



Piano Regionale Prevenzione 2014-2018

Documento di programmazione

MACROBIETTIVI

- 2.1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili**
- 2.2 Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali**
- 2.3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani**
- 2.4 Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti**
- 2.5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti**
- 2.6 Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti**
- 2.8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute**
 - Acque potabili
- 2.9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie**

**Sezione Attuazione programmazione sanitaria
Settore Sviluppo e promozione igiene e sanità pubblica**

SCENARIO SOCIO-DEMOGRAFICO

Popolazione e dinamiche demografiche

(tratto da Relazione Socio Sanitaria 2014 della Regione del Veneto)

La popolazione veneta residente al 1° gennaio 2013 risulta essere pari a 4.881.756 abitanti di cui 2.377.937 (48,7%) maschi e 2.503.819 (51,3%) femmine (Fonte: ISTAT). Il bilancio demografico generale dell'anno 2012 del Veneto presenta il saldo naturale negativo (i nati meno i morti, - 2.637), il saldo migratorio positivo (gli iscritti in anagrafe meno i cancellati, 30.736) con un considerevole impatto sulla popolazione e il saldo generale positivo (saldo naturale più saldo migratorio, 28.099).

In generale la popolazione del Veneto è in crescita: prendendo in considerazione gli anni dal 2002 al 2013, la popolazione residente è aumentata di 352.748 unità (più del 7%) di cui 172.374 maschi (48,9%) e 180.374 femmine (51,1%). Per quanto riguarda le nascite, in Italia dal 2002 c'è stato un leggero aumento del numero medio di figli per donna. In Veneto si è passati da 1,2 figli per donna nel 2002 a 1,46 nel 2012. Il tasso di fecondità è molto più alto tra le donne straniere (in alcuni casi quasi il doppio delle donne italiane), infatti è proprio grazie alla loro presenza che il numero medio di figli è aumentato.

L'indice di vecchiaia è aumentato col passare del tempo da 135,8 nel 2002 al 146,8 nel 2013, ciò significa che, oggi, ci sono circa 147 anziani ogni 100 giovani sotto i 15 anni. L'indice di dipendenza (o di carico sociale) rappresenta la popolazione non attiva sulla popolazione attiva, cioè quante persone hanno "a carico" gli individui nella fascia potenzialmente lavorativa 15-64 anni. Tra il 2002 e il 2013 l'indice è passato da 46,6 a 54,1. L'indice di struttura rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione attiva. Nel corso degli anni la quota è passata dall'essere sotto al 100 nel 2002 ad essere pari a 130,3 nel 2013: ciò significa che la fascia in età lavorativa è diventata molto più vecchia in questi anni.

La speranza di vita in Veneto risulta essere maggiore della media italiana, sia per gli uomini che per le donne, con un andamento in crescita.

Popolazione immigrata

Nel 2002 gli stranieri residenti in Veneto erano il 3,4%, nel 2013 risultano essere il 10% della popolazione. Gli stranieri residenti al 1° gennaio 2013 sono 487.030, di cui 233.984 (48,0%) maschi e 253.046 (52,0%) femmine.

Si notano due parti consistenti della popolazione straniera: la parte di popolazione in età lavorativa e una parte in età molto giovane (probabilmente i relativi figli). Nel corso del tempo la popolazione straniera residente è aumentata e si può notare che nel 2010 gli uomini, per la prima volta, sono stati inferiori in numero alle donne poiché in quell'anno c'è stato un sorpasso di genere che si mantiene fino al 2013. Probabilmente questo sorpasso è dovuto al ricongiungimento familiare dei parenti degli immigrati residenti in Italia, ma anche alla sempre maggiore richiesta di badanti nella nostra regione.



Contesto produttivo e occupazionale

(tratto da Relazione Socio Sanitaria 2014 della Regione del Veneto)

L'analisi dei dati del contesto economico-produttivo ha una grandissima rilevanza nell'ambito della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro. Infatti, lo stato occupazionale e la capacità di produrre un reddito è un fattore primario che influenza sia l'accesso ai servizi sanitari sia l'adozione di stili di vita sana sia il rischio di incontrare specifiche patologie. L'attuale situazione economica ha causato una contrazione sia delle imprese attive sia degli addetti INAIL rispetto al periodo pre crisi.

Imprese

Il perdurante deterioramento delle condizioni economiche si riflette nella perdita di imprese e di posti di lavoro. Nel 2013 rispetto al 2012 si è registrata una riduzione di aziende attive di circa 8.000 unità (-1,8%), in particolare nel manifatturiero e nelle costruzioni. Le procedure per fallimento o liquidazione sono aumentate del 10%.

Nel 2013 è proseguito l'andamento in crescita delle domande di apertura di crisi aziendale (1.465 aziende coinvolte con 42.248 dipendenti); i settori più coinvolti sono quelli manifatturiero, metalmeccanico, costruzioni, ingrosso e logistica. Le procedure di crisi aziendale prevedono due esiti possibili: il collocamento dei lavoratori in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (CIGS) oppure le procedure di licenziamento collettivo; normalmente le due soluzioni non sono in alternativa, ma in sequenza. Le aziende che hanno licenziato con conseguente inserimento in lista di mobilità sono state 1.023 nel 2012 e 1.284 nel 2013 coinvolgendo rispettivamente 8.872 e 13.381 dipendenti. Le aziende che hanno iniziato le procedure per la cassa integrazione sono state 887 nel 2012 e 675 nel 2013. Per quanto riguarda le piccole aziende, un primo indicatore rilevante è dato dal numero delle richieste di accesso alla Cassa Integrazione in Deroga (CIGD). Nel biennio 2009-2010 circa 6.500 aziende in media per anno hanno fatto richiesta di CIGD; nel 2011 il loro numero è fortemente diminuito, coerentemente con l'andamento complessivo della fase congiunturale, e infine nel 2013 è fortemente aumentato con oltre 11.000 aziende interessate. Ancora più consistente di quello delle aziende ricorrenti alla CIGD è il numero di aziende che hanno attivato licenziamenti individuali. Il valore più elevato – pari a circa 23.000 aziende – è stato registrato nel 2012, mentre nel 2013 le aziende che hanno attivato licenziamenti individuali sono state 18.500. Va segnalato che a partire dal 1 gennaio 2013 il licenziamento individuale è divenuto più costoso. In media per ciascun anno si registrano due licenziamenti per azienda. E' da segnalare che circa il 25% dei licenziamenti individuali riguarda lavoratori stranieri.

Lavoratori e forme contrattuali

Secondo le stime disponibili, le unità di lavoro (ULA) nel 2013 risultano in diminuzione dell'1,3% rispetto all'anno precedente. Nel 2008 la perdita cumulata risulta attestarsi al -5% e si conferma legata sostanzialmente al lavoro dipendente, dove il calo risulta del 7% (-57.000 ULA) mentre gli indipendenti aumentano del 1%. Sotto il profilo settoriale, la riduzione delle unità di lavoro è concentrata nelle costruzioni e nell'industria manifatturiera. Tra il 2008 ed il 2013 si segnalano circa 37.000 unità di lavoro in meno negli ambiti occupazionali legati al settore dell'edilizia e circa 106.000 in meno nel comparto industriale in senso stretto. Il diverso andamento del lavoro dipendente e di quello indipendente ha ovvi riflessi sui livelli di sicurezza sul lavoro, stante la diversità delle tutele e degli adempimenti previsti da parte dei datori di lavoro rispetto ai lavoratori autonomi; non si deve inoltre ignorare la possibilità che in qualche caso si tratta di indipendenti usati in realtà, come lavoratori dipendenti di fatto che operano con vincolo di subordinazione. L'andamento contrapposto del numero di lavoratori permette di ipotizzare lo "spostamento" di lavoratori da un tipo di rapporto all'altro.



STILI DI VITA E CONDIZIONI DI RISCHIO

Abitudine al fumo

Nel 2013 secondo PASSI, il 56% della popolazione veneta, tra i 18 e 69 anni, non ha mai fumato; il 20% dichiara di essere un ex fumatore, e meno di un quarto (23%) fuma. Tale percentuale stima una fetta importante della popolazione veneta (770.000 persone) che necessita di un'attenzione particolare in termini di prevenzione e assistenza.

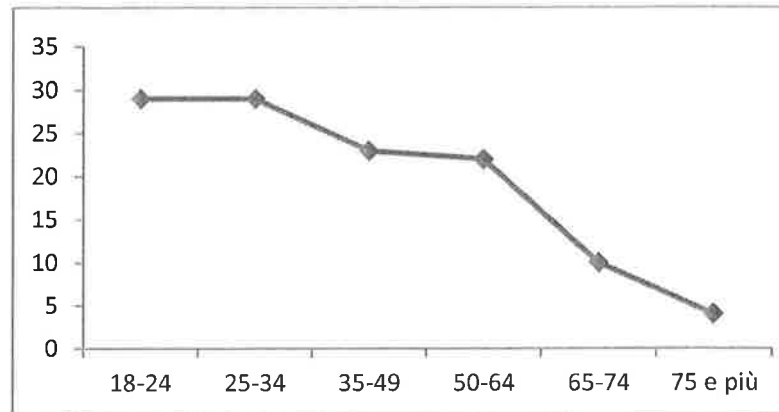
Dal 2008 al 2013 la proporzione di giovani fumatori (tra i 18 e 24 anni) si è sensibilmente ridotta, passando dal 36,2% al 29%, con una diminuzione di circa 7 punti percentuali.

Nella popolazione ultrasessantacinquenne, il 66% non ha mai fumato, il 27% dichiara di essere ex-fumatore e il 7% fuma.

Nel confronto con la media del pool nazionale, nel Veneto si riscontrano percentuali di fumatori inferiori sia nella fascia di età indagata da PASSI che in quella di Passi D'Argento.

Inoltre, dal 2008 ad oggi, la percentuale di fumatori sta lentamente diminuendo: ciò è dovuto ad una diminuzione soprattutto nelle classi di età più giovani.

Fumatori Regione Veneto <i>Fonte PASSI</i>	2008 %	2009 %	2010 %	2011 %	2012 %	2013 %
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	25,9	24,9	24,0	24,5	23,6	23,4
	(24,4-27,5)	(23,6-26,1)	(22,7-25,3)	(23,3-25,7)	(22,4-24,8)	(22,1-24,6)
nei due sessi						
Uomini	30	30	28	28	28	27
Donne	22	20	20	21	20	19
nelle classi di età						
18-24 anni	36	34	32	35	29	29
25-34 anni	34	32	32	32	30	29
35-49 anni	26	25	23	24	24	23
50-69 anni	19	19	18	18	19	20
nei diversi livelli di istruzione						
Nessuna/elementare	16	18	17	15	18	15
Media inferiore	30	29	26	28	27	28
Media superiore	28	26	26	26	24	23
Laurea	20	15	18	19	19	19
nelle diverse situazioni economiche						
Molte difficoltà	36	37	41	34	38	37
Qualche difficoltà	29	27	26	26	26	26
Nessuna difficoltà	23	22	21	23	19	19



Abitudine al fumo, età 18-75+ (Passi 2013 e Passi d'Argento 2012-2013)

Dalla Survey di GenitoriPiù del 2012 (n. 6246) risulta che circa $\frac{1}{3}$ delle mamme sono "non-fumatrici" e un altro quinto smette per la gravidanza, che si conferma un'ottima occasione per una astensione definitiva. Il fenomeno "fumo" tra donne in gravidanza e neomamme è stabile nel tempo: non si verificano diversità significative dal 2009 al 2012. C'è una tendenza a fumare di più nelle classi sociali con meno reddito (meno non fumatrici: il 62%- 83%) e meno scolarizzate (non fumatrici il 68% contro l'80%). Le variabili che più incidono sul fumo della madre sono legate alla presenza di altri fumatori in famiglia. Su questo determinante alcuni sottogruppi di mamme straniere, per ragioni culturali, sono portatrici di comportamenti più sani.

Consumo di alcol

Nel 2013 dai dati PASSI, il 64% degli intervistati dichiara di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese.

Complessivamente il 24% degli intervistati viene definito consumatore a maggior rischio (fuori pasto e/o consumo abituale elevato e/o "binge", cioè negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche - uomini - e 4 o più unità alcoliche - donne). Il dato è superiore al valore medio delle regioni italiane (17% - dato 2010-2013).

