta ha ampiamente attuato i programmi di eradicazione della tubercolosi bovina approvati per il 2009 e il 2010.

- Audit ministeriale svolto in Valle d'Aosta il 27-28 marzo 2012 per la verifica del piano di eradicazione della tubercolosi bovina, la cui conclusione riportata nel rapporto di audit è: La Regione in indirizzo possiede, nel complesso, un sistema soddisfacente per il controllo della tubercolosi bovina

Piano di eradicazione sulla brucellosi bovina:

La Regione Autonoma Valle d'Aosta è stata dichiarata ufficialmente indenne da Brucellosi bovina con Decisione della Commissione Europea 2012/204/CE del 19 aprile 2012.

Piano di eradicazione sulla brucellosi ovi-caprina:

La Regione Autonoma Valle d'Aosta è stata dichiarata ufficialmente indenne da Brucellosi ovi-caprina con Decisione 2011/277/CE del 10 maggio 2011.

Piano di eradicazione sulla leucosi bovina enzootica:

La Regione Autonoma Valle d'Aosta è stata dichiarata ufficialmente indenne da Leucosi Bovina Enzootica (LBE) con Decisione CE 2003/467/CE del 23/06/2003.

Piano di controllo sulla Rinotracheite infettiva Bovina (IBR):

Lo specifico protocollo per l'espletamento degli esami di laboratorio per questa malattia con l'IZS del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta ha permesso di affrontare al meglio la situazione sanitaria di questa malattia con l'applicazione della LR 4/2012 concernente il piano di eradicazione IBR.

Dopo il doppio monitoraggio effettuato nel 2012 per poter attribuire le qualifiche di Indenne alla aziende della nostra regione, nel 2013 il monitoraggio sanitario ha rilevato una positività in n° 10 aziende su un totale di n° 16 bovini, con un totale di n° 4 aziende che hanno perso l'indennità di qualifica, riprendendola comunque nel corso dell'anno, permettendo di affrontare la nuova campagna 2014 con tutte le aziende in possesso di qualifica di Indenne per IBR. Nel 2014 si sono rilevati 2 capi positivi in 2 aziende, senza peraltro emettere una sospensione di qualifica, come previsto nel Piano Regionale di eradicazione.

<i>anno</i>	<i>Prevalenza (az. positive/tot az. testate)</i>	<i>Incidenza (nuove az positive/tot. az.testate)</i>
2012	8,62	0,18
2013	2,13	0,77
2014	0,0	0,0

Come previsto nella relazione approvata con Deliberazione della Giunta regionale n. 1819 del 19/12/2014, la Regione ha presentato istanza alla Commissione europea per ottenere la qualifica di territorio indenne dal virus BHV-1 e la struttura competente dell'Assessorato alla sanità, salute e politiche sociali ha partecipato alla discussione di tale istanza nella riunione del Comitato permanente per la sanità animale a Bruxelles e ottenendo, con la decisione 1765/2015 in data 30 settembre 2015, l'inserimento nell'allegato II della direttiva 64/432/CEE

Monitoraggio Influenza Aviaria:

All'interno di questo tipo di monitoraggio non sono risultate positività sui capi testati.

Controlli Blue Tongue sui bovini sentinella:

All'interno di questo tipo di monitoraggio non sono risultate positività sui capi testati.

Controlli Blue Tongue sui vettori mediante l'uso di 2 apposite trappole dislocate lungo l'asse della nostra regione:

A partire dell'anno 2010 i controlli sono passati da un regime mensile ad un regime settimanale per meglio aderire a quanto richiesto dal Ministero e per permettere alla nostra Regione di mantenere la qualifica su tale malattia.

Controlli vettori zanzara tigre:

Il monitoraggio è iniziato il 26/06/2014.

Le postazioni di prelievo risultano essere le seguenti: n° 2 a Morgex e n° 2 a Pont St-Martin .

All'interno di questo tipo di monitoraggio sono risultate n° 2 catture di larve da parte dell'IZS di Aosta nella zona areale di Pont St. Martin. Tali catture dimostrano la presenza di tali vettori che inizierebbero a colonizzare il nostro territorio relativo alla porta "fisiologica" di entrata del fondo valle.

Controlli sull'Anemia Infettiva Equina:

All'interno di questo tipo di monitoraggio non sono risultate positività sui capi testati.

La quota relativa a questo monitoraggio risulta essere eseguita su un campionamento comprendente tutti i muli e almeno il 20% di capi > 6 mesi.

Piano di monitoraggio della Paratubercolosi (PTB)

I capi sono stati testati sulla base della scelta di età > 24 mesi.

Non sono stati segnalati casi di sospetto clinico.

Dalla relazione dell'Osservatorio Epidemiologico (OE) di Torino si rileva che la prevalenza intra-allevamento media è passata dal 2,5% nel 2013 all'1,4% nel 2014.

I due anni di monitoraggio hanno permesso di evidenziare una situazione di partenza abbastanza favorevole al controllo della malattia che si è evoluta favorevolmente nel 2014.

Piano di monitoraggio della Diarrea Virale Bovina/Malattia delle Mucose (BVD)

I capi > 12 mesi sono stati testati dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Aosta sulla base di una scelta random degli allevamenti del Veterinario Ufficiale di territorio.

Dalla relazione dell'OE di Torino si rileva che capi testati risultati positivi all'Antigene sono risultati essere 32. La prevalenza intra-allevamento media del 2014 (4,3%) non si è discostata dal dato 2013 (4,1%).

Risulta evidente che i dati continuano a confermare la presenza e la circolazione di BVD negli allevamenti bovini della VDA. Sebbene non sia possibile stimare la prevalenza della BVD nella regione i dati trovati sono assai interessanti e suggeriscono l'opportunità di intraprendere un'azione di monitoraggio a tappeto su tutti gli allevamenti per conoscere la situazione epidemiologica dell'infezione su tutto il territorio regionale.

Igiene alimenti di origine animale

Piano dei controlli sugli stabilimenti di produzione, trasformazione, distribuzione e somministrazione di alimenti di origine animale nel 2014:

STABILIMENTI DELLA FILIERA ALIMENTARE RICONOSCIUTI REG. CE 853/2004				
Tipologia di stabilimento	Alto rischio	Medio rischio	Basso rischio	Totale
agriturismo con locale polifunzionale	0	1	9	10
agriturismo sezionamento carni	0	1	1	2
agriturismo trasformazione carni	0	0	1	1
Ambulante con auto banco	0	3	2	5
Ambulante con banco temporaneo	0	0	2	2
azienda di trasporti	0	0	3	3
Azienda do trasporto sottoprodotti	0	1	0	1
caseificio che trasforma oltre 2.000.000 litri/anno	0	1	2	3
caseificio che trasforma fino a 2.000.000 litri/anno	2	6	7	15
caseificio che trasforma fino a 500.000 litri/anno	0	5	8	13
caseificio che trasforma prevalentemente latte aziendale	0	21	75	96
caseificio di alpeggio (tramuti)	3	3	326	332
distributore di latte crudo	6	0	1	7
Macello agricolo di pollame e lagomorfi fuori campo CE < 50 UBE/anno	0	0	1	1
macello agriturismo carni bianche	0	2	2	4
Macello agriturismo carni rosse	0	1	0	1
Macello carni rosse < 20 UGB medie/settimanali	1	4	5	10
Macello carni rosse > 20 UGB e <60 UGB medie/settimanali	1	1	0	2
miele monoconferitore vendita ingrosso	0	0	50	50
miele pluriconferitore	0	0	0	0
prodotti a base carne produzione < 500 t anno	0	8	2	6
prodotti a base carne produzione > 500 t anno	0	1	0	1
prodotti a base carne stagionatura	0	1	1	2
sezionamento carni bianche < 5 t medie settimanali anno	1	0	0	1
Sezionamento carni rosse < 5t medie settimanali anno	1	1	0	2
sezionamento formaggi	0	0	1	1
spaccio carni con retrobottega	1	58	16	75
spaccio carni confezionate	1	1	41	43
spaccio carni senza retrobottega	1	4	2	7
spaccio di prodotti diversi di origine animale	0	1	14	15
spaccio latte e prodotti a base latte	0	2	18	20
spaccio pesce con retrobottega	0	6	0	6

spaccio pesce senza retrobottega	0	3	2	5
stagionatura formaggi	0	0	24	24
trasformazione prodotti a base latte	0	0	1	1
confezionamento formaggi	0	0	1	1
deposito a temperatura non controllata registrato	0	0	1	1
deposito frigorifero registrato	0	0	5	5
deposito frigorifero riconosciuto CE	0	0	2	2
distributore di prodotti a base latte (formaggi e Yogurt)	0	1	2	3
macello selvaggina < 20 UGB medie settimanali	0	0	1	1
prodotti a base carne riconfezionamento< 500 t anno	0	1	1	2
trasporto con automezzo soggetto a dia	0	0	10	10
Impianto di magazzinaggio sottoprodotti		2		2
Impianto di coincenerimento sottoprodotti e prodotti derivati	0	0	1	1
Effettua all'ingrosso attività ascrivibile a più marchi < 500 t anno	0	2	1	3

- Audit

Sono stati eseguiti

- n. 1 audit congiunti tra il S.C. di igiene degli alimenti e della nutrizione (S.C. IAN) e la S.C. Igiene degli alimenti di origine animale (S.C. IAOA) presso la GDO o presso grossisti di alimenti.
- 11 audit su Caseifici pluriconferitori
- 1 audit su Caseificio aziendale monoconferitore
- 1 audit su Stabilimenti di trasformazione di prodotti a base carne riconosciuti CE
- 1 audit su Stabilimenti di macellazione e/o sezionamento carni fresche
- 108 audit su caseifici d'alpeggio di cui 24 secondo piano congiunto con la SC Igiene allevamenti e produzioni zootecniche IAPZ

Negli audit di S.C. e congiunti con le altre SS.CC. del Dipartimento di Prevenzione non sono emerse non conformità maggiori. Solo in un caso, presso in caseificio di alpeggio si è proceduto ad una sospensione temporanea (Reg. CE 852/04 art 54 c.2 l.e) dell'attività, in relazione alla necessità di adeguamenti strutturali sui servizi igienici, ritenuti inadeguati. La non conformità risulta essere stata prontamente risolta dall'OSA con revoca del provvedimento restrittivo.

L'attività di audit si consolida come momento importante di crescita sia per gli auditors che per gli OSA, ma anche come attività molto onerosa da un punto di vista di risorse di tempo e umane, soprattutto per gli audit congiunti fra diverse SS.CC. che richiedono un surplus di tempo per la pianificazione, nonché di costi. Sono inoltre di difficile raggiungimento obiettivi numerici nazionali (LEA), come l'effettuazione di audit nel 30% degli stabilimenti di trasformazione latte riconosciuti CE, in una realtà che conta una miriade di piccoli caseifici aziendali riconosciuti proprio in virtù del fatto che la produzione di prodotti lattiero caseari è quasi una monoproduzione di Fontina DOP che per essere esportata o commercializzata alla grande distribuzione necessita che lo stabilimento di produzione sia obbligatoriamente riconosciuto. Al presente obiettivo ci si è avvicinati con l'effettuazione di audit in alpeggio.

