

Occorre dire, a questo punto, che il sistema informativo relativo alle cause di morte, anche se è quello più collaudato e probabilmente più affidabile sotto l'aspetto della precisione del dato, non è l'unico tipo di dati su cui devono operare i Servizi Sanitari.

Compito dei Servizi Sanitari in generale, compresi quelli di Prevenzione, è l'implementazione di flussi informativi già in essere e la capacità di utilizzo delle banche dati anche non sanitarie al fine di:

- ✓ migliorare la descrizione dei fenomeni della salute
- ✓ orientare con maggior precisione le decisioni della Sanità, dell'Assistenza, degli Amministratori, di tutti gli attori sociali
- ✓ monitorare i risultati delle azioni intraprese attraverso indicatori più fini.

Ulteriori indicatori dell'efficacia della prevenzione, per il periodo di medio termine che il PRR prende in considerazione, possono essere comunque forniti da flussi informativi correnti, implementati o meno dai Servizi sanitari, come quelli indicati nel capitolo dedicato agli obiettivi di potenziamento delle attività di prevenzione che seguono.

Alcuni esempi concreti delle maggiori potenzialità di miglioramento offerte dalla prevenzione primaria rispetto alla diagnostica e cura, che utilizzano dati differenti dalla mortalità, sono citati nel documento dell'OMS Europa 56 esima sessione – Copenaghen, 11-14 settembre 2006 “Guadagnare salute, strategia europea per prevenzione e controllo malattie croniche”. In Finlandia fra il 1972 e 1992 si è registrata una riduzione dell'80% delle coronaropatie, così come in Irlanda fra il 1985 ed il 2000 per riduzione del colesterolo, del fumo e della pressione a livello di popolazione. Negli individui ad alto rischio per diabete un cambiamento rigoroso e monitorato dello stile di vita può ridurre del 58% il rischio di sviluppare la malattia mentre i farmaci ottengono una riduzione solo del 31%.

Altre iniziative efficaci sono emerse da ricerche bibliografiche effettuate per lo sviluppo dei programmi di Prevenzione attiva: ad esempio, in Nuova Zelanda la quantità di sale presente nei prodotti alimentari in commercio è diminuita in un anno (da luglio 1998 a luglio 1999) di 33 tonnellate attraverso la riformulazione della composizione in nutrienti di pane, cereali da colazione e margarina.

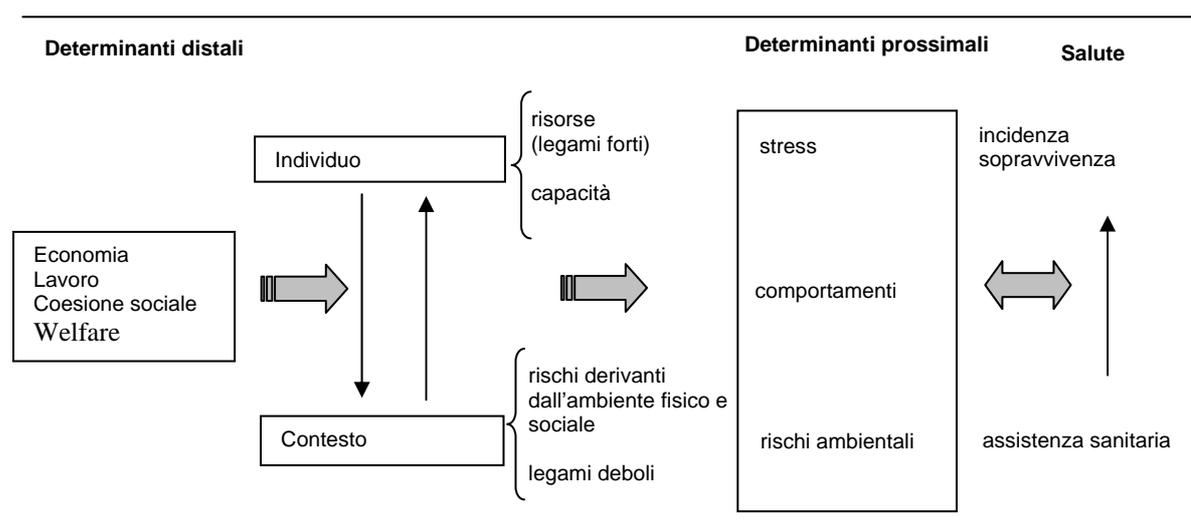
Altre considerazioni utili per orientare gli interventi di prevenzione sono le seguenti:

- ✚ Le basi della salute dell'adulto si pongono nell'infanzia, o addirittura nella vita prenatale: le mamme molto giovani, povere o poco istruite danno più probabilmente alla luce bimbi sottopeso (con aumento di rischio di malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2). L'alimentazione e l'abitudine al movimento, l'astensione dal fumo, la tendenza a non abusare di alcool si acquisiscono da piccoli attraverso i genitori e gli adulti in generale (educatori).

- ✚ I determinanti comuni di molte malattie croniche sono la povertà, la scarsa istruzione, l'alcool. Questa è la spiegazione del fatto che più malattie si accumulano sovente nello stesso soggetto: ad esempio, la depressione – che porta al decadimento della qualità della vita e a spese sanitarie ingenti, è più comune nelle persone malate che in quelle sane: a livello europeo, è presente nel 33% degli ammalati di tumori, nel 29% degli ipertesi, nel 27% dei diabetici)
- ✚ Malattie e fattori di rischio non sono distribuiti equamente nella popolazione, ma dipendono dai livelli di istruzione, dalla classe lavorativa, dal reddito; i progressi in campo sanitario sono acquisiti molto più velocemente dalle classi sociali avvantaggiate: le malattie cardiovascolari diminuiscono nella popolazione in modo disomogeneo, proporzionalmente agli indicatori suddetti

Nella figura che segue è rappresentato lo schema che lega i determinanti con lo stato di salute.

Figura 1- Schema concettuale della relazione tra determinanti distali, determinanti prossimali e salute <sup>7</sup>



I dati riportati a proposito della distribuzione della mortalità evitabile mostrano delle differenze fra l'ASL 5 e l'ASL 10 e fra i singoli comuni che le costituiscono.

Differenze esistono, infatti, anche nei possibili determinanti che ne sono alla base.

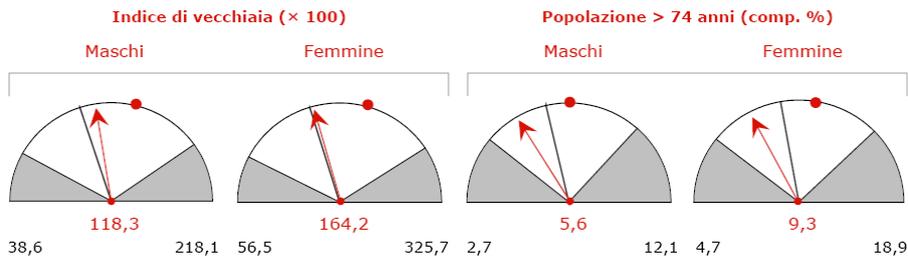
Si provi ad osservare, ad esempio, le tavole che seguono nelle quali sono mostrati alcuni indicatori di determinanti relativi alle due ASL <sup>8</sup> (per l'interpretazione del tachimetro si veda la figura 2 nella pagina successiva)

<sup>7</sup> La figura è tratta da "Lo stato di salute della popolazione in Piemonte - Parte prima: Misure e problemi per la Salute e la Sanità – Capitolo 3 "Criticità e priorità per la prevenzione". A cura di Giuseppe Costa e Roberto Gnani

<sup>8</sup> Le tavole sono tratte da: ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata): Atlante 2007-Mortalità evitabile per genere e per ASL (Il lavoro è consultabile sul sito web [www.atlantesanitario.it](http://www.atlantesanitario.it)).

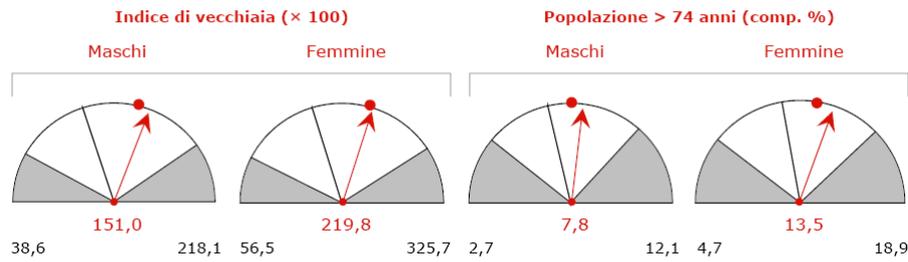
## ASL 5

### Contesto demografico al 30 giugno 2004



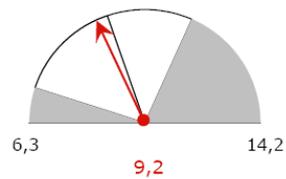
## ASL 10

### Contesto demografico al 30 giugno 2004

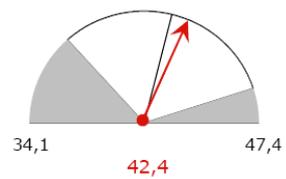


## ASL 5

Tasso grezzo di natalita' al 30.6.2003 (x 1.000 ab.)

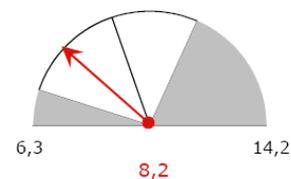


Età media (in anni) al 31.12.2003



## ASL 10

Tasso grezzo di natalita' al 30.6.2003 (x 1.000 ab.)



Età media (in anni) al 31.12.2003

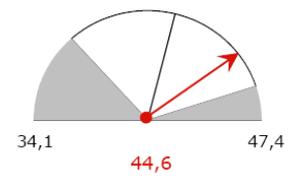
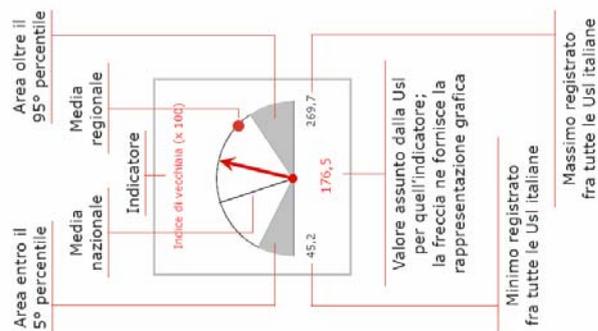
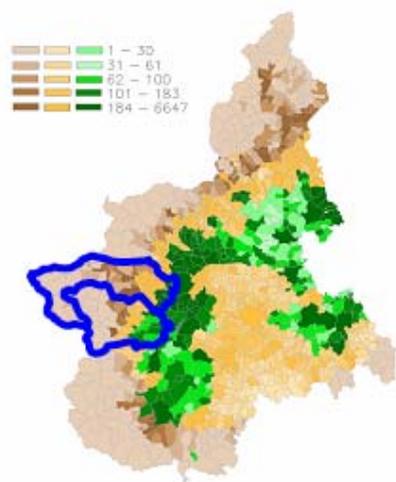


Figura 2 Note per la lettura del "tachimetro"

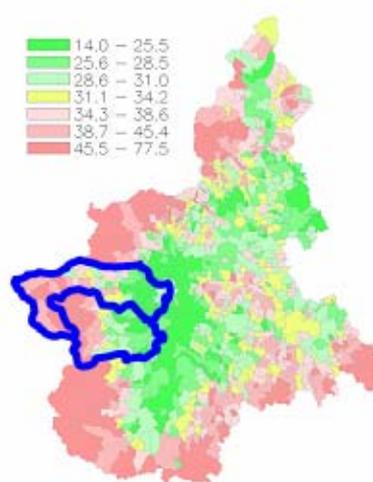


Oppure si osservino le tabelle seguenti (in blu sono delimitate le ASL 5 e 10)<sup>9</sup>