I comportamenti binge risultano maggiormente diffusi tra i più giovani nella fascia di 18-24 anni (22%), negli uomini (19% vs 6% nelle donne) e nelle persone con un alto livello di istruzione e senza difficoltà economiche.

Tra ottobre 2012 e febbraio 2013, il 49% della popolazione di 65 anni e più dichiara di consumare alcol e il consumo risulta maggiore tra gli uomini rispetto le donne (67% vs 37%).

Complessivamente uno su quattro (26%) degli ultra 65enni è un bevitore a rischio, ovvero consuma più di una unità alcolica al giorno, pari a una persona su due delle persone che consumano alcol.

Nel confronto con la media del pool nazionale (19%), il Veneto ha una percentuale di bevitori a rischio più elevata.

Consumo di alcol Regione Veneto	2010	2011	2012	2013
<i>Fonte PASSI</i>				
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Bevuto più di 1 unità alcolica nell'ultimo mese	65,6 (64,2-66,9)	64,9 (63,6-66,2)	63,5 (62,2-64,8)	63,6 (62,2-64,9)
Bevitori prevalentemente fuori pasto	12,3 (11,3-13,1)	12,6 (11,8-13,5)	13 (12,1-13,9)	12 (11,2-12,9)
Bevitori binge	12,1 (11,2-13,1)	12 (11,1-12,9)	12,4 (11,5-13,4)	12,4 (11,4-13,3)



Dalla Survey di GenitoriPiù del 2012 (n. 6246) risulta inoltre che circa un quarto delle mamme ha bevuto alcolici in gravidanza - esponendo il nascituro al Disturbo dello spettro fetale alcolico, Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) - e poco meno del 50% in allattamento.

Bere, sia pure moderatamente, in gravidanza e in allattamento è un comportamento più diffuso nelle classi sociali più alte. Tra le mamme che bevono tuttavia, il binge drinking è più diffuso tra quelle delle classi sociali più basse. Le mamme straniere hanno un comportamento più corretto rispetto alle italiane su questo determinante, che è molto influenzato dalla cultura di origine e dall'appartenenza religiosa.

Attività fisica

In Veneto, nel 2013, il 34% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: svolge infatti un lavoro pesante o pratica l'attività fisica settimanale raccomandata (almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni la settimana) (PASSI).

Il 43% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 23% è completamente sedentario.

La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche.

Si assiste negli ultimi anni ad una lieve diminuzione della sedentarietà, soprattutto tra i giovani e tra le persone con minori difficoltà economiche e maggiore livello di istruzione.

Sedentari	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Regione Veneto	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
<i>Fonte PASSI</i>						
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	25	25,5	23,2	23,9	22,8	23,4
	(23,8-26,8)	(24,4-26,8)	(22,0-24,5)	(22,6-25,1)	(21,6-24,0)	(22,2-24,7)
nei due sessi						
Uomini	23	24	22	23	21	22
Donne	27	27	25	25	25	25
nelle classi di età						
18-34 anni	24	22	20	21	20	21
35-49 anni	24	26	23	25	22	24
50-69 anni	27	28	26	25	26	25
nei diversi livelli di istruzione						
Nessuna/elementare	32	33	28	31	32	25
Media inferiore	27	30	27	26	25	27
Media superiore	23	23	21	22	21	23
Laurea	20	16	19	17	18	17
nelle diverse situazioni economiche						
Molte difficoltà	30	28	33	32	27	33
Qualche difficoltà	29	29	26	28	24	25
Nessuna difficoltà	23	23	21	21	21	20



Alimentazione

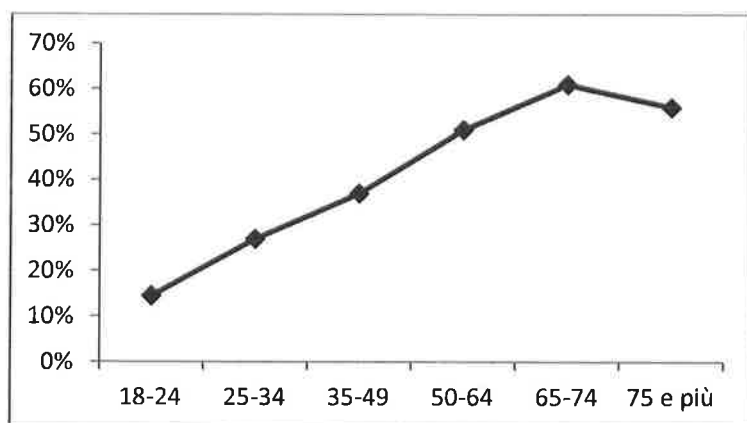
Eccesso ponderale

Nel 2013, in Veneto il 3% delle persone intervistate tra i 18 e 69 anni risulta sottopeso, il 57% normopeso, il 30% sovrappeso e il 10% obeso. Complessivamente si stima che il 40% della popolazione presenti un eccesso ponderale. Nella popolazione oltre i 65 anni, il 2% risulta sottopeso, il 39% normopeso e il 59% in eccesso ponderale (44% in sovrappeso e 15% obesi).

L'eccesso ponderale è significativamente più frequente col crescere dell'età (nella fascia 50-69 anni il 54% delle persone sono in eccesso ponderale); negli uomini; nelle persone con basso livello di istruzione; nelle persone con difficoltà economiche.

Negli anni, la percentuale di persone in eccesso ponderale non si è modificata ed è sempre molto importante nelle fasce di età con bassa scolarizzazione.

Popolazione in eccesso ponderale Regione Veneto	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)
<i>Fonte PASSI</i>						
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
TOTALE	40,2	40,1	39,7	41,7	40,3	39,7
	(38,6-41,8)	(38,8-41,5)	(38,2-41,0)	(40,4-43,0)	(38,8-41,7)	(38,3-41,0)
nei due sessi						
Uomini	42	51	51	54	50	49
Donne	30	29	28	30	30	30
nelle classi di età						
18-34 anni	23	23	22	23	21	22
35-49 anni	40	40	38	41	40	37
50-69 anni	57	54	56	56	55	54
nei diversi livelli di istruzione						
Nessuna/elementare	62	59	61	61	61	63
Media inferiore	47	48	46	48	48	47
Media superiore	35	33	34	36	34	34
Laurea	29	25	26	30	28	29
nelle diverse situazioni economiche						
Molte difficoltà	45	48	46	51	42	49
Qualche difficoltà	47	43	41	45	45	41
Nessuna difficoltà	37	37	37	39	36	37



Persone in eccesso ponderale, età 18-75+ (Passi 2013 e Passi d'argento 2012-2013)



Consumo di frutta e verdura

In Veneto, il 47% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 39% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 13% le 5 porzioni raccomandate. Tra gli ultra 65enni, il 17% dichiara di mangiare le 5 o più porzioni giornaliere raccomandate di frutta e verdura, il 46% 3-4 volte, il 36% 1-2 e l'1% nessuna.

L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa nelle persone tra i 50 e 69 anni e nelle donne. Non emergono differenze legate alla condizione economica e alla situazione ponderale.

L'allattamento materno, capitale di salute e avvio di una sana alimentazione

Il programma Guadagnare Salute mette al primo punto la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento materno con l'indicazione di applicare le raccomandazioni OMS per l'implementazione di azioni di provata efficacia come quelle previste dalla Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) e la Baby Friendly Community Initiative (BFCl) dell'OMS/UNICEF. Gli indicatori internazionali condivisi e previsti dal PNP sono la prevalenza dell'allattamento esclusivo al seno alla dimissione dai punti nascita e a 6 mesi. La realizzazione di un valido sistema di monitoraggio è uno degli obiettivi chiave per orientare le attività.

In Veneto nel corso del PRP 2010-2012 l'allattamento esclusivo al seno alla dimissione dai punti nascita è passato da circa il 56% (media di 16 strutture ad inizio PRP) ad oltre il 70% al dicembre 2013 (media dei 25 punti nascita aderenti alla Rete Regionale per la BFHI). Tuttavia al 2012 ancora circa il 40% dei bambini tra i 4 e i 6 mesi non viene allattato. Il proseguimento dell'allattamento è maggiore nelle mamme con titolo di studio più elevato e con minori difficoltà economiche, mentre tra le mamme straniere la cultura e la religione di appartenenza hanno un'alta influenza - positiva nel caso delle donne musulmane - sulla propensione all'allattamento.

Rischio cardiovascolare

Ipertensione

Il 57% della popolazione veneta oltre i 65 anni riferisce di soffrire di ipertensione. Gli ipertesi variano a seconda del sesso, crescono con l'età, in presenza di difficoltà economiche, di un basso livello di istruzione e di eccesso ponderale.

Nel Veneto, nel 2013, il 20% degli intervistati, che hanno effettuato la misurazione della pressione arteriosa (PA) riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa. La percentuale di ipertesi varia a seconda del sesso, cresce con l'età, in presenza di difficoltà economiche e di sovrappeso/obesità, mentre diminuisce al crescere del livello di istruzione.

Tra i 50 e 69 anni, circa 4 persone su 10 dichiarano di essere ipertese. Tra le persone in sovrappeso, la percentuale di ipertesi è circa 3 volte quella riscontrata tra le persone normopeso.

In Veneto nel 2013, il 78% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico.

Ipercolesterolemia

Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 26,2% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia. L'ipercolesterolemia varia a seconda del sesso, cresce con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione e in eccesso ponderale (BMI ≥ 25).

Nel 2013 in Veneto, il 28,7% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.



Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione veneta Fonte PASSI	18-69 anni (PASSI 2013)	65 anni e più (PASSI d'Argento Ottobre 2012 – Febbraio 2013)
Iperensione arteriosa	20,4 (19,3-21,6)	56,5 (52,5-60,5)
Ipercolesterolemia	26,2 (24,9-27,6)	//
Sedentarietà	23,4 (22,2-24,6)	//
Fumo	23,4 (22,2-24,7)	7,2 (5,5-8,9)
Sovrappeso	29,6 (28,3-30,9)	43,5 (40,5-46,4)
Obeso	10,0 (9,2-10,9)	15,4 (13,3-17,5)
Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	87,5 (86,5-88,4)	83 (79,3-86,5)

Altri determinanti di salute, genitorialità e sicurezza

L'assunzione nel corso della vita di stili di vita sani risente fortemente delle condizioni di avvio, con particolare riferimento all'accudimento ed agli aspetti educativi. Evidenze consolidate vedono nella lettura precoce ad alta voce uno strumento capace di fare la differenza rispetto all'evoluzione affettiva e cognitiva dell'individuo, con esiti in salute misurabili e comprovati. La lettura precoce ad alta voce viene promossa all'interno del Programma GenitoriPIù, in una visione sinergica e long life course della promozione della salute, nel suo insieme di 8 determinanti di comprovata efficacia (assunzione di *acido folico*, astensione da *fumo e alcol*, *allattamento al seno*, *posizione supina* nel sonno, protezione in auto e in casa, vaccinazioni, lettura). La lettura ad alta voce ai bambini già dal 6° mese risulta il determinante su cui i genitori sono meno esposti alle informazioni nel sistema sanitario (62,9% dei genitori dichiara di aver ricevuto informazioni sull'importanza della lettura ad alta voce). La propensione positiva non si traduce tuttavia in una pratica effettiva e sistematica che risente soprattutto delle abitudini di lettura dei genitori (40 punti % tra chi non ha letto libri nell'anno e chi ne ha letti almeno 3), oltre che, in misura minore, dell'istruzione, del reddito e della provenienza geografica. Interventi mirati, come il dono del libro e il collegamento intersettoriale con le Biblioteche sono in grado di ridurre le disuguaglianze che nel corso dello sviluppo tendono ad amplificarsi. La letteratura scientifica attribuisce oltre alle abitudini legate al fumo e all'alcol una notevole importanza agli stili di vita già nel periodo preconcezionale ed alla necessità di una corretta informazione e prevenzione a cui deve poter accedere ogni coppia. È soprattutto dimostrata l'importanza dell'assunzione di dosi giornaliere corrette di Acido folico (0,4 mg, o 4 mg nel caso di predisposizione/eventi precedenti) prima della gravidanza per la prevenzione dei difetti del tubo neurale e di altre importanti malformazioni congenite. In Veneto indicativamente solo una donna su quattro assume Acido Folico in maniera efficace per prevenire malformazioni al bambino; nel caso di gravidanze programmate la prevalenza sale al 43%. La percentuale si sta alzando (dal 23,6% del 2009 al 26,8% del 2012) soprattutto grazie al miglioramento del comportamento nelle donne con titolo di studio più basso, ma il dato non è ancora soddisfacente. Pur persistendo una differenza di comportamento corretto tra classi sociali, le differenze più significative sono determinante dall'aver ricevuto meno consigli - corretti - dal personale sanitario. Tra le donne straniere c'è poca conoscenza dell'acido folico e la maggior parte delle mamme straniere riferisce di aver avuto poche o nessuna informazione da un operatore sanitario su questo argomento.