- Verifiche, ispezioni

I controlli ufficiali diversi dall'audit sono stati eseguiti dai veterinari ufficiali degli stabilimenti o durante i controlli ad hoc. Quelli posti in essere presso impianti riconosciuti sono riportati nella tabella Registro annuale delle attività ispettive/audit su impianti riconosciuti.

A fronte di tali controlli sono state comminate 10 sanzioni amministrative e 1 notizia di reato a seguito di rilievo di non conformità maggiori.

Da segnalare:

1 sospensione totale dell'attività, misura di cui all' art 54 punto 2 e Reg. CE 882/04 per quanto concerne un distributore automatico di latte crudo a seguito di positività al campionamento per *Escherichia coli* vero citotossici.

1 sospensione totale dell'attività, misura di cui all' art 54 punto 2 e Reg. CE 882/04 per quanto concerne un alpeggio formato da tre tramuti con casera riconosciuta per la produzione di formaggi a lunga stagionatura per la mancanza di requisiti igienico sanitari in tutti e tre i tramuti. Contestualmente alla sospensione dell'attività sono anche stati sequestrati alcuni formaggi prodotti presso l'alpeggio in condizioni non idonee. Alcuni formaggi sono stati distrutti, mentre altri sono stati oggetto di un furto su cui stanno indagando gli organi competenti.

Per quanto attiene ai controlli specifici e in particolare alle "Verifica trasporto animali e benessere animale e verifica applicazione anagrafe bovina al macello" sono stati eseguite rispettivamente 71 verifiche sul trasporto e benessere animale e 32 verifiche sull'applicazione dell'anagrafe bovina e ovicaprina. Tale ultima attività è poi stata portata avanti direttamente attraverso l'applicazione sistematica del controllo su ogni singolo capo al momento dell'ante mortem e dell'utilizzo del sistema SIVE per quanto riguarda il Registro di Macellazione Informatico.

Per quanto riguarda il controllo preoperativo negli stabilimenti in cui è previsto, sono state effettuate complessivamente 38 verifiche.

Sono inoltre state effettuate 3 ispezioni congiunte con la SC SA e la SC IAPZ sul benessere durante il trasporto al macello degli animali per un totale di 11 controlli. Inoltre durante i controlli effettuati direttamente dai Colleghi presso il macello durante le attività di visita ante mortem hanno portato al rilievo di una non conformità maggiore nell'ambito del trasporto degli animali, sanzionato ai sensi del D.l.vo 151/07.

Nel 2014 si è continuata la revisione sistematica iniziata nel 2010 di tutti i riconoscimenti CE, come richiesto a suo tempo dal Ministero della Salute a seguito di ispezione. Nello specifico è stato dato mandato, per disposizione interna, ai Veterinari di effettuare la revisione in 1/3 degli stabilimenti di trasformazione latte monoconferitori. Su un totale di circa 90 caseifici attivi, era dunque preventivato di effettuare 30 caseifici. Si è proceduto di fatto alla revisione di 14 caseifici monoconferitori. Nel frattempo 2 stabilimenti hanno cessato l'attività e 2 hanno revocato il riconoscimento e optato per il regime di registrazione dell'attività. Rimangono da completare dunque le revisioni alcuni stabilimenti non effettuate negli anni precedenti per vari motivi prima di passare con la fine del 2015 alla revisione dei caseifici d'alpeggio a seguito dell'entrata in vigore dei nuovi requisiti come previsto dalla DGR RAVA 1380 del 21 05 10.

Anche nell'anno 2014 si è continuato ad implementare un sistema di programmazione dell'attività e di verifica della efficacia ed efficienza del controllo ufficiale ai sensi del art 8.3.a del Reg. CE 882/04 e del raggiungimento degli obiettivi fissati sia dal PRIC, che dalla AUSL e dal Direttore di Struttura. La verifica della efficacia e della efficienza si è basata sul controllo da parte del Direttore di SC e del Referente Qualità della corretta programmazione da parte dei Colleghi delle attività di controllo ufficiale diverse dall'audit. A seguito di ciò e quando sono state rilevate non conformità si è provveduto a ridiscutere la programmazione con i Colleghi interessati per allineare quanto previsto dal PRIC con la realtà operativa. Occorre segnalare che la pianificazione e l'esecuzione dell'attività di controllo è talvolta ostacolata dalla necessità per il Veterinario Ufficiale di adempiere a controlli ad hoc, quali per esempio la gestione conseguente ad attivazione del sistema RASFF, che pregiudicano la possibilità di stabilire una pianificazione nel dettaglio e spesso vanificano tale pianificazione giornaliera, richiedendo al Veterinario Ufficiale di modificarla in relazione a eventi più urgenti.

Igiene allevamenti e produzioni zootecniche

Piano Nazionale Residui

Non si sono riscontrate non conformità

Piano regionale alimentazione animale

Tutti i campionamenti sono stati effettuati adottando come criterio quello casuale per l'attività di monitoraggio e quello mirato per l'attività di sorveglianza. Permangono però da parte del Ministero richieste di campionamenti non pertinenti alla realtà locale; come più volte segnalato in Valle d'Aosta vi è un solo allevamento suinicolo registrato ai sensi del Reg. CE 852/2004, non vi sono allevamenti cunicoli registrati, pochi allevamenti avicoli che vendono uova e/o carne e l'unico stabilimento di produzione mangimi presente non utilizza additivi o olii vegetali. Gli esiti delle ricerche pervenuti sono stati tutti favorevoli. Nell'ambito del piano sono state eseguite ispezioni per il corretto uso degli alimenti zootecnici lungo tutta la filiera (aziende, distributori e mangimificio).

Piano regionale benessere animale negli allevamenti

Sono state eseguite in totale 47 ispezioni attinenti il benessere nelle aziende, in molte aziende l'ispezione è stata svolta sia per quanto riguarda l'allevamento bovini sia dei vitelli. In caso di non conformità, tutte di grado "A", vi è sempre stata la verifica dell'ottemperanza delle prescrizioni.

Piano straordinario di controllo isoniazide nel latte di massa e cortisonici nelle urine

Nel 2014, visto l'andamento positivo della profilassi della TBC in Valle d'Aosta non vi è stata l'esigenza di eseguire campionamenti per questo piano: l'unico allevamento sottoposto a sospensione di qualifica, dopo la revoca della stessa, avendo pochi capi ha concordato l'abbattimento totale, pertanto non sono state fatte ulteriori verifiche. I campionamenti eseguiti per la ricerca di cortisonici nelle urine sono conseguenti ad un campionamento positivo ai cortisonici del 2013, le ricerche sono state richieste nell'ambito dell'EXTRAPNR a seguito di positività; i 18 campioni hanno dato esito negativo.

Piano farmacosorveglianza sul corretto impiego dei farmaci

L'attività di farmacosorveglianza è stata svolta presso allevamenti OSA, apicoltori, ambulatori veterinari e presso le farmacie, in questo caso con la collaborazione della SC Farmacia dell'Azienda USL. Nelle aziende il corretto utilizzo del farmaco è stato verificato con ispezioni specifiche utilizzando le check list ministeriali e nell'ambito di altre tipologie di CU, quali audit o ispezioni (238 controlli); congiuntamente con la SC IAOA è stata controllata la veridicità delle dichiarazioni del Mod. 4 (20 controlli); gli apicoltori ispezionati sono stati 48; gli ambulatori veterinari 4, come programmato e le farmacie 6. Sono state comminate sanzioni a 3 apicoltori ed 1 allevatore.

Audit presso OSA

Effettuati tutti gli audit programmati ad eccezione di uno presso un allevamento, programmato e disdetto per indisponibilità fisica del titolare. Gli audit si sono dimostrati un valido strumento per valutare le conformità alle norme e la capacità degli OSA di rispondere alle nuove esigenze delle norme del pacchetto igiene. Gli audit congiunti in alpeggio con la SC IAOA hanno permesso controlli proficui sia per le AC che per gli OSA, che si sono dimostrati collaborativi; sono state date prescrizioni su requisiti strutturali che secondo la DGR 1380/2010 diventeranno requisiti minimi obbligatori a partire dal 01/10/2015.

Piano di controllo per i trasporti animali

E' stato dato seguito a quanto previsto svolgendo n° 12 ispezioni congiunte con la SC di Sanità animale in occasione di concentramenti di animali (fiere e rassegne) nel corso delle quali sono state riscontrate inadeguatezze per cui sono state prescritte misure di adeguamento in 3 casi. Nel corso di

controlli congiunti con colleghi dell'UVAC e Polizia Stradale sono stati controllati 13 trasporti per lunghi viaggi con il riscontro di 3 non conformità, in conseguenza della quale sono state erogate 2 sanzioni da parte degli agenti della Polizia Stradale.

Piano prevenzione aflatossine

Nel 2014 non vi sono state segnalazioni di esiti positivi o di livelli maggiori di quello di attenzione (30ppt). La conformità ai Reg. CE 178/2002, 852/2004 e 183/2005 è stata verificata nell'ambito degli audit, 23 in totale, in tutte le aziende è stata verificata la rintracciabilità dei mangimi, il corretto stoccaggio e le misure di controllo dei parassiti o contaminanti.

Controlli condizionalità

Confrontando i dati con l'anagrafe degli OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/2004 sono stati eseguiti un numero di ispezioni che si ritiene congruo con le indicazioni date.

II PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2016-2018

Programmi e setting

In Valle d'Aosta, sulla base delle priorità emerse dall'analisi del contesto socio – sanitario effettuata, sono state individuate sei linee strategiche di programmi, caratterizzanti il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2016-2018 , suddiviso in *setting*:

Programma 1 – *Setting* Scuola “Rete di Scuole che promuovono”, rivolto a tutte le scuole di ogni ordine e grado, con la finalità di promuovere e implementare fattori protettivi (resilienza, life skills, empowerment) e l'adozione di stili di vita sani: corretta alimentazione, attività fisica, astensione dal fumo e corretto consumo di alcol.

Programma 2 - *Setting* di Comunità 1 – “Comunità che promuove Salute”, rivolto alla popolazione generale e specifico per età, sesso e patologia, con un approccio per tutto il corso della vita al fine di ridurre: il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità della malattie croniche non trasmissibili (MCNT); l'incidenza della malattie prevenibili da vaccino; l'incidenza degli incidenti stradali e domestici; di migliorare l'adesione agli screening, ecc.

Programma 3 – *Setting* Sanitario – “Azienda Sanitaria che promuove Salute”, in un'ottica di integrazione di tutte le azioni di tipo sanitario che riguardino la promozione della salute, la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili ed infettive e la gestione delle emergenze e i percorsi di tipo preventivo, diagnostico e terapeutico tra Ospedale, Area Territoriale e Dipartimento di Prevenzione, al fine di razionalizzare, integrare e migliorare i percorsi già esistenti .