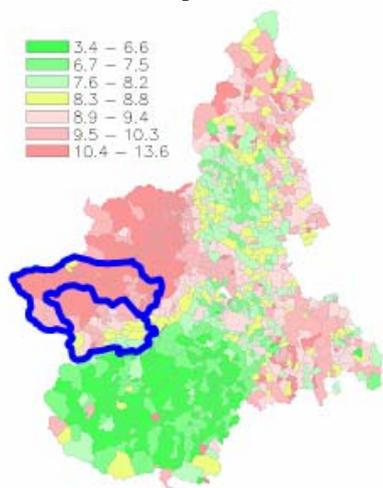
Densità abitativa ed altimetria, 2001



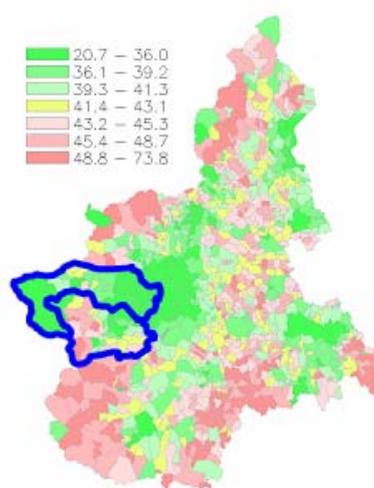
Famiglie monocomponente (%), 2001



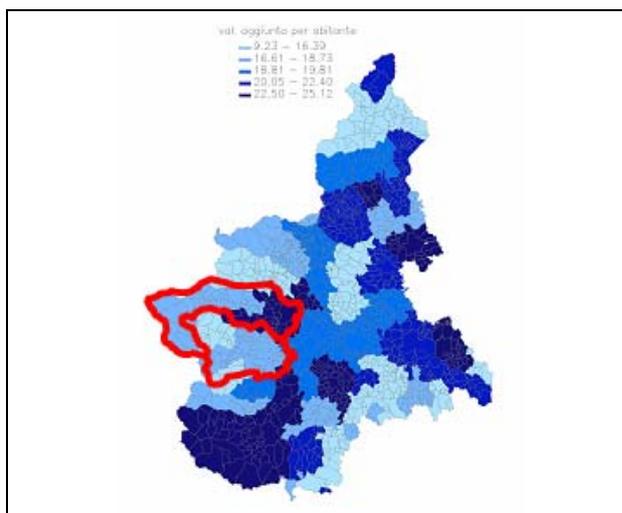
Tasso di disoccupazione (%), 2001



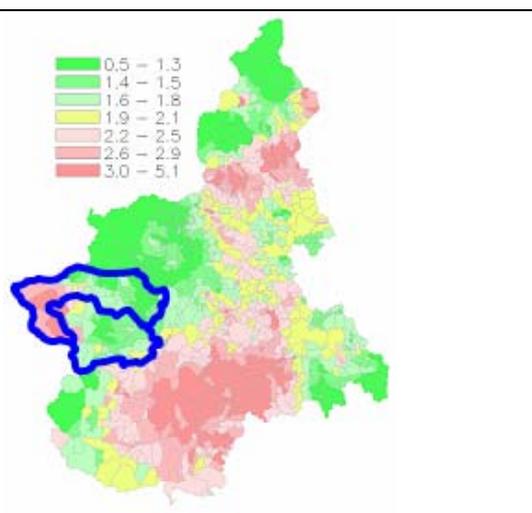
Popolazione > 6 anni e basso titolo di studio (%), 2001



Distribuzione di ricchezza per abitante in Piemonte  
(Le aree più ricche sono quelle più scure e quelle più chiare sono le meno ricche)



Stranieri per 100 residenti (%), 2001



<sup>9</sup> Le immagini sono tratte dalla pubblicazione "Atlante sanitario del Piemonte - 2006" a cura di Alessio Petrelli e Giuseppe Costa.

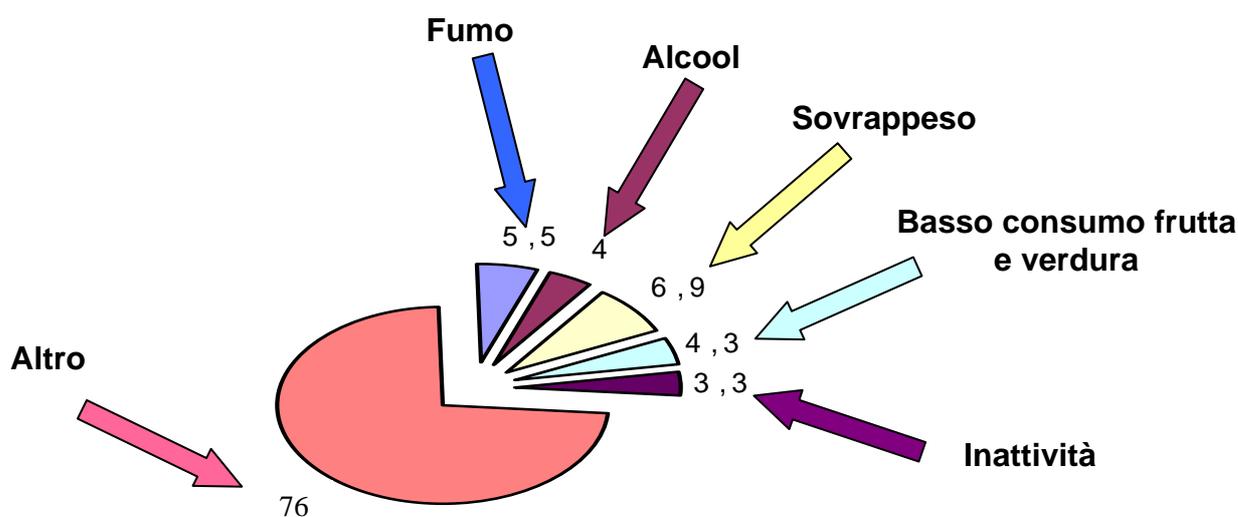
Fra i vari territori all'interno delle due ASL si osservano differenze e disuguaglianze.

Le variazioni geografiche nella salute e con esse, o più spesso dietro di esse, le disuguaglianze sociali nella salute sono un fenomeno che contemporaneamente:

- ✓ Dimostra l'esistenza di problemi di salute potenzialmente risolvibili (poiché documentano che qualche area geografica o qualche fascia sociale è stata capace di raggiungere risultati migliori di salute);
- ✓ Rivela i determinanti strutturali, le condizioni di vita e i comportamenti delle persone e delle comunità che più influenzano la salute (in modo diseguale) e che, essendo noti, possono essere contrastati con adeguate politiche ed interventi <sup>10</sup>.

Fra i vari determinanti sui quali è possibile agire con interventi di prevenzione/promozione della salute vi sono gli stili di vita.

La figura che segue <sup>11</sup> illustra in quale misura percentuale determinati stili di vita incidano sullo stato di salute e sulla comparsa di malattie.



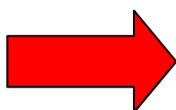
Come si può osservare fumo, alcool, sovrappeso, inattività, basso consumo di frutta e verdura, da soli, sono alla base di quasi il 25% dei problemi di salute.

<sup>10</sup> “Lo stato di salute della popolazione in Piemonte - Parte prima: Misure e problemi per la Salute e la Sanità – Capitolo 3 “Criticità e priorità per la prevenzione”. A cura di Giuseppe Costa e Roberto Gnani

<sup>11</sup> “Lo stato di salute della popolazione in Piemonte - Parte prima: Misure e problemi per la Salute e la Sanità – Capitolo 3 “Criticità e priorità per la prevenzione”. A cura di Giuseppe Costa e Roberto Gnani

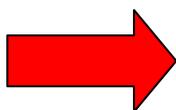
Infatti:

- ✓ La globalizzazione è associata alla tendenza a seguire diete molto energetiche, ricche di grassi saturi, sali e zuccheri; questo a causa della crescita degli accordi commerciali e dei mercati comuni. Il contesto commerciale mina gli sforzi dei governi di controllare i consumi. Occorre rendere più convenienti e propagandare le scelte alimentari salubri, per avvicinare le classi più svantaggiate culturalmente.
- ✓ L'urbanizzazione è associata alla tendenza alla sedentarietà, dimostrata da aumento mezzi di trasporto privati, dall'espansione urbana, dalla riduzione delle opportunità di attività fisica quotidiana.



**Lotta all'obesità, promozione dell'attività motoria, tutela dai rischi ambientali, protezione della popolazione con interventi di vaccinazione e con gli screening sono i punti di forza su cui dovranno cimentarsi i servizi.**

Tenendo presente che:



**La mortalità evitabile è il bersaglio grosso sul quale regolare il mirino dei Servizi della Prevenzione, con la consapevolezza che mirare alla mortalità evitabile è il sistema migliore per colpire i malanni e le malattie, comprese quelle che non portano a morte.**

## IL PUNTO DI ARRIVO

Il punto di arrivo è la situazione alla quale, ragionevolmente, è possibile tendere alla fine del periodo del PRR, cioè l'anno 2010, avendo messo in atto iniziative di tipo sanitario e non. Per formulare una stima ragionevole proviamo a confrontare il triennio 2000-2002 con quello 1996-1998.

Nelle tabelle 4° e 4b che seguono, la mortalità evitabile viene studiata utilizzando lo strumento degli “**anni di vita persi**”.

Il “**Numero di anni di vita persi per morte ogni 100000 abitanti/anno**” è un indicatore che si calcola, convenzionalmente, come distanza fra il momento del decesso ed i 75 anni. L'indicatore riflette quindi le diverse età in cui sono deceduti i morti per cause evitabili, dando tanto maggior peso quanto più tali età alla morte sono precoci. Ad es. se un giovane muore per incidente stradale all'età di 25 anni, perde 50 anni di vita potenziale (75 - 25 = 50);

Nelle tabelle 4° e 4b si utilizza il “**Numero di giorni di vita persi per decessi evitabili ogni anno per abitante**”: Si tratta dello stesso indicatore di prima, semplicemente, il numero di anni persi viene diviso per 365 (i giorni dell'anno) e per il numero di abitanti residenti nell'area considerata.