VACCINAZIONI

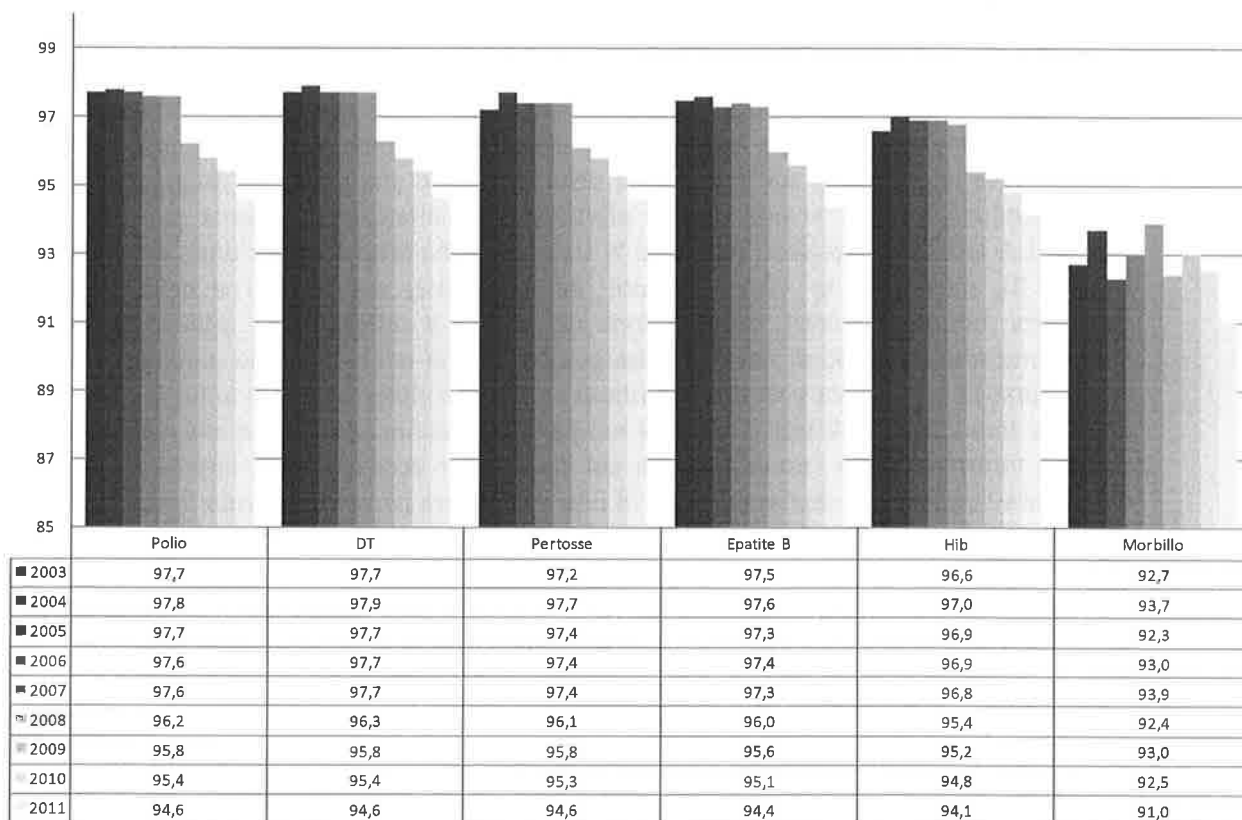
Il grafico sotto riportato indica l'andamento temporale dei tassi aggiustati di copertura vaccinale a 24 mesi, per le coorti di nascita dall'anno 2003 all'anno 2011 (ultima rilevazione al 2014 per l'attività 2013).

Per i nati nel 2008, prima coorte di nascita oggetto della sospensione dell'obbligo vaccinale, i livelli medi di copertura vaccinale per le vaccinazioni ex - obbligatorie nella Regione Veneto risultano elevati e persistono al di sopra della soglia del 95% prevista dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014. Inoltre, anche i tassi per la pertosse e per le malattie invasive da Haemophilus influenzae di tipo B (Hib) si attestano al di sopra di tale obiettivo. La protezione contro il morbillo, pur mantenendosi a livelli inferiori rispetto a quelli previsti dal Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, si aggira attorno al 92%.

Rispetto alla coorte del 2008, i tassi di copertura vaccinale per i nati negli anni successivi risultano in lieve calo passando per l'ultima coorte di poco sotto al 95%.

Importante, soprattutto osservando l'ultimo dato, è quanto osservato in termini di recupero delle coperture. Appare ormai evidente che c'è una sempre maggiore tendenza da parte dei genitori a posticipare nel tempo la vaccinazione dei propri figli: questo comporta una copertura inferiore nel breve periodo di rilevazione, ma un recupero positivo in un periodo di osservazione più ampio.

Andamento delle coperture vaccinali aggiustate a 24 mesi di vita. Regione Veneto, coorti di nascita 2003-2011.





I dati della ricerca mirata (*Indagine sui determinanti delle scelte vaccinali* http://prevenzione.ulss20.verona.it/indagine_scelta_vaccinale.html) effettuata in Regione nel 2011 e della survey di GenitoriPiù del 2012 spiegano il ritardo e disegnano un quadro complesso con la presenza di un numero importante di genitori (12-15% di chi vaccina) preoccupati delle reazioni avverse nel breve (troppi vaccini a bambini troppo piccoli), ma soprattutto nel lungo periodo, con insufficiente percezione della gravità delle malattie, disorientati dalla massa delle informazioni disponibili, con difficoltà a discernere l'autorevolezza delle fonti, e con una fiducia non scontata nel sistema sanitario e negli operatori.

Gli operatori riguadagnano pertanto le coperture con una impegnativa offerta attiva sorretta da abilità di counselling.

ANALISI DI ALCUNE MALATTIE INFETTIVE

Malaria

Analizzando i dati del Veneto relativi al periodo 1993 - 2013 si osserva che i casi di malaria si sono verificati prevalentemente in cittadini stranieri a seguito dei viaggi di ritorno nel proprio Paese d'origine per far visita a familiari ed amici, analogamente al resto del Paese.

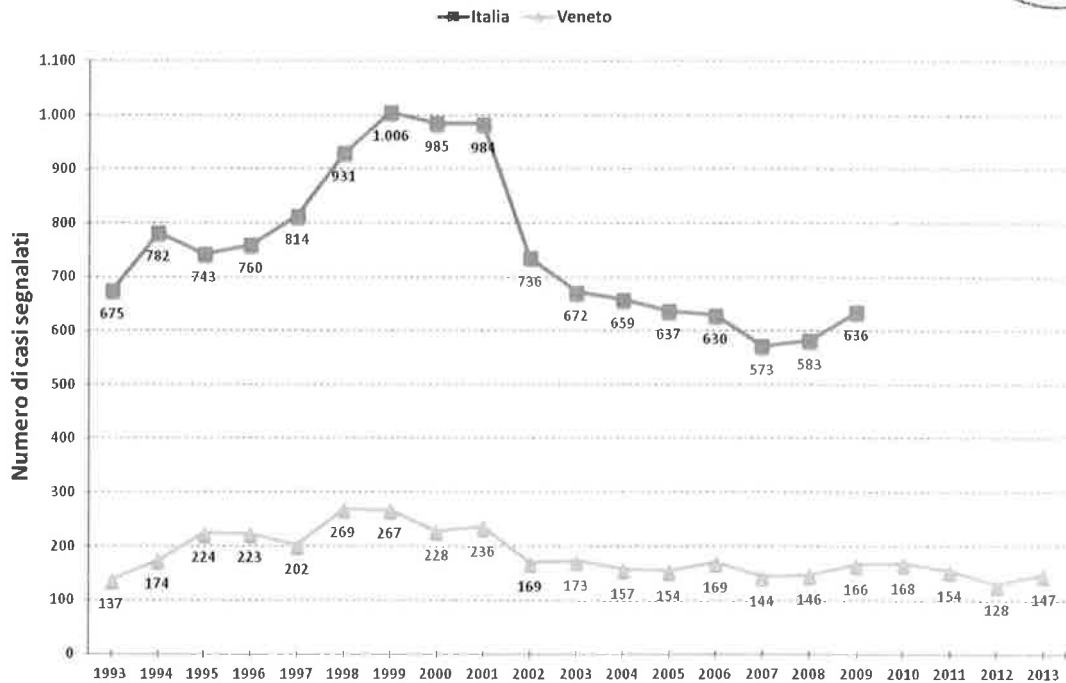
Dopo un breve periodo di calo, dal 2003 il numero e la proporzione dei casi di malaria negli stranieri sono costantemente aumentati, tanto che nell'anno 2011 rappresentano quasi l'84% del totale dei casi notificati, mentre nel 2012 tale percentuale si attesta al 72,7%; c'è inoltre da sottolineare che nel 2012 il 40% dei casi con cittadinanza italiana che hanno contratto la malaria in realtà sono persone che hanno ottenuto la cittadinanza nel corso della loro vita o figli di immigrati che dichiarano come paese di origine un paese africano.

Nell'anno 2013 nella Regione Veneto sono stati segnalati in totale 147 casi di malaria. E' evidente che il numero di notifiche complessive registrate in Veneto è costante da oltre dieci anni, indicando una situazione stabile e sotto controllo.

Dai dati in nostro possesso sui casi di malaria emerge che, nella maggior parte dei casi, la profilassi (farmacologica e comportamentale) non viene effettuata o viene eseguita con modalità non corrette limitandone quindi l'efficacia protettiva.



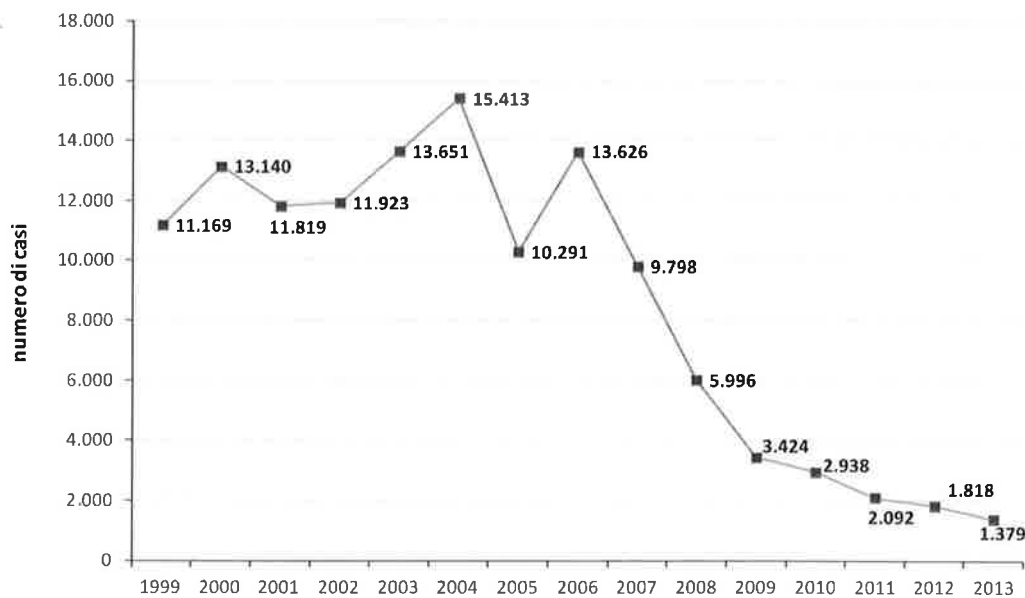
Casi di malaria in Italia e nel Veneto. Anni 1993-2013.