Programma 4 – *Setting* di Comunità 2 – “Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria”, programma che verte sul raggiungimento del macroobiettivo 10 del PNP 2014-2018, con azioni integrate tra vari enti ed istituzioni per favorire le scelte di salute, l'informazione e l'educazione in tema di nutrizione, il consumo di prodotti alimentari sicuri, gestione del rischio anche ambientale che potrebbe avere risvolti sulle produzioni animali, vegetali e acque potabili destinate al consumo umano e sugli alimenti per animali al fine di prevenire, ridurre ed eliminare fonti di inquinamento e sostanze nocive.

Programma 5 – *Setting* Ambienti di lavoro – “Salute, benessere e sicurezza nei luoghi di lavoro”, rivolto agli ambienti di lavoro, con la finalità di promuovere il benessere in ambiente di

lavoro, prevenire infortuni e malattie professionali; implementare la sensibilizzazione dei portatori di interesse ad azioni che tutelino il lavoratore.

Programma 6 – *Setting* Comunità 3 – “Ambiente e salute, rivolto agli ambienti di vita”, con la finalità di tutelare la salute dei cittadini ed implementare la sensibilizzazione dei portatori di interesse ad azioni che tutelino maggiormente l’ambiente in cui viviamo.

L’idea di lavorare per *setting* origina dalla necessità di raggruppare e semplificare, ma non per questo sminuire, i Macro Obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione, nell’ottica di una programmazione intersettoriale, trasversale e integrata tra i vari contesti regionali, come precedentemente accennato, in tema di promozione della salute e prevenzione.

Il PRP 2016-2018 si pone sicuramente degli obiettivi di salute elevati e molto complessi, pertanto non si può avere la pretesa di essere esaustivi nel raggiungimento degli innumerevoli obiettivi, almeno nella fase iniziale, ma sarà un indirizzo per gli anni a venire, per favorire il consolidamento ed il miglioramento di un vero e proprio lavoro di rete, tra il Dipartimento di Prevenzione e tutti gli attori, coinvolti a vario titolo, nella realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione, al fine di migliorare la salute delle persone, con una particolare attenzione alla riduzione delle disuguaglianze .

MACRO OBIETTIVI	PROGRAMMI REGIONALI						
	Obiettivi Centrali	<u>PROGRAM MA 1</u>	<u>PROGRAM MA 2</u>	<u>PROGRAM MA 3</u>	<u>PROGRAM MA 4</u>	<u>PROGRAM MA 5</u>	<u>PROGRAM MA 6</u>
		<i>RETE DI SCUOLE CHE PROMUOV ONO SALUTE</i>	<i>COMUNITA ' CHE PROMUOV E SALUTE</i>	<i>AZIENDA SANITARIA CHE PROMUOV E SALUTE</i>	<i>SICUREZZ A ALIMENTA RE E SANITA' PUBBLICA VETERINA RIA</i>	<i>SALUTE, BENESSER E E SICUREZZ A NEI LUOGHI DI LAVORO</i>	<i>AMBIENTE E SALUTE</i>
		<i>Setting Scuola</i>	<i>Setting Comunità 1</i>	<i>Setting Sanità</i>	<i>Setting Comunità 2</i>	<i>Setting lavoro</i>	<i>Setting Comunità 3</i>
MO 1 Ridurre il carico prevenibile ed	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	X	X	X	X	X	X
	1.2 Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese		X	X			
	1.3 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (<i>life skill, empowerment</i>) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	X	X	X		X	
	1.4 Ridurre il numero di fumatori	X	X	X		X	X
	1.5 Estendere la tutela dal fumo passivo	X	X	X		X	X
	1.6 Ridurre il consumo di alcol a rischio	X	X	X		X	
	1.7 Aumentare il consumo di frutta e verdura	X	X	X		X	
	1.8 Ridurre il consumo eccessivo di sale	X	X	X		X	
	1.9 Aumentare l'attività fisica delle persone	X	X	X		X	

evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	1.10 Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT		X	X			
	1.11 Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)	X	X	X			
	1.12 Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)		X	X			
	1.13 Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico		X	X			
	1.14 Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA		X	X			
	1.15 Identificare precocemente i soggetti a rischio ereditario familiare per tumore della mammella		X	X			
MO 2 Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	2.1 Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita		X	X			
	2.2 Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita		X	X			
MO 3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	3.1 Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (<i>life skill, empowerment</i>) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	X	X	X		X	
	3.2 Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	X	X	X			
MO 4 Prevenire le dipendenze da sostanze e	4.1 Aumentare la percezione del rischio e l' <i>empowerment</i> degli individui	X	X	X		X	

comportamenti							
MO 5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	5.1 Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	X	X	X		X	
	5.2 Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale		X	X			
	5.3 Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	X	X	X			
MO 6 Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti	6.1 Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	X	X	X		X	
	6.2 Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni		X	X			
	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 <i>care giver</i>	X	X	X			
MO 7 Prevenire gli infortuni e le malattie professionali	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					X	
	7.2 Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP			X		X	
	7.3 Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità		X			X	
	7.4 Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale		X			X	
	7.5 Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende			X		X	
	7.6 Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	X	X			X	

	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		X			X	
	7.8 Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di <i>enforcement</i> quali l' <i>audit</i>			X		X	
MO 8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.1 Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"		X	X		X	X
	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		X	X		X	X
	8.3 Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali		X	X		X	X
	8.4 Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti		X	X		X	X
	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		X	X		X	X
	8.6 Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico		X	X		X	X
	8.9 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione		X	X		X	X

	8.10 Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon		X	X		X	X
	8.11 Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	X	X	X		X	X
	8.12 Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	X	X	X		X	X
MO 9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	9.1 Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie		X	X			
	9.2 Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce		X	X			
	9.3 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile		X	X			
	9.4 Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)		X	X			
	9.5 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)		X	X			
	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)			X			
	9.7 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio		X	X			
	9.8 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione		X	X			

	9.9 Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC)		X	X			
	9.10 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)			X			
	9.11 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale			X			
	9.12 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici		X	X			
	9.13 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate			X			
MO 10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per	10.1 Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura		X	X	X	X	X
	10.2 Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco		X	X	X		
	10.3 Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/ sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario		X	X	X		
	10.4 Completare i sistemi anagrafici			X	X		
	10.5 Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari		X	X	X		
	10.6 Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali			X	X		
	10.7 Assicurare un'appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici		X	X	X		

alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	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		X	X	X		
	10.9 Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache		X	X	X		
	10.10 Ridurre i disordini da carenza iodica		X	X	X		
	10.11 Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale		X	X	X		
	10.12 Realizzare gli <i>audit</i> previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004			X	X		

Programma 1 – Setting Scuola Rete di Scuole che promuovono Salute

Questo programma è rivolto a tutte le scuole di ogni ordine e grado, con la finalità di promuovere e implementare fattori protettivi (resilienza, *life skills*, *empowerment*) e l'adozione di stili di vita sani: corretta alimentazione, attività fisica, astensione dal fumo e corretto consumo di alcol, in un'ottica di salute complessiva che non riguarda esclusivamente l'aspetto prettamente sanitario.

Razionale

“Rete di Scuole che promuovono Salute” è un programma del PRP 2016-2018 che racchiude in sé un concetto decisamente più ampio della educazione alla salute. Infatti, promuove una politica per una scuola che miri al raggiungimento di una *leadership* in tema di promozione della salute nel contesto regionale.

Nello specifico, si fonda su cinque valori irrinunciabili e su cinque pilastri fondamentali.

I valori sono rappresentati da:

- *equità*: è necessario garantire un accesso equo a tutti, sia in merito all'istruzione che alla salute;
- *sostenibilità*: l'istruzione, la salute e lo sviluppo sono strettamente interconnessi e devono essere garantiti ed implementati da processi che superino il concetto di singoli progetti, pertanto dovranno essere sostenuti e monitorati, in modo sistematico e garantiti nel tempo trasformandosi in processi;
- *inclusione*: le scuole rappresentano comunità dove la diversità è considerata un valore;
- *empowerment*: “Processo psicologico, sociale, culturale o politico attraverso il quale le singole persone o i gruppi sociali sono in grado di esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, individuare le strategie per essere coinvolti nel processo decisionale e intraprendere azioni di carattere politico, sociale, culturale che riguardano il proprio benessere e la propria salute”(Glossario della promozione della salute OMS, 1998), per cui ogni singolo soggetto è stimolato e coinvolto in modo attivo e partecipativo;
- *democrazia*: le Scuole che Promuovono Salute creano e promuovono i valori della democrazia.

I pilastri, invece, sono:

- *l'approccio globale*: la promozione della salute è rappresentata dall'educazione alla salute, armonizzata alle politiche scolastiche, alle abilità di vita (*life skills*), all'ambiente scolastico e all'intera comunità;
- *la partecipazione*: accomuna il personale scolastico, le famiglie, gli studenti;
- *la qualità scolastica*: è garantita e favorita se le persone godono di salute
- *l'evidenza*: si basa su nuovi approcci provati dalla ricerca scientifica
- *la scuola e la comunità*: la scuola ha un ruolo attivo per comunità migliori.

Alla luce di quanto descritto, una scuola che promuove salute crea i presupposti base per la realizzazione e lo sviluppo di competenze, abilità personali, emotive, relazionali, cognitive che

favoriscono in ogni individuo una crescita sia da un punto di vista personale che sociale. Queste abilità sono definite *life skills*: consapevolezza di sé, gestione delle emozioni, gestione dello stress, empatia, comunicazione efficace, relazioni efficaci, creatività, capacità di risolvere i problemi e di prendere decisioni e senso critico.

Inoltre, da molte evidenze in letteratura e dalle buone pratiche si evince che la promozione della salute mirata, non solo, alla prevenzione ma anche allo sviluppo di livelli di competenza (*“empowerment”*, sia del singolo individuo che della comunità, basato sul miglioramento del benessere psicofisico), è decisamente più efficace nel promuovere stili di vita favorevoli alla salute. In relazione a quanto descritto, il Piano di azione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS – Regione europea 2016–2020) individua come network di riferimento la rete *“Schools for Health in Europe – SHE”*.

In un’ottica interdisciplinare, l’investimento in tema di benessere dei giovani avrà sicuramente un maggiore impatto positivo sugli studenti, promuovendo una crescita responsabile e consapevole.

Le motivazioni per cui la Scuola deve farsi promotrice di Salute sono:

- migliorare il rendimento scolastico, dalla letteratura si evince che gli studenti sani hanno un miglior rendimento scolastico. Inoltre, l’interesse principale di una scuola è, non solo, ottenere i massimi risultati di apprendimento per i propri studenti ma, anche, contribuire in modo efficace al raggiungimento di obiettivi sia pedagogici che sociali;
- promuovere programmi e azioni a favore della salute, attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze in ambito cognitivo, sociale e comportamentale.

Al fine di favorire tale programma, con deliberazione N. 1663 della Giunta Regionale, in data 20/11/2015, è stata approvata la ricostituzione, presso la Sovrintendenza agli Studi, del Gruppo tecnico Interdisciplinare per la definizione di linee guida ed il coordinamento delle attività di educazione e promozione della salute in ambito scolastico.