**Tabella 4a - Giorni perduti per evitabile - Maschi mortalità**

Area	Giorni perduti per cause evitabili pro capite (0-74 anni)															Diminuzione % 96-98/ 2000-2002	
	Tutte le cause	Prevenzione primaria		Diagnosi precoce e terapia		Igiene e assistenza sanitaria		Tumori		Sistema cardiocirco- latorio		Traumatismi e avvelenamenti		Altre cause			Tutte le cause (1996- 1998)
		n.	%	n.	%	n.	%	n	%	n.	%	n.	%	n.	%		
ASL 5 di Collegno	20,81	14,03	67,4	1,64	7,9	5,14	24,7	7,35	35,3	5,32	25,6	5,56	26,7	2,58	12,4	25,28	17,7
ASL 10 di Pinerolo	27,07	18,55	68,5	1,87	6,9	6,65	24,6	7,67	28,3	6,7	24,8	8,81	32,5	3,89	14,4	28,75	5,8
Provincia di Torino	23,35	15,71	67,3	1,69	7,2	5,95	25,5	7,94	34,0	5,78	24,8	6,28	26,9	3,35	14,3	26,03	10,3
Piemonte	24,81	17,06	68,8	1,61	6,5	6,14	24,7	8,1	32,6	6,08	24,5	7,28	29,3	3,34	13,5	28,00	11,4

**Tabella 4b - Giorni perduti per mortalità evitabile - Femmine**

Area	Giorni perduti per cause evitabili pro capite (0-74 anni)															Diminuzione % 96-98/ 2000-2002	
	Tutte le cause	Prevenzione primaria		Diagnosi precoce e terapia		Igiene e assistenza sanitaria		Tumori		Sistema cardiocirco- latorio		Traumatismi e avvelenamenti		Altre cause			Tutte le cause (1996- 1998)
		n.	%	n.	%	n.	%	n	%	n.	%	n.	%	n.	%		
ASL 5 di Collegno	11,19	4,07	36,4	3,89	34,8	3,23	28,9	5,37	48,0	2,2	19,7	2,08	18,6	1,54	13,8	13,87	19,3
ASL 10 di Pinerolo	10,88	3,93	36,1	3,68	33,8	3,28	30,1	5,23	48,1	2,12	19,5	1,85	17,0	1,67	15,3	15,7	30,7
Provincia di Torino	12,29	4,57	37,2	4,13	33,6	3,6	29,3	5,75	46,8	2,41	19,6	2,15	17,5	1,98	16,1	14,26	13,8
Piemonte	12,74	4,81	37,8	4,06	31,9	3,87	30,4	5,7	44,7	2,58	20,3	2,3	18,1	2,16	17,0	14,46	11,9

Come si può osservare, dal triennio 1996-98 al triennio 2000-2002 la mortalità evitabile per tutte le cause ha subito una sensibile diminuzione in termini percentuali.

Nella tabella 5 è riportata la consistenza di questa diminuzione in termini di giorni di vita pro capite guadagnati.

**Tabella 5 – Diminuzione della mortalità evitabile (0-74 anni) per tutte le cause**

Area	Giorni perduti per cause evitabili pro capite (0-74 anni)					
	Maschi			Femmine		
	Tutte le cause (1996-1998)	Tutte le cause (2000-2002)	Differenza 1996/1998 2000/2002	Tutte le cause (1996-1998)	Tutte le cause (2000-2002)	Differenza 1996/1998 2000/2002
ASL 5 di Collegno	25,28	20,81	4,47	13,87	11,19	2,68
ASL 10 di Pinerolo	28,75	27,07	1,68	15,7	10,88	4,82
Provincia di Torino	26,03	23,35	2,68	14,26	12,29	1,97
Piemonte	28,00	24,81	3,19	14,46	12,74	1,72

**In Piemonte, dal 1996 al 2002, la mortalità evitabile è diminuita di circa l'11% sia nei maschi che nelle femmine.**

**Questa riduzione ha prodotto un guadagno di circa 3 giorni pro-capite/anno nei maschi e di quasi 2 giorni pro-capite/anno nelle donne.**

**Nelle ASL 5 e 10 la situazione è molto variegata:**

**nei Maschi**

**ASL 5: diminuzione del 17,7% con oltre 4 giorni pro-capite/anno guadagnati;  
ASL 10: diminuzione del 5,8% con 1,7 giorni pro-capite/anno guadagnati**

**Nelle Donne**

**ASL 5 : Diminuzione del 19,3% con quasi 2,7 giorni pro-capite/anno guadagnati  
ASL 10: Diminuzione del 30,7% con quasi 5 giorni pro-capite/anno guadagnati**

La riduzione osservata nella mortalità evitabile è il frutto dei miglioramenti nello stato di salute della popolazione ottenuto in questi anni grazie agli sforzi della collettività nel suo insieme.

I servizi sanitari hanno, ovviamente, fornito il loro prezioso contributo in tale direzione.

Lo sforzo dei servizi sanitari da qui al 2010 non può che essere quello di continuare a fare la propria parte per contribuire, assieme alle altre componenti della società locale, ad “aggiungere anni alla vita” e “vita agli anni”.

**Il punto di arrivo al 2010 è poter osservare una ulteriore riduzione nella mortalità evitabile (0-74 anni) ed un guadagno di anni vissuti in buona salute.**

## LE STRADE ED I MEZZI CHE SI INTENDONO UTILIZZARE PER RAGGIUNGERE IL PUNTO DI ARRIVO

### LE STRADE

L'analisi che abbiano fin qui illustrato ci dice che le azioni di *prevenzione primaria*, opportunamente orientate, sono in grado di contrastare oltre 6 casi di morte evitabile ogni 10 nei maschi e quasi 4 ogni 10 nelle donne.

La riorganizzazione ed il riorientamento degli interventi di *prevenzione primaria*, pertanto, rappresentano un tema importante da affrontare.

Le strade da seguire sono:

- ✓ I LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) che, per quanto riguarda i servizi della prevenzione, sono rappresentati dal Livello n. 1 "Assistenza Sanitaria Collettiva";
- ✓ I Progetti riguardanti gli interventi di prevenzione attiva.
- ✓ I PEPS (Profili e Piani di Salute).

Tutte le indicazioni contenute nei documenti di indirizzo suddetti si ispirano ad evidenze scientifiche internazionali.

L'OMS stima che piccole variazioni delle abitudini alimentari possano avere effetti significativi: ad es in Gran Bretagna si prevede che la diminuzione dell'1% del livello di colesterolo nella popolazione possa ridurre del 2-4% la mortalità per malattie cardiovascolari, che riducendo dell'1% la pressione sanguigna diastolica della popolazione si eviterebbero 1.500 morti all'anno per malattie cardiovascolari.

Lo strumento di potenziale maggior successo è una strategia integrata che promuova contemporaneamente la salute a livello di collettività e i programmi di prevenzione sui gruppi di soggetti ad alto rischio (negli individui ad alto rischio per diabete un cambiamento rigoroso e monitorato dello stile di vita può ridurre del 58% il rischio di sviluppare la malattia mentre i farmaci ottengono una riduzione del 31%).

Le linee programmatiche di indirizzo indicate dall'OMS e riprese dai LEA, dal Piano regionale di prevenzione attiva 2005-2007, dai Profili e Piani di Salute (PEPS) sono le seguenti.

- ✓ Ridurre pubblicità, sponsorizzazioni di alcool, tabacco, cibi non appropriati (compresi alcuni integratori) fra giovani, educatori e nelle attività sportive
- ✓ Proteggere dal fumo passivo, controllare la vendita di tabacco e alcool specie fra i giovani, rafforzare le sanzioni per la guida in stato di ebbrezza
- ✓ Controllare e regolamentare le informazioni date al consumatore su cibi, tabacco, alcool e farmaci
- ✓ Sviluppare un processo di etichettatura più chiaro e comprensibile
- ✓ Lavorare con l'industria (tramite accordi volontari o obbligatori) per fornire alimenti confezionati più salubri

- ✓ Regolamentare l'ambiente urbano
- ✓ Promuovere la sicurezza ambientale e sul posto di lavoro

Le strategie sinora attuate dimostratesi efficaci sono state sia di tipo fiscale che di stimolo a consumi sani, ottenuto grazie alla collaborazione fra sistema sanitario e decisori: si veda ad esempio la tassazione dei derivati del tabacco e la riduzione del contenuto di zuccheri, sali, grassi nei prodotti alimentari.

A questi principi devono essere orientati gli interventi di prevenzione, perché in un periodo di contrazione delle risorse queste non siano sprecate.

Le premesse suddette indicano altresì la necessità di indirizzare gli interventi sull'età evolutiva, sulle fasce deboli della popolazione e sulle disuguaglianze, attraverso approcci integrati fra servizi sanitari ospedalieri e territoriali e fra Sanità e altri Enti.

#### **PRIMA STRADA: I LEA**

#### **LEA n. 1- Assistenza Sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro <sup>12</sup>**

- A. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- B. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- C. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro
- D. Sanità pubblica veterinaria
- E. Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- F. Attività di prevenzione rivolte alla persona:
  - vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
  - programmi di diagnosi precoce
- G. Servizio medico-legale

Attualmente il LEA n 1 è oggetto di aggiornamento.

La revisione prende le mosse dalla riflessione sull'applicazione dei LEA dell'Assistenza Sanitaria Collettiva dall'emanazione del DPCM n. 26 del 29 Novembre 2001 ad oggi, e tiene conto del mutamento dei principali pericoli per la salute pubblica.

Essa consta di:

- a) aggiornamento della definizione del livello di assistenza;

---

<sup>12</sup> Le considerazioni fatte in questo paragrafo derivano dal dibattito attualmente in corso nella Conferenza Stato-Ragioni sulle modifiche che verranno apportate al Livello 1 "Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro"

- b) ri - aggregazione delle aree o sotto livelli;
- c) aggiornamento dello schema logico di questo livello essenziale di assistenza ed introduzione della nozione di programma di sanità pubblica;
- d) interventi nuovi rispetto a quelli previsti nel 2001 ed interventi del 2001 non più previsti nell'attuale revisione.

Ai fini del PRR 2008-2010 si terrà presente l'attuale versione del LEA, ma con un particolare riguardo all'evoluzione concettuale di due aspetti importanti delle attività di prevenzione collettiva che nella revisione hanno particolare spazio.

Si tratta di due elementi che, in quanto legati all'evoluzione culturale già in atto nei servizi della prevenzione, possono essere tenuti nel debito conto fin da subito, senza aspettare l'approvazione della revisione del LEA.

1) Il primo aspetto riguarda le peculiarità della prevenzione collettiva, per cui, in qualche modo, essa si distingue dagli altri livelli di assistenza erogati dall'ASL:

Queste peculiarità, in sintesi, sono:

- *La domanda di prestazioni*: a differenza dell'assistenza sanitaria distrettuale e di quella ospedaliera, che generalmente sono richieste dall'individuo che ne trae vantaggio, l'azione della sanità pubblica è, di solito, intrapresa su iniziativa dei servizi sanitari, a ciò indotti da una disposizione normativa o dalla individuazione di particolari rischi o bisogni di salute della collettività; in tal senso, si è anche soliti parlare di "prevenzione attiva".
- *Il beneficiario delle prestazioni*: a differenza dell'assistenza sanitaria distrettuale e di quella ospedaliera, che garantiscono prestazioni a vantaggio del singolo, l'assistenza sanitaria collettiva include interventi di sanità pubblica, che perseguono obiettivi di salute a vantaggio della collettività, attraverso la riduzione dei rischi ambientali, infettivi, occupazionali, comportamentali, e/o l'aumento delle difese della popolazione.
- *Le modalità di realizzazione*: gli interventi dell'assistenza sanitaria collettiva, siano essi offerti in virtù di una previsione normativa o sulla base della rilevazione di un bisogno di salute, sono abitualmente organizzati in programmi, caratterizzati da obiettivi misurabili, da procedure e metodi, spesso previsti da norme, e sistemi informativi atti a valutare l'attuazione e i risultati. L'implementazione di un programma implica, quindi, l'uso dell'epidemiologia come strumento per analizzare il contesto e selezionare i problemi/bisogni di salute prioritari, individuare gli interventi di provata efficacia, definire gli obiettivi, le corrispondenti azioni e i metodi più idonei al monitoraggio e alla valutazione dei risultati.
- *La misura delle prestazioni*: nell'assistenza sanitaria collettiva, gli interventi vengono misurati non solo, come generalmente avviene per l'assistenza distrettuale e per quella ospedaliera, in termini di quantità di attività o atti prodotti, ma anche come proporzione di popolazione coperta/non coperta dall'intervento. Questi indicatori di copertura (popolazione target raggiunta, quantità di popolazione che ha modificato un certo comportamento, ecc.), rappresentano un'approssimazione ai benefici di salute, tanto più precisa quanto più è nota la relazione esistente tra intervento ed esito di salute (come nel caso delle coperture vaccinali o di quelle dei programmi di screening oncologici).