Varicella

La figura riporta l'andamento del numero di casi di varicella notificati a partire dal 1999. Come è facile osservare, dal 2006 si è verificata una forte riduzione del numero di casi notificati: il numero di affetti da varicella nel 2013 si è infatti ridotto di quasi il 90% rispetto a quello del 2006 (da 13.700 circa a 1.379). Il tasso di notifica totale mostra un picco massimo di quasi 330 casi per 100.000 abitanti in corrispondenza del 2004, mentre per l'anno 2013 si aggira attorno a 28,2 casi ogni 100.000 abitanti (con una riduzione del 91,4% circa rispetto al massimo del 2004). Nell'ultimo quinquennio il tasso ha registrato una costante diminuzione.

Casi di varicella notificati nella Regione Veneto. Anni 1999-2013.



Epatiti



Nel corso dell'ultimo periodo (2009-2012) il numero totale di epatiti notificate nella Regione Veneto è stato in continua diminuzione, con un tasso di notifica che è passato da 4,3 casi ogni 100.000 abitanti ad un tasso di 2,1 nel 2012.

Nel 2013 tale tasso è tornato a crescere a 3,9 casi ogni 100.000 abitanti: questo è stato causato da una piccola epidemia di epatite di tipo A legata al consumo di frutti di bosco registrata nell'ultimo anno. Di conseguenza, in termini specifici i casi di epatite A sono risultati in crescita nel 2013 mentre il tasso di notifica, ed il numero assoluto, di epatiti di tipo B è in diminuzione rispetto agli ultimi anni.

Nell'ultimo triennio il numero di epatiti di tipo C è rimasto costante tra i 13 e i 15 casi annui.

Legionella

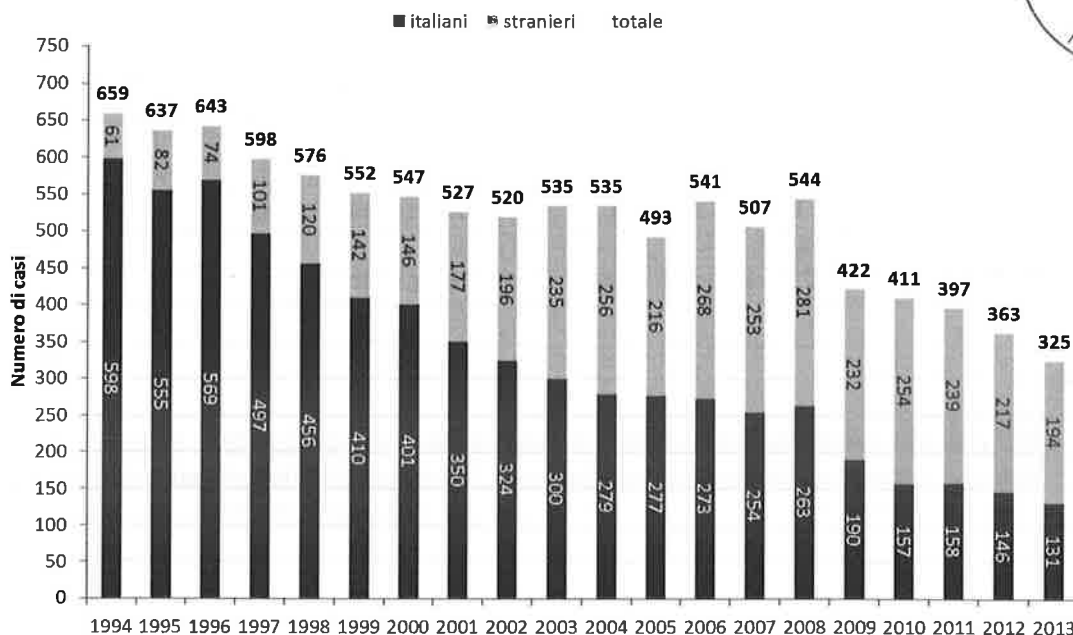
Nel periodo compreso tra il 2005 e il 2013, il tasso di notifica delle infezioni da legionella in Regione Veneto risulta mediamente pari ad 1,7 casi ogni 100.000 abitanti, rimanendo pressoché stabile nel corso degli anni e sempre al di sotto di 2 casi ogni 100.000 residenti, ad eccezione del 2012. Il picco massimo è stato registrato nel 2012 e risulta pari a 2,7 casi ogni 100.000 abitanti, nel 2013 il tasso è risceso sotto i 2 casi ogni 100.000 ab., riallineandosi con l'andamento degli anni precedenti. Nell'arco temporale di osservazione, quasi il 71,2% dei casi di legionellosi ha riguardato soggetti di genere maschile e pertanto il rapporto di mascolinità (maschi/femmine) risulta pari a 2,5.

Tubercolosi (TBC)

Nel corso degli anni, il numero di casi di tubercolosi (TBC) risulta in progressivo calo. Dopo una prima fase di costante decremento (periodo 1994-2001), il numero di notifiche di TB si è attestato tra i 500 e i 550 casi negli anni 2005-2008. Nell'ultimo triennio il numero di malati si è ulteriormente ridotto collocandosi sotto ai 400 casi annui.

Proprio nel 2013 si è registrato il minor numero di notifiche per TBC e il tasso di notifica risulta pari a 6,7 casi ogni 100.000 abitanti. Dall'analisi dei dati si osserva tuttavia che mentre per gli italiani il numero di notifiche ha un andamento decrescente durante tutto il periodo di osservazione (scendendo al di sotto dei 200 casi annui a partire dal 2009), quello per la popolazione straniera ha subito una progressiva crescita fino all'anno 2004 e dal 2005 sembra oscillare tra i 200 e i 250 casi l'anno. Focalizzando l'attenzione ai soli casi del 2013 e differenziando l'analisi per cittadinanza, si osserva una notevole discrepanza tra il tasso di notifica nella popolazione autoctona e in quella straniera: nel primo caso il valore si attesta a 3,0 casi ogni 100.000 italiani residenti, mentre nel secondo caso sale a quasi 40 casi ogni 100.000 stranieri residenti.

Numero di casi di TBC nella popolazione per cittadinanza. Regione Veneto. Anni 1994-2013.



HIV, AIDS ed IST (Infezioni sessualmente trasmesse)

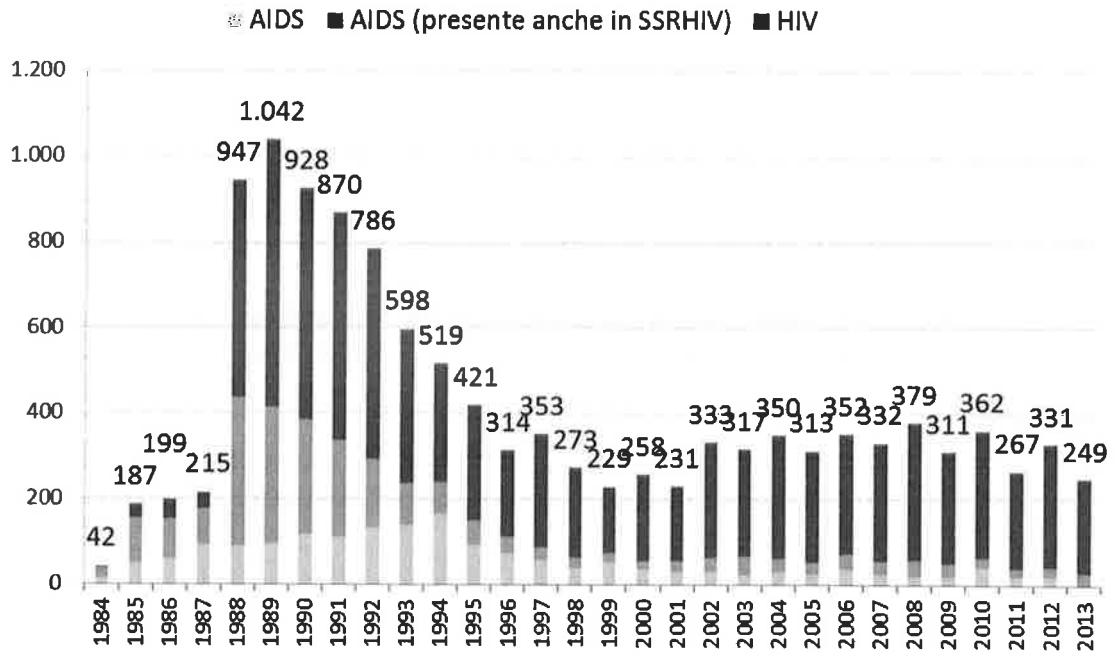
Nel corso del 2013 si osservano 12.323 casi cumulativi di HIV, il picco massimo viene registrato in corrispondenza dei primi anni di avvio del Sistema di Sorveglianza regionale (SSRHIV) e supera la soglia di 1.000 nuove diagnosi di HIV nel corso del 1989. Poiché il SSRHIV è attivo da 1988, i casi antecedenti tale data sono da considerarsi incompleti. Sottraendo i deceduti, si stima che per il 2013 siano 9.735 le persone affette da virus dell'immunodeficienza umana che interessano la nostra Regione (sia residenti che non). Il numero di casi notificati ogni anno risulta ormai costante da diversi anni variando tra i 250 ed i 380 casi.

Per quanto riguarda l'AIDS è dal 2000 che il numero di notifiche si attesta al di sotto dei 100 casi annui, con un minimo raggiunto nel biennio 2011-12 con meno di 50 casi per anno. Nel 2013 sono state 70 le segnalazioni di nuovi casi di AIDS. Complessivamente dal 1984 sono stati notificati 3.642 casi residenti nella regione Veneto, di questi 2.462 risultano deceduti con una letalità complessiva per l'intero periodo del 67,6%.

Dal 2006 al 2013 sono stati notificati in Regione Veneto 1.174 casi di IST (infezioni sessualmente trasmissibili), esclusa l'HIV, con una media di 146 segnalazioni annue. In particolare è stata riscontrata una forte diminuzione di oltre 30 casi nel biennio 2011-2012 ed un ritorno in media nel 2013. La maggior parte delle notifiche riguarda la sifilide (70% del totale). La blenorragia/gonorrea rappresenta il 13% dei casi; il restante 17% è dovuto complessivamente a casi di malattia da citomegalovirus, mollusco contagioso, uretrite da chlamydia, condilomi acuminati, herpes genitale, linfogranuloma venereo, meningite sifilitica e tricomoni. In generale, sia il numero che il tasso di notifica delle Infezioni sessualmente trasmesse risulta in costante decremento dal 2006 al 2012, nell'ultimo anno è stato registrato un lieve aumento. L'81% dei casi di IST complessivamente notificati nel periodo 2006-2013 è di genere maschile. La quota di maschi tra i malati, per le quattro infezioni maggiormente notificate, varia dal 58% per le infezioni da mollusco contagioso, al 63% per la malattia da citomegalovirus, all'83,1% per la sifilide e al 94,5% per la blenorragia/gonorrea.



Casi di infezioni da HIV per anno di prima positività. Integrazione dati SSRHIV e REGAIDS. Regione Veneto. Anni 1984-2013.





IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLE FEBBRI ESTIVE IN REGIONE VENETO

Dal 2010 nella Regione Veneto è stata attivata la sorveglianza delle febbri estive allo scopo di favorire l'identificazione precoce del maggior numero possibile dei casi di malattie trasmesse da vettori (chikungunya, dengue e West-Nile) nel nostro territorio, facilitando in tal modo la presa in carico clinica dei pazienti e la sorveglianza epidemiologica, permettendo di intraprendere tempestivamente le necessarie misure di controllo ove fosse necessario, in sinergia con la sorveglianza entomologica e veterinaria.

Nel 2012 e nel 2013 le linee operative hanno previsto un sistema di notifica e di richiesta esami semplificato che permettesse di colmare le inadeguatezze del precedente protocollo.

Come previsto anche dalla Circolare Ministeriale "Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla chikungunya, dengue e West-Nile per l'anno 2013", la sorveglianza delle febbri estive è iniziata il 15 giugno e si è conclusa il 30 novembre, per un totale di 24 settimane.

Durante questo periodo, sono stati sottoposti a test di laboratorio specifici per le febbri dengue 203 soggetti e 209 per chikungunya, mentre i pazienti sottoposti a screening per West-Nile virus sono stati 330.