Tale gruppo dovrà provvedere a:

- individuare aree di intervento prioritarie nell’ambito delle iniziative di promozione alla salute in ambito scolastico in un arco di tempo triennale;
- determinare le procedure ed i tempi per la presentazione dei progetti di attività di promozione/educazione alla salute in ambito scolastico;
- stabilire i criteri di selezione e valutazione dei progetti, identificando strumenti di provata efficacia;
- creare specifiche e forti sinergie tra le istituzioni, enti pubblici, associazioni pubbliche e private che a vario titolo si occupano di progettazione in merito alla promozione della salute in ambito scolastico;

- concorrere al miglioramento continuo della qualità dei progetti e delle iniziative di educazione alla salute da realizzare in ambito scolastico; considerato che il Gruppo interistituzionale potrà coinvolgere altri soggetti presenti sul territorio per discutere di progetti anche di loro competenza o ai quali potrebbero essere interessati (Enti locali, Organi giudiziari, Forze dell'Ordine, soggetti appartenenti al privato sociale, ecc...) o confrontarsi con altri Gruppi istituzionali o interistituzionali, già esistenti;

Quindi, il Programma “Rete di Scuole che promuovono Salute”, come accennato, oltre agli obiettivi di salute (promozione di sani stili di vita, benessere psico-fisico, ecc.), si propone di promuovere l'autonomia personale e, quindi, mira a ridurre le disuguaglianze sociali in salute. Ciò sarà possibile poiché, come dimostrato in letteratura, esiste una stretta correlazione positiva tra il grado di scolarità e l'aspettativa di vita, il reddito percepito, la posizione sociale dell'occupazione svolta, la qualità dei consumi, le possibilità/offerte di mobilità sociale, la partecipazione alla vita pubblica, lo stato di salute, le reti di relazione personale. Inoltre, l'istruzione influisce non soltanto sulla crescita e sviluppo dei singoli individui ma anche su quelli dell'intera società.

Obiettivi strategici

Le linee progettuali che saranno sviluppate nel triennio 2016-2018 si baseranno sul raggiungimento dei seguenti obiettivi regionali strategici:

1. favorire e implementare l'adesione al programma “Rete europea di Scuole che promuovono salute” - delle istituzioni scolastiche presenti sul territorio regionale
2. promuovere programmi integrati per favorire stili di vita sani, potenziando i fattori di protezione: *life skill, empowerment*
3. implementare programmi ed interventi per favorire la tempestiva identificazione dei soggetti con problemi di disagio sociale e/o problemi della sfera emozionale;
4. implementare programmi ed interventi per favorire la tempestiva identificazione dei soggetti con problemi di disagio sociale e/o problemi della sfera emozionale
5. attuare programmi intersettoriali per implementare le conoscenze e la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui
6. favorire progetti intersettoriali condivisi, potenziando i fattori protettivi, per favorire la consapevolezza dei comportamenti corretti alla guida e favorire la riduzione dei decessi e dei ricoveri per incidenti stradali
7. implementare progetti intersettoriali per favorire la riduzione degli incidenti domestici e del tempo libero

8. favorire progetti integrati in tema di sicurezza che favoriscano la sensibilizzazione e la formazione per i futuri lavoratori
9. promuovere la realizzazione di progetti per ridurre l'incidenza delle malattie prevenibili da vaccino, attraverso la sensibilizzazione dei dirigenti scolastici, dei docenti e delle famiglie.

Banca dati

Al fine di una programmazione e di una stesura mirate alla tipologia dei target e dei contesti, del monitoraggio e della valutazione dei singoli progetti che costituiranno il programma 1, ci si avvarrà dell'analisi dei dati delle sorveglianze di popolazione, relative al target scolastico, come OKkio alla Salute (OKkio) e *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), dei dati ISTAT, da quelli ricavati da documenti di autovalutazione degli Istituti Scolastici, ecc..

Tutti i progetti rivolti al *setting* scolastico, al fine di garantire l'offerta di progetti che presentino requisiti metodologici ed organizzativi di buone pratiche, saranno inseriti nella banca dati di progetti ed interventi di Prevenzione e Promozione della Salute (Pro.Sa) del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute della Regione Piemonte (DoRS), come previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale N. 1681, in data 20/11/2015, in merito all'approvazione della convezione tra l'ASL TO3 della Regione Piemonte, La Regione Autonoma Valle d'Aosta e l'Azienda USL della Valle d'Aosta.

Portatori di interesse per il programma

I portatori di interesse coinvolti in questo programma saranno: la Sovrintendenza agli Studi; l'Associazione Famiglie; il Terzo Settore; l'Associazione dei Cittadini; l'Università della Valle d'Aosta; l'Università Terza Età; Associazione Famiglie; Associazioni dei Consumatori; Associazioni dei Commercianti; CELVA; le la Cittadella dei giovani; l'Azienda USL della Valle d'Aosta: Dipartimenti di Prevenzione, di Salute Mentale, Materno Infantile, delle Medicine, Area Territoriale e Distretti ; le associazioni pubbliche e private; i gestori delle discoteche e dei luoghi di ritrovo giovanili; le Forze dell'Ordine; le Autoscuole; le Pari Opportunità; gli Assessorati: Sanità, Salute e Politiche Sociali; Ambiente e Territorio; Cultura e Istruzione; Sport e Turismo; il Servizio Immigrati.

Cronogramma – Programma 1 - “Rete di Scuole che promuovono salute”

Attività prioritarie	2016		2017		2018	
	I Quadrime stre	II Quadrime stre	I Quadrime stre	II Quadrime stre	I Quadrime stre	II Quadrime stre
Contatti/coinvolgi mento con portatori di interesse	X	X	X	X	X	X
Formalizzazioni gruppi territoriali	X	X				
Formazione	X	X	X	X	X	X
Coinvolgimento referenti educazione alla Salute	X	X	X	X	X	X
Mappatura progetti esistenti	X	X	X		X	
Individuazione priorità	X	X				
Progettazione Condivisa intersettoriale	X	X	X		X	
Nr. Incontri GIS 1 per ogni quadrimestre	X	X	X	X	X	X
Diffusione progetti	X	X	X	X	X	X
Monitoraggio	X	X	X	X	X	X
Valutazione		X		X		X

Programma 2 – Setting Comunità 1 - “Comunità che promuove salute”

Questo programma si rivolge alla popolazione generale prendendo in considerazione aspetti sia sociali che sanitari. E' specifico per età, sesso e patologia, con un approccio per tutto il corso della vita al fine di promuovere la salute in senso lato ed, inoltre, ridurre: il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità della malattie croniche non trasmissibili (MCNT); l'incidenza della malattie prevenibili da vaccino; l'incidenza degli incidenti stradali e domestici; di migliorare l'adesione agli screening, ecc.

Razionale

La comunità è un *setting* (si consideri, comunque, tutti e tre i *setting* suddivisi in: Comunità 1 – 2 – 3 per razionalizzare i programmi) favorevole alla promozione della salute e alla prevenzione, prendendo in considerazione sia l'aspetto sociale che quello strettamente sanitario. Ogni soggetto, dotato di personalità, deve poter partecipare alla costruzione della propria salute e dei fenomeni sociali che lo riguardano. Pertanto, si dovrà porre l'attenzione alla dimensione collettiva della salute e dei comportamenti a essa correlati, adottando modelli partecipativi atti a modificare positivamente i livelli di salute in senso globale di una comunità. Tutto ciò sarà il presupposto base per coinvolgere la comunità in un'ottica di “rete” consapevole, partecipativa e responsabile .

La promozione della salute, come descritto precedentemente, non considera esclusivamente, come fattori determinanti, gli interventi e le attività mirati a rafforzare le conoscenze e le capacità individuali, bensì anche le misure volte a modificare le condizioni economiche e ambientali, in modo tale che possano incidere positivamente sulla salute del singolo cittadino e della intera comunità.

Il miglioramento dell'ambiente di vita e di lavoro, per creare e favorire condizioni che promuovano la salute, dipende dall'azione integrata di molteplici soggetti istituzionali, professionali (con varie competenze e differenti ruoli), quali: amministratori e personale degli Enti Locali, professionisti della mobilità e del sistema viario, urbanisti, professionisti degli studi di progettazione edilizia, professionisti della salute e dell'istruzione, associazioni pubbliche e private e, non ultimi, i cittadini. Per ottenere risultati efficaci è necessario e prioritario coordinare le diverse attività e condividere gli obiettivi comuni tra i portatori di interesse.

Pertanto, il ruolo dell'Azienda Sanitaria e, in particolar modo del Dipartimento di Prevenzione, diviene sempre più rilevante e variegato, non solo in termini di ricerca sul campo e di monitoraggio e valutazione degli effetti sulla salute, ma anche di un'azione di *advocacy* a supporto dei decisori.

Questo tipo di approccio partecipato, al fine di promuovere una reale consapevolezza dell'importanza delle competenze in merito alla salute e alla sua tutela da sviluppare in una

comunità, richiede: una notevole e diffusa responsabilizzazione dei diversi attori coinvolti in tema di problemi e di scelte di salute; la individuazione dei reali obiettivi partecipativi (autonomia, autodeterminazione della comunità), dei reali obiettivi di salute e delle priorità riferite alla popolazione e al contesto. Esclusivamente con queste caratteristiche si potrà favorire e facilitare un reale sviluppo sociale, attraverso il quale sia il singolo cittadino che l'intera comunità potranno: assumersi il controllo della propria vita; la capacità di modificare il contesto in cui vivono e lavorano; sviluppare il senso di appartenenza; concordare la tipologia di impegno, strettamente legata al ruolo che si ricopre; individuare le strategie di comunicazione e di coinvolgimento *ad hoc*, in base ai target (ad esempio: dalla letteratura scientifica si evince che sia le campagne sulla promozione di stili di vita sani che quelle sugli screening presentano risultati migliori sulla popolazione che ha un livello socio – culturale più elevato rispetto ai “soggetti più fragili”).

Obiettivi strategici

In questo programma si mirerà a promuovere sia gli interventi di promozione di sani stili di vita rivolti al *setting* Scuola, estendendoli ad altri target di popolazione (neonati; giovani, fino ai 29 anni; adulti e anziani) che a programmi di provata efficacia, come gli screening oncologici e le vaccinazioni, al fine di consolidare i risultati già raggiunti e di implementare la partecipazione dei target più resistenti. Inoltre, si integreranno le linee progettuali prettamente sanitarie del *setting* sanitario con quelle di tipo sociale per responsabilizzare e sostenere i cittadini in scelte favorevoli alla salute.

In particolar modo, in merito a problematiche sanitarie, si investirà su strategie atte ad incrementare e migliorare l'adesione consapevole ai programmi vaccinali di popolazione, poiché negli ultimi anni si sta assistendo al fenomeno della perdita di fiducia della popolazione nelle vaccinazioni.

Tale tendenza va sicuramente invertita, incrementando il rapporto di fiducia nella medicina e nei professionisti sanitari ed investendo in formazione e comunicazione.