-*I modelli organizzativi*: gli interventi dell'assistenza sanitaria collettiva soprattutto quando affrontano problemi complessi, possono richiedere un forte impegno verso l'integrazione e la collaborazione, non solo interdisciplinare (tra servizi di sanità pubblica ed altri servizi sanitari, in particolare quelli dell'area delle cure primarie) ma anche intersettoriale cioè con altri settori della comunità. Un esempio è fornito sia da interventi "innovativi", come quelli di contrasto all'obesità che si caratterizzano per essere multidisciplinari e multisettoriali, coinvolgendo oltre al mondo sanitario anche altri ambiti quali la scuola, le istituzioni locali, le associazioni sportive ecc., sia da interventi "tradizionali" come i programmi di screening oncologici che rappresentano profili complessi di assistenza, i cui risultati di salute sono possibili solo a condizione dell'integrazione di competenze, discipline, modalità organizzative, professionalità e strutture della prevenzione collettiva, dell'assistenza distrettuale ed ospedaliera.

2) il secondo aspetto, tenendo conto delle considerazioni sopra riportate sulle caratteristiche della pratica della sanità pubblica, riguarda il modello logico del livello di assistenza da assicurare e si fonda sull'introduzione della nozione di "*programma di sanità pubblica*".

Ogni programma di sanità pubblica può essere suddiviso in tre elementi:

1. *programmi/attività*<sup>13</sup>: un programma si caratterizza per l'esplicitazione di obiettivi misurabili e per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi.
2. *componenti del programma*: specificano le principali linee di attività che dovrebbero costituire, garantendone l'efficacia e la qualità, un programma di salute pubblica.
3. *prestazioni*: traducono le linee di attività in attività singole o prodotti usufruibili dai beneficiari degli interventi.

#### **SECONDA STRADA: I PROGETTI RIGUARDANTI GLI INTERVENTI DI PREVENZIONE ATTIVA**

Si tratta di una strada che si dipana all'interno e parallelamente a quella dei LEA.

La Giunta della Regione Piemonte ha approvato con propria deliberazione il Piano regionale di prevenzione attiva 2005-2007, composto dai seguenti documenti:

- ✓ **Rischio cardiovascolare**;
- ✓ **Attuazione della gestione integrata del diabete nella Regione Piemonte**:
  - **I team diabetologici integrati**;
- ✓ **Miglioramento degli screening oncologici**:
  - **Progetto per lo screening dei tumori colon rettali**
- ✓ **Piano delle vaccinazioni**;

---

<sup>13</sup> Il termine *programma* è applicato a diversificate attività organizzata di sanità pubblica, inclusi interventi che consistono di servizi direttamente gestiti, sforzi di mobilitazione della comunità, sistemi di sorveglianza, azioni di sviluppo di politiche sanitarie, investigazione di focolai epidemici, diagnostica di laboratorio, campagne di comunicazione, servizi di training, aggiornamento ed educativi.

Con ulteriore delibera la Giunta ha approvato la seconda parte delle linee operative, relativa alla realizzazione dei seguenti progetti:

- ✓ **Sorveglianza e prevenzione dell'obesità;**
- ✓ **Prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto incidenti cardiovascolari;**
- ✓ **Sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali;**
- ✓ **Sorveglianza e prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro;**
- ✓ **Sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici;**

#### PROGETTI ESECUTIVI E CRONOPROGRAMMI

- ✓ **Cuore - progetto esecutivo cronoprogramma;**
- ✓ **Diabete - progetto esecutivo e cronoprogramma;**
- ✓ **Screening mammella, colon-retto - progetti esecutivi e cronoprogrammi;**
- ✓ **Vaccinazioni - progetto esecutivo e cronoprogrammi;**

Le considerazioni fin qui spiegano perché i Progetti riguardanti gli interventi di prevenzione attiva sono esplicitamente orientati a contrastare molta parte delle malattie correlate con la mortalità evitabile: Lotta ai tumori, Lotta alle malattie del sistema cardio-circolatorio, lotta ai traumatismi (in particolare incidenti stradali, lavorativi e domestici), lotta alle malattie infettive e diffusibili che, come abbiamo visto, rappresentano complessivamente la causa di oltre il 90% di tutte le morti evitabili.

L'approccio, inoltre, è quello di impostare un' azione di contrasto, oltre che con interventi di diagnosi-cura-riabilitazione, anche con interventi di prevenzione primaria e di promozione della salute, agendo sui determinanti di tali patologie.

## TERZA STRADA: I PEPS (PROFILI E PIANI DI SALUTE)<sup>14</sup>

I Profili e Piani di Salute (PEPS) costituiscono il percorso strategico per far sì che gli amministratori pubblici e le comunità locali sappiano presidiare in prima persona gli obiettivi di salute influenzabili dalle loro scelte, con particolare attenzione al ruolo dei determinanti non sanitari<sup>15</sup>.

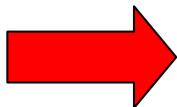
Secondo la definizione regionale “il PEPS è lo strumento con cui la comunità locale, a livello distrettuale, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio”.

“E’ il Comitato dei Sindaci del distretto a predisporre ed approvare il PEPS e le ASL forniscono l’assistenza necessaria, assicurano la partecipazione al processo di elaborazione e approvazione e garantiscono la disponibilità di tutte le informazioni epidemiologiche relative alla popolazione del distretto” ... “il PEPS orienta la programmazione e tiene conto degli atti fondamentali di indirizzo e assicura il raccordo con gli altri enti pubblici interessati, con le strutture di assistenza...”.

Si individua perciò nel processo di costruzione dei PEPS lo stimolo all’azione per gli amministratori pubblici in quanto, sulla base del proprio profilo di salute, la comunità locale è in grado di progettare un piano di salute che individui linee ed obiettivi concreti per lo sviluppo sostenibile sotto il profilo della salute, includendo valutazioni etiche, ambientali, sociali ed economiche.

La Regione ha scelto di preparare la “messa a regime” dei PEPS come strumento per le politiche di salute attraverso un primo percorso sperimentale che vedrà coinvolti almeno un distretto per ASL.

I servizi della prevenzione hanno un ruolo fondamentale sulla strada dei PEPS in quanto sono detentori di molte delle informazioni utili per costruire i profili di salute.



**LEA “Prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro”, Piano Nazionale di Prevenzione Attiva e la collaborazione con gli Amministratori Pubblici della comunità locale per la predisposizione dei PEPS sono le strade che i servizi della prevenzione dovranno seguire nel prossimo futuro.**

**Queste strade sono state progettate per far viaggiare su di esse i mezzi per contrastare le principali malattie che colpiscono la nostra popolazione e per consentire lo sviluppo dei fattori di protezione e promozione della salute.**

<sup>14</sup> Profili e Piani per la Salute – Progetto di formazione dei referenti funzionali (facilitatori) – Un percorso strategico

<sup>15</sup> Vedi schema illustrato a pag. 17

## I MEZZI

I mezzi sono le Strutture del Dipartimento di Prevenzione, le azioni e le attività di prevenzione da sviluppare.

### DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: LE STRUTTURE

<b>Strutture</b>	<b>ASL 5</b>	<b>ASL 10</b>
Strutture Complesse	SISP, SIAN, SPRESAL, Servizio Veterinario Area A, Servizio Veterinario Area B, Servizio Veterinario Area C	SISP, SIAN, SPRESAL, Servizio Veterinario Area A, Servizio Veterinario Area B, Servizio Veterinario Area C
Strutture Semplici	Anagrafe zootecnica	NIV

### DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: LE SEDI DI EROGAZIONE DEI SERVIZI

<b>Struttura Complessa</b>	<b>Tipologia Sede</b>	<b>Dislocazione</b>	
		<b>ASL 5</b>	<b>ASL 10</b>
<b>SISP</b>	Sede Centrale	Rivoli	Pinerolo
	Sedi periferiche	Collegno e Susa	Nessuna
	Sedi attività vaccinali	Almese, Alpignano, Avigliana, Bardonecchia, Borgaretto, Bruino Bussoleno, Collegno, Condove, Giaveno, Grugliasco, Orbassano, Oulx, Piossasco, Rivalta, Rivoli, Savonera, Susa, Volvera	Airasca, Cavour, Cumiana, Luserna S. Giovanni, Pinerolo, Pomaretto, Pragelato, Vigone, Villafranca Piemonte, Villar Perosa,
<b>SIAN</b>	Sede Centrale	Rivoli	Pinerolo
	Sedi periferiche	Collegno e Susa	Nessuna
<b>SPRESAL</b>	Sede Centrale	Rivoli	Pinerolo
	Sedi periferiche	Orbassano e Susa	Nessuna
<b>Servizio Veterinario Area A</b>	Sede Centrale	Rivoli	Pinerolo
	Sedi periferiche	In 5 località della ASL	Airasca, Cavour, Cumiana, Pomaretto, Torre Pellice, Vigone,
<b>Servizio Veterinario Area B</b>	Sede Centrale	Rivoli	Pinerolo
	Sedi periferiche	Collegno, Piossasco, Susa	Pomaretto, Torre Pellice, Vigone,
<b>Servizio Veterinario Area C</b>	Sede Centrale	Rivoli	Pinerolo
	Sedi periferiche	Nessuna	Nessuna

**DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE : ATTUALI DOTAZIONI ORGANICHE**

Profilo operatore	ASL 5	ASL 10	TOTALE ASL 5-ASL 10
	n°	n°	n°
Direttore di SC	6 (a)	6 (b)	12
Dirigente medico	15	7+1 (c)	22+1 Med incarico part time (20 ore settimanali)
Dirigente veterinario	22	30+ 1 Vet. incarico Part Time (50%)	52+1 Vet. incarico part time (50%)
Tecnico Prevenzione Esperto	8	2	10
Tecnico Prevenzione	34	14	48
Assistente Sanitario Esperto	==	1	1
Assistente Sanitario	4	2	6
Infermiere Pediatrico	1+1 (d)	2	3+1
Infermiere Professionale	5+1 (e)	1	6+1
Dietista	1	5 (f)	6
Operatore tecnico	4	2	6
Operatori Amministrativi	34	17+1 (g)	52
Veterinari liberi professionisti autorizzati alle profilassi di Stato pianificate (Area A)	2	6	8
Veterinari liberi professionisti (Area B)	4 (per un totale di 76 ore/settimanali)	4 (per un totale di 60 ore settimanali)	8 (per un totale di 136 ore settimanali)
<b>Totale</b>	<b>135</b> +2 Vet lib prof Area A + 4 Vet lib. Prof. Area B (per un totale di 76 ore/settimanali)	<b>85</b> + 1 medico spresal (20 ore/settimanali) +6 Vet lib prof Area A +4 Vet lib. Prof. Area B (per un totale di 60 ore settimanali) + 1 Vet part time Area C (per un totale di 18 ore settimanali)	<b>220</b> + 1 medico Spresal (20 ore/settimanali) + 8 Vet lib prof Area A+ 8 Vet lib prof Area B(per un totale di 136 ore settimanali) + 1 Vet part time Area C (per un totale di 18 ore settimanali)

(a) di cui 1 (Servizio Veterinario Area B ASL %) coperto con incarico di Direttore Vicario

(b) di cui 1 (SIAN) vacante per aspettativa del titolare e coperto a scavalco dal Direttore SISP e 1 (SPRESAL) vacante e coperto con scavalco da ASL 8;

(c) Incarico a tempo determinato per 20 ore settimanali (SPRESAL)

(d) n. 1 infermiere pediatrico in condivisione con Distretto 5

(e) n. 1 infermiere professionale con contratto di collaborazione

(f) Assicurano tutta l'attività dietistica dell'ASL 10 (SIAN, Ospedale)

(g) Incarico a tempo determinato per 36 ore settimanali (ex LSU non ancora stabilizzato)

**LE AZIONI E LE ATTIVITÀ DA SVILUPPARE**

Per approfondire questa parte è necessario partire dagli obiettivi indicati dalla DGR n. 59-6349 del 5 luglio 2007 di approvazione delle linee guida per la predisposizione dei PRR 2008-2010.