Febbri dengue e chikungunya

Nel periodo di sorveglianza compreso tra il 15 giugno e il 30 novembre 2013, sono stati testati 209 pazienti per accertare o meno la presenza dei virus dengue e chikungunya.

14 pazienti sono risultati positivi per *Dengue virus*. Il primo caso è un soggetto residente nell'Azienda Ulss 16 e ha manifestato i primi sintomi della malattia a metà luglio circa, mentre l'ultimo caso riguarda un residente nell'Ulss 12 e riporta sintomi febbrili il 30.11.2013. I soggetti colpiti dalla malattia hanno un'età compresa tra i 21 e i 80 anni di cui 4 femmine e 10 maschi. I risultati della genotipizzazione hanno evidenziato *Denguevirus* tipo 1-2-3.

West-Nile Fever

330 soggetti sono stati sottoposti a test diagnostici per rilevare la presenza del *West-Nile virus*. Di tutti i test fatti, 16 sono risultati positivi per West-Nile Fever e rappresentano il 0,4% di tutti i test effettuati. Si tratta di 7 femmine e 9 maschi di età dai 25 ai 76 anni.

La maggior parte dei casi si sono verificati nell'Azienda Ulss 21 (7 casi, ovvero il 43% dei 16 casi totali) e nell'Ulss 18 (7 casi, ovvero il 43% dei casi). Il primo caso ha manifestato i sintomi febbrili a fine luglio, mentre gli ultimi due casi riportano una data di inizio sintomi a metà del mese di settembre.

Considerazioni conclusive sul Sistema di Sorveglianza delle febbri estive

I risultati ottenuti nel 2013 dalla sorveglianza delle febbri da *West-Nile virus* si possono considerare molto soddisfacenti, sia perché è stato raggiunto un numero significativo di campioni testati, sia per quanto riguarda la risposta alla sorveglianza attiva. La sorveglianza delle febbri da dengue e chikungunya ha dato un risultato più che soddisfacente rispetto all'anno precedente in quanto sono stati testati 209 viaggiatori febbrili su un totale di 210 test individuati come indicatore minimo.

Si ravvisa la necessità di un maggior coinvolgimento dei Medici di Pronto Soccorso e dei Medici di Medicina Generale.



Utilizzo di dispositivi di sicurezza per la prevenzione degli incidenti domestici e stradali

Incidenti stradali

Nel periodo 2010-2013, in Veneto la maggior parte degli intervistati, secondo PASSI, ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto: il 92% indossa sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori e il 98% il casco.

L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 36% degli intervistati, infatti, la usa sempre. L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è più basso nelle classi d'età più giovani (18-24 anni e 25-34 anni) e nelle persone con un alto livello d'istruzione.

Il 10% dei conducenti dichiara di aver guidato, almeno una volta nel mese precedente l'indagine, dopo l'assunzione di bevande alcoliche. Questa abitudine è più diffusa tra gli uomini (15% rispetto al 3% delle donne), nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle senza difficoltà economiche.

Chi usa sempre le cinture posteriori	
Fonte PASSI	
GENERE	
uomini	35%
donne	36%
ETÀ	
18-24	36%
25-34	26%
35-49	39%
50-69	38%
ISTRUZIONE	
Nessuno/elementare	39%
Scuola media inferiore	38%
Scuola media superiore	35%
Laurea	32%
DIFFICOLTÀ ECONOMICHE	
Molte difficoltà	36%
Qualche difficoltà	36%
Nessuna difficoltà	35%

Incidenti domestici

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza. Gli incidenti domestici costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico).

PASSI rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. A partire dal 2012 PASSI misura inoltre la percentuale di incidenti in casa per cui è stato necessario il ricorso al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale.



In Veneto nel periodo 2010-2013 la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 94% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente. In particolare, hanno una più bassa percezione del rischio gli uomini e le persone con poche difficoltà economiche.

Percezione del rischio di avere un infortunio in ambiente domestico (%) Fonte Passi	Alta/ molto alta	Assente/ bassa
GENERE		
uomini	5%	95%
donne	7%	93%
ETÀ		
18-34	6%	94%
35-49	6%	94%
50-69	6%	94%
ISTRUZIONE		
Nessuno/elementare	6%	94%
Scuola media inferiore	6%	94%
Scuola media superiore	6%	94%
Laurea	7%	93%
DIFFICOLTÀ ECONOMICHE		
Molte difficoltà	9%	91%
Qualche difficoltà	7%	93%
Nessuna difficoltà	5%	95%
PRESENZA DI PERSONE A RISCHIO		
Anziani/bambini	7%	93%
Non presenza Anziani/bambini	5%	95%

La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare è invece un fattore che aumenta la percezione del rischio di infortunio domestico (percezione alta/molto alta 7% vs 5%).

Il 4% degli intervistati che hanno subito un infortunio domestico sono dovuti ricorrere al medico di famiglia, al pronto soccorso o all'ospedale.

Prevenzione incidenti domestici e stradali nei primi anni di vita

All'interno delle attenzioni genitoriali nel loro complesso, valutando come variabile proxy dell'attenzione alla sicurezza l'utilizzo corretto di mezzi per il trasporto sicuro e le modalità di utilizzo del fasciatoio, si rileva che nelle survey GenitoriPiù del 2012 e del 2013 quasi il 90% delle mamme dichiara di trasportare il bambino in auto in maniera corretta, e l'80% dichiara comportamenti sicuri circa il cambio del pannolino in sicurezza. Tuttavia dai dati Passi 2011-2013, risulta che il 20% degli adulti tra 18 e 69 anni, con bambini al di sotto dei 6 anni, dichiara di avere difficoltà nel far stare seduto e allacciare al seggiolino o all'adattatore alza bimbo il piccolo che viaggia in macchina.

Si evidenzia tuttavia una forte relazione tra titolo di studio e comportamenti sicuri in auto (80% vs 94%) e una certa influenza del reddito sulla sicurezza sia in auto che a casa (differenza del 4% e del 2%).

Molto più rilevanti le differenze distribuite in base alla provenienza geografica rispetto alla sicurezza in auto (dal 56% al 76% Asia-Africa, dal 79% al 94% Europa-Italia).



SCREENING ONCOLOGICI

Screening cervicale

In base ai dati del Registro Tumori, si stima che nel 2012 in Veneto i nuovi casi di tumore invasivo del collo dell'utero siano stati poco più di 150. Nel 2011 i decessi per tale causa sono stati 21.

Nello screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero le donne fra i 25 e i 64 anni vengono invitate ad eseguire un Pap test gratuito triennale e, quando questo evidenzia determinate anomalie, a eseguire gli approfondimenti necessari fino alla diagnosi e all'eventuale trattamento.

Secondo la letteratura tale intervento è in grado di prevenire la comparsa del 90% dei carcinomi squamo cellulari invasivi del collo dell'utero, mentre ha un'efficacia notevolmente inferiore nei confronti dell'adenocarcinoma.

A partire dal 2009 sono stati attivati nelle Aziende Ulss delle province di Padova e Rovigo dei progetti pilota che utilizzano per il primo livello di screening il test per la ricerca del DNA dei tipi ad alto rischio del Papillomavirus umano (HPV).

- Lo screening è attivo in tutte le Aziende Ulss del Veneto
- La popolazione target del Veneto è di circa 1.300.000 donne. L'estensione corretta nel 2013 è stata del 98,6% e l'adesione corretta del 60%.

Screening mammografico

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente e la causa di morte per tumore più importante nel sesso femminile. Si stima, sulla base dei dati del Registro Tumori del Veneto (RTV), che nel 2012 in Veneto i nuovi casi di tumore della mammella siano stati 4.425, pari al 32% di tutte le neoplasie nelle donne.

Nel 2011 i decessi per questa causa sono stati 995, il 16% delle morti per tumore nel sesso femminile.

Lo screening mammografico è rivolto alle donne fra i 50 e i 69 anni, che in Veneto sono circa 617.000, invitate ad eseguire una mammografia con frequenza biennale.

L'obiettivo primario del programma di screening è la riduzione della mortalità specifica per tumore della mammella.

Obiettivo secondario è l'applicazione di terapie chirurgiche e mediche il più possibile conservative ed accettabili.

Ambedue questi obiettivi sono legati alla individuazione dei tumori quando sono ancora di piccole dimensioni, senza interessamento dei linfonodi e senza metastasi a distanza.

- Lo screening è attivo in tutte le Aziende Ulss del Veneto
- La popolazione target del Veneto è di circa 600.000 donne. L'estensione corretta degli inviti nel 2013 è stata del 100,3%, con un'adesione corretta del 74%.

Screening colorettaie

Gli screening sono efficaci nel ridurre la mortalità e l'incidenza del carcinoma colorettaie (CCR).

Sulla base dei dati del Registro Tumori del Veneto, si stima che nel 2012 in Veneto i nuovi casi di tumore invasivo del colon retto siano stati circa 4.242 (2.403 maschi, 1.839 femmine), mentre nel 2011 i decessi per tale causa sono stati 1.526 (830 maschi, 696 femmine).



In Italia sono utilizzati differenti test di primo livello, la ricerca del sangue occulto fecale (SOE) la rettosigmoidoscopia (RS) o una combinazione dei due; il test impiegato condiziona a sua volta la scelta dell'età bersaglio e la periodicità degli inviti.

Questo rende la valutazione dello screening CCR particolarmente complessa, rispetto a quella degli screening cervicale e mammografico.

- Lo screening è attivo in tutte le Aziende Ulss del Veneto
- La popolazione target del Veneto è di 1.200.000 persone. L'estensione corretta degli inviti nel 2013 è stata del 91,3%, con un'adesione corretta del 63,6%.

ACQUE POTABILI

La disponibilità di acque per il consumo umano, qualitativamente salubri e in adeguata quantità, è legata, nell'immediato futuro, all'attuazione di un nuovo approccio di gestione del rischio, esteso dal prelievo della risorsa idrica all'intero processo di trattamento e di distribuzione sino al punto di utenza. La revisione della Direttiva 98/83/CE sulla qualità delle acque destinate al consumo umano è infatti decisamente orientata verso il modello di Water Safety Plan (WSP), proposto nelle più recenti linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e inquadrato in una politica di gestione sostenibile delle risorse idriche. Gli indirizzi internazionali prevedono l'interdisciplinarietà e l'utilizzo esperto di strumenti di analisi di stato e previsionale che garantiscano un'indicazione temporanea e tempestiva delle potenziali esposizioni della popolazione (Sistemi di EarlyWarning).

Il tema è particolarmente sentito nel territorio Regionale del Veneto che, in particolare negli anni recenti, sta investendo per contenere gli esiti drammatici del dissesto idrogeologico del territorio.

In questo senso, le attività di prevenzione sanitaria in materia di gestione e controllo sulle acque potabili in ambito regionale rappresentano un'area di intensa espansione dal punto di vista tecnico scientifico e di rilevanza strategica per garantire efficacia ed efficienza nel razionalizzare ed organizzare i controlli delle Ulss, nonché per la definizione e la gestione dei rischi potenziali per la popolazione.

Proprio a tutela della salute è sempre più sentita quindi, a livello dei diversi ambiti delle politiche locali, la necessità di rendere disponibile a livello regionale nelle competenze dell'Area della Sanità uno strumento di supporto specialistico esperto multidisciplinare, che garantisca la centralità del presidio sulla "Salute" all'interno delle politiche ambientali sulle acque, per un'azione di tutela coerente e organica nel territorio regionale .

L'attivazione di un'Area Tematica Specialistica Regionale relativa al tema del Sistema Acque nella Tutela della Salute, a forte componente multidisciplinare, è sentita da più parti e da tempo come un'esigenza importante, quale strumento necessario a garantire attraverso l'utilizzo e l'accesso ad un sistema dati unitario e integrato sui temi dell'acqua potabile, un servizio a disposizione delle strutture regionali, delle strutture di prevenzione delle Ulss e dei portatori di interesse per le attività di pianificazione dei controlli, per le iniziative di prevenzione e tutela della salute, per l'analisi degli impatti, per la valutazione e gestione dei rischi (funzioni di gestione e di supporto tecnico esperto) e per favorire la crescita di una cultura di attenzione e di rispetto della Risorsa Acqua.