In dettaglio gli obiettivi sono:

- implementare ed integrare il piano di azione in atto tra ospedale e territorio
- promuovere programmi integrati con gli Enti locali per la pratica dell'attività fisica, dell'alimentazione sana, del corretto consumo di alcol e del non fumare, rivolti a tutta la popolazione;
- implementare l'adesione ai programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening) migliorando la comunicazione e con una particolare attenzione alle disuguaglianze;
- ridurre il numero di soggetti invitati allo screening effettuano gli esami in *setting* clinico;

- avviare, in collaborazione con il *setting* sanitario, un programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA sul target di donne 30 – 64 anni;
- sensibilizzare e formare il personale sanitario per individuare precocemente i soggetti a rischio eredo - familiare per tumore della mammella;
- implementare programmi che estendano la tutela del fumo passivo in parchi giochi, ambienti esterni dove sono presenti bambini e donne in gravidanza (vedi ordinanza Comune di Aosta);
- implementare programmi per un corretto consumo di alcol;
- implementare programmi per promuovere sani stili di vita;
- implementare lo screening audiologico neonatale;
- implementare lo screening oftalmologico neonatale;
- promuovere interventi in ambito scolastico ed extrascolastico per favorire ed implementare capacità di resilienza e fattori di protezione;
- implementare programmi ed interventi per favorire la tempestiva identificazione dei soggetti con problemi di disagio sociale e/o problemi della sfera emozionale;
- attuare programmi intersettoriali per implementare le conoscenze e la percezione del rischio e l' *empowerment* degli individui;
- attuare programmi intersettoriali condivisi per favorire la consapevolezza dei comportamenti corretti alla guida e favorire la riduzione dei decessi e dei ricoveri per incidenti stradali;
- implementare programmi intersettoriali per favorire la riduzione degli incidenti domestici e del tempo libero;
- implementare programmi intersettoriali che favoriscano l'aumento dell'attività fisica negli ultra 64enni;
- implementare programmi intersettoriali volti all'aumento della percezione del rischio e alla promozione dell'attività fisica;
- implementare programmi di sensibilizzazione degli operatori socio - sanitari (MMG, PLS, Assistenti Sanitari, Assistenti Sociali);
- implementare programmi di sensibilizzazione degli operatori sul problema dell'avvelenamento in ambiente domestico;
- implementare l'attuazione del Piano di Prevenzione Regionale Vaccini e predisporre le modifiche in base all'imminente Piano di Prevenzione Nazionale Vaccini, predisporre un piano di comunicazione, finalizzato alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione;
- predisporre un piano di comunicazione ad hoc per tutti i target e gli ambiti.

Banca dati

Al fine di monitorare e valutare questo programma si farà riferimento ai dati delle sorveglianze di popolazione, relative ai vari target: OKkio alla Salute (OKkio) e *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), PASSI, PASSI d'Argento, dei dati ISTAT, integrazione di flussi sanitario – amministrativi: SDO, farmaceutici, esenzione ticket, ecc. con i dati della sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento.

Portatori di interesse

I portatori di interesse coinvolti in questo programma sono: Assessorati regionali: Sanità, Salute e Politiche Sociali; Ambiente e Territorio, Agricoltura, Sport e Turismo, Attività Produttive; Azienda USL della Valle d'Aosta: Dipartimento di Prevenzione; Dipartimenti delle Medicine; Dipartimenti delle Chirurgie, ecc.; Medici di Medicina Generale; Medici Competenti. Altri *Stakeholders*: ARPA; CELVA; Organi Professionali; Comitato regionale di coordinamento in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro; Associazioni dei Cittadini; Associazioni dei Commercianti; Terzo Settore; le Pari Opportunità; il Servizio Immigrati; la Sovrintendenza agli Studi; l'Associazione Famiglie; il Terzo Settore; l'Associazione dei Cittadini; l'Università della Valle d'Aosta; l'Università Terza Età; Associazione Famiglie; Associazioni dei Consumatori; Associazioni dei Commercianti; le la Cittadella dei giovani; l'Azienda USL della Valle d'Aosta: Dipartimenti di Prevenzione, di Salute Mentale, Materno Infantile, delle Medicine, Area Territoriale e Distretti; le associazioni pubbliche e private; i gestori delle discoteche e dei luoghi di ritrovo giovanili; le Forze dell'Ordine; le Autoscuole.

Cronogramma - Programma 2 – Setting Comunità 1 - Comunità che promuove salute

Attività prioritarie	2016				2017 - 2018	
	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		
Contatti/coinvolgimento con portatori di interesse	X	X	X	X	X	X
Formalizzazioni gruppi territoriali	X					
Formazione		X	X	X	X	X
Mappatura progetti esistenti	X	X			X	X

Individuazione priorità	X	X				
Progettazione Condivisa intersectoriale		X	X			
Diffusione progetti		X	X	X	X	X
Monitoraggio			X	X	X	X
Valutazione				X	X	X

Programma 3 – Setting Sanitario - Azienda Sanitaria che promuove salute

Questo programma ha l'obiettivo di integrare tutte le azioni di tipo sanitario, nell'ottica di promuovere la salute in toto, di prevenire le malattie croniche non trasmissibili ed infettive e di gestire le emergenze e i percorsi di tipo preventivo, diagnostico e terapeutico tra Ospedale, Area Territoriale e Dipartimento di Prevenzione, al fine di razionalizzare, integrare e migliorare i percorsi già esistenti in relazione con i programmi di Comunità.

Razionale

L'Azienda sanitaria riveste un duplice ruolo, se da una parte eroga servizi di cura per soggetti già ammalati, dall'altra ricopre il ruolo di promotrice di salute, affinché i soggetti sani possano continuare a mantenere lo stato di salute.

Inoltre, le sue attività sono rivolte sia all'utenza che ai dipendenti.

Come precedentemente accennato, lo stato di salute non è esclusivamente correlato alle cure e ai servizi erogati ma ad altri fattori esterni al Servizio Sanitario, quali quelli di tipo culturale ed economico. Chiaramente questi fattori sono incrementati dall'*empowerment* delle persone.

Pertanto, le Aziende Sanitarie da un lato garantiscono l'accesso ai servizi, la qualità e la sicurezza delle cure, l'adesione ai programmi di screening dall'altro orientano i cittadini verso scelte che favoriscano il mantenimento della salute stessa, offrendo programmi integrati.

Questi fattori favoriscono l'aumento dell'*empowerment* degli individui.

Il programma "*Azienda Sanitaria che promuove salute*" si orienta su due direttive, una rivolta ai cittadini/utenti ed una agli operatori, con obiettivi comuni: favorire il processo di *empowerment* sulla singola persona e sull'intera comunità, promuovendo nei soggetti la capacità di scegliere comportamenti favorevoli alla salute: alimentarsi in modo sano, praticare regolare attività fisica, moderare il consumo di alcol, non fumare; migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni

fornite agli utenti; promuovere l'adesione ai programmi di screening, alle campagne vaccinali; favorire la prescrizione corretta ed il consumo consapevole degli antibiotici.

Gli operatori delle Aziende Sanitarie, in nome del ruolo che ricoprono, possono decisamente essere promotori di salute, favorendo sia la scelta di stili di vita sani che l'adesione a diverse buone pratiche sia nei soggetti sani che nelle persone con fattori di rischio per patologie croniche e nei pazienti già affetti da patologie croniche (es. diabete, patologie cardiovascolari, malattie respiratorie, tumori, patologie dell'apparato muscolo-scheletrico, ecc.).

Obiettivi strategici

Gli obiettivi di questo programma sono molteplici:

- promuovere l'integrazione dei programmi di screening con azioni di promozione di stili di vita sani (*counselling motivazionale*) e in accordo con il *setting* di Comunità 1 e quello della Scuola
- favorire la gestione integrata delle emergenze infettive e dei percorsi preventivo – diagnostici - terapeutici; definire i protocolli e le procedure integrate, al fine di stabilire azioni prioritarie in materia; implementare il sistema informatizzato per la sorveglianza delle malattie infettive; implementare la segnalazione delle malattie infettive;
- implementare l'anagrafe vaccinale regionale;
- predisporre un piano di comunicazione regionale per la sensibilizzazione della popolazione e degli operatori socio – sanitari in materia di malattie infettive prevenibili da vaccino; sensibilizzare tutti gli operatori che si interfacciano con i servizi vaccinali; aumentare la copertura vaccinale nella popolazione generale e nei target specifici per età, categoria e patologia; predisporre un piano regionale integrato con la Azienda USL della Valle d'Aosta per la gestione delle emergenze;
- implementare la sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE);
- implementare il monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale;
- implementare programmi di sensibilizzazione della comunità sull'uso corretto degli antibiotici;
- implementare e mantenere il programma integrato di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza;
- promuovere programmi che favoriscano stili di vita sani non solo negli utenti ma anche negli operatori.
- promuovere il benessere organizzativo in ambiente di lavoro.

Inoltre, dai dati della sorveglianza PASSI 2010-2013 della nostra Regione si evince che solo una minoranza sia dei medici che degli altri operatori sanitari si informa riguardo agli stili di vita dei propri assistiti, pur emergendo dalla letteratura che sia l'avviso motivazionale breve (*minimal o*

brief advice) che l'intervento motivazionale breve (*brief intervention*) risultano di dimostrata efficacia.

Pertanto si dovranno incrementare programmi volti ad implementare maggiormente l'utilizzo di questo strumento, da parte di tutti gli operatori dei Servizi Socio-Sanitari, che grazie al ruolo che ricoprono possono favorire e sostenere il cambiamento in termini di Salute. A tal proposito, si ritiene prioritario aumentare, quindi, il numero dei soggetti che riceve suggerimenti e indicazioni da parte degli operatori socio - sanitari, in ogni occasione di accesso ai servizi. In tal modo, i percorsi diagnostico-terapeutici potrebbero essere decisamente migliorati dall'utilizzo sistematico di questo prezioso e valido strumento.

La nostra Regione sta investendo su questa tecnica, infatti è una delle regioni partner nel progetto CCM 2015 “ Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel *counseling* motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei luoghi di lavoro, nei servizi sanitari che promuovono salute e nei contesti di screening oncologico”, la cui Regione capofila è l'Emilia Romagna.

Le linee progettuali di intervento di questo progetto saranno:

- **screening oncologici** : rappresenta il *setting* più complesso, per cui ogni Ente partner individuerà il *setting* in cui sarà più semplice inserire azioni generalizzate di minimal advice e/ o intervento motivazionale breve, senza prevedere riassetto organizzativi difficilmente sostenibili.
- **luoghi di lavoro**: l'esperienza formativa e pratica con Medicina del lavoro e Medici competenti dell'Ausl di Modena (2014/2015) sarà alla base per la definizione del modulo di formazione a distanza e degli strumenti operativi relativi al *setting*.
- **case per la salute/ medicina di gruppo - contesto/setting ospedaliero** : sede prioritaria degli interventi opportunistici che potrebbero esser potenziati da una collaborazione con dipartimenti ospedalieri nel momento della dimissione (per es: paziente infartuato, sovrappeso può rivolgersi al proprio medico, dopo la dimissione, per affrontare il tema del controllo del peso, come segnalato dalla lettera).