Di seguito, pertanto, per ciascun obiettivo indicato verrà esplicitato il percorso che si intende avviare nel periodo 2008-2010.

## **OBIETTIVI CHE RIGUARDANO PREVALENTEMENTE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE IN GENERALE**

**OBIETTIVO:** Avviare forme di coordinamento delle attività di prevenzione propedeutica alla definizione della futura Direzione integrata della Prevenzione, prevista dalla proposta di PSSR, effettuando una ricognizione quali-quantitativa degli interventi di prevenzione in atto e di prevedere obiettivi e strumenti per la loro integrazione;

**PERCORSO DA AVVIARE:** Come si dirà più avanti, la piattaforma più agevole su cui avviare forme di coordinamento delle attività di prevenzione, propedeutica alla definizione della futura Direzione integrata della Prevenzione, sembra essere quella dei progetti contenuti nel Piano di prevenzione attiva.

Attorno a questi progetti (che coinvolgono quasi tutte le strutture aziendali) si dovrà definire e sperimentare:

- ✓ La rete delle Strutture aziendali coinvolte;
- ✓ Il ruolo chiaro giocato da ciascuna Struttura;
- ✓ Gli strumenti operativi e le modalità pratiche per assicurare l'interazione e l'integrazione delle Strutture aziendali coinvolte;
- ✓ Gli strumenti operativi per assicurare il monitoraggio dei vari processi ed i risultati complessivi raggiunti;
- ✓ Il sistema di comunicazione all'interno ed all'esterno dell'Azienda di questi risultati.

Nella fase di avvio della costruzione di una direzione integrata della prevenzione si ritiene che l'attenzione principale debba essere posta verso l'obiettivo di *“facilitare i meccanismi ed i sistemi di comunicazione e di scambio di informazioni fra strutture chiamate a cooperare per un fine comune”*.

**OBIETTIVO:** Sostegno e promozione del raggiungimento degli obiettivi previsti nel Piano di Prevenzione Attiva;

**PERCORSO DA AVVIARE:** Entrambe le ASL sono impegnate nei progetti regionali di prevenzione attiva.

Questi progetti, in particolar modo quelli relativi al rischio cardiovascolare, alla gestione integrata del diabete, al miglioramento degli screening oncologici, al piano delle vaccinazioni, alla sorveglianza e prevenzione dell'obesità ed alla prevenzione delle recidive nei soggetti che

hanno già avuto incidenti vascolari, costituiscono la principale piattaforma sulla quale sperimentare lo sviluppo della Direzione integrata della prevenzione.

Su questi progetti, infatti, è essenziale integrare ed armonizzare il contributo dato dalle numerose strutture aziendali coinvolte.

Il problema degli incidenti (in tutte le sue manifestazioni: stradali, lavorativi, domestici, scolastici, sportivi, ecc.) che, come abbiamo visto nelle mappe presentate all'inizio, costituisce un problema rilevante sul territorio delle due ASL, la prevenzione dell'obesità ed il rischio cardiovascolare possono costituire un buon terreno iniziale sul quale sperimentare con molti portatori di interesse locale (Comuni, Scuole, Volontariato, Imprese, Aziende di trasporto, ecc.) il percorso dei PEPS, in particolar modo nella parte relativa alla predisposizione dei Piani per la salute.

**OBIETTIVO:** Assistenza alla costruzione dei PEPS;

**PERCORSO DA AVVIARE:** Entrambe le ASL, fin dall'inizio del 2007, sono impegnate nel progetto regionale di formazione di un nucleo iniziale di operatori che dovranno accompagnare l'avvio sperimentale dei processi di costruzione dei PEPS.

Lo scopo di questo progetto è quello di formare i cosiddetti "facilitatori di processo" dei PEPS che avranno il compito di accompagnare il percorso di costruzione dei profili e poi dei piani per la salute, fornendo assistenza al Comitato dei Sindaci di Distretto.

Successivamente all'avvio del dibattito sui PEPS, già nel corso del 2007 e per volontà dei rispettivi Comitati dei Sindaci di Distretto, si sono avviate in alcuni Distretti delle due ASL esperienze orientate nella direzione della costruzione dei profili di salute.

La ASL gioca un ruolo importante nel processo di costruzione del profilo di salute, in particolare su due fronti principali:

- ✓ Della produzione e documentazione delle informazioni utili per l'individuazione sia dei problemi che delle migliori soluzioni (dati epidemiologici, indicatori di salute, prove di efficacia, esempi di buone pratiche);
- ✓ Dell'accompagnamento ai processi partecipativi.

**OBIETTIVO:** Sostegno e potenziamento dei programmi di screening dei tumori.

**PERCORSO DA AVVIARE:** i programmi di screening per il tumore alla mammella, il carcinoma del collo dell'utero e dei tumori colon rettali sono stati sviluppati in entrambe le AASSLL e gestiti a livello territoriale e sono stati di fatto i precursori dell' integrazione tra le due ASL e con

l'A.S.O. S Luigi di Orbassano, nel contesto funzionale del dipartimento interaziendale di Prevenzione Oncologica della Regione Piemonte n.3, di cui l'ASL 5 è l'azienda capofila

Nel triennio si prevede un ulteriore sviluppo, secondo i programmi regionali, implementando l'integrazione tra area territoriale e prevenzione.

Attualmente i programmi di screening per il tumore alla mammella, il carcinoma del collo dell'utero e dei tumori coloretali sono regolati dalla D.G.R. n. 111-3632 del 2 agosto 2006 "Revoca delle deliberazioni di Giunta Regionale n. 77-12306 del 23.9.1996, n. 41-22841 del 27.10.1997 e n. 34-9530 del 5.6.2003. Approvazione del nuovo programma regionale di screening per i tumori femminili e per i tumori del colonretto, denominato "Prevenzione Serena", che stabilisce che *"È obiettivo dei programmi di screening della Regione Piemonte il raggiungimento, con l'invito attivo, di tutta la popolazione obiettivo ed il mantenimento del pieno regime di invito"*.

Inoltre i test di screening adottati nei programmi piemontesi (mammografia bilaterale, Pap-Test, la ricerca del sangue occulto nelle feci e la rettosigmoidoscopia) compaiono anche nel nomenclatore tariffario delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e possono essere prescritti dal medico di medicina generale, dallo specialista convenzionato ed ospedaliero, dal medico dei consultori familiari. La D.G.R. citata stabilisce che: *"La loro prescrizione non è consentita con finalità di prevenzione secondaria dei tumori, e non potranno essere accettate prescrizioni indicanti diciture come "controllo", o simili. (omissis)... I test di screening non sono erogabili, con finalità di prevenzione secondaria dei tumori, in strutture non integrate nel circuito "Prevenzione Serena", sia dal punto di vista organizzativo, sia informatico. Le Aziende sanitarie riorganizzeranno l'erogazione di questi esami non oltre due anni dalla data di pubblicazione del presente atto, al fine di realizzare la completa integrazione di tutte le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, fornite con finalità di screening dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colonretto, nel programma di Prevenzione Serena"*.

### **Obiettivi specifici comuni ai tre programmi di screening**

1. Istituzione del Dipartimento Interaziendale di Screening previsto dalla DGR 111-3632 del 2 agosto 2006, nomina del Direttore di Dipartimento e assegnazione di budget
2. Messa a regime del Dipartimento di Screening attraverso:
  - a. Strutturazione dell'UVOS, nomina del responsabile e assegnazione del budget
  - b. Identificazione delle strutture complesse che erogano le prestazioni di primo e di secondo livello, dell'UVOS e del Comitato Tecnico

## **A. L'UNITÀ DI VALUTAZIONE E DI ORGANIZZAZIONE DELLO SCREENING (U.V.O.S.)**

L'Unità di Valutazione e di Organizzazione dello Screening è individuata presso l'A.S.L. 5, Collegno. L'U.V.O.S. svolge attività organizzativa e valutativa dell'applicazione dei programmi di screening sul territorio corrispondente al Dipartimento di Screening Oncologico n. 3 (A.S.L. 5 – A.S.L. 10 – A.S.O. S. Luigi di Orbassano).

Attualmente l'UVOS non gestisce un budget vincolato alla previsione di attività.

La dotazione di personale non è adeguata allo sviluppo dei tre screening e all'aumento della popolazione inevitabile.

A fronte di un fabbisogno definito dalle pregresse normative, parametrato anche per lo screening coloretale, di complessive undici unità di personale, attualmente prestano servizio 8,5 unità di personale di diversa professionalità ( amministrativo, sanitario, ausiliario)

I locali che attualmente ospitano l'attività sono insufficienti.

L'obiettivo generale e gli obiettivi specifici per l'UVOS sono comuni per i tre programmi di screening.

## **B. SCREENING MAMMOGRAFICO**

Tabella 1. assetto organizzativo dello screening mammografico nel Dipartimento 3 a regime

	ASL 5	ASL 10	ASO S.Luigi
U.V.O.S.	Collegno		
Primo livello Esecuzione sedi fisse	Collegno	Pinerolo	
Primo livello Esecuzione U.M.	X		
Primo livello Lettura	Collegno	Pinerolo	
Secondo livello	Collegno		
Anatomia Patologica			X

Legenda:

U. V. O. S.: Unità di Valutazione e Organizzazione dello Screening

U. M.: Unità Mobile

Nell'ASL 5 e 10 lo screening mammografico è rivolto a 69.000 donne residenti di età compresa fra 50 e 69 anni. Le donne più giovani (45-49 anni) possono accedere allo screening in adesione spontanea.

### **SCREENING MAMMOGRAFICO - OBIETTIVO GENERALE**

Raggiungere e mantenere l'offerta regolare di screening mammografico (secondo corretti periodismi) a tutta la popolazione obiettivo.

## **Obiettivi specifici**

1. Nomina del Coordinatore del Sottogruppo Mammografico
2. Potenziamento della capacità di erogazione dei centri di mammografia e/o incremento numerico degli stessi fino a raggiungere la copertura necessaria e la capacità di accoglimento dei test di screening erogati nell'ambito della specialistica ambulatoriale e quindi di tutta popolazione obiettivo annuale.
3. Progressiva riduzione dell'attività di specialistica ambulatoriale dei test di prevenzione fino alla non erogabilità nei centri pubblici o privati accreditati non integrati in Prevenzione Serena (fatte salve le condizioni particolari già definite o che saranno definite dalla Regione) dei test di specialistica ambulatoriale non motivati da sospetto diagnostico specifico.

Il Dipartimento 3 deve andare a regime dell'attività con il raggiungimento della completa copertura. Un ulteriore sforzo dovrà essere fatto per garantire la mammografia annuale alle donne nella fascia d'età 45-49 anni e per riconvertire l'attività impropriamente effettuata al di fuori del programma di screening.

Per il raggiungimento della copertura è stato formulato un progetto specifico che comprende anche la digitalizzazione dell'attività di screening inserita nel progetto più ampio di digitalizzazione delle radiologie delle ASL 5 e 10.

## **C. SCREENING CITOLOGICO**

Tabella 2 assetto organizzativo dello screening citologico nel Dipartimento 3 a regime

	ASL 5	ASL10	ASO S.Luigi
UVOS	Collegno		
Primo livello Esecuzione	12 U. P. Collegno Grugliasco Rivoli Alpignano Orbassano Piossasco Giaveno Coazze Condove Avigliana Oulx Susa	5 U. P.  Luserna  Pomaretto  Pinerolo  Cumiana  Vigone	
Primo livello Lettura			Anatomia Patologica*
Secondo livello	SC Ginecologia Rivoli	SC Ginecologia Pinerolo	SC Ginecologia S.Luigi

## **CRITICITA'**

La copertura rappresenta un serio punto critico.

Il volume di lettura massimo dichiarato dal laboratorio di anatomia patologica (15-17.000 esami/anno) e il ritardo della refertazione dei pap-test di 1° livello costituiscono un'importante causa di limitazione dell'espansione dell'attività del programma. I tempi di refertazione citologica sono al di sotto degli standard raccomandati. La carenza di personale tecnico specializzato e la mancanza di disponibilità di altri laboratori regionali in possesso dei requisiti richiesti dal Programma non ha permesso di risolvere definitivamente il problema.

Si renderà quindi necessario il potenziamento dell'anatomia patologica dell'ASO San Luigi per ricondurre l'attività ad un centro unico di lettura con elevata professionalità.

Inoltre si rileva una carenza di personale ostetrico, sia sulla carta che di fatto (lungi infortuni, limitazioni lavorative, gravidanze) che contribuisce al non raggiungimento della copertura accettabile. Sarà pertanto necessario le ore di apertura (ore ostetrica) nei Distretti di Orbassano e di Susa dell'ASL 5 per consentire il raggiungimento dell'obiettivo regionale.

I tempi di attesa per l'esecuzione del 2° livello sono superiori agli standard raccomandati peranto le strutture complesse di Ginecologia dovranno ampliare l'orario di attività di 2° livello.

## **SCREENING CITOLOGICO - OBIETTIVO GENERALE**

Raggiungere e mantenere l'offerta regolare di screening citologico (secondo il corretto periodismo) a tutta la popolazione obiettivo.

### **Obiettivi specifici**

1. Nomina del Coordinatore del Sottogruppo citologico
2. Potenziamento della capacità di lettura del Servizio di Anatomia Patologica con conseguente riduzione dei tempi di refertazione secondo quanto sopra riportato
3. Potenziamento della capacità di erogazione delle Unità di Prelievo e/o incremento numerico delle stesse fino a raggiungere la copertura necessaria e la capacità di accoglimento dei test di screening erogati nell'ambito della specialistica ambulatoriale e quindi di tutta popolazione obiettivo annuale anche con il ricorso alla libera professione o all'assunzione di nuovo personale
4. Potenziamento della capacità di erogazione dei Centri di secondo livello Potenziamento della capacità di lettura del Servizio di Anatomia Patologica con conseguente riduzione dei tempi di attesa .
5. Progressiva riduzione dell'attività di specialistica ambulatoriale dei test di prevenzione fino alla non erogabilità (fatte salve le condizioni particolari già definite o che saranno

definite dalla Regione) dei test di specialistica ambulatoriale non motivati da sospetto diagnostico specifico entro dicembre 2008 nei centri pubblici o privati accreditati non integrati in Prevenzione Serena.

#### **D. SCREENING COLORETTALE**

Lo screening del carcinoma del colon retto prevede di sottoporre a sigmoidoscopia, una sola volta nella vita, uomini e donne di 58 anni e alla ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT), ogni due anni, uomini e donne fra 59 e 69 anni. Nel Dipartimento 3 lo screening endoscopico è stato avviato nell'ultimo trimestre del 2005.

Nell'ASL 5 la popolazione bersaglio è di circa 5000 persone/anno per la sigmoidoscopia e di circa 26.000/anno per la ricerca del sangue occulto nelle feci.

Nell'ASL 10 la popolazione bersaglio è di circa 1500 persone/anno per la sigmoidoscopia e di circa 9.300/anno per la ricerca del sangue occulto nelle feci.

La tabella seguente riporta l'assetto organizzativo dello screening endoscopico nel Dipartimento 3 a regime

	<b>ASL 5</b>	<b>ASL 10</b>	<b>ASO S.Luigi</b>
<b>U.V.O.S.</b>	Collegno		
<b>Primo livello</b>	Giaveno Rivoli	Pinerolo	
<b>Secondo livello</b>	Rivoli	Pinerolo	
<b>Anatomia patologica</b>		X	X
Legenda: U. V. O. S.: Unità di Valutazione e Organizzazione dello Screening			

#### **SCREENING COLORETTALE - OBIETTIVO GENERALE**

Avviare lo screening coloretale con il FOBT, raggiungere e mantenere l'offerta regolare di screening endoscopico (secondo il corretto periodismo) a tutta la popolazione obiettivo; recuperare il ritardo sulle coorti di 58enni.

#### **Obiettivi specifici**

1. Nomina del Coordinatore del Sottogruppo coloretale
2. Potenziamento dell'attività dei centri Endoscopici di primo e secondo livello nell'ASL 10.
3. Potenziamento dell'attività dei centri Endoscopici di primo e secondo livello nell'ASL 5
4. Progressiva riduzione dell'attività di specialistica ambulatoriale dei test di prevenzione fino alla non erogabilità (fatte salve le condizioni particolari già definite o che saranno

definite dalla Regione) dei test di specialistica ambulatoriale non motivati da sospetto diagnostico specifico entro dicembre 2008 nei centri pubblici o privati accreditati non integrati in Prevenzione Serena.

Al fine di realizzare compiutamente i programmi di screening sopraindicati, saranno effettuate le necessarie integrazioni delle ore di personale dedicato, secondo gli standard previsti nei documenti regionali.

#### **OBIETTIVI CHE RIGUARDANO PREVALENTEMENTE LE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

**OBIETTIVO:** Riorganizzazione della rete dei servizi della prevenzione funzionale al perseguimento dei livelli assistenziali (LEA) e al recupero di più elevati livelli di efficienza e di efficacia, anche attraverso lo sviluppo di attività di rete che assicurino una migliore distribuzione delle risorse e delle competenze;

**PERCORSO DA AVVIARE:** Il percorso dovrà essere caratterizzato da alcune impostazioni chiave così riassumibili:

- ✓ Caratterizzare la programmazione per “aree tematiche”, come indicate nei LEA, e non per “competenze di Servizi”; in altre parole, le SC devono inserirsi negli obiettivi delle “aree tematiche” e non viceversa;
- ✓ Sviluppare i processi di integrazione intradipartimentali; in altre parole trovare i collanti per le sinergie e le azioni coordinate delle varie SC;
- ✓ Sviluppare sinergie interdipartimentali, all’interno dell’Azienda Sanitaria, sui temi della prevenzione (nella direzione di una visione integrata della prevenzione);
- ✓ Sviluppare empatia nei confronti dei portatori di interessi locali;
- ✓ Sviluppare la funzione di comunicazione all’interno del Dipartimento e all’esterno (in particolare la comunicazione del rischio);
- ✓ Orientare i Servizi del Dipartimento ai principi dell’Evidence Based Prevention;
- ✓ Operare per l’accreditamento del Dipartimento e delle sue strutture;
- ✓ Operare per la semplificazione dei percorsi e delle procedure dipartimentali;
- ✓ Consolidare e portare a regime le azioni dimostrate efficaci e, pertanto qualificanti riducendo, nel tempo, l’estemporaneità e la provvisorietà delle risorse connesse, anche applicando criteri di flessibilità e riorientamento nella gestione delle medesime.

Inoltre bisognerà lavorare per costruire una “vera funzione di direzione dipartimentale” e non solo limitarsi ad “individuare un direttore”; in altre parole occorrerà:

- ✓ Caratterizzare e sviluppare un sistema di controllo di gestione in grado di monitorare e valutare la capacità del Dipartimento di contribuire al raggiungimento dei LEA;
- ✓ Sviluppare la funzione giuridico-legale a servizio del Dipartimento riorientando, se necessario, le risorse già presenti in Azienda;
- ✓ Gestire le attività che comportano economie di scala evitando dispersioni e doppioni all'interno del dipartimento;
- ✓ Individuare soluzioni organizzative che vengano riconosciute come opportunità di crescita, anche professionale, e non come elemento di conflitto e demotivazione.

**OBIETTIVO:** Revisione degli assetti organizzativi aziendali, con particolare riferimento alla individuazione delle strutture complesse e semplici e dei dipartimenti, con lo scopo di ottimizzare l'uso delle risorse disponibili in relazione agli obiettivi da realizzare, adottando nella fase di prima attuazione le indicazioni della D.G.R. 59/2007.

**PERCORSO DA AVVIARE:**

Avvio di forme di interazione/coordinamento interaziendali fra le varie Strutture Complesse che abbraccino i seguenti aspetti:

- 1) i contenuti sui quali esercitare interazione/coordinamento;
- 2) gli strumenti da mettere in campo per far interagire in tempo reale, in modo efficace ed efficiente, i vari protagonisti (singoli e gruppi).

**1) I contenuti sui quali esercitare interazione/coordinamento**

L'interazione/coordinamento dovrà orientarsi su due linee di lavoro:

**Prima linea di lavoro:** Analisi dei principali punti riconosciuti come criticità da risolvere e/o opportunità da sviluppare per poter affrontare le possibili modalità di riorganizzazione della futura ASL accorpata;

Il lavoro iniziato negli incontri con le SC Dipartimentali (incontri fra SC omogenee) ha consentito di mettere a fuoco alcuni punti interessanti:

- a) Le Strutture Complesse del Dipartimento presentano modelli organizzativi diversi fra ASL e ASL. L'obiettivo dovrà essere quello di approfondire la reciproca conoscenza fra SC con le stesse funzioni e valutare le possibili ipotesi operative di omogeneizzazione. In particolare dovrà essere posta attenzione alla rete dell'offerta di servizi e prestazioni ed alle modalità operative di offerta degli stessi.
- b) Le strutture Complesse del Dipartimento hanno maturato nel tempo, in considerazioni delle pressioni provenienti dal territorio, “*personalità*” specifiche e si sono “*caratterizzate*” in modo diverso fra ASL e ASL. L'obiettivo dovrà essere quello di ragionare, fra SC con le stesse funzioni, su queste “*personalità e caratterizzazioni*” consolidate nel tempo e valutare le possibili ipotesi operative di “*sfruttamento al meglio di queste differenze*”, in particolare nel momento in cui si formulano ipotesi di riorganizzazione delle attività nella nuova ASL accorpata. Il lavoro di coordinamento dovrà puntare a trasformare il più possibile le “*diversità*” in “*opportunità*”, in particolare nel momento in cui si comincerà ad ipotizzare possibili modelli di riorganizzazione delle attività sul territorio.
- c) Le Strutture Complesse del Dipartimento utilizzano procedure che presentano diversità fra ASL e ASL. L'obiettivo dovrà essere quello di esaminare le procedure utilizzate all'interno delle SC con funzioni simili e valutare la possibilità di uniformare le suddette procedure;
- d) Le tre Aree Veterinarie presentano un mix di funzioni diverse all'interno delle due ASL attuali. L'obiettivo dovrà essere quello di studiare attentamente la situazione esistente nelle due ASL e valutare le possibili ipotesi operative di rimixaggio delle funzioni fra le tre Aree veterinarie in modo da giungere a modelli sovrapponibili e, quindi, più facilmente riorganizzabili nella nuova ASL accorpata.
- e) Le Strutture Complesse del Dipartimento hanno messo in campo, nel tempo, reti di interazione intradipartimentali (processi dipartimentali che fanno interagire le varie SC) diverse fra ASL e ASL. L'obiettivo dovrà essere quello di esaminare le reti di interazione attivate e valutare la possibilità di attivare strategie di uniformazione.
- f) Le Strutture Complesse del Dipartimento hanno messo in campo, nel tempo, reti di interazione interdipartimentali (collaborazioni con i Distretti o con i dipartimenti aziendali) diverse fra ASL e ASL. L'obiettivo dovrà essere quello di esaminare le reti di interazione attivate e valutare la possibilità di attivare strategie di uniformazione.
- g) Le Strutture Complesse del Dipartimento hanno messo in campo, nel tempo, reti di interazione extraaziendali (supporto e collaborazioni con i Comuni e le Associazioni

territoriali) diverse fra ASL e ASL. L'obiettivo dovrà essere quello di esaminare le reti di interazione attivate e valutare la possibilità di attivare strategie di uniformazione.

**Seconda linea di lavoro:** Formulazione di ipotesi di possibili modelli organizzativi delle attività del Dipartimento di Prevenzione della nuova ASL accorpata.

- a) I modelli organizzativi dovranno tenere conto della rete di offerta dei servizi, della distribuzione della popolazione e delle infrastrutture sul territorio, dell'organizzazione dell'ASL in distretti.
- b) Bisognerà sforzarsi di ipotizzare più modelli possibili (senza scartarne, a priori, alcuno).
- c) Per ogni modello dovranno essere analizzati i punti di forza ed i punti di debolezza, in particolare per quanto attiene l'impatto con il servizio e la qualità della tutela offerti alla popolazione.
- d) Dovrà essere tenuto in conto che i criteri validi per l'aggregazione delle SC SISP-SPreSAL e SIAN (es. dimensione e caratteristiche della popolazione) non sono sempre sovrapponibili a quelli validi per l'aggregazione delle SC Veterinarie (questi ultimi, infatti, si impennano, più che sulla popolazione umana, sulla popolazione animale e sulle infrastrutture zootecniche).

Nella seconda fase si dovrà procedere alla implementazione dei modelli ipotizzati nella prima fase.

## **2) Gli strumenti da mettere in campo per far interagire in tempo reale, in modo efficace ed efficiente, i vari protagonisti (singoli e gruppi).**

### **La situazione oggettiva**

I Dipartimenti di Prevenzione delle due ASL hanno sedi (Pinerolo Via Bignone 15, Rivoli Via Balegno 6) che distano fra di loro 40 Km con un tempo medio di percorrenza (in entrambi i sensi) di circa 45 minuti in condizioni di traffico scorrevole.

Questo significa che lo strumento "riunione" che normalmente è alla base del sistema di coordinamento, presenta delle oggettive criticità, soprattutto tenuto conto dei tempi di spostamento.

Il tempo di percorrenza, infatti, è un fattore altamente critico per i seguenti motivi:

1. Si tratta di un tempo improduttivo (il dirigente passa questo tempo in automobile e non è produttivo per l'ASL);
2. Si tratta di un tempo che costa all'Azienda circa 100 Euro/Dirigente/riunione.

Tenuto presente questa criticità, occorrerà rivolgersi a strumenti di coordinamento che comportino il meno possibile la necessità di spostamento.

Le forme di coordinamento dovranno, pertanto, basarsi su strumenti che consentano:

1. L'interazione fra i vari protagonisti con possibilità di discutere, di scambiarsi documenti, di controbattersi, di correggersi a vicenda, assolutamente in tempo reale;
2. La riduzione al minimo e per i casi strettamente necessari degli spostamenti fra sede e sede.

Per ottenere questo bisognerà orientarsi su strumenti moderni che consentono l'interazione a distanza in tempo reale.

Essi sono:

1. Il sistema di video conferenza;
2. Il sistema di discussione on line, per mezzo di forum ed aree di discussione dedicati e strutturati;
3. Il tradizionale sistema di posta elettronica;
4. Il tradizionale sistema di telefonia (voce e fax).

L'implementazione di una rete di sistemi di comunicazione a distanza (audio-video in tempo reale) è la base indispensabile per consentire un livello di coordinamento efficace ed efficiente.

**OBIETTIVO:** Prevedere forme di coordinamento delle attività di vigilanza a livello dipartimentale su progetti specifici senza prefigurare l'istituzione di strutture organizzative ad hoc.

**PERCORSO DA AVVIARE:** L'esigenza di assicurare forme di coordinamento delle attività di vigilanza a livello dipartimentale è fortemente sentita sia a livello degli operatori che a livello dei soggetti sottoposti a vigilanza, infatti:

- ✓ L'attivazione dei Dipartimenti di Prevenzione ha comportato la nascita di strutture con funzioni prevalentemente distinte, ma che, su alcuni temi specifici ed in determinate occasioni, devono procedere necessariamente insieme;
- ✓ La disarticolazione delle funzioni in Strutture Dipartimentali ha generato uno sviluppo della specializzazione degli interventi;

- ✓ L'assenza di coordinamento può dare origine ad interventi delle varie strutture scollegati fra di loro, con generazione in alcuni casi di doppiioni talvolta contrastanti fra di loro;

L'esperienza ha insegnato che il mancato governo di questi aspetti comporta spesso inefficienza, confusione interna ed esterna al Dipartimento, scadimento dell'immagine dei servizi con perdita di credibilità e di autorevolezza.

Nelle due ASL da tempo si stanno sperimentando forme di coordinamento delle attività di vigilanza.

In particolare su alcuni fronti che richiedono spiccatamente forti interventi di coordinamento e di armonizzazione:

- ✓ Sul fronte delle tematiche legate alla sicurezza alimentare si sono sperimentate forme di coordinamento fra SIAN e Servizio Veterinario Area B sia per quanto attiene i sistemi informativi, le valutazioni, in sede di inizio attività delle imprese alimentari sia in sede vera e propria delle attività di controllo ufficiale, compresi gli interventi di audit;
- ✓ Sul fronte delle tematiche relative a segnalazioni ed esposti si sono sperimentate forme di coordinamento fra tutte le SC dipartimentali;
- ✓ Sul fronte della vigilanza relativa alle tre Aree Veterinarie entrambe le ASL hanno istituito il NIV, seppure con impostazioni diverse. In caso di accorpamento occorrerà rivisitare le differenze organizzative ed armonizzarle;
- ✓ Sul fronte delle tematiche legate all'impatto ambiente-salute si sono sperimentate forme di coordinamento coinvolgenti tutte le strutture del Dipartimento (si prendano ad esempio i casi dell'inquinamento da diossina in Val di Susa ed a Frossasco), oppure il recente caso della OFV (Officine Fusorie Val Pellice).

Nel corso del periodo 2007-2010 occorrerà sviluppare questi temi e predisporre procedure chiare e specifiche per le attività di vigilanza.

Il tema di fondo dovrà essere: conciliare l'esigenza di assicurare elevata specializzazione con l'esigenza di assicurare unitarietà di valutazione e risposta.

Interventi utili per questo scopo possono essere:

- ✓ Promuovere un metodo ed un'organizzazione del lavoro centrata sul monitoraggio quantitativo e qualitativo dei settori o punti a rischio, la vigilanza integrata e la valutazione della qualità delle ispezioni in funzione della domanda ( un ' ispezione accurata può essere un'occasione per la formazione degli utenti);

- ✓ definire ed applicare procedure e metodi operativi per le attività di ispezione in linea con le esigenze di normalizzazione di cui alle norme UNI per tutte le attività di vigilanza, in particolare per quelle relative al controllo ufficiale della sicurezza alimentare a cui sono imposte dai Regolamenti comunitari;
- ✓ rilevare il fabbisogno formativo degli operatori delle S.C. e organizzare progetti di formazione permanente;
- ✓ gestire la problematica delle Sanzioni amministrative garantendo omogeneità procedurale, e aggiornamento dei riferimenti giurisprudenziali.

**OBIETTIVO:** Definire progetti di fattibilità per l'integrazione della Medicina dello Sport e delle attività vaccinali all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione ove non già presenti;

**PERCORSO DA AVVIARE:**

- a) **Medicina dello sport:** La tematica è sviluppata nella sezione Assistenza territoriale alla quale si rimanda.
- b) **Attività vaccinale:** la gestione delle attività vaccinali, sia nell'ASL 5 che nell'ASL 10, è già collocata all'interno del Dipartimento di Prevenzione con buoni livelli di interazione, però, sia con i servizi territoriali che con il dipartimento materno-infantile..

**OBIETTIVO:** Sostegno e promozione ai sistemi di controllo ufficiale e di reazione rapida per la sicurezza alimentare;

**PERCORSO DA AVVIARE:**

1. Stesura del Sistema qualità relativo alle attività di controllo ufficiale sulle imprese alimentari in ottemperanza ai criteri dei Regolamenti comunitari, al fine di garantire efficacia ed appropriatezza dei controlli ufficiali effettuati sulle imprese alimentari;
2. Implementazione dei sistemi informativi con indicatori di rischio che permettano di attribuire un punteggio ad ogni impresa alimentare, al fine di orientare la programmazione della vigilanza;
3. Costituzione dell'Ufficio Unico per gli Allerta; predisposizione di una procedura integrata Dipartimentale per la gestione degli stati di allerta;
4. Istituzione di uno strumento di contatto per il consumatore e per i media con i Servizi deputati al controllo ufficiale, sia per fornire informazioni che per la comunicazione del

rischio, al fine del recupero della fiducia del consumatore nelle istituzioni deputate ai controlli ufficiali sugli alimenti;

5. Elaborazione, per i controlli di salubrità dei prodotti ortofrutticoli, di criteri utilizzabili dalle Aziende per attuare un piano sistematico e rappresentativo di campionamenti e di un sistema di rintracciabilità di filiera, da adottare in caso di riscontro di non conformità dei prodotti venduti, al fine di ridurre il numero di non conformità dei piani di autocontrollo ed il numero di campionamenti ufficiali necessari;
6. Formalizzazione dei Centri micologici pubblici; implementazione dell'offerta di consulenza ai privati raccoglitori per il riconoscimento di commestibilità dei funghi freschi spontanei, al fine di prevenire le intossicazioni da funghi in stagione ed individuazione di un coordinamento. Corsi divulgativi alla popolazione generale sulla sicurezza della raccolta dei funghi freschi epigei spontanei;
7. Impostazione del controllo salubrità acque destinate al consumo umano secondo criteri di priorità e valutazione del rischio per la popolazione servita da acquedotti pubblici, al fine di concentrare le risorse sulle situazioni critiche e di diminuire il numero dei controlli su quelle che offrono garanzie di sicurezza;
8. Sviluppo di un percorso che in una prima fase veda una più armonica integrazione tra SS.CC. del Dipartimento di Prevenzione tramite l'utilizzo di check-list che consentano a medio termine la classificazione di aziende zootecniche e non, produttrici di alimenti, in base al rischio sanitario, con lo scopo finale di intensificare le azioni di vigilanza sui "casi problema". Al fine di soddisfare la domanda del consumatore e di ridurre sempre più il rischio sanitario tale azione, in futuro, potrebbe trovare una più ampia applicazione pratica con il coinvolgimento di più SS.CC. del Dip. di Prev. che per tutto il processo di filiera legato alla "sicurezza alimentare" vede coinvolte a pieno titolo (Vet. Area "A" – Vet. Area "B" – Vet. Area "C" - S.I.A.N.) sia per le corrette gestioni anagrafiche, sia per le garanzie di sanità, oltre che per la gestione dei controlli ufficiali e la gestione delle emergenze-allerta.

**OBIETTIVO:** Sostegno e potenziamento delle attività di osservazione epidemiologica medica ed epidemiosorveglianza veterinaria, valorizzazione della prevenzione, promozione della salute;

**PERCORSO DA AVVIARE:**

**Sorveglianza epidemiologica umana e veterinaria**

- a. Sviluppo del progetto PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) che, in entrambe le ASL, con personale appartenente ai SISP, ha preso avvio, nel mese di luglio. PASSI è un sistema di sorveglianza per raccogliere informazioni sui comportamenti che possono influenzare la salute dei singoli cittadini. I principali argomenti oggetto dell'indagine sono: l'attività fisica, il fumo, l'alimentazione, il consumo di alcol, la sicurezza stradale, la prevenzione del tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon retto, il ricorso ad alcune vaccinazioni nelle donne ed a quella antinfluenzale in entrambi i sessi. Il sistema si basa su interviste effettuate ad un campione casuale e rappresentativo della popolazione dell'ASL di età compresa fra 18 e 69 anni. Le informazioni raccolte sono rese anonime e trattate in base alla legge sulla privacy e saranno analizzate ed utilizzate per programmare interventi mirati alla promozione di uno stile di vita sano ed alla prevenzione di importanti malattie croniche. Queste informazioni saranno inoltre utili per migliorare la qualità dei servizi offerti dalle ASL. Il campione di popolazione da intervistare è di 275 persone nell'anno per ciascuna ASL.
- b. Sviluppo delle attività di Sorveglianza Nutrizionale, anche con interventi di ricerca sanitaria finalizzata;
- c. Sviluppo delle attività di sorveglianza degli eventi infettivi, compresa la formalizzazione di un gruppo aziendale per integrare le azioni di gestione dei casi di tossinfezione alimentare. Organizzazione di corsi di aggiornamento destinati a medici di base e PdLS, medici ed infermieri di PS ospedaliero, biologi di laboratorio analisi per la conoscenza di situazioni emergenti, la modalità di gestione coordinata degli episodi. Organizzazione anche di interventi divulgativi ed educativi rivolti alla popolazione generale;
- d. Strettamente collegato al precedente punto 2) è lo sviluppo delle attività di epidemiosorveglianza veterinaria: una moderna visione di salute umana non può essere disgiunta da quella legata al mondo animale, poiché talune malattie di animali da reddito, da affezione e degli animali selvatici – da ambienti urbani ed extraurbani – possono incidere sulla salute in quanto si trasmettono direttamente all'uomo; così come alcune patologie si possono trasmettere indirettamente, tramite gli alimenti all'uomo. In quest'ottica va sottolineata la cruciale importanza di un sistema di epidemiosorveglianza veterinaria che possa portare a brevissimo termine al raggiungimento di territorio ufficialmente indenne da TB; nel contempo tale attività dovrebbe coinvolgere più SS.CC. del Dip di Prev. (prevalentemente Vet."A" e S:I:S:P, al fine di valicare alcuni protocolli già in atto relativamente ai casi di focolai di malattie trasmissibili e Zoonosi, ed individuare situazioni di rischio per la salute legati ad eventi prevedibili che possono coinvolgere il mondo animale ed umano. Nell'ottica, infine, di dare risposte sempre più appropriate sui

“bisogni di salute” sarà necessario rimodulare i protocolli congiunti tra più SS.CC. del Dip. di Prev. Per la soluzione dei “casi problema” derivanti da esposti che giungono al Dip.di Prev. riconducibili ad inconvenienti igienico-sanitari dell’abitato connessi alla presenza di animali.

### **Valorizzazione della prevenzione e Promozione della salute**

- 1) Potenziamento delle attività di promozione dei comportamenti favorevoli e riduzione dei comportamenti a rischio nella popolazione: promuovere l’aumento, in età scolare, dei consumi di ortaggi e frutta da parte dei bambini e diminuire gli scarti di mensa; promuovere nella popolazione con più di 18 anni comportamenti più consapevoli verso i rischi da incidente (stradale, lavorativo, domestico); promuovere consapevolezza sulle abitudini e consuetudini legate al fumo ed al consumo di alcol;
- 2) Sviluppare, su tutti gli argomenti elencati al precedente punto 1, anche nel contesto dei PEPS, il sistema di collaborazione tra diversi Servizi dell’ASL (Distretti, AST, Dipartimento territoriale per la continuità delle cure, Psicologia, Medicina dello Sport, Pediatria ospedaliera, Servizio di Dietetica ospedaliera, Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta), le Scuole primarie, i Comuni ed i portatori di interesse locali.

## **IL SERVIZIO SOVRAZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA**

Il Servizio di Epidemiologia è una struttura complessa che opera su **mandato** regionale per il bacino di utenza dell’area vasta della Provincia di Torino per tutte le necessità di assistenza epidemiologica e per il bacino regionale (o in qualche caso nazionale) per alcune funzioni specialistiche (centro di documentazione DORS, amministrazione e sviluppo sistemi informativi, osservatorio rischi da lavoro, osservatorio dipendenze, , centro di riferimento nazionale del CCM sulle diseguaglianze, scuola universitaria per i tecnici della prevenzione).

Tale servizio costituisce una risorsa importante per l’Azienda per il prezioso contributo che può dare a supporto di tutte le Strutture aziendali ed in particolare dei Distretti per l’analisi dello stato di salute della popolazione e la redazione dei PEPS.

Il Servizio di Epidemiologia attualmente conta 18 dipendenti (13 dirigenti e 5 del comparto), e da 56 collaboratori (in diversi regimi di contratto). Vi sono inoltre tre dirigenti (due tecnici e uno medico) al momento in aspettativa .Le **attività** sviluppate e i relativi carichi di lavoro impiegati dalla struttura complessa sono articolati in cinque categorie:

- livelli di epidemiologia/documentazione corrente (LEE): riguardano l'esercizio corrente delle attività del servizio, traggono mandato da indirizzi di lavoro espressi dalla Regione, dalle Aziende Sanitarie e dagli Enti Locali sui quali insistono le competenze del servizio; e sono finanziati con budget attribuito nell'ambito del fondo sanitario regionale corrente;
- livelli di epidemiologia/documentazione ad hoc (Progetti Istituzionali- PI), cioè progetti ad hoc, realizzati su mandato degli stessi enti di cui sopra, che riguardano lo sviluppo di attività finite nel tempo e destinate o a trasferirsi nei livelli correnti o a cessare; sono finanziati ad hoc;
- attività di ricerca e sviluppo (RS), cioè progetti ad hoc, conferiti su mandato di altri enti, appartenenti al servizio sanitario nazionale o ad altre istituzioni, e che promuovono ricerca epidemiologica e/o di promozione della salute; sono finanziati dagli stessi; la giustificazione di queste attività risiede negli obiettivi stessi di ricerca e sviluppo, i cui risultati e benefici ricadono direttamente o indirettamente anche sulla sanità pubblica della regione;
- attività correnti di formazione (FORM), conferite su mandato congiunto della Università e della Regione, su finanziamento ad hoc;
- attività epidemiologiche/formative/di assistenza alla progettazione per il mercato (OFFERTA), che si giustificano per la promozione delle competenze nelle aree geografiche meno dotate e per la realizzazione di profitti, da portare a vantaggio delle attività istituzionali.

Il piano di sviluppo 2008-2010 è condizionato da un lato dagli obiettivi di sviluppo su più lunga scala temporale che vanno però esplicitati per l'impatto che hanno sugli investimenti strutturali ed organizzativi; tali obiettivi di sviluppo derivano dalla progressiva estensione degli ambiti tematici del servizio sanitario regionale che hanno bisogno dell'epidemiologia per introdurre la medicina e la sanità fondata sulle prove nel governo dei processi assistenziali, preventivi e di promozione della salute di propria competenza. Dall'altro lato il piano di sviluppo risulta condizionato dai vincoli introdotti dalla pianificazione regionale, soprattutto quelli di limitazione di risorse e quelli organizzativi ed istituzionali relativi alle funzioni confinanti con l'epidemiologia, come la prevenzione. Obiettivi di sviluppo di lungo periodo e vincoli di piano non sempre sono compatibili e devono quindi essere composti attraverso scelte regionali di priorità.

Allo stato attuale i principali determinanti dello **sviluppo** sono:

- per quanto riguarda gli ambiti epidemiologici di esercizio specialistico della funzione regionale, il Servizio di Epidemiologia di Grugliasco (e DORS) ha sviluppato particolari

competenze nell'area dei determinanti non sanitari (e delle relative conseguenze sulla salute); questa predisposizione ne fa il destinatario dei mandati regionali (e nazionali) che riguardano non solo i fattori di rischio già coperti da osservatori regionali (come i rischi da lavoro, le dipendenze, gli stili di vita), ma anche i determinanti sociali della salute (per tutto il campo delle disuguaglianze sociali, dell'immigrazione e della valutazione delle politiche, compresi i PePS), e i problemi di salute e di assistenza legati al disagio e alla non autosufficienza (anziani, salute mentale) o a politiche di sostegno alla famiglia (area materno-infantile, adolescenti);

- l'area della salute mentale potrebbe essere matura per la creazione di una struttura di epidemiologia specialistica in collaborazione con il Centro dell'ASL 4; infatti si sono sviluppate adeguate competenze professionali e il mondo della salute mentale e della psichiatria sta elaborando quesiti epidemiologici sempre più esigenti per scopi di progettazione e valutazione del cambiamento;
- in questo ambito di epidemiologia dei determinanti non sanitari i rischi ambientali sono già oggetto di competenza della epidemiologia ambientale dell'ARPA, il cui rapporto di integrazione con il Servizio di Epidemiologia, logistica organizzativa e tecnica, dovrebbe essere garantito dalla permanenza delle due strutture nella stessa sede di Grugliasco;
- per quanto riguarda gli ambiti epidemiologici di sviluppo dei sistemi informativi il Servizio di Epidemiologia di Grugliasco (e DORS), oltre al consolidamento della manutenzione, sviluppo e diffusione degli applicativi di utilizzo e valorizzazione dei sistemi informativi regionali sanitari e statistici correnti, si propone per conto dell'ARESS come principale regista della progettazione e dello sviluppo delle procedure per rendere tracciabili i percorsi assistenziali attraverso gli stessi sistemi informativi, con particolare riguardo alle principali voci nosologiche ad alta prevalenza e che non sono già coperte da registri di patologia (malattie circolatorie, diabete, malattie respiratorie, incidenti, salute mentale);
- la collaborazione con l'ARESS, che vede nel suo piano di attività una delega delle funzioni di epidemiologia alla rete di epidemiologia, con particolare riguardo alle strutture dell'ASO S. Giovanni e dell'ASL 5, richiede di sviluppare in modo integrato le funzioni epidemiologiche correnti, anche con gli sviluppi succitati, ad uso dei compiti di assistenza alla decisione che sono tipici dell'ARESS; e pertanto con maggiore attenzione alla tempestività e alla rilevanza e pertinenza alle necessità conoscitive della programmazione regionale e alla semplicità ed efficacia comunicativa dei prodotti realizzati. Questa necessità potrebbe anche rappresentare l'occasione per dare risposta alle necessità di funzionamento del coordinamento della rete di epidemiologia che,