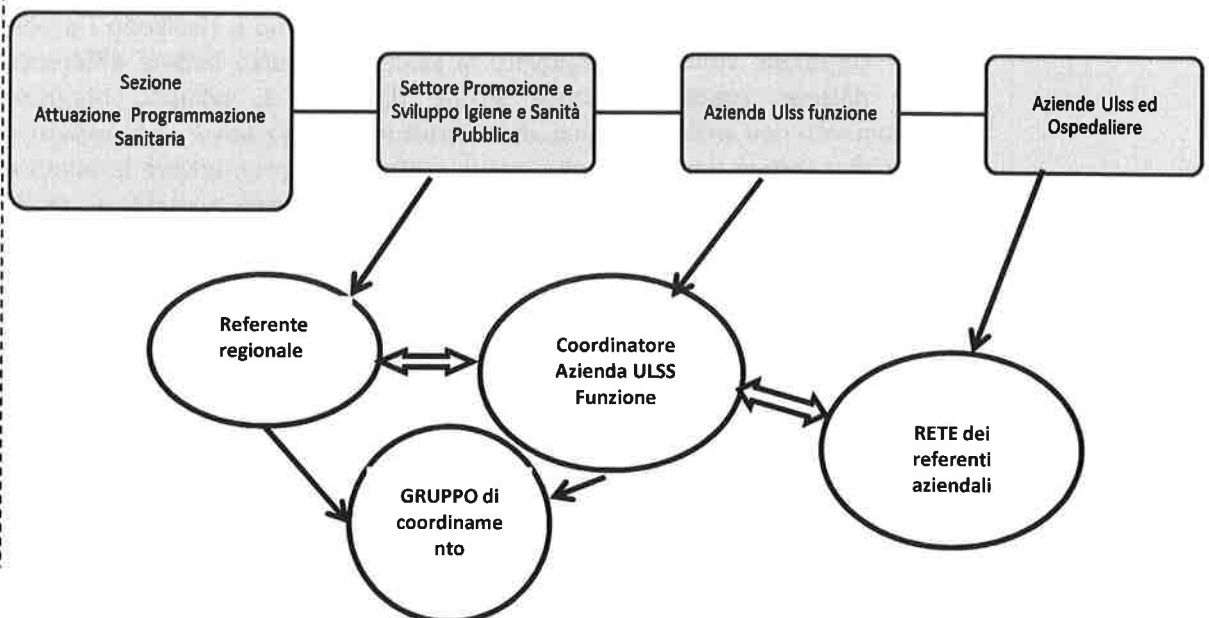
PUNTI CARDINI DELLA PROGRAMMAZIONE

Lavoro a rete

La Regione del Veneto ha avviato un percorso basato sulla concretezza: trasformare il commitment convenuto in sede nazionale ed espresso nel Piano Nazionale Prevenzione, in linee di lavoro efficaci all'interno della programmazione regionale, documentate dalle prove e verificate nel prodotto di salute. È fondamentale, per poter dare delle risposte, realizzare e sostenere una rete robusta che interconnetta le strutture regionali di governo, le Aziende Ulss, in particolare, con i Dipartimenti di Prevenzione, tutte le istituzioni pubbliche, regionali e locali, protagonisti della società civile e del mondo produttivo. La scelta della Regione del Veneto è stata quella di avvalersi fin dalle prime fasi progettuali di un nucleo di referenti, non necessariamente appartenente all'organizzazione regionale, ma più spesso alle Aziende Ulss o ad altri Enti regionali (ARPAV, ecc), a cui è affidata anche la gestione operativa delle azioni condivise e coprogettate. Ciascun referente di linea progettuale coordina, co-progetta e realizza con reti di referenti locali delle Aziende Ulss, nominati dal Direttore Generale, attraverso i quali le diverse linee operative trovano uno sviluppo concreto nel territorio in modo uniforme. In tal modo la responsabilità dell'azione è condivisa a diversi livelli di intervento, regionale e locale, e ciò permette attraverso continui interscambi di valutare ed eventualmente modificare le azioni in essere per renderle più aderenti alle esigenze territoriali.

Tale modello organizzativo richiede a livello regionale forti azioni di coordinamento e di integrazione tra le diverse linee di lavoro, attraverso azioni di: - partecipazione a gruppi tecnici e di lavoro specifici; - supporto tecnico-scientifico alle azioni progettuali; azioni centrali trasversali a sostegno delle linee progettuali: formazione, produzione di report e linee guida, monitoraggio e valutazione continui.

Il modello organizzativo di coordinamento e sviluppo dei programmi



**Passare da progetto a programma**

Altro caposaldo, obiettivo e allo stesso tempo sfida che anima il PRP 2014-2018 è la convinzione che è necessario passare da un'ottica parcellizzata di singole azioni derivanti da progetti settoriali a una logica di processi e programmi legati ad attività istituzionali "di sistema e sistematizzate", tra loro coerenti, coordinate e sinergiche. In tale logica i Programmi che verranno sviluppati nel PRP per macro obiettivo si intersecheranno tra loro, rispondendo ad obiettivi specifici di macro obiettivi diversi. Tale passaggio si impone se si desidera porre fondamenti ad attività non estemporanee basate sulla fortuita presenza di condizioni favorevoli, ma nell'ottica di aumentare il grado di "empowerment di sistema" cioè la capacità del sistema salute di controllare le proprie capacità e di "fare la differenza"; sviluppare un sistema che, nell'ottica della *Salute in tutte le politiche*, è in grado di determinare un'architettura degli interventi basati sulle migliori evidenze di efficacia, implementati in modo equo ed uniforme nel territorio regionale, programmati per ridurre le disuguaglianze, un approccio multi componente (trasversale ai determinanti di salute), per ciclo di vita (life course) e setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario) ed intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.), con il coinvolgimento (empowerment di comunità) di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici alle comunità locali.

Progettazione per setting

Il PRP si sviluppa con linee programmatiche differenziate per setting di vita quali, in particolare, la scuola, gli ambienti di lavoro e la comunità; si tratta di setting significativi di vita delle persone e fin dalla prima infanzia secondo l'approccio life-course. La scelta di incontrare le persone nei loro setting di vita è determinata dalla volontà di sottolineare l'obiettivo che è quello di supportare il protagonismo quotidiano delle persone che costruiscono la propria salute "là dove si studia, si lavora, si gioca e si ama" (Carta di Ottawa, 1986). Secondo il Glossario dell'OMS il setting è "Il luogo o il contesto sociale in cui le persone si impegnano in attività quotidiane in cui i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono tra loro per influenzare la salute e il benessere. Un setting è anche il luogo in cui le persone utilizzano attivamente e influenzano l'ambiente e, pertanto, creano o risolvono i problemi relativi alla salute. Un'azione volta a promuovere la salute attraverso setting differenti può assumere forme diverse, spesso mediante alcune tipologie di sviluppo organizzativo come il cambiamento dell'ambiente fisico, della struttura organizzativa, degli aspetti amministrativi e gestionali. I setting possono anche essere utilizzati per promuovere la salute raggiungendo le persone che vi lavorano o che lo utilizzano per avere accesso ai servizi e attraverso l'interazione dei diversi setting con l'intera comunità.

Pertanto gli interventi dei Piani e dei Programmi regionali sono analizzati in rapporto al setting cui sono indirizzati ed integrati tra loro: in tal modo attività specifiche di un intervento, ad es. promozione di una scuola libera dal fumo, andranno ad integrarsi con altre che incidono sullo stesso setting (ad es. con la promozione dell'attività motoria in ambito scolastico). Il risultato atteso sono interventi trasversali e globali nella promozione di stili di vita sani all'interno di uno stesso ambiente di vita.

Consolidamento attività storiche

Il piano intende consolidare le attività 'storiche' (quali vaccinazione, screening oncologici,...) affinché vengano condotte uniformemente nel territorio veneto, eliminando differenze territoriali che talvolta esistono. La scelta strategica è di lavorare sulla qualità dei servizi offerti, utilizzando al meglio le risorse disponibili e valorizzando esperienze locali specifiche in un'ottica di benchmarking e accrescimento reciproco.



**Attività
innovative**

Nel precedente Piano sono stati sperimentati alcuni interventi innovativi, stimolati dalle indicazioni internazionali e nazionali. E' tra gli obiettivi della nuova programmazione estendere a tutto il territorio regionale tali interventi, che si sono dimostrati non solo efficaci, ma altresì sostenibili dalle programmazioni locali. Gli interventi che si intendono estendere sono: a) l'integrazione dei sistemi di sorveglianza b) lo Screening cardiovascolare, c) la Prescrizione dell'esercizio fisico, d) l'Attivazione dello screening cervicale con test HPV, e) la Comunicazione nell'ambito delle malattie infettive, f) il sistema "acqua" come indicatore strategico di salute e benessere.

**Attività
trasversali**

Il PRP si arricchisce di alcune attività trasversali che sono di riferimento per più Piani e Programmi.

- Tutti i *sistemi nazionali di sorveglianza* sulla popolazione specifici per le diverse fasce di età (OKKIO alla Salute, HBSC, PASSI e Passi d'Argento) sono attivi in Veneto, anche con dettaglio di Azienda Ulss. La sfida nello sviluppo del PRP 2014-2018 è l'integrazione delle sorveglianze di popolazione sugli stili di vita affidati ad unica referenza sia regionale che locale, affinché possano essere utilizzate in modo efficiente competenze, conoscenze e risorse per ottenere una lettura integrata e completa di un determinante della salute in diverse fasce d'età, come pure per integrare i dati relativi a diversi determinanti.
- *Guadagnare Salute* rappresenta una nuova cultura della prevenzione e della promozione della salute il cui obiettivo primario è quello di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica). Al fine di sviluppare in modo integrato e sinergico a livello regionale ed aziendale le attività di Guadagnare Salute, sono stati nominati sia un referente che un coordinatore locale, che si interfacciano con il livello regionale, ed è stato chiesto di costituire con delibera del Direttore Generale un gruppo multiprofessionale e interdipartimentale. La necessità di costituire un unico gruppo di lavoro permette infatti di mettere a fattore comune tutte le risorse presenti nei Dipartimenti e costituire un nucleo di aggregazione a cui aggiungere altre competenze presenti in ciascuna Azienda.
- A supporto della rete regionale, che così si è venuta a creare, e al fine di aumentare le competenze necessarie per un cambio culturale sia degli operatori sanitari come della popolazione rispetto questo nuovo modo di concepire la prevenzione e la promozione della salute in questo PRP, si continuerà l'importante opera della formazione specifica rivolta ai gruppi aziendali di Guadagnare Salute, la produzione di materiali ad hoc e l'organizzazione di eventi.
- I Laboratori di didattica multimediali per la promozione della salute *Cà Dotta – Luoghi per la Salute* continueranno ad essere una tappa importante dei percorsi didattici messi in atto dalle scuole con gli alunni impegnati in programmi scolastici di promozione di stili di vita sani relativi ai quattro principali rischi quali il fumo, l'alcol, l'attività motoria e l'alimentazione. Verrà inoltre dato avvio ad un laboratorio esperienziale per la promozione del movimento all'interno del programma Muoversi.

**Nuove
competenze
del personale**

L'attività formativa, nell'ambito del PRP rappresenta una delle azioni sulle quali vi è un forte investimento sia all'interno dei singoli Piani e Programmi sia a livello trasversale ad esempio sul grande tema dell'approccio di comunità multicomponenti che vale per tutti gli ambiti della promozione della salute.

Il ruolo della formazione risulta fondamentale sia per l'importanza della veicolazione di messaggi affinché siano coerenti e promulgabili in tutto il territorio regionale sia quale strumento fondamentale per l'apprendimento e/o l'aggiornamento di nuove strategie e tecniche specifiche, ma anche quale momento di confronto e di possibilità di potenziare e dare



vita a quell'importante anello che è dato dalla rete e dal lavoro in rete, sempre indispensabile nell'operare della sanità pubblica. La formazione è necessaria per avviare un processo esplicito di miglioramento che, pur in presenza di risorse limitate, possa garantire nei prossimi anni che nella workforce siano presenti e adeguatamente sviluppate le principali competenze necessarie a condurre, nelle diverse Aziende, programmi efficaci di miglioramento del benessere e della qualità della vita e di riduzione dei principali fattori di rischio.