A supporto di questi interventi sono disponibili strumenti riadattati da materiali messi a punto dall'Habits Lab dell'Università del Maryland, con la quale esiste una convenzione tra il Centro regionale Luoghi di Prevenzione e quindi le Regioni che aderiscono al Progetto CCM., e con la supervisione del prof. Carlo Di Clemente .

La letteratura e le esperienze di altre realtà regionali, confermano il ruolo strategico delle cure primarie nel promuovere e supportare progetti con interventi esemplari che vedono lavorare rete, in modalità integrata medici, infermieri e operatori della sanità pubblica, con il fine di proporre

modalità di valutazione dei rischi nel loro complesso, intervenendo sia con una relazione empatica nei confronti dei cittadini che orientando scelte comportamentali più salutari.

Alla luce di tutto ciò questo progetto rappresenta una vera e propria strategia intersettoriale sia dell'ambiente sanitario che della Comunità.

Banca dati

Al fine di monitorare e valutare questo programma si farà riferimento ai dati delle sorveglianze di popolazione, relative ai vari target: OKkio alla Salute (OKkio) e *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), PASSI, PASSI d'Argento, dei dati ISTAT, dell'integrazione di flussi sanitario – amministrativi: SDO, farmaceutici, esenzione ticket, ecc. con i dati della sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento.

Portatori di interesse

I portatori di interesse di questo programma sono: l'Assessorato regionale Sanità, Salute e Politiche Sociali; l'Azienda USL della Valle d'Aosta, che coinvolge vari Dipartimenti e Strutture: Direzione Sanitaria aziendale; Direzione Sanitaria ospedaliera; Area Territoriale e Distretti; Medici di Medicina Generale; Dipartimento di Prevenzione; Gruppo regionale di coordinamento screening; dipartimento delle Medicine; CELVA; Servizio Immigrati; Associazioni Anziani; Associazione Famiglia; Terzo settore.

Cronogramma – Programma 3 – Setting Sanitario - Azienda Sanitaria che promuove salute

Attività prioritarie	2016				2017 - 2018	
	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		
Contatti/coinvolgimento con portatori di interesse	X	X	X	X	X	X
Formalizzazioni gruppi territoriali	X					
Formazione		X	X	X	X	X
Mappatura progetti esistenti	X	X			X	X
Individuazione	X	X				

priorità						
Progettazione Condivisa intersettoriale		X	X			
Diffusione progetti		X	X	X	X	X
Monitoraggio			X	X	X	X
Valutazione				X	X	X

Programma 4 – Setting Comunità 2 - “Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria”

Il programma 4 verte sul raggiungimento del macro obiettivo 10 del PNP 2014-2018, con azioni integrate tra vari enti ed istituzioni per favorire le scelte di salute, l'informazione e l'educazione in tema di nutrizione, il consumo di prodotti alimentari sicuri, gestione del rischio anche ambientale che potrebbe avere risvolti sulle produzioni animali, vegetali e acque potabili destinate al consumo umano e sugli alimenti per animali al fine di prevenire, ridurre ed eliminare fonti di inquinamento e sostanze nocive.

Razionale

Il Piano Nazionale Integrato - PNI (in inglese, *Multiannual National Control Plan* - MANCP) con il Piano regionale integrato dei controlli sulla sicurezza alimentare, che ne rappresenta l'estrinsicazione a livello territoriale (PRIC), descrive il Sistema dei controlli ufficiali svolti lungo l'intera filiera alimentare al fine di tutelare i cittadini dai pericoli di natura sanitaria e dalle pratiche produttive sleali.

Nell'ottica del controllo di filiera, le attività di controllo delle produzioni alimentari vengono integrate in una visione d'insieme con i controlli relativi ad altri ambiti di interesse che possono condizionare direttamente o indirettamente le produzioni agro - zootecniche. In particolare, il PNI comprende anche la sanità ed il benessere animale, l'alimentazione zootecnica, la sanità delle piante, oltre ad alcune tematiche relative alla tutela dell'ambiente.

Il PNI, fornendo un approccio coerente, completo e integrato ai controlli ed individuando criteri comuni per consentire di orientare i controlli ufficiali in funzione dei rischi, è un punto di riferimento fondamentale per tutte le amministrazioni coinvolte a vario titolo nella gestione e nello svolgimento dei controlli ufficiali, al fine di razionalizzare i controlli ed ottimizzare l'uso delle risorse disponibili.

Inoltre, il Piano deve anche fornire una solida base informativa per i servizi ispettivi della Commissione, che ne devono verificare l'attuazione.

Il Piano viene "completato" dalla Relazione annuale al PNI, che riunisce gli esiti delle attività svolte nell'anno precedente in tutti gli ambiti di interesse, da tutte le amministrazioni coinvolte. Tali informazioni, rielaborate in un'analisi critica globale, forniscono gli elementi indispensabili per la programmazione annuale dei controlli e per l'eventuale modifica del Piano stesso nel corso del periodo di vigenza.

I criteri di riferimento per l'elaborazione del Piano e della Relazione Annuale sono enunciati negli articoli 41 - 44 del Regolamento (CE) n.882/2004 e nelle linee guida comunitarie (Decisione 2007/363/CE e Decisione 2008/654/CE).

Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici di questo programma trasversale sono:

- implementare e mantenere piani integrati di controllo e monitoraggio 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;
- implementare il programma di sensibilizzazione, formazione e informazione rivolto ai portatori di interesse;
- implementare e mantenere i programmi di collaborazione tra i vari attori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario;
- implementare il sistema informatico regionale;
- implementare il programma esistente in materia, prevedere un evento integrata di esercitazione tra i vari attori coinvolti;
- implementare e mantenere il piano di sorveglianza esistente;
- implementare e mantenere le azioni che garantiscano un'appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici;
- implementare e mantenere i programmi di sensibilizzazione, informazione e comunicazione rivolti alla popolazione in tema di corretto rapporto uomo - animale;
- implementare l'anagrafe animale;
- implementare e mantenere un programma integrato di formazione per operatori del settore;
- implementare e mantenere il flusso di trasmissione dati all'Istituto Superiore di Sanità;
- implementare e mantenere il programma integrato tra i vari attori .
- implementare programmi di formazione integrata del personale coinvolto
- mantenere attività di *audit* come da indicazioni LEA.

Il Nucleo di valutazione, coordinato dal Ministero della Salute nelle funzioni di Punto di contatto nazionale, ha identificato i seguenti Obiettivi di alto livello strategico per il PNI 2015-2018:

Tutela del consumatore e della leale concorrenza mediante il mantenimento di un elevato livello di protezione della salute umana, della salute degli animali, della sanità delle piante e della sicurezza alimentare;

Lotta alle frodi e alla contraffazione;

Difesa delle produzioni agroalimentari anche mediante l'analisi del ciclo di vita dei prodotti delle filiere produttive agroindustriali.

Tali obiettivi, strettamente interconnessi tra loro, verranno perseguiti da tutte le amministrazioni che partecipano al PNI, in riferimento ai seguenti Obiettivi strategici di filiera:

Contrasto alle frodi e agli illeciti a danno dei consumatori e degli operatori anche attraverso la cooperazione e il coordinamento tra le diverse autorità competenti e gli altri organi proposti al controllo;

Tutela della sicurezza e qualità delle produzioni da agricoltura biologica;

Tutela della sicurezza e qualità delle Indicazioni Geografiche registrate, anche mediante la protezione “ex officio”.

Per i corpi di polizia giudiziaria, nel rispetto delle peculiari modalità di pianificazione e attuazione delle attività di controllo da essi svolte, gli obiettivi del PNI avranno funzione di indirizzo.

Fermo restando che anche tutte le altre filiere produttive sono oggetto delle attività di controllo svolte da tutte le amministrazioni, secondo quanto descritto nel Piano e rendicontato nella Relazione annuale, il perseguimento degli obiettivi strategici verrà valutato annualmente attraverso specifici obiettivi operativi, individuati dal Nucleo nell'ambito delle seguenti filiere:

- olio d'oliva;
- latte e derivati;
- molluschi bivalvi;
- miele ed altri prodotti dell'alveare.

Gli obiettivi operativi verranno scelti dal Nucleo di valutazione in coerenza con le attività di controllo descritte nel Piano ed in considerazione degli ambiti di attività che si ritengano più significativi per il raggiungimento dei target prefissati negli obiettivi strategici. Inoltre, saranno tali da sottolineare il ruolo di tutte le amministrazioni che, nell'esercizio delle funzioni di competenza, concorrono alla tutela dell'igiene e della sicurezza, della qualità merceologica e dell'impatto ambientale delle produzioni agro- zootecniche italiane, a partire dalla produzione primaria fino alla distribuzione, comprese le fasi di importazione, scambi intracomunitari ed esportazione.

Nella relazione annuale al PNI, gli obiettivi operativi attuati verranno riesaminati e rendicontati, al fine di determinare il grado di raggiungimento degli obiettivi strategici e al fine di stabilire gli obiettivi operativi per l'anno successivo. Le materie di interesse del PNI e del Piano Regionale Integrato dei Controlli (Alimenti, Mangimi, Salute e Benessere degli animali, Sanità delle piante) e quelle ad esse strettamente correlate (ad esempio, i fattori ambientali) ricadono nelle competenze di diverse Autorità ed Amministrazioni, sia a livello centrale che regionale e locale. Benché sia un documento di ampio respiro, va comunque considerato che il PNI, ai sensi dell'art. 41 del Reg. (CE) n. 882/2004, è finalizzato a garantire l'effettiva attuazione dell'art. 17 del Reg. (CE) n.178/2002 (Gli Stati membri applicano la legislazione alimentare e controllano e verificano il rispetto delle pertinenti disposizioni della medesima da parte degli operatori del settore alimentare e dei mangimi,

in tutte le fasi della produzione, della trasformazione e della distribuzione) e delle norme sulla salute e sul benessere degli animali.

Competenze

Si ritiene opportuno evidenziare che:

in materia di sicurezza alimentare, il d.lgs. 193/2007, in attuazione della dir. 2004/41/CE, individua le Autorità competenti nel Ministero della Salute, nelle Regioni e Province autonome e nelle Aziende Unità Sanitarie Locali, nell'ambito delle rispettive competenze; le stesse Autorità sono competenti in generale in materia di sanità pubblica veterinaria e polizia veterinaria per gli interventi "ordinari";

in materia di sanità pubblica veterinaria e polizia veterinaria, inoltre, in caso di emergenza sanitaria, è attribuita specifica autorità anche ai sindaci.

Il servizio in ambito regionale della Valle d'Aosta che si occupa di sicurezza alimentare ha l'appellativo di Struttura di Igiene e Sanità Pubblica e Veterinaria ed è l'organo dell'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

A livello aziendale le competenze appartengono al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL che ha, come *mission*, la sicurezza del consumatore.

Le SS.CC. che appartengono al Dipartimento di Prevenzione deputate alla esecuzione dei Controlli Ufficiali previsti dal PRIC sono:

- S.C. Igiene e Alimenti e delle Nutrizione SC IAN
- S.C. Igiene degli Alimenti di Origine Animale SC IAOA
- S.C. Sanità Animale SC SA
- S.C. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche SC IAPZ

Cronogramma

Premesso che il PRIC della Regione Autonoma Valle d'Aosta è stato approvato con DGR N. 241 del 20 febbraio 2015 ed è in linea con quanto previsto dal PNI stesso, si precisa che nel triennio 2016-2018 il Piano potrebbe subire variazioni proprio in ragione del fatto che i Controlli Ufficiali debbano essere eseguiti tenendo conto dei risultati della valutazione dei rischi e in virtù degli obblighi imposti dai Regolamenti di seguito citati: Reg. CE 882/2004 TITOLO II Controlli ufficiali ad opera degli Stati membri CAPO I "Obblighi generali in relazione all'organizzazione di controlli ufficiali" art.3.; Reg. CE 178/2002 CAPO II art.6 "Analisi del rischio".

Pertanto, considerata la dinamicità potenziale delle variazioni dei Controlli ufficiali, non è possibile stilare un cronogramma dettagliato per il prossimo triennio.

Programma 5 – Setting Ambienti di lavoro - Salute, benessere e sicurezza nei luoghi di lavoro

Questo programma mira a promuovere il benessere e la salute negli ambiente di lavoro e prevenirne gli infortuni e le malattie professionali; inoltre, è finalizzato ad implementare la sensibilizzazione dei portatori di interesse a favore di azioni che tutelino il lavoratore.

Razionale

Tra il 2008 ed il 2013 il livello dell'occupazione in Valle d'Aosta si è contratto (-2,8%), a fronte di un sensibile aumento della partecipazione al mercato del lavoro (+2,6%). Queste due tendenze, unitamente al rallentamento dell'economia, hanno quindi determinato a fine 2013 un sensibile incremento dell'area della disoccupazione rispetto al 2008.

In particolare, nel 2013 si è osservato un livello della partecipazione, misurata dal tasso di attività al 71,7%, accresciuto di quasi un punto e mezzo percentuale, un tasso di occupazione inferiore di circa 2,3 punti percentuali e, infine, un tasso di disoccupazione che cresce notevolmente, raggiungendo il suo valore massimo dal 2004 (8,4%). Secondo gli ultimi dati diffusi dall'ISTAT per il 2014 il tasso di disoccupazione è del 8,9 %.

Si tratta di dinamiche relativamente nuove per la Valle d'Aosta, che da molti anni non conosceva tensioni occupazionali così rilevanti. Nonostante l'eccezionalità dei trend negativi, la posizione della Valle d'Aosta tra le regioni italiane si conferma sui livelli più elevati per quanto riguarda il tasso di occupazione, mentre si colloca ai livelli più bassi con riferimento al tasso di disoccupazione.

La crisi ha prodotto o accelerato importanti modificazioni nel mercato del lavoro regionale, considerato che essa ha interessato in misura significativamente eterogenea le diverse componenti.

Innanzitutto, si è rafforzato il processo di terziarizzazione dell'occupazione. Infatti, nel periodo in esame, il settore industriale ha perso posti di lavoro, mentre il terziario ha visto crescere i propri addetti, senza però arrivare a compensare le perdite del secondario, il che ha comportato un saldo complessivo negativo pari a circa 800 unità.

A quanto illustrato si deve poi aggiungere che alla decrescita del lavoro alle dipendenze (-2,9%) fa riscontro un rilevante calo dell'occupazione indipendente (-14,7%).

Per quanto riguarda invece gli infortuni i dati di riferimento sono stati ricavati dal data base “flussi informativi” dell'INAIL che ha consolidato i dati fino all'anno 2013. Da tali dati risulta che gli infortuni denunciati in Valle d'Aosta dal 2008 al 2013 è costantemente diminuito passando da 2536 casi (anno 2008) a 1901 anno 2013, con una diminuzione percentuale pari al 25,0%. Un dato

significativo è la diminuzione degli infortuni tra il 2011 e il 2012 pari a 250 unità (-10,77% su base annua): la riduzione degli infortuni è pertanto molto maggiore rispetto al calo dell'occupazione e al calo del numero di ditte attive. Ciò dimostra un costante miglioramento nel tempo delle condizioni di sicurezza degli ambienti lavorativi.

L'indice di incidenza, inteso come il numero di infortuni ogni 1000 addetti, è diminuito dal 2008 al 2012 del 17,1%. Ciò significa che il numero di infortuni è costantemente diminuito indipendentemente dal calo di occupazione. Per quanto riguarda i settori a maggior rischio risulta che, dal 2008 al 2012:

- il settore delle costruzioni ha avuto un calo dell'indice di incidenza (I.I.) del 24%;
- le attività manifatturiere hanno avuto un calo dell'I.I. del 30,6%;
- il settore del commercio ha avuto una riduzione del 26%;
- il settore dell'agricoltura ha avuto negli anni un andamento piuttosto altalenante;
- il settore delle attività ricettive ha avuto una lieve diminuzione nel tempo (-11.6);
- il settore della sanità ha avuto una riduzione dell'I.I. del 20,7%;
- il settore dell'amministrazione pubblica ha avuto un incremento dell'I.I. del 15.6%.

Per quanto riguarda le malattie professionali, i casi denunciati annualmente all'INAIL risultano essere piuttosto limitati. Dall'anno 2010 all'anno 2013 sono state denunciate in totale 253 malattie professionali con una media di circa 63 malattie denunciate per anno (minimo 58 denunce nell'anno 2010, massimo 67 denunce nell'anno 2011). I comparti più coinvolti risultano essere quelli delle costruzioni, della produzione e lavorazione di metalli e dell'agricoltura. Dall'analisi delle patologie segnalate risulta evidente una stabilizzazione dei casi riguardanti le ipoacusie da rumore, mentre si nota un incremento significativo e costante negli anni delle patologie muscolo-scheletriche e connettivali.

In relazione a quanto sopra e considerata la perdurante situazione di crisi economica si rende necessario focalizzare l'attenzione e mirare gli interventi sui settori a maggior rischio integrando le azioni di semplice vigilanza con programmi di prevenzione.

Obiettivi strategici

Le strategie adottate sono pertanto le seguenti:

- associare ad una strategia di "lotta" agli infortuni gravi, e nei settori a maggior rischio, un approccio tale da coinvolgere il maggior numero di lavoratori e mirato ad elevare ovunque i livelli di prevenzione e protezione. Si ritiene, infatti, che un tale approccio sia

in grado di ottenere già di per sé risultati complessivamente di grande entità;

- adottare una metodologia di rete e di sistema, attraverso il coinvolgimento di tutti gli Enti e le parti in causa e la ricerca di linee di intervento, forti e condivise, sulle quali siano responsabilizzati tutti i soggetti ognuno per la loro parte. A questo proposito gli strumenti della comunicazione possono fornire importanti opportunità in termini di scambio di informazioni, di conoscenza, di condivisione;
- accompagnare la lotta agli infortuni e alle malattie professionali con una politica di promozione della cultura della sicurezza in tutti i soggetti e in tutti gli ambiti, per assicurare il miglioramento dell'impatto sulla salute delle condizioni di lavoro in generale. E' tutto il sistema della formazione che deve essere impregnato delle tematiche della sicurezza se si vogliono garantire risultati diffusi e duraturi. Il sistema della formazione alla sicurezza sul lavoro va quindi presidiato con attenzione per assicurare efficacia e rilevanza degli obiettivi;
- affiancare infine alla prevenzione dei rischi lavorativi, interventi di promozione della salute, che:
 - sappiano sfruttare le opportunità del luogo di lavoro come un setting sociale utile per la realizzazione di azioni di comunità o sul singolo relativamente a determinanti di salute prioritari per la popolazione intera;
 - permettano un collegamento unitario tra luogo di lavoro, comportamenti e ambiente di vita centrato su una concezione complessiva della salute del lavoratore.

La complessità descritta dal quadro di insieme in cui si colloca l'entità del fenomeno infortunistico non può e non deve in ogni caso portare ad una riduzione del livello di attenzione e dell'azione di contrasto del fenomeno posta in essere dai diversi soggetti istituzionali e sociali. Si deve invece tendere al miglioramento con il superamento dei comportamenti fondati esclusivamente su modalità di intervento *routinarie* e burocratiche.

In dettaglio gli obiettivi:

- attuare programmi che promuovano stili di vita sani in ambienti di lavoro;
- implementare programmi di analisi e monitoraggio dell'andamento occupazione e imprese infortuni e Malattie Professionali, in funzione del monitoraggio rischi (da comunicazioni dei MC);
- attuare programmi di sensibilizzazione e concordare con l'Azienda USL un protocollo interno all'Azienda stessa che coinvolga tutti i portatori di interesse, promuovere incontri tematici e verifica della numerosità delle segnalazioni;

- promuovere la realizzazione di un Forum discussione via web (per operatori sicurezza come RSPP, RLS, DDL, Sindacati per miglioramento organizzativo);
- promuovere accordi intersettoriali con le Politiche del Lavoro per favorire agevolazioni alle imprese che aderiscono ai programmi di benessere organizzativo o di responsabilità sociale, promuovere programmi di miglioramento del benessere organizzativo , favorire la realizzazione di un network intersettoriale per i vari portatori di interesse;
- implementare il programma di prevenzione e vigilanza approvato dal Comitato Regionale di Coordinamento (anche come vigilanza congiunta con INAIL, DTL, INPS e VVFF), il piano di monitoraggio;
- recepire le linee guida nazionali per la realizzazione di linee guida regionali, promuovere corsi di formazione intersettoriali;
- promuovere la realizzazione di un programma intersettoriale per il miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della “Salute in tutte le politiche”;
- attuare programmi integrati per la realizzazione di ispezioni alle aziende, prevedere eventuali prelievi e analisi di sostanze e/o preparati stabiliti dai REF Nazionali e Incontri periodici con i vari portatori di interesse;
- attivare programmi di formazione intersettoriale e interregionale (es. partecipare eventi formativi nazionali e con la regione Piemonte).

Banca dati

Per il monitoraggio e la valutazione di tale programma ci si avvarrà delle seguenti banche dati: data warehouse regionale; INAIL, banche dati Azienda USL della Valle d’Aosta.

Portatori di interesse

I portatori d’interesse per questo programma sono: gli Assessorati Sanità, Salute e Politiche Sociali; Ambiente e Territorio, Agricoltura, Sport e Turismo; ARPA; Azienda USL della Valle d’Aosta: Dipartimento di Prevenzione; SSD Medicina Preventiva; SSD Prevenzione e Protezione; Dipartimenti delle Medicine; Dipartimenti delle Chirurgie, ecc.; Medici di Medicina Generale; Medici Competenti; Comitato regionale di coordinamento in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro; Servizio Immigrati; INAIL; Associazioni di categoria dei DDL; Associazioni dei lavoratori; Direzione Territoriale del Lavoro; INPS; VVFF; CELVA; le Associazione dei cittadini; le Associazioni dei Commercianti; le Compagnie telefoniche; il Terzo Settore.