L'attività formativa, infatti, permette la circolazione di idee, esperienze, knowhow e nel contempo è in grado di attivare energie, garantire un omogeneo e diffuso sviluppo delle competenze tecnico-gestionali del personale sanitario, in particolare dei Dipartimenti di Prevenzione che hanno sempre operato in collaborazione con le altre istituzioni per cambiare la salute e la qualità della vita.

Nello specifico, per affrontare le nuove sfide della promozione della salute il Dipartimento di Prevenzione deve acquisire o consolidare nuove competenze per la creazione di reti locali per la promozione della salute, in particolare attraverso il rafforzamento del ruolo di advocacy e di gestione delle relazioni con gli stakeholder locali. Oggi, infatti, l'efficacia dei risultati dipende più che mai dal coinvolgimento degli attori esterni al sistema sanitario e dalla concertazione di diverse competenze ed abilità.

Intersettorialità

Intersettorialità è la parola chiave per sviluppare condivisione e comune comprensione tra settori diversi sui determinanti della salute e per definire comuni obiettivi di intervento.

Per agire sui determinanti socio-economici e ambientali delle malattie croniche, per dare maggior credibilità ai messaggi da veicolare, per consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, per assicurare un'informazione univoca e completa sono necessarie alleanze tra forze diverse e azioni sinergiche. Poiché la maggior parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del Servizio sanitario, il PRP nell'ottica di *Guadagnare Salute* e attuando l'approccio *Salute in tutte le politiche* punta sull'avvio di una "politica delle alleanze" tra soggetti portatori di interesse e settori diversi della società (Amministrazioni locali, organizzazioni, enti, associazioni, istituzioni, ecc) che è l'obiettivo trainante dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Partner del PIANO REGIONALE PREVENZIONE:

- **interni al sistema regionale:** Sezione Lavori Pubblici, Dipartimento Ambiente; Dipartimento Turismo.
- **esterni al sistema regionale :** Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto, Università di Padova, di Venezia, di Verona, ARPAV, IOV, ENTI LOCALI, UISP, OMS, UNICEF, CARITAS, Società Scientifiche.

Equity lens

Il PNP 2014-18 indica chiaramente la necessità di adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze, e nello specifico si pone l'obiettivo di limitare le disuguaglianze causate da condizioni sociali ed economiche che influiscono sullo stato di salute (MCNT).

Oltre ai determinanti distali (condizioni socioeconomiche, istruzione, provenienza geografica, ecc.) un approccio capace di leggere le disuguaglianze in salute (Equity Lens) deve quindi individuare i determinanti prossimali su cui intervenire, anche attraverso l'individuazione di sottogruppi di popolazione particolarmente esposti ai rischi. I principali determinanti distali si riferiscono a fattori ambientali e lavorativi, come le condizioni fisiche, chimiche, biologiche ed ergonomiche che creano rischio negli ambienti di vita e di lavoro; i fattori psicosociali, quali quelli legati all'organizzazione del lavoro; i comportamenti insalubri come l'abitudine al fumo, il consumo di alcool, il sovrappeso, la sedentarietà, la dieta squilibrata e il sesso non protetto;



infine, la limitazione di disponibilità, accesso ed uso dei diversi fattori protettivi per la salute forniti dai servizi sanitari.

Nel PNP vengono già recepite le indicazioni circa:

- la centralità dell'intersectorialità per gli obiettivi di salute e il contrasto delle disuguaglianze
- la sorveglianza epidemiologica: non solo su malattie infettive, ma anche sui determinanti, i rischi e la valutazione dell'impatto degli interventi di prevenzione
- la realizzazione del concetto di adesione consapevole, da parte della popolazione, all'offerta dei diversi interventi preventivi.

Lo scopo è di rendere fruibili per tutta la popolazione eleggibile gli interventi efficaci, superando le differenze territoriali. Le azioni prevedono un'estensione a tutto il territorio di un sistema informativo che sorvegli qualità e quantità delle azioni di promozione della salute, che sia in grado di selezionare e valorizzare le buone pratiche, di monitorare le attività e quantificarne il consumo di risorse, per implementare nuovi interventi più costo-efficaci.

Le sorveglianze, opportunamente orientate, permettono l'individuazione delle disuguaglianze (valga per esempio la sorveglianza PASSI o la rilevazione periodica dei comportamenti dei genitori sui determinanti di salute precoci di GenitoriPiù con le principali variabili di stratificazione: reddito, istruzione, cittadinanza/nazionalità). Nel Veneto per esempio le mamme straniere rispetto alla media delle italiane mostrano minor conoscenza dell'acido folico (-31,2 punti%) e comportamenti più a rischio rispetto alla SIDS (posizione supina in culla 46% vs 60,9%), agli incidenti domestici e al corretto trasporto in auto (-25,9 punti%), con minor propensione per la lettura ad alta voce, mostrandosi in questi determinanti più simili nelle risposte alle mamme italiane più in difficoltà per reddito e istruzione. Le mamme extracomunitarie forniscono però dati più protettivi rispetto alla media delle italiane su allattamento (+11,7 punti %), uso di alcol in gravidanza (astinenti 77,5% vs 66,6%), abitudine al fumo (non fumatrici 83,5% vs 72,5%), oltre che sulle vaccinazioni (adesione pressoché totale).

Il contrasto alle disuguaglianze richiede in ogni caso il rafforzamento e l'estensione a tutto il territorio regionale delle azioni dove tuttavia i sottogruppi destinatari sono già ben delineati: ad esempio, gli screening oncologici nella popolazione straniera, le vaccinazioni dell'infanzia nelle comunità ROM e SINTI come punto di ingresso sulla salute sessuale e riproduttiva e sulla salute in generale delle due comunità, la sorveglianza e l'intervento proattivo di cura (DOT – Directly Observed Therapy– Somministrazione controllata della Terapia Antitubercolare) della TBC, la prevenzione in ambito penitenziario la promozione degli stili di vita sani negli stranieri e in altri sottogruppi socio economicamente svantaggiati (paz. psichiatrici, anziani ecc.).

Vanno altresì focalizzate le tematiche relative all'accesso ai servizi, anche nei suoi aspetti giuridico amministrativi, i rischi abitativi e urbani, l'alimentazione, la promozione della salute fisica in psichiatria e in altre situazioni patologiche o di disagio, gli stili di vita in sottopopolazioni specifiche, la prevenzione e cura odontoiatriche. Una particolare attenzione va garantita alla prevenzione ed alla medicina di genere.

Il rilevamento delle disuguaglianze in salute (equity lens), una attenta ricognizione regionale degli interventi e in conseguenza la valutazione degli interventi di contrasto (equity audit), il loro monitoraggio nel tempo, la formazione degli operatori, costituiscono la sfida per una prevenzione che sappia aumentare l'equità del sistema.

Determinati ambientali e salute

Una quantità ormai consolidata di letteratura evidenzia l'efficacia di un approccio urbanistico che potenzia i determinanti di salute (distanza di sicurezza delle abitazioni dagli assi viari di grande traffico - caratteristiche delle modalità di trasporto all'interno degli abitati, caratteristiche energetiche delle abitazioni, utilizzo degli spazi verdi per promuovere l'attività motoria e il capitale sociale) nel migliorare le condizioni salute della popolazione.



Nello sviluppo del PRP si prevede di costituire una rete interdisciplinare di operatori che appartengano al servizio sanitario e agli enti locali, coinvolgendo ogni altro stakeholder per la progettazione e l'attuazione degli interventi. Metodologicamente saranno attuate modalità di co-progettazione e coinvolgimento della popolazione nelle scelte urbanistiche, in un'ottica di empowerment di comunità.

Task shifting

Il "task shifting" è la redistribuzione razionale dei compiti all'interno di un gruppo di lavoro sanitario grazie alla quale competenze tecniche specifiche sono spostate da operatori sanitari a qualificazione formale più elevata ad altri a qualificazione formale meno elevata, ma specificamente formati e certificati con l'obiettivo di raggiungere un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

In realtà si tratta di una modalità razionale di organizzare il lavoro che deve trovare applicazione anche nelle attività di prevenzione del nostro Paese che presenta una situazione di "ingessamento" corporativo particolarmente elevato a causa del peso che viene attribuito al conseguimento di un titolo di studio.

E' risaputo che è cosa ben diversa aver seguito un corso formale di studio con relativo diploma/laurea ed essere in realtà in grado di operare efficacemente sul campo in merito alla materia trattata scolasticamente.

Il tema che ha di fronte l'intera Sanità Pubblica, e non solo la Prevenzione, è di riorganizzare le attività affidandole in base alle effettive competenze certificate più che al titolo di studio.

Della proposta, infatti, di redistribuire le competenze in sanità va sottolineata non tanto la dimensione del risparmio economico, ma la sua capacità di migliorare la qualità del sistema e di inserirsi in un più ampio flusso di idee ed iniziative che in ambito mondiale e comunitario portano sempre più ad organizzare il lavoro ponendo l'accento sulle competenze sostanziali piuttosto che formali.

Ruolo del Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è l'asse portante e il nodo strategico di una forte e valida collaborazione tra le Strutture, i Servizi e le Unità Operative, interni ed esterni all'Azienda Ulss, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini e conseguentemente nello sviluppo sociale ed economico della realtà veneta.

Il Dipartimento di Prevenzione ha il compito principale di sviluppare le azioni dei Piani e Programmi del PRP rispettando i principi chiave dell'intera programmazione. In particolare, spetta al Dipartimento di Prevenzione: a) mantenere le alleanze già attivate o attivare nuove intese, sia con istituzioni regionali e locali, sia con enti del mondo produttivo e della società civile; b) favorire il coordinamento e il sistema di sinergie a livello regionale e locale; c) monitorare le azioni, programmate ed in parte già attivate, sviluppare e garantire la valutazione del processo e dei risultati.

Nell'ambito della promozione della salute, che non può prescindere da settori diversi da quello sanitario, protagonisti e co-responsabili insieme alla Sanità, gli operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione assumono il ruolo di "catalizzatori" degli interventi di prevenzione e promozione della salute, favorendo l'integrazione professionale ed intercettando le attività di settori differenti da quello sanitario e costruendo coesione sociale, sostenuta da una "rete" di azioni sinergiche e integrate. In questa ottica i Dipartimenti di Prevenzione nei prossimi anni dovranno prevedere una forte riorganizzazione al fine di dismettere pratiche oramai inutili e desuete per liberare risorse indispensabili in altri settori.

Fondamentale è il sostegno e lo sviluppo della "comunicazione" quale parte strutturale del programma ed indispensabile strumento di informazione e promozione della salute.



INDICE

Programmazione per macro obiettivi

2.1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili

PIANO REGIONALE GUADAGNARE SALUTE

Attività trasversali

- *Coordinamento operativo delle sorveglianze di popolazione sugli stili di vita (Passi, Passi D'Argento, OkKio alla Salute, HBSC)*
- *Guadagnare Salute. Formazione, produzione di materiali e organizzazione di eventi*
- *Laboratori multimediali per la promozione della salute*

Piano regionale per la Promozione dell'Attività Motoria nel Veneto

- *MuoverSi - Promozione dell'attività motoria nel ciclo di vita, con particolare attenzione all'intervento sui determinanti ambientali e al contrasto delle disuguaglianze*
- *Sviluppo della Carta di Toronto come modello per l'advocacy, la creazione di reti, la progettazione partecipata*
- *Prescrizione dell'esercizio fisico*

Piano regionale per ambienti e persone libere dal fumo di tabacco

- *Coordinamento dei sistemi di monitoraggio della normativa sul fumo e promozione di ambienti liberi dal tabacco*
- *Coordinamento e sviluppo della prevenzione del tabagismo in ambiti scolastici e di comunità in un'ottica di promozione della salute*
- *Coordinamento e sviluppo del sistema veneto del trattamento del tabagismo*

Piano regionale per la promozione della salute materno infantile

- *Coordinamento e sviluppo rete Ospedali Amici del Bambino e promozione dell'allattamento al seno*
- *GenitoriPiù – Coordinamento Promozione Salute Materno-Infantile*
- *Coordinamento attività di counselling sugli stili di vita per personale ostetrico e materno infantile. Sviluppo Mamme libere dal fumo*

Programmi integrativi

- *Formazione personale sanitario sulla prevenzione dei problemi alcol-correlati*
- *Programma per la promozione di una corretta alimentazione*
- *Programma di screening cardiovascolare*

PIANO REGIONALE SCREENING ONCOLOGICI

- *Mantenimento adesione ed estensione dei programmi di screening per il carcinoma della mammella, del colon retto e della cervice uterina*
- *Introduzione del test per la ricerca dell'HPV come test primario in tutti i programmi di screening cervicale della Regione*



- *Estensione dell'utilizzo del test per la ricerca del sangue occulto fecale a tutti i programmi di screening colorettales della Regione ed estensione dell'offerta di screening colorettales al 100% della popolazione residente di età 50-69 anni*

2.2 Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali

- *Screening audiologico e screening oftalmologico*

2.3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani

- *Promozione della genitorialità (Allattamento e Lettura precoce ad alta voce - vedi Piano regionale per la promozione della salute materno infantile)*
- *Peer education: prevenzione dei comportamenti a rischio (alcool, tabacco, sostanze psicoattive, HIV/MTS ...) negli adolescenti in ambito scolastico*
- *MuoverSi - Promozione dell'attività motoria nel ciclo di vita*

2.4 Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti

- *Coordinamento e sviluppo della prevenzione del tabagismo in ambiti scolastici e di comunità in un'ottica di promozione della salute*
- *Peer education: prevenzione dei comportamenti a rischio (alcool, tabacco, sostanze psicoattive, HIV/MTS ...) negli adolescenti in ambito scolastico*

2.5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti

- *Prevenzione incidenti stradali*

2.6 Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti

- *Prevenzione incidenti domestici*

2.8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute

- *Il sistema acqua come indicatore strategico di salute e benessere*

2.9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie

Piano di sviluppo per il controllo delle malattie prevenibili con vaccino e delle attività a supporto del calendario vaccinale

- *Formazione/informazione sui nuovi vaccini, buone pratiche vaccinali, reazione avverse e counselling vaccinale*
- *Canale verde*
- *La comunicazione nell'ambito delle malattie infettive - Sito VacciarSi Veneto*
- *Viaggiatori internazionali*

Piano per il controllo delle malattie non prevenibili con vaccino

- *Programma per il controllo delle malattie trasmesse da vettori*
- *Programma per il controllo e la lotta alla tubercolosi (screening, chemioprolifassi, diagnostica, terapia) ed altre emergenze di natura infettiva*
- *Viaggiatori Internazionali (per la prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione)*
- *Sorveglianza delle malattie batteriche-invasive*
- *Programma per il controllo delle infezioni ospedaliere*



STRUTTURA DEL PNP e PRP

2.1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT

Obiettivi centrali	Indicatori centrali	Programma regionale
Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)	Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Coordinamento e sviluppo rete Ospedali Amici del Bambino e promozione dell'allattamento al seno</i>
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	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	<ul style="list-style-type: none"> • <i>MuoverSi - Promozione dell'attività motoria nel ciclo di vita, con particolare attenzione all'intervento sui determinati ambientali e al contrasto delle disuguaglianze</i> • <i>Coordinamento e sviluppo della prevenzione del tabagismo in ambiti scolastici e di comunità in un'ottica di promozione della salute</i> • <i>Programma per la promozione di una corretta alimentazione</i> • <i>Laboratori multimediali per la promozione della salute</i> • <i>Coordinamento attività di counselling sugli stili di vita per personale ostetrico e materno infantile. Sviluppo Mamme libere dal fumo</i> • <i>GenitoriPiù – Coordinamento Promozione Salute Materno-Infantile</i> • <i>Peer education: prevenzione dei comportamenti a rischio (alcol, tabacco, sostanze psicoattive, HIV/MTS ...) negli adolescenti in ambito scolastico</i> • <i>Formazione personale sanitario sulla prevenzione dei problemi alcol-correlati</i> • <i>Sviluppo della Carta di Toronto come modello per l'advocacy, la creazione di reti, la progettazione partecipata</i> • <i>Prescrizione dell'esercizio fisico</i>
Ridurre il numero dei fumatori	Prevalenza di fumatori nella popolazione	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Coordinamento e sviluppo della prevenzione del tabagismo in ambiti scolastici e di comunità in un'ottica di promozione della salute</i> • <i>Laboratori multimediali per la promozione della salute</i> • <i>Coordinamento e sviluppo del sistema veneto del trattamento del tabagismo</i>

		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Coordinamento attività di counselling sugli stili di vita per personale ostetrico e materno infantile. Sviluppo Mamme libere dal fumo</i> • <i>Coordinamento dei sistemi di monitoraggio della normativa sul fumo e promozione di ambienti liberi dal tabacco"</i> • <i>Peer education: prevenzione dei comportamenti a rischio (alcol, tabacco, sostanze psicoattive, HIV/MTS ...) negli adolescenti in ambito scolastico</i>
Estendere la tutela dal fumo passivo	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Coordinamento dei sistemi di monitoraggio della normativa sul fumo e promozione di ambienti liberi dal tabacco</i> • <i>Coordinamento attività di counselling sugli stili di vita per personale ostetrico e materno infantile. Sviluppo Mamme libere dal fumo.</i>
Ridurre il consumo di alcol a rischio	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Formazione personale sanitario sulla prevenzione dei problemi alcol-correlati</i> • <i>Coordinamento attività di counselling sugli stili di vita per personale ostetrico e materno infantile. Sviluppo Mamme libere dal fumo</i> • <i>Peer education: prevenzione dei comportamenti a rischio (alcol, tabacco, sostanze psicoattive, HIV/MTS ...) negli adolescenti in ambito scolastico</i>
Aumentare il consumo di frutta e verdura	Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Programma per la promozione di una corretta alimentazione</i> • <i>Laboratori multimediali per la promozione della salute</i>
Ridurre il consumo eccessivo di sale	Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Programma per la promozione di una corretta alimentazione</i>
Aumentare l'attività fisica delle persone	Prevalenza di soggetti fisicamente attivi Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età >75	<ul style="list-style-type: none"> • <i>MuoverSi - Promozione dell'attività motoria nel ciclo di vita, con particolare attenzione all'intervento sui determinati ambientali e al contrasto delle disuguaglianze</i> • <i>Sviluppo della Carta di Toronto come modello per l'advocacy, la creazione di reti, la progettazione partecipata</i>



	anni)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prescrizione dell'esercizio fisico</i>
Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	<p>Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)</p> <p>Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018)</p> <p>Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere</p> <p>Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso</p> <p>Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo</p> <p>Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Programma di screening cardiovascolare</i> • <i>Coordinamento e sviluppo del sistema veneto del trattamento del tabagismo</i> • <i>Programma per la promozione di una corretta alimentazione</i> • <i>Formazione personale sanitario sulla prevenzione dei problemi alcol-correlati</i> • <i>Prescrizione dell'esercizio fisico</i>
Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche	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)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prescrizione dell'esercizio fisico</i>
Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening sulla popolazione bersaglio	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mantenimento adesione ed estensione dei programmi di screening per il carcinoma della mammella, del colon retto e della cervice uterina</i>



<p>Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico</p>	<p>Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Estensione dell'utilizzo del test per la ricerca del sangue occulto fecale a tutti i programmi di screening coloretale della Regione ed estensione dell'offerta di screening coloretale al 100% della popolazione residente di età 50-69 anni</i>
<p>Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA</p>	<p>Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)</p> <p>Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Introduzione del test per la ricerca dell'HPV come test primario in tutti i programmi di screening cervicale della Regione</i>
<p>Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella</p>	<p>Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)</p> <p>Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mantenimento adesione ed estensione dei programmi di screening per il carcinoma della mammella, del colon retto e della cervice uterina</i>



2.2 Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali

Obiettivi centrali	Indicatori centrali	Programmi regionali
Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Screening audiologico e screening oftalmologico</i>
Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Screening audiologico e screening oftalmologico</i>

2.3 Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti

Obiettivi centrali	Indicatori centrali	Programmi regionali
Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Promozione della genitorialità (Allattamento e Lettura precoce ad alta voce - vedi Piano regionale per la promozione della salute materno infantile)</i> • <i>Peer education: prevenzione dei comportamenti a rischio (alcool, tabacco, sostanze psicoattive, HIV/MTS ...) negli adolescenti in ambito scolastico</i>



2.4 Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)

Obiettivi centrali	Indicatori centrali	Programmi regionali
Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Coordinamento e sviluppo della prevenzione del tabagismo in ambiti scolastici e di comunità in un'ottica di promozione della salute</i> • <i>Peer education: prevenzione dei comportamenti a rischio (alcool, tabacco, sostanze psicoattive, HIV/MTS ...) negli adolescenti in ambito scolastico</i>

2.5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti

Obiettivi centrali	Indicatori centrali	Programmi regionali
Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	Tasso di decessi per incidente stradale	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prevenzione incidenti stradali</i> • <i>Formazione personale sanitario sulla prevenzione dei problemi alcol-correlati</i>
Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	Tasso di ricoveri per incidente stradale	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prevenzione incidenti stradali</i> • <i>Formazione personale sanitario sulla prevenzione dei problemi alcol-correlati</i>
Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	<p>Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini</p> <p>Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>GenitoriPiù – Coordinamento Promozione Salute Materno-Infantile</i>



2.6 Prevenire gli incidenti domestici

Obiettivi centrali	Indicatori centrali	Programmi regionali
Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	Tasso di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prevenzione incidenti domestici</i>
Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile	<ul style="list-style-type: none"> • <i>MuoverSi - Promozione dell'attività motoria nel ciclo di vita, con particolare attenzione all'intervento sui determinati ambientali e al contrasto delle disuguaglianze</i>
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	Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi - Passi d'Argento, OKkio alla salute entro 2 anni) Misurazione della percezione del rischio (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Coordinamento operativo delle sorveglianze di popolazione sugli stili di vita (Passi, Passi D'Argento, OkKio alla Salute, HBSC)</i>
Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prevenzione incidenti domestici</i> • <i>Coordinamento operativo delle sorveglianze di popolazione sugli stili di vita (Passi, Passi D'Argento, OkKio alla Salute, HBSC) Possiamo aggiungerlo</i>
Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prevenzione incidenti domestici</i>



2.9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie

Obiettivi centrali	Indicatori centrali	Programmi regionali
Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie	Proporzione di casi di morbillo e di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Piano di sviluppo per il controllo delle malattie prevenibili con vaccino e delle attività a supporto del calendario vaccinale • Piano Regionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita 2013-2015
Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce		
Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive	<ul style="list-style-type: none"> • Piano di sviluppo per il controllo delle malattie prevenibili con vaccino e delle attività a supporto del calendario vaccinale
Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)	Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione/informazione sui nuovi vaccini, buone pratiche vaccinali, reazione avverse e counselling vaccinale • Canale verde • Viaggiatori Internazionali (per la prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione) • Piano per il controllo delle malattie infettive non prevenibili con vaccino • Sorveglianza delle malattie batteriche invasive
Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/lL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Programma per il controllo e la lotta alla tubercolosi ed altre emergenze di natura infettiva • Viaggiatori Internazionali (prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione)
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)	Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata	<ul style="list-style-type: none"> • Piano di sviluppo per il controllo delle malattie prevenibili con vaccino e delle attività a supporto del calendario vaccinale



<p>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)</p>	<p>Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status</p> <p>Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Piano di sviluppo per il controllo delle malattie prevenibili con vaccino e delle attività a supporto del calendario vaccinale</i> • <i>GenitoriPiù – Coordinamento Promozione Salute Materno-Infantile</i> • <i>Formazione /informazione sui nuovi vaccini, buone pratiche vaccinali, reazione avverse e counselling vaccinale</i> • <i>Viaggiatori internazionali</i>
<p>Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione</p>	<p>Esistenza di un programma di comunicazione basato sulla evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La comunicazione nell'ambito delle malattie infettive – Sito VaccinarSi Veneto</i>
<p>Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC)</p>	<p>Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Programma per il controllo delle malattie trasmesse da vettori</i>
<p>Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)</p>	<p>Proporzione di Aziende Sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sorveglianza delle malattie batteriche invasive</i>
<p>Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale</p>	<p>Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Programma per il controllo delle infezioni ospedaliere</i>
<p>Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici</p>	<p>Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulla evidenza per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La comunicazione nell'ambito delle malattie infettive</i>
<p>Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza</p>	<p>Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Programma per il controllo delle infezioni ospedaliere</i>