Cronogramma - Programma 5 – Setting Ambienti di lavoro - Salute, benessere e sicurezza nei luoghi di lavoro

Attività prioritarie	2016				2017 - 2018	
	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		
Contatti/coinvolgimento con portatori di interesse	X	X	X	X	X	X
Formalizzazioni gruppi territoriali	X					
Formazione		X	X	X	X	X
Mappatura progetti esistenti	X	X			X	X
Individuazione priorità	X	X				
Progettazione Condivisa intersettoriale		X	X			
Diffusione progetti		X	X	X	X	X
Monitoraggio			X	X	X	X
Valutazione				X	X	X

Programma 6 – Setting Comunità 3

Ambiente e salute

Programma 6 – Setting Comunità 3 – “Ambiente e salute, rivolto agli ambienti di vita”, ha la finalità di tutelare la salute dei cittadini ed implementare la sensibilizzazione dei portatori di interesse ad azioni che tutelino maggiormente l’ambiente in cui viviamo.

Razionale

Il tema “Ambiente e Salute” ha acquisito negli ultimi anni una crescente rilevanza ed ha destato sempre maggiore interesse da parte delle istituzioni e dei cittadini.

Le modificazioni ambientali sono uno dei determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione ed i cambiamenti climatici già in atto hanno certamente un impatto sugli ecosistemi e sulla salute delle popolazioni e dei singoli individui.

Appare necessario quindi prevedere degli interventi integrati, multidisciplinari e multiprofessionali, contrastare gli effetti del cambiamento in maniera efficace. Attualmente le politiche messe in atto non consentono di risolvere le problematiche emerse e c'è grande incertezza sugli effetti attesi.

Il ruolo della ricerca epidemiologica dovrà essere quella di produrre prove di associazione tra esposizione a fattori climatici ed effetti (diretti ed indiretti) sulla salute esaminando ambiti ancora poco esplorati, identificando, nella popolazione, i soggetti più vulnerabili.

Bisognerà anche prevedere, orientando la ricerca verso modelli complessi in grado di chiarire quale sarà l'impatto sulla salute, gli scenari climatici futuri.

La risposta immediata, per contrastare questi effetti, è quella dell'adattamento, ipotizzando sistemi di allarme, per prevedere in anticipo l'arrivo di condizioni di rischio per la salute della popolazione (vedasi le ondate di calore, il cambiamento della stagionalità e dell'intensità delle epidemie, l'incremento delle tossinfezioni alimentari ...), studiare programmi di prevenzione mirati a sottogruppi di popolazione a maggior rischio, ipotizzando progetti elaborati dalle comunità scientifiche e degli operatori sanitari al fine di produrre evidenze per i decisori politici sugli interventi di mitigazione da adottare, e sulla loro efficacia. Non ultimo quello di informare la popolazione su comportamenti e stili di vita da modificare, e rendere partecipi delle decisioni gli operatori sanitari che possano intervenire capillarmente sul territorio.

- Fra i principali effetti dei cambiamenti climatici sulla salute umana ricordiamo:
 - Effetti del caldo e delle ondate di calore sulla salute, in particolare in alcuni sottogruppi di popolazione a maggior rischio (anziani, persone affette da malattie croniche, persone di basso livello socioeconomico o con condizioni abitative disagiate).

- Aumento della popolazione suscettibile a causa dell'invecchiamento della popolazione.
- Aumento dei decessi e delle malattie causate dagli eventi climatici estremi .
- Anticipazione della stagione dei pollini nell'emisfero Nord, con concomitante incremento delle malattie allergiche causate dai pollini.
- Aumento del numero di decessi e patologie attribuibili agli inquinanti atmosferici, in particolare all'ozono, la cui formazione dipende in gran parte dai livelli di temperatura e umidità.
- Cambiamenti nella distribuzione spaziale, nell'intensità e stagionalità delle epidemie di malattie infettive (es: meningite meningococcica) e delle malattie trasmesse da vettori (es: malaria e Dengue).
- Aumento di tossinfezioni alimentari (es: salmonellosi) e di tossine prodotte dall'aumento di «fioriture» di alghe.

(vedasi I seguenti riferimenti bibliografici: "IPCC *Climate Change 2007*".<http://www.ipcc.ch>; "Michelozzi P., De Sario M. "Cambiamenti climatici, effetti sulla salute, interventi di mitigazione" *Epidemiol Prev* 2009 (6) pagg. 195-198; "Health and climate change". The Lancet series 2009).

Obiettivi strategici

L'Azienda Usl della Valle d'Aosta, in concorso con altri portatori di interesse, nei prossimi anni sarà impegnata nell'applicazione del Piano Nazionale della Prevenzione e nel Piano Regionale della Prevenzione 2016-2018 che prevede fra l'altro, nei suoi macro obiettivi, quello di ridurre l'esposizione ambientale potenzialmente dannosa per la salute.

Sarà quindi fondamentale prevedere strategie per contrastare i fattori di rischio tenendo conto delle attività già previste in altri ambiti (economia, trasporti, ambiente, urbanistica, etc).

Bisognerà, fra l'altro:

- intervenire sulla pianificazione territoriale e il governo del territorio per una maggiore sostenibilità dei sistemi urbani;
- migliorare l'efficienza energetica degli edifici residenziali, produttivi e dei servizi;
- favorire la produzione di energia da fonti rinnovabili;
- promuovere la mobilità ed i trasporti sostenibili;
- farsi carico degli effetti dei cambiamenti climatici su cultura, salute, condizioni sociali e biodiversità;
- promuovere l'eco-efficienza dei processi produttivi;
- intervenire sul governo del clima e dell'ambiente urbano ai fini della qualità della vita attraverso la pianificazione del verde, delle acque, dei rifiuti, e degli spazi di socializzazione;

Da un punto di vista sanitario sarà necessario mettere a punto, o potenziare, strumenti (registri di patologia come il registro tumori, degli studi di sorveglianza, di attività di promozione di corretti stili di vita) che siano in grado di integrare dati epidemiologici e ambientali disponibili, combinati con quelli di tipo demografico e socioeconomico al fine di orientare le decisioni politiche (*advocacy*), rendendo contestualmente protagonisti delle scelte i singoli cittadini (*empowerment*).

Nella pratica sarà indispensabile stabilire linee di indirizzo operativo allo scopo di attuare azioni appropriate rispetto al livello di rischio ambientale/sanitario. Dovremo attivare nuove più approfondite ricerche per la comprensione dei meccanismi di nocività degli inquinanti nei soggetti esposti; prevedere un percorso di formazione del personale sanitario (soprattutto MMG e PLS); istituire una corretta campagna di comunicazione.

Ma soprattutto prevedere una regia competente e autorevole della risposta istituzionale da collocare a livello regionale. La valutazione degli atti sanitari delle modificazioni ambientali indotte dalle politiche settoriali infatti soffre, tuttora, della mancanza di integrazione e sistematicità.

Banca dati

Al fine di monitorare e valutare questo programma si farà riferimento ai dati delle sorveglianze di popolazione, relative ai vari target: OKkio alla Salute (OKkio) e *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), PASSI, PASSI d'Argento, dei dati ISTAT, dell'integrazione di flussi sanitario – amministrativi: SDO, farmaceutici, esenzione ticket, ecc.. Saranno utilizzati inoltre i dati delle rilevazioni periodiche dell'ARPA Valle d'Aosta, del Datawarehouse regionale; dell'INAIL, delle banche dati dell'Azienda USL della Valle d'Aosta. Infine valori di riferimento previsti da specifica normativa nazionale

Portatori di interesse per il programma

Assessorati regionali: Sanità, Salute e Politiche Sociali; Ambiente e Territorio, Agricoltura, Sport e Turismo, Attività Produttive; Azienda USL della Valle d'Aosta: Dipartimento di Prevenzione; SSD Medicina Preventiva; SSD Prevenzione e Protezione; Dipartimenti delle Medicine; Dipartimenti delle Chirurgie, ecc.; Medici di Medicina Generale; Medici Competenti; Altri Stakeholders: ARPA; CELVA; Organi Professionali; Comitato regionale di coordinamento in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro; Associazioni dei Cittadini; Associazioni dei Commercianti; Terzo Settore.

Cronogramma – Programma 6 – Setting Comunità 3 – “Ambiente e salute, rivolto agli ambienti di vita”

Attività prioritarie	2016				2017 - 2018	
	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		
Contatti/coinvolgimento con portatori di interesse	X	X	X	X	X	X
Formalizzazioni gruppi territoriali	X					
Formazione		X	X	X	X	X
Mappatura progetti esistenti	X	X			X	X
Individuazione priorità	X	X				
Progettazione Condivisa intersettoriale		X	X			
Diffusione progetti		X	X	X	X	X
Monitoraggio			X	X	X	X
Valutazione				X	X	X

NOTA CONCLUSIVA

Il Piano Regionale della Prevenzione 2016-2018 si colloca in continuità con i precedenti piani della prevenzione (2005-2009 e 2010-2013), rappresentandone la naturale evoluzione verso una maggiore strutturazione e condivisione delle attività svolte nelle diverse regioni.

In Valle d'Aosta, sulla base delle priorità emerse dall'analisi del contesto socio – sanitario effettuata, sono state individuate sei linee strategiche di programmi, suddiviso in *setting* (scuola, servizio sanitario, ambiente, lavoro). Tali programmi riguardano l'intero arco della vita e hanno un carattere fortemente intersettoriale, con il coinvolgimento di numerosi attori extrasanitari.

Nell'ambito dell'autonomia progettuale sono stati rispettati gli obblighi previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione 2015-2018 (realizzazione dei 10 macro-obiettivi previsti, e, per ciascuno di essi, una serie di obiettivi centrali). I programmi, coerenti sia nel loro insieme che al loro interno, sono stati elaborati al fine di includere più obiettivi centrali nello stesso programma.

Il documento prodotto rappresenta il punto di partenza del PRP, e fondamentale sarà il lavoro dei prossimi mesi.

I tavoli tecnici che si formeranno a seguito della sottoscrizione di accordi intersettoriali, avranno il mandato di predisporre progetti specifici, linee di intervento, singole azioni. Sarà compito dei gruppi di lavoro dettagliare il contesto, il razionale, gli obiettivi, le evidenze scientifiche che documentino l'efficacia degli interventi.

Saranno fissati *indicatori di esito*, con valori baseline e atteso a livello regionale, indicatori “sentinella”, che nel loro insieme serviranno per il monitoraggio del Piano, nonché un cronoprogramma di massima delle singole azioni.

Tutto ciò sarà funzionale alla certificazione dell'andamento del Piano così come definito dagli standard ministeriali, a partire dal 2016.

In conclusione i programmi previsti, che dovranno essere sviluppati nei prossimi tre anni, appaiono coerenti con i principi del Piano nazionale, affermano il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società, e stimolano lo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili.