



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 2934

Seduta del 19/12/2014

Presidente

ROBERTO MARONI

Assessori regionali

MARIO MANTOVANI *Vice Presidente*

VALENTINA APREA

VIVIANA BECCALOSSÌ

SIMONA BORDONALI

MARIA CRISTINA CANTU'

CRISTINA CAPPELLINI

GIOVANNI FAVA

MASSIMO GARAVAGLIA

MARIO MELAZZINI

MAURO PAROLINI

ANTONIO ROSSI

FABRIZIO SALA

ALESSANDRO SORTE

CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Mario Mantovani di concerto con l'Assessore Maria Cristina Cantù

IMPEGNO, AI SENSI DELL'INTESA STATO-REGIONI DEL 13 NOVEMBRE 2014 CONCERNENTE IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2014-2018, AD ASSUMERE NELL'EMANANDO PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE, LA VISIONE, I PRINCIPI, LE PRIORITA', LA STRUTTURA DELLO STESSO, ATTRAVERSO L'INDIVIDUAZIONE DI PROGRAMMI REGIONALI, INTEGRATI E TRASVERSALI ED IN COERENZA CON GLI ELEMENTI PROPRI DEL CONTESTO LOMBARDO - (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE CANTU')

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Dirigenti

Maria Gramegna

Rossella Petrali

I Direttori Generali

Walter Bergamachi

Giovanni Daverio

L'atto si compone di 39 pagine

di cui 34 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RICHIAMATI i seguenti atti:

- l'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) per gli anni 2010-2012;
- l'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 che ha stabilito la proroga al 31 dicembre 2013 del PNP 2010-2012, confermandone, per l'annualità 2013, il vincolo della certificazione ai fini dell'accesso al finanziamento previsto dagli Obiettivi di Piano ed il sistema di valutazione dei PRP di cui all'Intesa Stato Regioni 10 febbraio 2011, e che ha convenuto di avviare i lavori per l'elaborazione del nuovo PNP per il quinquennio 2014-2018;
- la D.G.R. n. IX/1175 del 29 dicembre 2010, che ha approvato il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2010-2012 della Lombardia, recependo quanto stabilito dall'Intesa del 29 aprile 2010, come modificata con successiva Intesa del 7 ottobre 2010;
- la D.G.R. n. X/199 del 31 maggio 2013 che ha prorogato il PRP 2010-2012 al 31 dicembre 2013 in coerenza con le indicazioni di cui all'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute 2014-2016, che all'art. 17, comma 1, conferma, per gli anni 2014-2016, a valere sulle risorse di cui all'art. 1, comma 1 del Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni;

VISTA l'Intesa - ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 - tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - del 13 novembre 2014 concernente il PNP per gli anni 2014-2018 che all'art. 1:

- approva il PNP 2014-2018;
- impegna le Regioni a recepire entro il 31 dicembre 2014 con apposita Delibera il PNP 2014-2018, disponendo:
 - di applicare, nella elaborazione del proprio PRP, la visione, i principi, le priorità, la struttura del PNP;
 - la preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi ed azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro obiettivi e a tutti gli obiettivi



Regione Lombardia

LA GIUNTA

centrali;

- la definizione degli elementi (di contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente PRP,...) funzionali ai programmi regionali individuati;
- impegna le Regioni ad adottare, entro il 31 maggio 2015, il proprio PRP per la realizzazione del PNP 2014-2018 attraverso i programmi individuati sulla base di quanto disposto al punto precedente;
- impegna le Regioni a trasmettere annualmente alla Direzione operativa del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) – Ministero della Salute, idonea documentazione sulle attività svolte per la certificazione LEA dell'avvenuto raggiungimento degli obiettivi del proprio PRP anche ai fini di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005;

RITENUTO, pertanto, con il presente documento e sulla base delle indicazioni dell'Intesa sopra citata, di:

- recepire il PNP 2014-2018;
- impegnarsi ad assumere nell'emanando Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, la visione, i principi, le priorità, la struttura dello stesso, attraverso l'individuazione di programmi regionali, integrati e trasversali ed in coerenza con gli elementi propri del contesto lombardo;
- adottare, entro il 31 maggio 2015, il proprio PRP per la realizzazione del PNP 2014-2018;
- impegnarsi a trasmettere annualmente alla Direzione operativa del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) – Ministero della Salute, idonea documentazione sulle attività svolte per la certificazione LEA dell'avvenuto raggiungimento degli obiettivi del proprio PRP;

VALUTATA, inoltre, la proposta "Documento di sintesi dell'emanando PRP 2014-2018", allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso, che, tenendo conto dei macro-obiettivi del PNP 2014-2018, individua i Programmi regionali, integrati e trasversali, e definisce i principali elementi del contesto lombardo funzionali ai Programmi regionali individuati;

RITENUTO di approvare la sopra citata proposta "Documento di sintesi dell'emanando PRP 2014-2018";



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RITENUTO che per la redazione del PRP 2014-2018 si renda necessario un tavolo di confronto coordinato dalla U.O. Governo della Prevenzione e tutela sanitaria della DG Salute, ove le diverse Direzioni Generali e relative UU.OO. possano raffrontarsi al fine di indirizzare interventi regionali già in essere verso il raggiungimento dei macro-obiettivi del PNP 2014-2018, in una logica di sistema, che valorizzi le azioni di prevenzione *Evidence Based* anche realizzate da soggetti differenti;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di recepire, con il presente documento, il PNP 2014-2018, come stabilito nell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, del 13 novembre 2014, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131;
2. di impegnarsi ad assumere nell'emanando Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, la visione, i principi, le priorità, la struttura dello stesso, attraverso l'individuazione di programmi regionali, integrati e trasversali ed in coerenza con gli elementi propri del contesto lombardo;
3. di adottare, entro il 31 maggio 2015, il proprio PRP per la realizzazione del PNP 2014-2018;
4. di impegnarsi a trasmettere annualmente alla Direzione operativa del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) – Ministero della Salute, idonea documentazione sulle attività svolte per la certificazione LEA dell'avvenuto raggiungimento degli obiettivi del proprio PRP;
5. di approvare la proposta "Documento di sintesi dell'emanando PRP 2014-2018", allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso, che, tenendo conto dei macro-obiettivi del PNP 2014-2018, individua i Programmi regionali, integrati e trasversali, e definisce i principali elementi di contesto lombardo funzionali ai Programmi regionali individuati;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

6. di incaricare, per la redazione del PRP 2014-2018, la U.O. Governo della Prevenzione e tutela sanitaria della DG Salute al coordinamento di un tavolo di confronto ove le diverse Direzioni Generali e relative UU.OO. possano raffrontarsi al fine di indirizzare interventi regionali già in essere verso il raggiungimento dei macro-obiettivi del PNP 2014-2018, in una logica di sistema che valorizzi le azioni di prevenzione *Evidence Based* anche realizzate da soggetti differenti.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

DOCUMENTO DI SINTESI DELL'EMANANDO PIANO REGIONALE PREVENZIONE 2014-2018

Piano Regionale della Prevenzione

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) rappresenta il quadro di indirizzo programmatico per tutta l'area della prevenzione. Tale Piano è disceso dai vari Piani Nazionali della Prevenzione (PNP) che, in questi anni, si sono configurati come i documenti sulla base dei quali le Regioni hanno elaborato i propri Piani di prevenzione (PNP 2005-2007, prorogato per il 2008 e 2009; PNP 2010-2012, prorogato al 2013).

Quindi, recependo quanto stabilito dalle indicazioni nazionali, in Lombardia sono stati approvati: il PRP 2005-2007, la sua proroga per gli anni 2008 e 2009, il PRP 2010-2012¹ (D.G.R. n. IX/1175 del 29/12/2010) e la sua proroga al 31 dicembre 2013² (D.G.R. n. X/199 del 31/05/2013).

Anche il prossimo PRP 2014-2018, che sarà adottato formalmente entro il 31 maggio 2015, discenderà dal PNP 2014-2018³ e rappresenterà il documento di programmazione regionale per gli obiettivi fissati dallo stesso Piano nazionale in tema di prevenzione e promozione della salute per il prossimo quinquennio.

Fermo restando i vincoli noti del nuovo PNP 2014-2018, per Regione Lombardia sono fondamentali, dal punto di vista metodologico, i seguenti principi:

- a. il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 (PRP) è quadro di indirizzo programmatico per tutta l'area della prevenzione;
- b. gli obiettivi PRP sono incardinati negli strumenti programmatici regionali: Programma Regionale di Sviluppo, Piano Socio-Sanitario, Documenti di programmazione economica e finanziaria, Regole di esercizio di bilancio, Obiettivi annuali assegnati ai Direttori Generali delle ASL e delle AO;
- c. coerenza con l'analisi di contesto;
- d. continuità con quanto intrapreso con il precedente PRP.

Si farà quindi riferimento alle "parole chiave":

- Efficacia
- Integrazione (nei processi)
- Intersettorialità
- Semplificazione
- Sostenibilità
- Equità
- Sviluppo – EXPO

implementando:

- programmi di comunità per la promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute finalizzati a creare le condizioni per rendere facile l'adozione di comportamenti salutari, adottando un approccio multi componente (che agisce contestualmente sui diversi fattori di rischio/ determinanti di salute), per ciclo di vita, per setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario) e intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.) e vedono il coinvolgimento (empowerment di comunità) di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici, alle comunità locali;
- la programmazione condivisa tra i diversi soggetti giuridici con competenza, nonché diritto e dovere in materia (modello tripartito: Istituzioni, associazioni datoriali, associazioni sindacali) delle strategie e azioni per la tutela del lavoratore/cittadino/consumatore;

¹ http://www.sanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/525/303/PRP%20RL%20All.%201%20DGR%20IX1175%20del%2029_12_2010.pdf

² <http://www.sanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/225/90/DGR%20199%20del%2031%20maggio%202013.pdf>

³ Intesa - ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 - tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - del 13 novembre 2014 concernente il PNP per gli anni 2014-2018

- la piena attuazione degli obiettivi nazionali ed internazionali in materia di prevenzione sorveglianza e controllo delle malattie infettive e dell'offerta dei programmi di screening oncologici di provata efficacia;
- la qualità ed l'efficienza del sistema informativo della prevenzione;
- raccordo con i programmi di presa in carico integrata individuale della cronicità.

Il PRP 2010-2012 (e suo aggiornamento 2013) è stato colto, nella nostra Regione, come un'opportunità: pensare e programmare le attività con una prospettiva di medio termine, fuori cioè dalla emergenzialità, ragionando sui traguardi e obiettivi già raggiunti e rideterminandone di nuovi sulla base della situazione di contesto.

Il PRP ha definito i principi, i criteri di individuazione delle priorità, gli obiettivi, le azioni e le modalità di verifica dei risultati degli interventi di prevenzione effettuati in Lombardia nel periodo 2010-2013. Le azioni attuate sono state finalizzate alla prevenzione individuale, alla prevenzione rivolta a gruppi di popolazione a rischio ed alla prevenzione collettiva, assumendo una visione unitaria della prevenzione, non frammentata in singoli interventi o linee operative, riconoscendola non come ambito a sé stante, ma parte essenziale e qualificante delle attività del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Prevenzione caratterizzata da un approccio basato sui principi di *semplificazione, responsabilità, efficacia, multidisciplinarietà, intersettorialità, integrazione, sostenibilità ed equità*.

Tali principi sono stati tradotti in linee di indirizzo per le ASL, in coerenza con il ruolo di governo attribuito alla DG Salute, in un percorso di:

- revisione delle attività di prevenzione orientato ad eliminare le attività obsolete a favore di quelle di provata efficacia;
- semplificazione delle procedure burocratiche;
- adesione tra le esigenze del territorio e gli obiettivi regionali;
- attivazione di strumenti di rilevazione, servizi telematici, e in generale sistemi informativi di condivisione e di gestione, volti a raccogliere i dati epidemiologici e i dati di attività svolta dai Servizi delle ASL.

Nell'ambito della **prevenzione e controllo delle malattie infettive**, l'adeguamento dei supporti informativi e la revisione delle prassi alla luce dell'Evidence Based Prevention ha permesso di raggiungere importanti risultati in termini di copertura vaccinale e di ristrutturazione del sistema. E' stato garantito il mantenimento dei livelli di copertura vaccinale raggiunti ed il monitoraggio delle patologie infettive non suscettibili di vaccinazione, così da evidenziare precocemente eventuali trend negativi; nella programmazione futura è comunque rilevante tenere in considerazione che il fenomeno del rifiuto delle vaccinazioni è in crescita e comincia a interessare anche aree in cui non sono presenti gruppi dissidenti organizzati. L'elaborazione di una risposta da parte della sanità pubblica richiede innanzitutto di approfondire le dimensioni, la natura dei fenomeni e la ricerca dei loro determinanti ed estendere impiego di eventuali buone pratiche a livello locale.

Inoltre è stato sviluppato il modello decisionale per l'introduzione e adozione di nuovi vaccini in Lombardia che consentirà attraverso una dialettica con ISS, Ministero e le altre Regioni di sostenere in termini di sanità pubblica basata sulle evidenze e di trasparenza le decisioni in ambito di strategie vaccinali.

Nell'ambito delle attività di **controllo degli ambienti di vita e di lavoro e a tutela della sicurezza alimentare** si è proceduto in modo da migliorare l'efficacia e l'efficienza, proseguendo quanto già intrapreso con il percorso di semplificazione delle procedure amministrative, anche a favore del cittadino e del datore di lavoro, e di responsabilizzazione d'impresa. Questo è stato reso possibile:

- sviluppando il Sistema Informativo della Prevenzione attraverso il dialogo tra i sistemi I.M.Pre.S@ e Person@, che raccolgono i dati dell'attività svolta dai Servizi (ispezioni, indagini per infortunio sul lavoro e per malattia professionale, verifiche documentali, audit, analisi sugli alimenti e le acque destinate al consumo umano) agganciandola alle aziende e alle persone fisiche, univocamente individuate. in questo modo disponendo di una completa ed aggiornata conoscenza del contesto produttivo e del territorio nel quale si opera;
- integrando i flussi informativi, le banche dati e le attività svolte da ASL e Enti - Direzioni Territoriali del Lavoro, Comitati Paritetici Territoriali, INPS, INAIL, Comuni - a potenziamento reciproco e in un'ottica di parità d'intenti e di azione tra le parti;
- delineando, sempre attraverso il predetto Sistema Informativo, dotato di visualizzatore geografico e di Data Ware House, il profilo dei settori - primario, secondario e terziario; l'individuazione delle attività economiche che presentano maggiori rischi per la salute, sia della popolazione che dei lavoratori, concentrando su di esse i controlli;
- spostando l'attenzione dalla verifica ex-ante legata all'espressione di pareri ed autorizzazioni, a quella ex-post sui requisiti di funzionamento dei processi produttivi: attraverso l'analisi dei piani di autocontrollo e di valutazione dei rischi delle imprese, come previsto dalle direttive europee in materia di sicurezza alimentare, sicurezza nei luoghi di lavoro, sicurezza negli ambienti di vita e nelle reti di servizi, e la verifica della loro corretta applicazione;
- promuovendo nelle aziende l'adozione di buone prassi e percorsi virtuosi di autocontrollo, coerenti con i principi di responsabilità sociale d'impresa (RSI) e di sistema di gestione della sicurezza (SGSL);
- avviando un meccanismo virtuoso che, dando trasparenza all'azione di controllo dell'ASL, è in grado di evidenziare le non conformità o violazioni più comuni, così da avviare l'adeguamento delle normative per migliorare complessivamente la qualità di tutti i sistemi;
- definendo le procedure per la conduzione dei controlli da parte dei Servizi delle ASL della Regione Lombardia deputati al controllo ufficiale in campo alimentare, fondate sul principio generale della programmazione dell'attività di controllo sulla base dell'analisi di contesto e conseguente definizione delle priorità di rischio, al fine di garantire l'uniformità di comportamento sul territorio regionale;
- verificando l'efficacia dello svolgimento del controllo ufficiale nel campo della sicurezza alimentare tramite l'esecuzione di audit sulle Autorità Competenti Locali (SIAN e DPV) ai sensi dell'art. 4 (6) del Reg. CE 882/2004, anche nell'ottica del miglioramento continuo.
- promuovendo l'integrazione e il coordinamento tra le diverse Autorità Competenti per il controllo ufficiale in campo alimentare presenti sul territorio, al fine di condividere i criteri per la programmazione delle attività e le modalità di realizzazione dei controlli con l'obiettivo di riduzione dei costi per la Pubblica Amministrazione e degli oneri per le imprese attraverso l'eliminazione della ridondanza dei controlli.

Nell'ambito della tematica **ambiente e salute** si è incrementata la capacità di intervento sistemico sul contesto ambientale locale operando in collaborazione con gli altri soggetti coinvolti, amministrazioni ed enti, nella programmazione territoriale e del patrimonio urbanistico, a tutela della salubrità degli ambienti di vita, mediante la lettura integrata delle informazioni derivanti dal territorio e l'emanazione di Linee Guida dedicate.

In relazione ai programmi di comunità finalizzati a sostenere l'adozione competente e consapevole di comportamenti favorevoli alla salute:

- è proseguito il percorso regionale attivato con l'Ufficio Scolastico per la Lombardia, ed esitato nel "Modello di Scuola che Promuove Salute (SPS)", riferimento culturale - metodologica per tutti gli interventi/programmi rivolti alle scuole lombarde, ed è stata costituita la Rete delle Scuole che promuovono salute, e sono stati realizzati interventi di promozione di stili di vita salutari nel setting luoghi di lavoro
- è stata realizzata la campagna di comunicazione regionale "Una buona regione per..." finalizzata a sensibilizzare la popolazione sulla adozione di stili di vita favorevoli alla salute (sana alimentazione e attività fisica)
- è proseguito il sostegno degli interventi che aumentano le opportunità di cessazione al fumo e il miglioramento qualitativo dell'offerta di percorsi di disassuefazione al fumo;
- è stato realizzato l'accordo con associazioni di categoria per favorire scelte salutari in campo alimentare (panificatori, settore della distribuzione automatica...) e il sostegno di Comuni e Province nella predisposizione di interventi favorevoli l'attività motoria, anche nell'ambito della pianificazione urbanistica;
- è stata perseguita una maggior consapevolezza del rischio di infezione da HIV tra i gruppi a maggior frequenza di contagio, anche con un'adeguata offerta del test di screening e conseguente incremento dei soggetti diagnosticati precocemente.

In ambito preventivo, **diagnosi, diagnosi precoce e cura**, sono state:

- migliorate la qualità dei programmi di screening oncologici (carcinoma della mammella, del colon retto e della cervice uterina) mantenendo il trend in aumento dell'adesione.
- sperimentate modalità specifiche per intercettare la popolazione che non ha mai effettuato test di screening oncologico;
- attuati interventi di supporto di tipo sociale e sanitario per i soggetti a rischio di sviluppare patologie infettive legate alla povertà/emarginazione sociale, come la tubercolosi;
- garantite la cura e i percorsi di reinserimento sociale attraverso la rete per l'assistenza extraospedaliera ai malati di AIDS e sindromi HIV correlate;
- perseguite azioni per promuovere la gratuità di interventi di profilassi delle malattie infettive da importazione;

La valutazione dei risultati ottenuti e sopra descritti ha fatto riferimento a molti **indicatori di processo** – percentuali di copertura, rete d'offerta qualificata, numero di ispezioni/aziende presenti- e a pochi indicatori di risultato: le ragioni di ciò sono note e risiedono nei tempi lunghi della prevenzione, nella multifattorialità degli eventi su cui agiamo, nella libertà individuale di aderire o meno alle proposte di prevenzione.

Tuttavia, al fine di ricercare il "guadagno di salute", e conseguentemente dimostrare l'efficacia delle attività di prevenzione attuate, erano stati scelti alcuni **indicatori di risultato** declinati secondo le priorità definite nel PRP:

- è stato mantenuto il trend in riduzione degli infortuni sul lavoro;
- è stato mantenuto il trend di emersione delle malattie professionali;
- è stato mantenuto il trend in riduzione delle salmonellosi che sostengono una quota significativa di tossinfezioni alimentari;
- è migliorata l'appropriatezza della presa in carico terapeutica dei soggetti HIV/AIDS, sostenendo le azioni per favorire l'incremento dei soggetti diagnosticati precocemente;
- è stata ottenuta la riduzione dei casi di morbillo autoctono;
- è stato mantenuto il trend in riduzione della mortalità per incidenti stradali

- è in riduzione la quota di carcinomi mammari in stadio avanzato diagnosticati in donne di età compresa tra 50 e 69 anni che partecipano allo screening;
- è in riduzione il trend della percentuale dei fumatori e vi è stato un miglioramento qualitativo dell'offerta di percorsi di disassuefazione al fumo;
- è stato mantenuto il livello di obesità nell'adulto al di sotto dei valori medi nazionali e delle regioni del nord-ovest;
- si è incrementata l'attività motoria nella popolazione giovane-adulta.

Infine, sono state fatte anche delle **valutazioni “di sistema”**, che, al di là del raggiungimento dei singoli obiettivi specifici, danno la misura della capacità di programmare in maniera adeguata al contesto e di affrontare le **criticità** interne ed esterne al sistema.

Questa valutazione ha riguardato la capacità di “governo” regionale, che è andata oltre la realizzazione di progetti e attività a cura delle ASL, ma che ne ha costituito supporto e stimolo:

1. coerenza del PRP con i principali atti programmatori regionali: Programma Regionale di Sviluppo, Piano Socio-Sanitario, Documenti di programmazione economica e finanziaria, Regole di esercizio di bilancio, Obiettivi attribuiti ai Direttori Generali delle ASL e Obiettivi per i diversi istituti contrattuali/convenzionali (risorse aggiuntive regionali, retribuzioni di risultato, contributi aggiuntivi per medicina generale...) che hanno previsto al loro interno obiettivi e mezzi coerenti con il PRP e adeguati a garantirne la realizzazione;
2. adeguata allocazione delle risorse per la realizzazione degli obiettivi: sono stati utilizzati tutti gli strumenti correnti per la verifica delle risorse attribuite – controllo di gestione, dotazioni organiche e ore lavorate - e le iniziative preventivate sono state compatibili con i LEA, garanzia di continuità oltre la vigenza del PRP.

Concludendo, la capacità che il PRP 2010-2013 ha espresso è stata quella di aver incluso la prevenzione nella programmazione regionale e nazionale, evitandone la residualità che spesso ha pagato questa disciplina, forse originata proprio dall'essersi considerata come ambito a sé stante e separato da quelli della cura e riabilitazione.

Analisi di contesto ⁴

Demografia

Al 1° gennaio 2013 la popolazione residente in Lombardia ammonta a 9.794.525 abitanti.⁵ La crescita è innanzitutto spiegata dall'aumento della popolazione straniera residente in Lombardia, che costituisce il 10,5% della popolazione residente⁶.

La composizione per età conferma l'invecchiamento della popolazione lombarda: il 21,1% dei residenti ha infatti più di 65 anni, mentre solo il 14,3% è minore di 15 anni. L'indice di vecchiaia raggiunge così il 147,6%, mentre l'indice di dipendenza degli anziani si attesta a 32,7: si contano quindi quasi 33 persone over-65 ogni cento residenti in età attiva (15-64).

I dati del censimento⁷ confermano l'aumento del numero delle famiglie e la riduzione delle loro dimensioni medie: le famiglie residenti in Lombardia si attestano a 4.157.360 (+13,8 rispetto al 2001), con un numero medio di componenti pari a 2,3. Le famiglie unipersonali, in crescita a ritmo sostenuto negli ultimi 40 anni, rappresentano in Lombardia il 32% del totale, poco sopra la media italiana. Tendenza opposta si riscontra per le famiglie numerose composte da almeno cinque componenti, che rappresentano solo il 4,4%.

Struttura produttiva

Tra il 2009 e il 2013 il numero delle imprese attive sul territorio lombardo è calato dell'1,1%, riduzione più contenuta rispetto a quella messa a segno a livello nazionale (-1,8%). Nel complesso, nel periodo considerato le imprese attive si sono ridotte di 8.971 unità.

Restringendo l'analisi al solo ultimo periodo, le imprese attive nel 2013 sono 814.297, in calo rispetto alle 821.819 dell'anno precedente. I cali più significativi anche in relazione al peso del settore rispetto alla totalità delle imprese sono quelli che si registrano nelle costruzioni (-2,9%), nell'industria in senso stretto (-2,1%) e nell'agricoltura (-3,2%). Sembrano invece avere sostanzialmente tenuto i servizi.

Numero delle imprese attive per principali settori di attività economica. Lombardia, anni 2012-2013

	2012	2013	% 2013/2012	Peso sul totale nel 2013
Agricoltura	50.258	48.657	-3,2	6,0
Industria in senso stretto	107.215	104.957	-2,1	12,9
Costruzioni	145.015	140.765	-2,9	17,3
Commercio, trasporto e alberghi	275.679	275.360	-0,1	33,8
Altri servizi	242.377	244.023	0,7	30,0
Altre imprese*	1.275	535	-58,0	0,1
Totale	821.819	814.297	-0,9	100,0

Fonte: elaborazioni Éupolis Lombardia su dati InfoCamere

⁴ I dati non sanitari sono tratti dall'analisi di contesto del Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR – Aggiornamento PRS per il triennio 2015 – 2017 Testo coordinato, DGR il 31 ottobre 2014), che aggiorna annualmente il Programma Regionale di Sviluppo (PRS - 2013/2018 – DCR X/78/2013), documento che definisce gli obiettivi, le strategie e le politiche che la Regione si propone di realizzare nell'arco della legislatura, per promuovere lo sviluppo economico, sociale e territoriale della Lombardia.

⁵ Dati Demo-ISTAT.

⁶ La tendenza è confermata dai dati presentati nel Rapporto 2013 dell'Osservatorio regionale per l'integrazione e la multi etnicità (ORIM). Dopo il calo registrato tra il 1° luglio 2011 e la stessa data del 2012, periodo in cui si rilevava per la prima volta in dieci anni una diminuzione della presenza straniera sul territorio lombardo (33mila in meno, ossia -2,6%), nel 2013 si registra infatti una lieve ripresa del fenomeno migratorio nella regione. Al 1° luglio 2013 la popolazione straniera (regolare e non) proveniente da Paesi a forte pressione immigratoria (Pfpm) presente in Lombardia è stimata infatti da ORIM in 1 milione e 279mila unità, 42mila in più (+4,4%) rispetto alla stessa data dell'anno precedente e circa un quarto del totale dell'immigrazione presente in Italia, valutato in 4 milioni 900mila. In Regione risultano esserci 13 stranieri ogni 100 residenti (nel 2001 il rapporto era di 5 a 100). La componente irregolare, già in diminuzione nel 2012, subisce un'ulteriore contrazione: al 1° luglio del 2013 Orim stima che gli stranieri presenti sul territorio lombardo privi di un regolare permesso di soggiorno siano 87mila, 10mila in meno rispetto al 1° luglio del 2012, e 20mila in meno rispetto alla stessa data del 2011. Gli irregolari rappresentano il 7% del totale dei presenti.

⁷ ISTAT; Censimento della popolazione 2011, banca dati online, 31 dicembre 2013.

Il settore che occupa il maggior numero di addetti è quello dei servizi (quasi il 33% nel 2011), seguito da commercio, trasporti ed alberghi (quasi il 31%) e dall'industria in senso stretto (28%), mentre le costruzioni impiegano l'8,5% del totale degli addetti. La forma giuridica più diffusa è la ditta individuale (oltre il 51% del totale delle imprese attive nel 2013), seguita dalle società di capitali (il 27% circa) e dalle società di persone (19,2%).

Istruzione e Formazione

Nel 2011/12 in Lombardia gli studenti delle scuole sono oltre un milione (15% del totale italiano): il 41,5% (417.683 alunni) frequenta la scuola primaria, il 25,3% (255.086 alunni) la scuola secondaria di primo grado il 33,2 % (334.569 studenti) la scuola secondaria di secondo grado

Nella scuola secondaria circa il 20% degli studenti lombardi frequenta un istituto professionale (principalmente nell'area dell'industria e artigianato e dei servizi commerciali); il 37% un istituto tecnico, per la maggior parte in istituti tecnici industriali e commerciali; il 43% è iscritto in licei (scientifico 23%).

La quota di studenti degli istituti professionali è in linea con il dato nazionale (20%), invece la quota di iscritti agli istituti tecnici è superiore alla media nazionale (37% contro 33,5%).

Gli studenti iscritti al primo anno della formazione professionale rappresentano circa il 20% della popolazione lombarda di 14 anni; la maggior parte degli studenti è iscritta in corsi di "Meccanica, impianti e costruzioni" (32% sul totale), "Servizi di ristorazione" (17%) e "Servizi alla persona" (19%).

Lavoro

Nel 2013 gli occupati in Lombardia sono poco più di 4,3 milioni di persone, circa 40.000 unità in meno rispetto al 2008 (-0,9%), anno di inizio della crisi economica e picco della serie storica (2004-2013), tuttavia si tratta di un dato in crescita rispetto al 2012 (+0,7%); dei 4,3 milioni di occupati in Lombardia il 78% è lavoratore dipendente, tale aspetto risulta più accentuato per la componente femminile.

L'andamento dei disoccupati appare più critico: si tratta di quasi 380.000 persone nel 2013 in Lombardia, in crescita rispetto ai 345.000 del 2012 (+10%); tuttavia tale aumento risulta più lento rispetto al dato nazionale (+13,5%), che in un solo anno registra un aumento dei disoccupati di circa 370.000 unità, arrivando a superare la di quota 3,1 milioni di persone in cerca di occupazione. Per quanto concerne le differenze di genere va sottolineato il sorpasso della componente maschile su quella femminile a partire dal 2011, tanto che nel 2013 la quota maschile sul totale dei disoccupati raggiunge quasi il 53% nel 2013 (era 51% nel 2012).

Il tasso di occupazione 15-64 anni nel 2013 in Lombardia è al 65,5%. Il tasso di disoccupazione in seguito alla crisi economica risulta in aumento toccando nel 2013 l'8%. La componente maggiormente penalizzata dalla crisi economica è quella giovanile. Quasi un giovane su tre nel 2013 risulta disoccupato.

Condizione economica

Nel 2011 il reddito familiare netto medio (esclusi i fitti imputati)⁸ dei lombardi era pari a 34.347 euro. Si tratta del dato regionale migliore nel contesto nazionale – dove il reddito medio familiare si attesta a 29.956 euro e nettamente superiore rispetto alla media delle regioni di Nord-Ovest (32.943 euro). Si riduce tuttavia nel 2012 il reddito disponibile per abitante, che si attesta a 20.266 euro (-2,6% rispetto al 2011).

La distribuzione del reddito si presenta meno diseguale rispetto alla media nazionale: mentre in Lombardia l'indice di Gini si ferma a 0,291, il dato nazionale arriva a 0.391.

Si registra inoltre un aumento della povertà relativa, che nel 2012 ha riguardato 263.531 individui, pari a 6 persone ogni 100 abitanti, e della sua intensità. Benché si tratti di dati lontani dalla media nazionale, che presenta un'incidenza della povertà relativa pari a 12,7%, preoccupa il trend crescente registrato in regione: solo nel 2011 il dato si fermava a 4,2% e dal 2000 non aveva mai superato la soglia del 5%. Guardando invece alla proporzione di famiglie in condizioni di deprivazione (Indicatore Europa 2020) si

8 ISTAT Indagine "I consumi delle famiglie", anno 2012 e dati estratti dalla banca dati ISTAT per le annualità precedenti

registra, in parallelo, una debole inversione di tendenza, dopo il drastico aumento del 2011: si passa infatti da 9,1 famiglie gravemente deprivate ogni 100 famiglie nel 2010 a 17,2 nel 2011, per scendere poi a 17,1 nel 2012.

Le famiglie lombarde hanno un livello di spesa pro capite pari a 2.866 euro rispetto ad una media nazionale che nel 2012 è pari a 2.419 euro. Si registra tuttavia in Lombardia, rispetto al 2011, una diminuzione del 5,5% (-2,8% in Italia), pari a 167 euro mensili.

La riduzione dei consumi registrata fra 2011 e 2012 è dovuta solo in minima parte alla riduzione del budget dedicato agli acquisti alimentari (-18 euro), mentre significativo è stato il ridimensionamento nell'uso dei trasporti pubblici e privati (-72 euro). Evidenti sono comunque le differenze nel livello di spesa complessiva delle famiglie al variare della condizione e posizione occupazionale della persona di riferimento della famiglia: in Lombardia si passa dai 4.081 euro medi di imprenditori e liberi professionisti ai 2.579 euro di operai e assimilati, a importi di circa 2.400-2.500 euro per le famiglie in cui la persona di riferimento è disoccupata o in generale non occupata⁹.

Uso del suolo

La Lombardia si conferma regione articolata, non solo dal punto di vista istituzionale - amministrativo, ma anche per le sue caratteristiche più propriamente territoriali. Oltre a differenti identità e vocazioni locali, mostra infatti una notevole diversificazione nella distribuzione della popolazione ed una frammentazione della struttura comunale policentrica in cui la conurbazione di Milano ha ancora un ruolo predominante. Tuttavia, al suo interno, le nuove polarità urbane sono più dinamiche e sembrano meglio reagire alla crisi (l'Aeroporto di Malpensa e il Nuovo Polo Fieristico Rho-Pero, il triangolo Brescia-Mantova-Verona, la zona del Garda, strettamente legata al polo precedente, la rete di città -Como, Lecco, Varese e Lugano, nella zona dei laghi a nord di Milano, la Valtellina, l'asse Novara-Lomellina).

Il territorio Lombardo si caratterizza per circa il 40% da aree boscate e ambienti seminaturali e, per una percentuale molto simile, da suolo utilizzato a scopi agricoli. In evidenza la progressiva antropizzazione del territorio che, definito come suolo consumato, ha raggiunto e superato già da alcuni anni la soglia del 14% dell'intero territorio regionale con una tendenza al progressivo aumento. Data la conformazione del territorio lombardo per buona parte montano, il "consumo di suolo" tende a sottrarre spazio ad ampie aree vocate all'agricoltura, in particolare nelle zone circostanti le aree urbane.

Qualità dell'aria

I dati sulla qualità dell'aria registrati in Lombardia per l'anno 2012 mostrano come i valori limite e gli obiettivi di legge siano rispettati per diversi inquinanti, grazie all'adozione nel tempo di provvedimenti promossi a salvaguardia della qualità dell'aria, mentre restano su concentrazioni superiori ai limiti europei il biossido d'azoto (NO₂), l'ozono (O₃) ed il particolato (PM₁₀ e PM_{2.5}). Il superamento dei limiti per l'ozono e per il PM_{2.5} è diffuso su tutto il territorio regionale. Per quanto riguarda il PM₁₀ è interessante evidenziare come il numero di giorni di superamento sia complessivamente calato negli anni, con differenze tra le diverse zone. Per quanto riguarda l'NO₂ i superamenti del limite sulla media annua si sono verificati nelle zone maggiormente urbanizzate.

Servizio idrico

La struttura del sistema di gestione del servizio idrico in Lombardia risulta ancora fortemente frammentata sia per il servizio di acquedotto che per quello di fognatura, anche se la copertura del servizio è in entrambi i casi elevata e in ogni caso superiore alle medie nazionali.

⁹ La crescente difficoltà economica delle famiglie lombarde è peraltro testimoniata anche dai dati dell'Osservatorio regionale sull'esclusione sociale (ORES)⁹, che hanno registrato nel 2012 un aumento del 6,2% del numero di assistiti dagli enti del Terzo settore attivi nella lotta all'esclusione sociale. Si tratta per il 61,9% di stranieri e per il 38,1% di Italiani. Prevalgono i maschi (52%), ma cresce la componente femminile (dal 46,3% nel 2009 al 48% nel 2011) e la quota degli assistiti nella fascia 0-17 anni (dal 17,1% nel 2008 al 21,7% nel 2011), a testimonianza di un disagio che interessa sempre più i nuclei familiari con figli.

Per quanto riguarda il servizio di depurazione la dimensione complessiva di trattamento supera i 13 milioni di Abitanti Equivalenti (AE). L'esame dello stato del servizio, così come si evince dalle ricognizioni in corso nei diversi Ambiti territoriali ottimali (ATO), denota forti criticità con una significativa presenza di agglomerati non conformi agli obblighi europei di depurazione dovuta a molteplici cause: assenza di impianto o di parti di reti, sottodimensionamento o insufficienza tecnica dell'impianto, parti di territorio non servito. In tutti i casi esiste comunque un importante fabbisogno di nuovi investimenti.

Energia

Il trend dei consumi energetici finali in Lombardia nel decennio 2000-2010, pur facendo segnare un incremento complessivo pari al 7,7%, pone in risalto una dicotomia temporale, tale per cui nei primi 5 anni l'incremento di consumo è stato quasi pari a quanto complessivamente registrato per l'intero decennio. A partire dal 2005 i consumi sono infatti calati progressivamente, in particolare nel 2009, anno in cui si è registrato il minimo del periodo. Il calo è attribuibile per gran parte al settore industriale, esito sia delle condizioni economiche relative alla delocalizzazione delle imprese sia dei fenomeni di crisi.

L'energia prodotta in Lombardia da fonti energetiche rinnovabili (elettriche e termiche) nel 2010 ammontava a circa l'8,2% dell'energia finale lorda consumata sul territorio regionale. La produzione di energia da fonti rinnovabili è cresciuta del 30% nell'ultimo quinquennio; le due fonti preponderanti restano l'energia idroelettrica e le biomasse (per la produzione termica), ma una frazione crescente deriva da altre fonti meno tradizionali, quali il teleriscaldamento da fonti rinnovabili (4%), la produzione di energia elettrica da rifiuti (4,4%) e biogas (2,1%). Per quanto riguarda l'energia fotovoltaica nel periodo 2010-2012, la produzione è quasi decuplicata, passando da 190 a 1681 GWh, anche se riveste ancora un'importanza marginale.

Rifiuti

La produzione totale dei rifiuti urbani nel 2012 è stata pari a 4.628.154 tonnellate, segnando una diminuzione del 4,1% rispetto all'anno precedente, attribuibile per gran parte alla crisi economica.

Continua a diminuire la frazione di rifiuti destinata alla discarica. La raccolta differenziata è aumentata del 3,7% rispetto al 2011, attestandosi a fine 2012 al 52,4%.

Mobilità

Lo sviluppo del trasporto collettivo e del servizio ferroviario e la diffusione di servizi pubblici flessibili, uniti alle crescenti opportunità di mobilità non motorizzata e alla maggiore facilità di utilizzo integrato dei diversi mezzi di trasporto, fanno registrare una tendenza verso scelte modali più razionali e sostenibili.

In Lombardia la domanda di trasporto collettivo, pari a 967,7 mln pax/anno (dato 2013), è aumentata del 4,1% negli ultimi 3 anni con un trend in crescita costante. Considerando i servizi di TPL (escluso il servizio ferroviario regionale), va evidenziato il peso rilevante del bacino della grande area metropolitana milanese, che rappresenta il 76% circa della domanda. Anche la domanda ferroviaria regionale è cresciuta in modo straordinario: +46% in 9 anni, passando da 460 mila pax/giorno nel 2003 a 670 mila nel 2012.

Per il traffico merci è ancora preponderante il trasporto su gomma; escludendo la componente di traffico interno alla Lombardia (pari al 49% circa del totale e che costituisce un trasporto poco adatto al sistema ferroviario, in quanto si svolge su distanze inferiori a quelle efficienti per il treno), il trasporto stradale rappresenta più dell'80% del totale.

Infrastrutture di trasporto

Per quanto attiene alle infrastrutture viarie, la rete di strade statali e provinciali non riesce più a soddisfare la domanda sulle medie distanze tra i poli urbani e nei collegamenti con Milano. La rete autostradale, con oltre 600 km, garantisce le relazioni sovraregionali e - anche se non completamente - quelle regionali, ma è al di sotto degli standard europei ed è in condizioni di forte congestione soprattutto sull'area di Milano.

La rete ferroviaria si estende per circa 1900 km, al netto delle tratte lombarde delle linee AV. Negli ultimi

dieci anni, circa 130 km della rete, destinati prevalentemente al trasporto regionale, sono stati interessati da raddoppi, quadruplicamenti e apertura di nuove linee. Il servizio ferroviario regionale è stato totalmente riprogettato e l'offerta progressivamente potenziata, con orari cadenzati. In totale sono circa 2200 le corse che giornalmente interessano oltre 400 stazioni (di cui 15 di recente apertura), servite da 350 convogli, di cui un terzo entrato in servizio dopo il 2007. Ogni anno i treni lombardi percorrono oltre 42 milioni di chilometri, il 50% in più rispetto a 10 anni fa.

Le vie navigabili lombarde in esercizio si estendono per oltre 1.000 km (di cui 621 km di coste lacuali e 386 km di coste fluviali).

Sicurezza stradale e del territorio

Il 50% del territorio lombardo risulta soggetto a un rischio idrogeologico elevato o molto elevato. Nelle aree montane la pericolosità naturale deriva prevalentemente da movimenti di versante e valanghe, mentre in pianura e nei fondovalle da fenomeni di esondazione e alluvionali. Va rilevato che questo tipo di rischio è per molta parte conseguenza dell'elevatissima antropizzazione del territorio per cui anche fenomeni non particolarmente gravosi determinano danni economici diretti e indiretti quasi sempre ingenti.

Per quanto riguarda la sicurezza stradale la tendenza alla riduzione dei valori relativi a incidenti totali, vittime e feriti, è ormai una realtà consolidata per la Lombardia: per il numero di vittime si passa ad esempio dai 1073 registrati nel 2002 ai 540 del 2012.

Aziende zootecniche

Gli allevamenti registrati in BDR/BDN nel 2013 sono in totale 65.650;

Il patrimonio zootecnico ammonta a: 1.477.859 bovini, 4.572.806 suini e gli 221.149 ovi-caprini. Tali dati rappresentano rispettivamente il 24,91%, il 51,98% e il 2,63% del patrimonio zootecnico nazionale.

Stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale

I Regolamenti Comunitari suddividono le attività di produzione, trasformazione, commercializzazione di prodotti di origine animale in due categorie secondo parametri codificati: impianti registrati a livello nazionale riconosciuti a livello comunitario.

In regione Lombardia, al 31/12/2013, risultano presenti circa n° 63.000 stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale di cui n° 2.739 stabilimenti riconosciuti. Gli addetti di quest'ultimo settore, riferiti allo stesso anno, risultano essere circa 28.000. Quanto alle dimensioni medie degli stabilimenti, le imprese che operano esclusivamente per il mercato nazionale hanno mediamente 6,9 addetti, quelle che operano anche per l'estero 49,4.

Nel corso del triennio 2011-2013, il numero degli stabilimenti riconosciuti si è mantenuto costante. La lieve flessione relativa alla filiera latte e derivati è riconducibile al fatto che alcuni operatori, titolari di stabilimenti di piccole dimensioni con attività di vendita al consumatore finale, hanno convertito l'attività da riconosciuta a registrata.

Per quanto riguarda le attività registrate, per lo più impianti di produzione primaria, di distribuzione al dettaglio e di ristorazione pubblica e collettiva, il numero degli stabilimenti si è mantenuto stabile nel periodo considerato.

Esposizione universale EXPO 2015

L'impegno assunto da Regione Lombardia, insieme alle Amministrazioni Pubbliche, con l'aggiudicazione alla città di Milano dell'Esposizione Universale 2015, assume oggi un grande valore strategico per rafforzare il partenariato istituzionale e la cooperazione internazionale e cogliere appieno le potenzialità dell'evento in termini di marketing territoriale e turistico; di valorizzazione del patrimonio culturale, ambientale e agroalimentare; di potenziamento e integrazione infrastrutturale; di sviluppo del mercato del lavoro per il

rilancio della Lombardia e dell'intero paese. Ad oggi ad Expo Milano 2015 hanno aderito 147 Paesi.

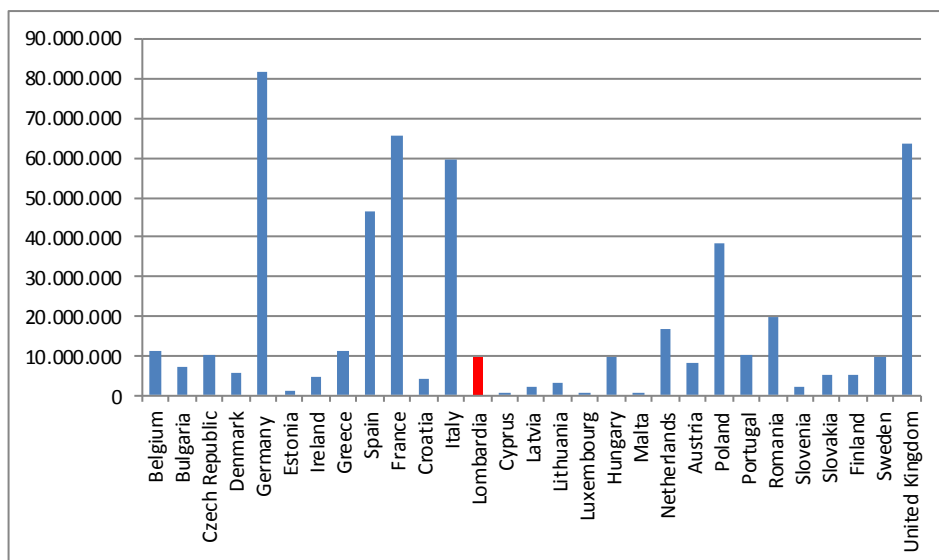
Condizioni di salute e disabilità

I lombardi godono in media di buona salute. Tre lombardi su quattro dichiarano che in generale la propria salute va bene o in alcuni casi molto bene¹⁰. La proporzione di persone che dichiara di avere problemi di salute tali da causare gravi limitazioni per lo svolgimento delle attività quotidiane è del 2,7%.

Si stima che in Lombardia risiedano circa 337 mila persone disabili che vivono in famiglia. Il manifestarsi della condizione di disabilità è correlata con l'età e più diffusa tra le donne. Le persone affette da una riduzione di autonomia quantitativa hanno più problemi ad accedere al lavoro, tuttavia negli ultimi anni lo svantaggio rispetto alla popolazione normodotata si è gradualmente ridotto. La differenza nei tassi di occupazione dei due gruppi si è infatti ridotto notevolmente, passando da una differenza di 24 punti percentuali nel 2005 a 7,7 punti nel 2011.

Il sistema sanitario e sociosanitario lombardo serve la salute e il benessere di una popolazione di 10 milioni di persone, pari a circa un quinto della popolazione italiana e superiore al dato di 17 dei 27 Paesi europei.

Popolazione dei Paesi europei e della Lombardia al 2012

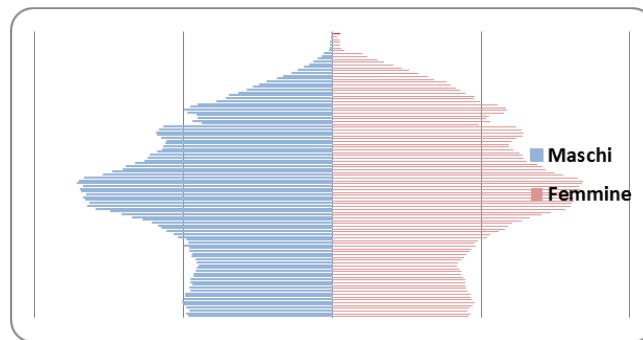


Fonte: Eurostat – Istat

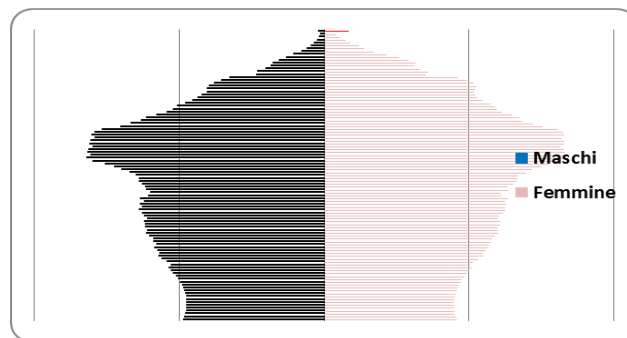
Il contesto epidemiologico italiano e quindi anche lombardo è caratterizzato dall'espansione della popolazione cronica spesso affetta da polipatologie (e conseguente fragilità), parallelamente alla crescita esponenziale della popolazione anziana.

¹⁰ I dati sono tratti da un'indagine effettuata nel 2013 da Éupolis Lombardia per conto della DG salute sugli stili di vita e alle condizioni di salute della popolazione adulta lombarda (18-69enni).

Popolazione residente in Lombardia, per età e sesso
2013



2030



Fonte: Blangiardo, 2014

Il 2030 sarà l'anno in cui in Lombardia un milione di ultraottantenni raggiungeranno il milione di bambini con meno 10 anni e il milione di ragazzi da 10 a 20 anni.

Avremo 3 milioni di lombardi con più di 65 anni, di cui un milione con più di 80.

Nel 2012, gli assistiti definibili come cronici nella regione in base ai dati di esenzione e di classificazione nella BDA (Banca Dati Assistito) erano pari al 31,8 % dei 10.157.474 assistiti totali lombardi per una spesa complessiva superiore al 70% del totale (quasi l'80% se si considerano le sole voci ricoveri, farmaceutica territoriale, specialistica e file F). A questi si aggiungono i costi per i servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali di natura sociosanitaria, che per l'anno 2012 sono stati di circa 1,2 miliardi di euro per ricoveri in lungo-assistenza, RSA e per ADI.

A tutto ciò si affiancano le fragilità di tipo sociale derivanti da separazioni, povertà e nuove forme di dipendenza in rapida diffusione, quali la ludopatia (tra il 2012 e il 2013 il numero di persone che si rivolgono ai SerT per questo tipo di problema è aumentato del 25%).

Prevenzione e Promozione della Salute

Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)

La prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle MCNT (fumo, sedentarietà, alimentazione e consumo di alcol non corretti) e intermedi (sovrappeso/obesità, ipertensione, dislipidemie, iperglicemia, lesioni precancerose cancerose iniziali) può essere perseguita mediante la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico e con la diagnosi precoce, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi.

Per quanto attiene la promozione di stili di vita salutari, a partire dal 2006 in Lombardia è stato attivato un percorso per riorientare gli interventi basandoli sulle migliori evidenze di efficacia e sulla *governance* di una azione intersettoriale, attraverso una serie di alleanze con il mondo della scuola, dell'impresa, dello sport,

ecc., che sviluppa su scala regionale indirizzi e linee operative del Programma Nazionale “Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari”.

Tali indirizzi sono fatti propri dal vigente Piano Regionale della Prevenzione e saranno sviluppati nell’emanando Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 alla cui stesura ha significativamente contribuito l’esperienza maturata in questi anni in Lombardia.

In merito al rischio individuale, al termine del quadriennio interessato dal PRP 2010-2013, si conferma l’andamento positivo rispetto al livello nazionale degli indicatori del triennio di rischio individuale¹¹.

L’analisi del BMI evidenzia un andamento stabile nel tempo nella popolazione con più di 18 anni, il 46% degli italiani e il 42% dei lombardi ha un peso corporeo oltre la soglia, in tabella i dati per anno e categoria di peso.

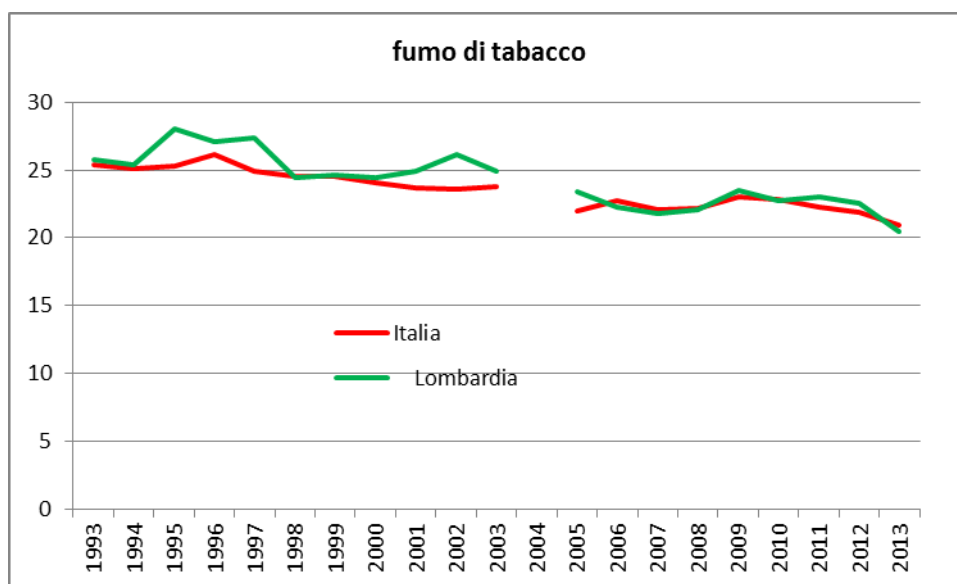
Tabella BMI - 18 anni e più						
	Italia			Lombardia		
	sovrappeso	obesi	tot	sovrappeso	obesi	tot
2005	34,7	9,9	44,6	30	9	38
2006	35,0	10,2	45,2	30,9	9,3	40,2
2007	35,6	9,9	45,5	31,3	9,0	40,3
2008	35,5	9,9	45,4	33,0	9,6	42,6
2009	36,1	10,3	46,4	34,1	9,5	43,6
2010	35,6	10,3	45,9	31,4	10,1	41,5
2011	35,8	10,0	45,8	32,9	8,9	41,8
2012	35,6	10,4	46,0	32,6	10,3	42,9
2013	35,5	10,3	45,8	31,8	10,2	42,0

Nel 2013 nella popolazione con più di 3 anni, in merito allo stile alimentare, 81% dei lombardi consuma una colazione adeguata (79% Italia) e il 31% di chiara come pasto principale la cena (21% Ita). Il consumo di frutta e verdura è inferiore uguale ad una porzione al giorno per il 19% dei lombardi (19% Ita), tra 2 e 4 porzioni per il 77% (76% Ita) e maggiore o uguale a 5 per il 4% (5%Ita). Per la popolazione di 11 anni più, il consumo di bevande gasate è pari al 16% (13 Ita) per una quota superiore al bicchiere al giorno di cui il 6% (4% Ita) oltre il mezzo litro giornaliero.

Per la popolazione di 3 anni o più il 33% dei Lombardi non pratica mai attività fisica (41%Ita), il 30% pratica qualche attività fisica (28%Ita), il 10% la pratica in modo saltuario (9%Ita), il 26% in modo continuativo (21%Ita).

Nel grafico sottostante è descritto ‘andamento dell’abitudine al fumo nella popolazione con 14 anni o più a livello nazionale e a livello regionale: nel 2013 l’abitudine al fumo coinvolge il 21% dei lombardi (21% Italia)

¹¹ Fonte dati Istat ultimo anno disponibile 2013



L'azione regionale di prevenzione ha sostenuto, nell'ultimo biennio, un forte sviluppo verso quelle che vengono definite "strategie di comunità", cioè verso programmi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute finalizzati a creare le condizioni per rendere facile l'adozione di comportamenti salutari. Queste iniziative adottano un approccio multi componente (che agisce contestualmente sui diversi fattori di rischio/ determinanti di salute) per ciclo di vita (detto *life course* in quanto riguarda le comunità e quindi intercetta tutte le fasce di età), per setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario) e intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.) che vedono il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici alle comunità locali (empowerment di comunità).

E' in questo ambito che nel 2011 si sono attivati i Programmi "Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS Lombardia (membro del *network Schools for Health in Europe*), alla quale, ad oggi, hanno aderito 232 Istituti Scolastici (ca 200.000 studenti coinvolti) impegnati in azioni educative, sociali, organizzative, collaborative con EELL, Associazionismo, ecc., e "Aziende che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia) (*Working Health Promotion - WHP*) che vede l'adesione di 296 aziende (private e pubbliche - ca 135.000 lavoratori coinvolti), impegnate a realizzare "buone pratiche" (azioni raccomandate e/o di provata efficacia) che facilitano l'adozione competente e consapevole di stili di vita salutari in tutto il personale della organizzazione (con ricaduta su famiglie), in base a criteri di sostenibilità organizzativa ed economica e nella quale è valorizzata la responsabilità sociale di impresa.

La prevenzione delle principali patologie cronico degenerative è favorita anche da uno stile di vita attivo, con la pratica quotidiana di attività fisica, svolta secondo i livelli raccomandati che contribuisce ad aumentare il benessere psicologico, il grado di autonomia degli anziani e a ridurre il rischio di cadute, supportando quindi, complessivamente, anche un "invecchiamento attivo e in buona salute".

In Lombardia la sedentarietà è un comportamento diffuso nell'infanzia, in adolescenza e tra la popolazione adulta (sono circa il 38% i lombardi sedentari) sebbene con criticità meno evidenti che in altre zone del Paese. (Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti di vita quotidiana", 2013).

Per favorire uno stile di vita attivo, è nell'ambito dei programmi di comunità, che si sviluppa la realizzazione di buone pratiche e azioni efficaci locali come il "Pedibus" e i Gruppi di Cammino".

Il "Pedibus", trasformazione del tragitto scuola – casa in percorso pedonale, è stato attivato in 341 Comuni lombardi (22%) e coinvolge il 57% dei bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni che abitano in Lombardia;

il numero totale delle scuole interessate è pari a 501: circa il 21% del totale delle scuole primarie lombarde ha il “Pedibus”.

I “gruppi di cammino”, persone che si ritrovano regolarmente per camminare insieme, guidati “walking leader” individuati tra figure “volontarie”, sono stati attivati in 424 Comuni lombardi (27%), sono attualmente organizzati in circa 516 “linee”, cioè gruppi di persone che compiono percorsi diversi e/o in orari diversi, e il numero totale di partecipanti è di 18.891, di cui 11.488 hanno più di 65 anni (61%).

Prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamenti

Nel contesto lombardo il cambiamento dell’epidemiologia della diffusione di sostanze psicoattive legali e illegali si accompagna, nell’ultimo decennio, con la progressiva (e spesso impercettibile) modificazione degli atteggiamenti e dei “valori d’uso” associati alle sostanze stesse, trasformate negli ultimi anni – come un normale prodotto di massa – in qualcosa di “banalmente normale”. Si tratta della cosiddetta “normalizzazione culturale” dell’uso: tutti i dati disponibili segnalano, infatti, che il consumo di sostanze psicotrope (legali e illegali) è ormai “sdoganato” all’interno di una più generale “cultura dell’addittività” diffusa e radicata in strati sempre più ampi della popolazione. Sulla scena sociale e mediatica, accanto ai tradizionali e integrati consumi di tabacco e alcol, le sostanze psicotrope illegali fanno progressivamente parte della vita di un numero crescente di individui, che – pur attestandosi su percentuali ancora minoritarie della popolazione – assume un rilievo mediatico e sociale di amplissimo peso, determinando l’affermarsi – specie tra i giovani - di un immaginario collettivo per il quale l’assunzione di sostanze non rappresenta più un comportamento deviante, ma una condotta tollerabile, specie se non provoca disturbo e/o danni agli altri.

Dal punto di vista dei valori d’uso che lo caratterizzano, il consumo di droghe – fino a pochi anni fa declinato nell’ottica di doping della vita quotidiana – oggi sembra assumere una funzione di veicolo per momenti di alterazione, piacere, gratificazione e benessere declinati, secondo le occasioni, in modo individuale o collettivo. Dal momento che tutte le sostanze d’abuso sono in grado di produrre alterazioni dello stato mentale ogni sostanza diventa per il consumatore potenzialmente alternativa a qualunque altra.

HBSC Lombardia 2010 – Sintesi dei dati relativi al “consumo di sostanze”

- **Alcolici:** i ragazzi dimostrano di fare abbondante uso di alcolici, soprattutto al crescere dell’età: a 11 anni ha bevuto il 29.5% a 13 il 55.4% e a 15 l’81.0%. Particolarmente interessante risultano le preferenze di consumo fra gli studenti: al primo posto si posizionano gli alcolpop (33.1%), di cui si fa un uso anche frequente. Seguono la birra (32.0%), gli “altri alcolici” (29.2%) e il vino (28.3%). Per quanto riguarda l’uso eccessivo di alcol, il 15.4% del campione riporta episodi di ubriacatura e il 17.4% di binge drinking. I 15enni coinvolti in tali episodi si aggirano intorno al 32%.
- **Tabacco:** il 24.1% dichiara di aver fumato almeno una sigaretta nella sua vita e tale consumo aumenta con l’età: 3.1% a 11 anni, 21.9% a 13 e 54.7% a 15 anni. Molti di questi “sperimentatori” non si trasformano però in consumatori: il consumo attuale riguarda l’11.8% del campione (1.0% degli 11enni, 8.2% dei 13enni e 30.8% dei 15enni).
- **Cannabis:** il consumo di cannabis riguarda il 10.8% dei 13 e 15enni. Emerge tuttavia una notevole differenza fra le due fasce di età: a 13 anni hanno fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita il 2.9% degli studenti e a 15 anni il 20.9%.
- **Altre sostanze illegali:** i ragazzi che dichiarano di aver fatto uso di almeno una droga differente dalla cannabis rappresentano il 6.7% dei quindicenni (66 ragazzi). Le sostanze più diffuse sono i funghi allucinogeni e la colla.
- **Doping:** l’uso di sostanze dopanti coinvolge il 2.0% dei 15enni.

Anche l'alcol, sostanza lecita e grandemente diffusa, sembra iniziare a perdere le caratteristiche di "lubrificante sociale" tipiche dell'uso aggregativo/relazionale, per assumere quelle di sostanza "alterante in sé", alternativa a qualunque "stupefacente" (come nel caso del cd. "binge drinking").

Anche il ruolo dei social network e dei nuovi media, sta accelerando ulteriormente il processo di sdoganamento, di normalizzazione e diffusione delle droghe fra i cd. "nati nell'era digitale" (meno influenzati/bili su questi argomenti dai processi educativi classici della famiglia, della scuola e dei media tradizionali), facilitandone l'accesso (in termini di acquisto e consumo).

Dai dati in nostro possesso emerge chiaramente l'interconnessione tra il consumo di sostanze e tutti gli altri ambiti e contesti di vita. Lunghi dall'essere un fenomeno astorico e decontestualizzato, strettamente e unicamente legato a fattori individuali, il consumo di sostanze si connota come fortemente legato alle caratteristiche di diversi contesti di vita: famiglia, pari, scuola e comunità. Recenti contributi scientifici hanno infatti delineato un complesso sistema di relazioni interdipendenti tra individui ed ambiente sociale e culturale all'interno del quale il consumo di sostanze acquisisce forma e significato. In una prospettiva ecologico-sociale, il consumo di sostanze nelle diverse fasce di popolazione (in primis fra i più giovani) risulta strettamente legato sia alle caratteristiche dell'individuo sia alle caratteristiche dei molteplici contesti in cui vive.

In queste premesse trova motivazione l'avvio – a partire dal 2008 –, il successivo rafforzamento e il progressivo consolidamento a livello regionale e territoriale (grazie al coinvolgimento di tutte le ASL e alla sinergia e integrazione con i diversi livelli della programmazione sociale e di Zona in capo agli Enti locali) della Rete Regionale per la Prevenzione dipendenze.

Essa, anche in attuazione degli obiettivi strategici fissati dal Piano di Azione Regionale Dipendenze (di cui alla DGR IX/4225 del 25 ottobre 2012):

- Promuove e supporta il coordinamento multilivello degli interventi, la programmazione intersettoriale e le azioni dei diversi attori sociali presenti sul territorio;
- Qualificare le attività di prevenzione, promuove la diffusione di programmi coerenti con gli standard quali-quantitativi regionali, nazionali e internazionali;
- Aggiorna il patrimonio di conoscenza e gli strumenti metodologici a disposizione dei diversi attori in gioco e favorisce la conoscenza e lo scambio di buone pratiche.

A livello territoriale, in ciascuna ASL, questi obiettivi si concretizzano e attraverso lo strumento del Piano Locali Prevenzione Dipendenze (elaborato secondo quanto previsto dalla DGR IX/1999 del 13 luglio 2011 per il tramite del Comitato Rete Locale prevenzione Dipendenze, con il coinvolgimento di tutti gli Attori pubblici e istituzionali del territorio, Piano fortemente collegati agli altri strumenti programmatori nell'area preventiva: Documento di Programmazione e Coordinamento dei Servizi, Piano Integrato Locale per la promozione della salute)

In questa cornice trovano sfondo le più recenti azioni di Prevenzione del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) in attuazione della LR 8/13 e della DGR 856/13, che hanno individuato anche in questo specifico campo la strategia del lavoro di rete e dello sviluppo di partnership e programmi di intervento intersettoriali quale forma promettente per la diffusione nella popolazione di atteggiamenti e comportamenti preventivi e in grado di individuare precocemente ed altrettanto efficacemente le situazioni a maggior rischio, anche con il coinvolgimento attivo di settori della società civile tipicamente non coinvolti in questo tipo di strategie (es. gestori di locali; mondo della produzione ecc.).

Prevenzione oncologica mediante diagnosi precoce (tumore di mammella, colon – retto, cervice uterina)

Nell'ambito delle patologie oncologiche Regione Lombardia, in coerenza con le indicazioni nazionali e le evidenze scientifiche, ha organizzato programmi di prevenzione rivolti alla popolazione che, per età e sesso, risulta essere più a rischio e per la quale la partecipazione a una prestazione diagnostica può garantire un efficace guadagno di salute. Nella tabella seguente sono riportati i livelli di offerta.

	Popolazione target	Prestazione offerta	Copertura* di popolazione
Mammella	Donne 50-69 anni	Mammografia	81%
Colon retto	Donne e uomini 50-69 anni	Test del sangue occulto delle feci	57%
Cervice uterina	Donne 25-64 anni	Pap Test	79%

* Comprende anche le prestazioni fuori dai programmi di screening

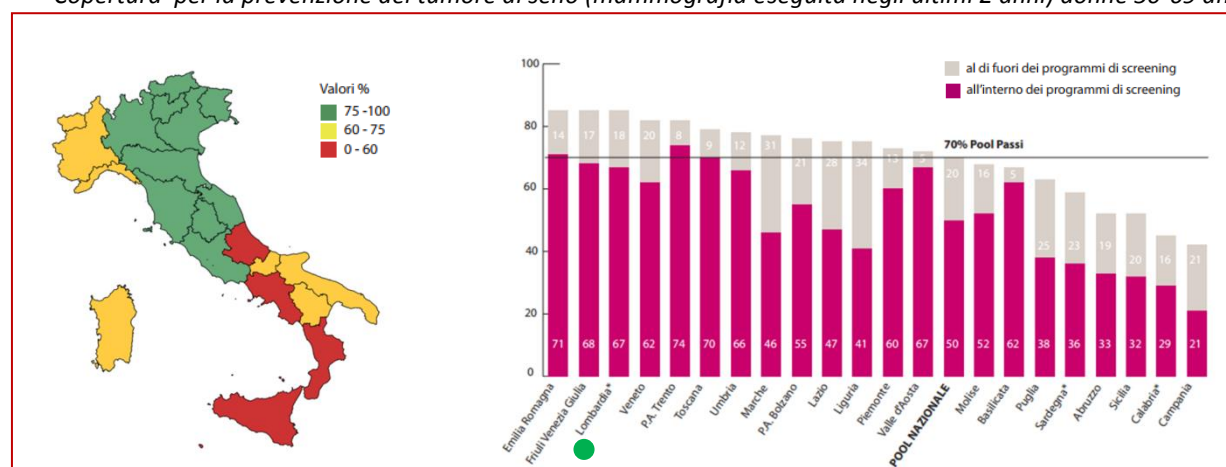
• Screening mammografico

Regione Lombardia ha attivato dal 2000, su tutto il territorio, un programma di screening del tumore della mammella. Tutte le residenti tra i 50 e i 69 anni vengono invitate ad eseguire lo screening mammografico con intervallo biennale; in caso di positività le pazienti vengono richiamate per gli opportuni approfondimenti (ecografia, biopsia,ect). Nel 2012 sono state invitate 564.138 donne, hanno aderito in 326.779; sono risultate positive alla mammografia di screening in 17.670, diagnosticate per cancro 1.235:

- ogni 100 invitate 68 hanno aderito;
- ogni 100 pazienti screenate con mammografia: 95 sono negative, 5 sono positive e inviate ad approfondimento diagnostico;
- ogni 100 pazienti positive che eseguono approfondimento diagnostico: a 7 viene diagnosticato un cancro.

Nel confronto con i dati italiani si osserva che Regione Lombardia contribuisce per circa 1/5 al totale degli esami effettuati nei programmi di screening nazionali (circa 330.000 su 1.500.000).

Copertura per la prevenzione del tumore al seno (mammografia eseguita negli ultimi 2 anni) donne 50-69 anni



Fonte: I programmi di screening per l'anno 2012, Osservatorio Nazionale Screening

(i dati per valutare le coperture sono tratti dalla survey nazionale Passi cui Regione Lombardia ha partecipato con un Pool di ASL)

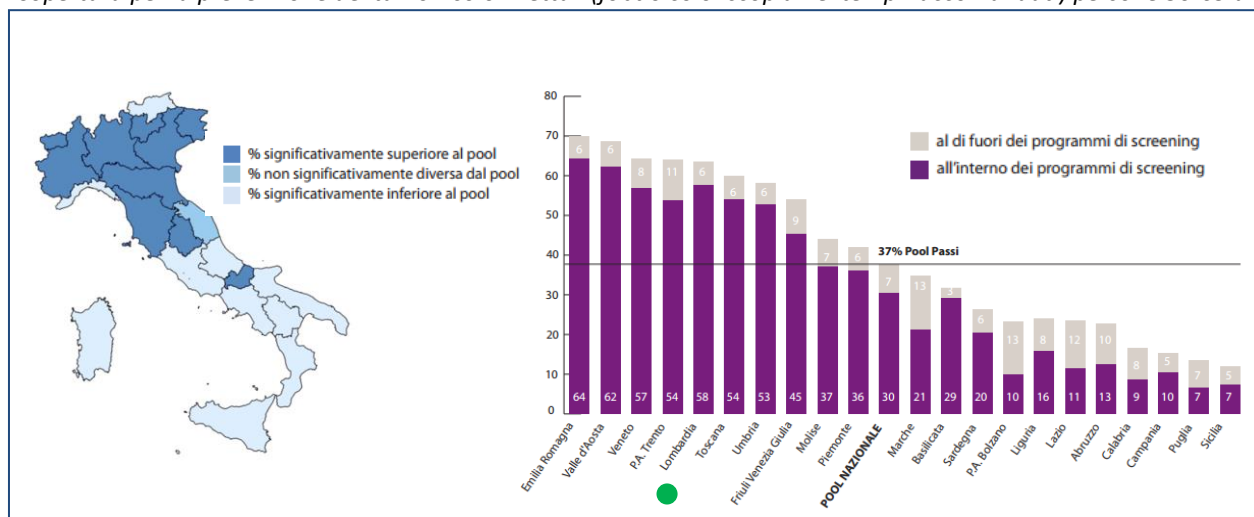
- **Screening Colon Retto**

Regione Lombardia ha attivato dal 2005 un programma di prevenzione del tumore del colon retto. E' previsto l'invito di tutta la popolazione tra i 50 e i 69 anni alla esecuzione, ogni due anni, del test del sangue occulto delle feci. In caso di positività i pazienti sono richiamati ad eseguire una colonscopia di approfondimento. Il programma di screening è a regime su tutto il territorio dal 2006;. Nel 2012 sono stati invitati 1.151.499 residenti, hanno aderito in 522.463; sono risultati positivi in 22.367, diagnosticati con patologia 7.649 (591 cancro, 3.287 adenoma alto rischio, 3.771 adenoma basso rischio):

- ogni 100 invitati 48 hanno aderito;
- ogni 100 pazienti screenati 96 sono negativi, 4 sono positivi e consigliati di sottoporsi a colonscopia;
- ogni 100 pazienti positivi che eseguono colonscopia di screening a 3 viene diagnosticato un cancro, a 18 un adenoma ad alto rischio e a 21 un adenoma a basso rischio, 58 risultano negativi.

Nel confronto con i dati italiani si osserva che Regione Lombardia contribuisce per circa 1/3 al totale degli esami effettuati nei programmi di screening nazionali (circa 500.000 su 1.500.000).

Copertura per la prevenzione dei tumori colon-rettali (fobt o colonscopia nei tempi raccomandati) persone 50-69 anni



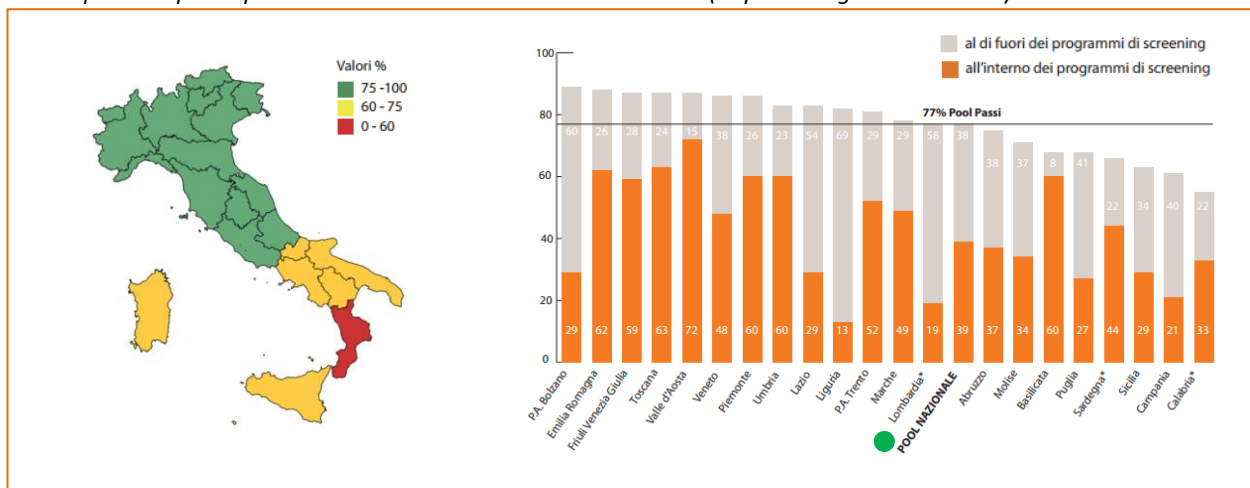
Fonte: I programmi di screening per l'anno 2012, Osservatorio Nazionale Screening

(i dati per valutare le coperture sono tratti dalla survey nazionale Passi cui Regione Lombardia ha partecipato con un Pool di ASL)

- **Prevenzione del carcinoma della cervice uterina**

La prevenzione del carcinoma della cervice uterina in Regione Lombardia è organizzata attraverso programmi di screening realizzati in alcune ASL mentre le altre ASL sviluppano azioni indirizzate verso gruppi di popolazione "fragili" anche alla luce dell'abitudine delle cittadine lombarde alla prevenzione spontanea. I dati mostrano che la copertura della prestazione di pap test è assicurata, nella fascia di età 25-64 anni, per circa 8 donne su 10: ciò grazie ad un forte livello di consapevolezza delle donne lombarde che accedono a tale prestazione sia nell'ambito delle campagne di screening, sia in maniera spontanea. L'alto livello di copertura ha contribuito a mantenere una bassa incidenza della patologia grazie all'azione sui precursori neoplastici, modificando il profilo epidemiologico della patologia.

Copertura per la prevenzione dei tumori alla cervice uterina (Pap test negli ultimi 3 anni) donne 25-64 anni

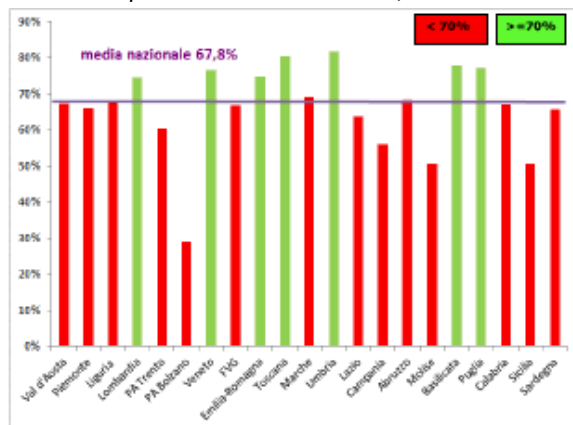


Fonte: I programmi di screening per l'anno 2012, Osservatorio Nazionale Screening

(i dati per valutare le coperture sono tratti dalla survey nazionale Passi cui Regione Lombardia ha partecipato con un Pool di ASL)

La protezione contro il carcinoma della cervice uterina è ulteriormente perseguita attraverso l'offerta attiva della vaccinazione anti-HPV alle ragazze dell'età di 11 anni. Sono state inoltre previste modalità di offerta vaccinale anche alle corti di età diverse da quelle per cui è prevista la chiamata attiva. La vaccinazione è stata introdotta nell'offerta di prevenzione primaria alle dodicenni con tassi di adesione in crescita: la coorte del 1997 ha registrato un tasso di copertura vaccinale per la prima dose del 68% versus il 74% a livello nazionale, la coorte del 2000, prima dose, del 79,2% versus 73,7% italiano.

Coorte Vaccinale per 3 dosi di vaccino HPV, coorti 2000 al 31.12.2013



Fonte: "Stato di avanzamento della campagna vaccinale per l'HPV: dati di copertura vaccinale al 31/12/2013"
Rapporto Semestrale, ISS

Prevenzione delle malattie trasmissibili e malattie prevenibili con vaccinazione

L'aumento demografico, l'urbanizzazione, la globalizzazione e i rapidi spostamenti aerei di persone e merci hanno aperto una nuova era per le malattie infettive. Gli ultimi decenni sono stati caratterizzati da un aumento dell'incidenza di malattie infettive già conosciute e dalla diffusione oltre-frontiera di malattie infettive emergenti. Per far fronte alle reali emergenze infettive e alla gestione degli eventi di grande portata come EXPO 2015, la strategia di regione Lombardia è stata mirata a rafforzare la capacità di risposta, la cosiddetta *preparedness*, definendo un'organizzazione e una rete di laboratori di riferimento al fine di consentire di eseguire una diagnosi precoce ed una rapida e precisa identificazione eziologica per orientare una risposta tempestiva ed efficace atta a ridurre al minimo l'eventuale impatto sanitario e socio-economico di epidemie o nuovi patogeni.

Le patologie più frequenti notificate sono le malattie esantematiche infantili, in particolare la varicella (243 casi per 100.000 abitanti) e la scarlattina (76 casi per 100.000 abitanti). La mononucleosi negli ultimi 5 anni ha una media di 302 casi/anno con un picco nell'ultimo anno di 391 casi. Attraverso il perseguimento degli obiettivi contenuti nel Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015, tra cui l'offerta attiva di vaccinazione, si è assistito ad un netto decremento dei casi di morbillo con 703 segnalazioni nel 2013 di cui 431 casi confermati in laboratorio ed un tasso in Lombardia di 7,2 per 100.000 residenti (Italia 2013: 3,7 casi per 100.000). Rispetto al contesto Europeo i Paesi che hanno riportato, tra il 1 Novembre 2012 e il 31 Ottobre 2013 il maggior numero di casi e anche le incidenze più elevate sono: Paesi Bassi, Regno Unito, Italia, Germania e Romania. Solo 11 Paesi hanno riferito meno di 1 caso di morbillo per milione di abitanti (soglia target di eliminazione).

In termini di frequenza seguono le patologie gastrointestinali: ai primi posti si attestano le salmonellosi non tifoidee (15 X 100.000 abitanti) e le diarree infettive (41 X 100.000 abitanti). Le notifiche di listeriosi, in maniera simile al contesto epidemiologico europeo, sono andate aumentando negli anni con 67 casi nel 2013. Dal 2005 si sono verificati meno di 200 casi anno di epatite A con due picchi nel 2009 e nel 2013. Nell'ultimo anno l'aumento dei casi è correlabile all'epidemia multistato che ha coinvolto diversi Paesi europei (Italia, Irlanda, Olanda, Francia, Gran Bretagna, Svezia), originatasi da frutti di bosco surgelati.

Le notifiche di salmonellosi, come visibile nel grafico sopra, continuano ad essere in diminuzione coerentemente al quadro europeo, con un incremento sì quelle sostenute da *S.Thiphimurium*, ed in particolare della sua variante monofasica. Dopo un netto aumento dovuto anche al rafforzamento del sistema di sorveglianza, negli ultimi 5 anni le diarree infettive si attestano ad una media di 3926 casi. Gli agenti eziologici che sostengono le diarree infettive notificate sono nel 58% da *Clostridium difficile*, il 27% da enterovirus, il 14% da batteri (escluse le salmonelle) e il restante non noti. Negli ultimi cinque anni la media delle diarree sostenute da *Campylobacter* sono 524/anno con 687 casi verificatesi nel 2013 e colpiscono maggiormente i bambini al di sotto dei 4 anni. Le diarree infettive di origine virale notificati è a carico di bambini: il 60% delle diarree infettive da norovirus e il 90% di quelle da adenovirus si verificano al di sotto dei 9 anni.

Tra le patologie rilevanti in termini di gravità clinica, la tubercolosi ha un trend lievemente in diminuzione negli ultimi anni con un numero di notifiche in media di poco superiore a 1000 casi/anno per un tasso di 8,07 X 100000 abitanti che fa collocare la Lombardia e l'Italia tra i Paesi a bassa endemia (Fonte: Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe, ECDC Surveillance Report 2013). La quasi totalità delle tubercolosi osservate nella nostra Regione è sensibile alle terapie convenzionali e pertanto caratterizzata da una buona risposta alla cura. Le malattie invasive pneumococciche hanno registrato in Lombardia 297 casi nel 2012 con un tasso di 3 X 100000 abitanti versus 1,32 a livello nazionale e le malattie invasive meningococciche si attestano a 33 casi nel 2013, dato assimilabile all'ultimo triennio. Nel 2013 le nuove diagnosi di HIV segnalate in Lombardia sono state 932, di cui 891 a carico di soggetti residenti con un tasso d'incidenza del 9,2 per 100.000 abitanti (incidenza nuove diagnosi HIV in Italia 6,0 nuovi casi per 100.000 residenti). Il trend dei casi di AIDS è in costante diminuzione media di 276 casi/anno (periodo 2009-2013).

Tra le meningo-encefaliti di origine virale, in Lombardia nell'anno 2013 sono stati confermati 10 casi autoctoni da West Nile Virus, di cui 6 soggetti residenti nella provincia di Mantova, 2 in quella di Brescia e 1 nella provincia di Cremona; il decimo caso ha coinvolto due province in quanto il soggetto era residente a Lodi e trascorreva le sue giornate nell'area di Melegnano. Dal punto di vista temporale 8 casi si sono verificati in Agosto e 2 in Settembre. Il 30% dei casi ha un'età compresa tra 45-65 anni e 9 su 10 sono di sesso maschile. Due pazienti, maschio di anni di 89 anni e maschio di 68 anni, portatori di altre patologie, sono deceduti per WND.

Le coperture vaccinali per le vaccinazioni contro il tetano, difterite, pertosse, epatite B, Haemophilus b sono superiori al 95%, la vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia si attesta a valori intorno al 94-95%

negli ultimi 5 anni, e le coperture per le vaccinazioni, introdotte successivamente, come quella contro la malattia meningococcica e pneumococcica sono in aumento. Inoltre sono attive le offerte gratuite di alcuni vaccini a soggetti con alcune patologie specifiche coerentemente alle indicazioni ministeriali.

Programmazione delle attività di controllo a tutela della salute e sicurezza dei cittadini / consumatori / lavoratori condivisa tra enti ed istituzioni coinvolti

La Programmazione delle attività di controllo è effettuata in relazione al contesto di riferimento e secondo i principi della graduazione del rischio.

L'attuazione dei piani di controllo da parte delle ASL ha permesso nel 2013 la realizzazione complessivamente di 192.194 controlli svolti nell'ambito degli ambienti di lavoro, degli ambienti di vita e della filiera degli alimenti non di origine animale.

La programmazione della ASL - Dipartimento di Prevenzione Medico - fa propri e declina, nelle diverse realtà territoriali, anche gli obiettivi definiti dal livello nazionale nei LEA, in coerenza con le linee di indirizzo conseguenti.

Il modello organizzativo praticato e da praticarsi è quello che valorizza un'ampia partecipazione delle parti sociali e delle istituzioni con competenze nelle specifiche aree (tutela della salute e sicurezza dei cittadini /consumatori/lavoratori), sia nella fase di individuazione di priorità ed obiettivi, sia nella fase di valutazione del guadagno di salute conseguito. Il processo per affrontare e risolvere i bisogni di prevenzione inizia con la realizzazione della "peer network", la "rete di pari".

Nell'ambito della tutela della salute della popolazione negli ambienti di vita la prevenzione è chiamata a contribuire nel percorso di valutazione degli Strumenti di Pianificazione e Governo del territorio comunale (PGT, Piani Attuativi e loro Varianti), tesa a garantire il miglior utilizzo del territorio e la migliore fruibilità dello stesso da parte dei cittadini e si esplica nell'identificare le correlazioni tra salute e ambiente, affinché siano operate scelte ed intraprese azioni in grado di salvaguardare la salute della popolazione dai fattori di inquinamento.

Analogamente è chiamata nella valutazione dei contenuti degli Studi di Impatto Ambientale, in ambito di Valutazione d'Impatto Ambientale (VIA) per la componente salute. La Comunità Europea ha sancito il principio secondo cui: *"... tutti i progetti che hanno dei riflessi sul territorio e quindi comportano una trasformazione del territorio devono essere giudicati anche al fine della valutazione dei possibili impatti che il progetto una volta realizzato determina sul territorio"*. L'entrata in vigore del DM 24.4.2013 ha introdotto la Valutazione di Danno Sanitario (VDS) ponendo in evidenza come *"... i (suoi) criteri poggino su una strategia articolata su due linee parallele: una epidemiologica a cui è affidata la descrizione e la caratterizzazione del profilo di salute della popolazione, l'altra ambientale e tossicologica cui sono affidate sia la valutazione della qualità ambientale dell'area e dell'eventuale miglioramento connesso all'attuazione delle prescrizioni, sia la stima degli esiti sanitari attesi in futuro (risk assessment)"*¹².

La medesima finalità di tutela è indirizzata nell'attività di controllo degli ambienti di vita; delle acque di balneazione; della filiera alimentare e dell'acqua destinata al consumo umano; nel rischio legato a sostanze chimiche e prodotti.

Sicurezza Alimentare

Nel campo della sicurezza alimentare negli ultimi anni si è consolidato, sia a livello nazionale che regionale, il modello introdotto nell'Unione europea dal Regolamento (CE)178/2002 e dal successivo "Pacchetto

¹² Ministero Salute DGPRES prot. 0027807-P-09/12/2013

Igiene" (Regg. (CE) 882/2004, 852/2004, 853/2004, 854/2004, 2073/2005), caratterizzato dalla forte responsabilizzazione degli operatori del settore alimentare e, di conseguenza, il passaggio, per l'Autorità competente, da controlli preventivi, da porre in atto prima dell'inizio della attività, a controlli a posteriori, che verificano non solo il rispetto dei requisiti, ma anche e soprattutto gli effettivi risultati in termini di controllo del rischio e limitazione dei danni.

La recente programmazione regionale ha visto quindi l'emanazione di provvedimenti volti a precisare le modalità di applicazione delle direttive dell'Unione Europea e a stabilire linee guida per la gestione di specifici ambiti.

Per quanto riguarda la sicurezza alimentare degli alimenti non di origine animale, la Prevenzione è chiamata a dare attuazione, per quanto di competenza, a quanto previsto dalla normativa comunitaria in materia (Reg. (CE) 882/2004):

- al Piano Nazionale Integrato – MANCP, che descrive il sistema dei controlli ufficiali svolti lungo l'intera filiera alimentare al fine di tutelare i cittadini dai pericoli di natura sanitaria e dalle pratiche produttive sleali;
- all'Accordo Stato – Regioni del 07/02/2013 concernente "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte delle autorità competenti in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria".

Attività di controllo ufficiale – alimenti di origine animale

Stabilimenti riconosciuti

I controlli ufficiali eseguiti dai Dipartimenti di Prevenzione Veterinari sugli stabilimenti che producono alimenti di origine animale sono organizzati conformemente ai criteri stabiliti dalla normativa vigente e utilizzano tecniche appropriate sviluppate a tal fine: audit, ispezioni, verifiche, monitoraggio, sorveglianza e campionamenti.

Nel corso del 2013 sono stati effettuati 22.340 controlli ufficiali sul 95% degli stabilimenti riconosciuti. Sono state rilevate 2.905 non conformità ai requisiti previsti dalla normativa vigente. La significativa diminuzione delle infrazioni osservate, rispetto all'aumento degli accessi depone per un maggior rispetto delle norme da parte degli OSA.

Stabilimenti registrati

Gli stabilimenti registrati ai sensi del reg. CE 852/04 hanno una minore complessità ispettiva e minor rischio sanitario, pertanto la frequenza dei controlli è minore. Nel 2013 sono stati sottoposti a controllo 14.089 stabilimenti (pari al 25,5% sul totale dei presenti in regione) mediante 27.208 audit e ispezioni. Sono state rilevate 6.144 non conformità, passando anche per questi stabilimenti dal 29% al 23%; la maggior parte delle violazioni riscontrate sono state rilevate negli impianti di distribuzione al dettaglio.

Piano monitoraggio latte crudo

Ha riguardato il latte crudo nei tank aziendali (4.922 analisi) e nei distributori collocati sul territorio della Regione (6.541 analisi). Le analisi hanno riguardato la valutazione dei Criteri di Sicurezza Alimentare (ricerca di *Listeria monocytogenes*, *Salmonella* spp, *Campylobacter* termo tolleranti, *E. coli* VTEC) e la valutazione dei Criteri di Igiene di Processo (Enterobacteriaceae, *E.coli*).

In sintesi, i risultati analitici ottenuti sottolineano la buona qualità del latte crudo destinato al consumo umano diretto.

Piano Aflatossine

Le aflatossine rappresentano uno dei contaminanti del latte che maggiormente deve essere tenuto sotto controllo considerati i pericoli sanitari.

La presenza della micotossina nel mais è condizionata dagli andamenti climatici, per cui devono essere previsti piani di sorveglianza ad hoc. Nel 2012 sono stati effettuati 1.217 campioni di latte di massa e di

questi 55 sono risultati con valori maggiori di 50ppt con tecnica ELISA (4,5% di positività), mentre, nel 2013 sono stati effettuati 1.585 campioni e di questi 102 sono risultati con valori maggiori di 50ppt con tecnica ELISA (6,43% di positività).

Piano *Listeria monocytogenes*

Nel 2012 è terminato il piano di campionamento regionale per la valutazione della presenza di *Listeria monocytogenes* in formaggi. Nel complesso sono stati prelevati 2075 campioni, dei quali 138, pari al 6.65%, sono risultati contaminati. Nel corso del 2013 nell'ambito dei progetti EXPO 2015, per la valorizzazione di prodotti DOP, nelle Province maggiormente interessate alla produzione di taleggio e gorgonzola è stato definito un piano specifico per verificare la situazione della contaminazione ambientale degli impianti di produzione nei confronti di *Listeria*.

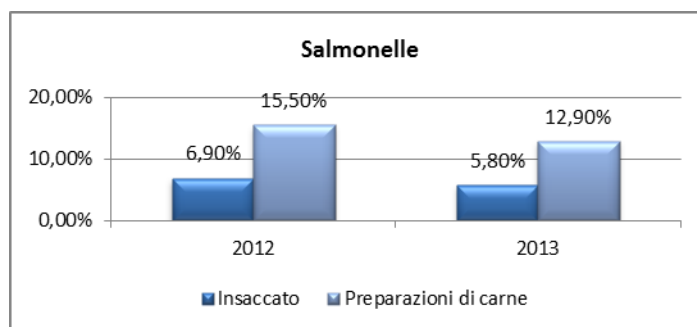
Piano Alpeggi

Nell'arco alpino regionale sono presenti n°370 strutture di caseificazione in alpeggio nel 2013, la cui quasi totalità è munita di riconoscimento comunitario.

Le attività di controllo effettuate nel biennio 2012/2013 hanno comportato l'adozione di 334 atti prescrittivi, 15 sospensioni/ritiri del riconoscimento, 5 restrizioni/divieti d'immissione sul mercato dei prodotti a base di latte.

Controlli su prodotti a base di carne

Nel corso del 2012/2013 è stato pianificato su tutto il territorio regionale, un programma di sorveglianza nei confronti della *Salmonella* e sul grado di contaminazione da enterobatteriacee in insaccati crudi e prodotti a base di carne.

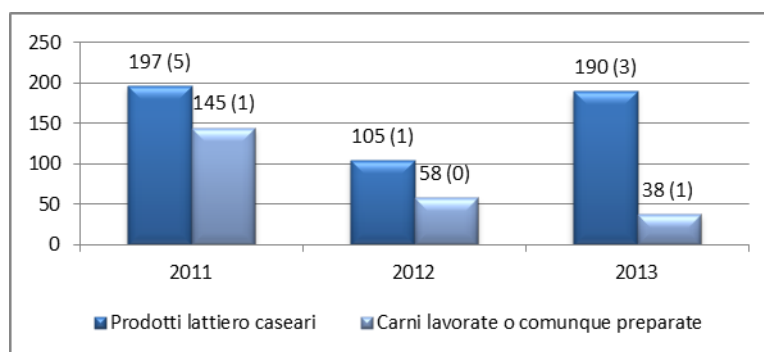


Prevalenza *Salmonella* spp per diverse tipologie di prodotti (2012-2013). Fonte Banca dati IZSLER elaborazione OEVR.

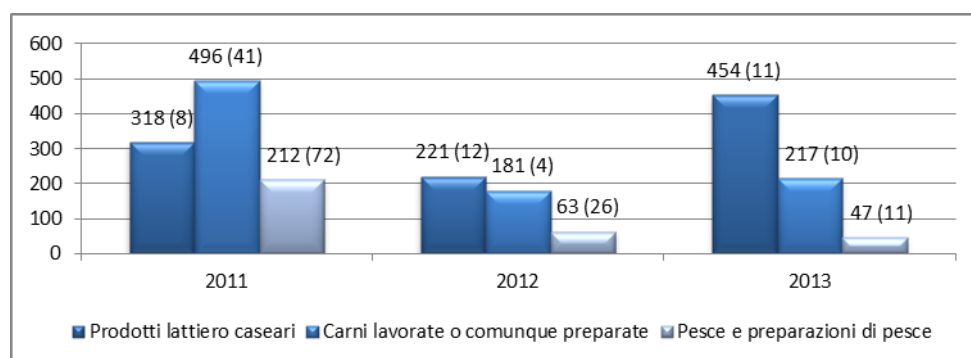
Controllo zoonosi trasmesse dagli alimenti.

Nell'ambito di applicazione della direttiva CE 2003/99 inerente la ricerca di agenti zoonosici, negli anni 2011-2012-2013 sul territorio della Regione Lombardia sono stati prelevati gli alimenti destinati al consumo umano per essere sottoposti a controlli presso le sezioni territoriali dell'IZSLER (ricerca di *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Listeria monocytogenes* e *Staphylococcus aureus*).

I grafici seguenti mostrano le unità testate per le principali matrici alimentari nel triennio 2011-2013. Il numero contenuto delle non conformità rilevate testimonia la buona qualità igienico sanitaria dei prodotti di origine animale commercializzati e la corretta applicazione delle procedure di autocontrollo da parte degli operatori del settore alimentare.



Campioni effettuati per *E.coli* per diverse matrici 2011-2013 (tra parentesi il numero di campioni non conformi). Fonte dati: Banca dati IZSLER elaborazione OEVR.



Controlli per *Listeria monocytogenes* per diverse matrici 2011-2013 (tra parentesi il numero di campioni non conformi). Fonte dati: Banca dati IZSLER elaborazione OEVR.

Controllo residui - Piano Nazionale Residui (PNR)

Il Piano Nazionale Residui (PNR) programma l'attività di ricerca di residui negli animali e nei prodotti di origine animale con la finalità di rilevare i casi di somministrazione illecita di sostanze vietate, di somministrazione impropria di sostanze autorizzate e di verificare il rispetto dei limiti massimi residuali di medicinali veterinari, di antiparassitari e di contaminanti ambientali.

La percentuale di campioni irregolari riscontrata nel triennio 2011-2013 è sostanzialmente costante nell'ambito del PNR mantenendosi sempre a livelli inferiori allo 0,4% (0,2% nel 2013).

Farmacosorveglianza

Il piano regionale di farmacosorveglianza è mirato alla verifica della corretta gestione del medicinale veterinario a partire da produzione, commercializzazione, e somministrazione all'animale sino al controllo dell'eventuale presenza di residui nei prodotti di origine animale.

Sia il numero dei controlli, sia i piani di campionamento e l'aumento di responsabilità degli allevatori, testimoniano in generale la corretta gestione del farmaco-veterinario in azienda.

Allerta

Per notificare in tempo reale i rischi diretti o indiretti per la salute pubblica connessi al consumo di alimenti o mangimi, è stato istituito il sistema rapido di allerta comunitario, sotto forma di rete, cui partecipano la Commissione Europea, l'EFSA (Autorità per la sicurezza alimentare) e gli Stati membri dell'Unione.

Il Punto di Contatto della Regione Lombardia gestisce il sistema di allerta per alimenti, sia di origine animale sia di origine non animale, e per i mangimi; assicura lo scambio rapido delle informazioni con le altre componenti della rete: i punti di contatto delle ASL lombarde, delle Regioni e del Ministero della Salute, quest'ultimo opera come punto di contatto nazionale ufficiale per la Commissione europea. Se un alimento o un mangime, presente sul mercato, non è conforme ai requisiti di sicurezza previsti dagli articoli 14 o 15 del Regolamento 178/2002, gli operatori del settore devono avviare immediatamente le procedure di ritiro.

Di seguito sono riportati i dati riguardanti le segnalazioni ricevute nel triennio 2011-2013 per prodotti presenti sul territorio regionale.

Le 1.045 segnalazioni pervenute sono state originate da ASL Lombarde, altre regioni, dal Ministero della Salute, dalla Comunità Europea e da Paesi terzi.

Il numero più elevato di allerte, è dovuto alla “presenza di microrganismi patogeni”; le matrici maggiormente coinvolte sono state le carni e i prodotti della pesca. Il numero appare costante negli anni, anche se questo dato non deve creare inutili allarmismi, ma testimonia la funzionalità di un sistema in grado di identificare e togliere rapidamente dal commercio i prodotti potenzialmente pericolosi per la sicurezza alimentare.

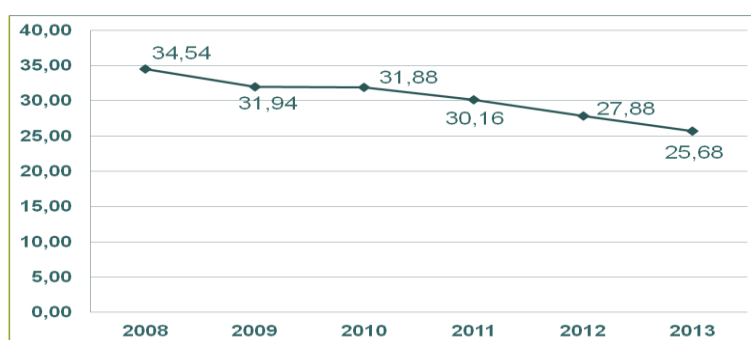
Pianificazione degli interventi di prevenzione negli ambienti di lavoro

Regione Lombardia con il Piano 2014-2018 ha sviluppato strategie di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (SSL) a partire dai risultati conseguiti in attuazione degli interventi promossi dal precedente Piano e fa propria una cultura fondata sul confronto tra le Istituzioni con competenza in materia, con le parti datoriali e sindacali, sia in ambito aziendale che territoriale. Un Sistema Lombardia che, grazie al governo della prevenzione e della protezione SSL dei lavoratori, è in grado di stimolare la competitività imprenditoriale e suscitare l’attrattività internazionale.

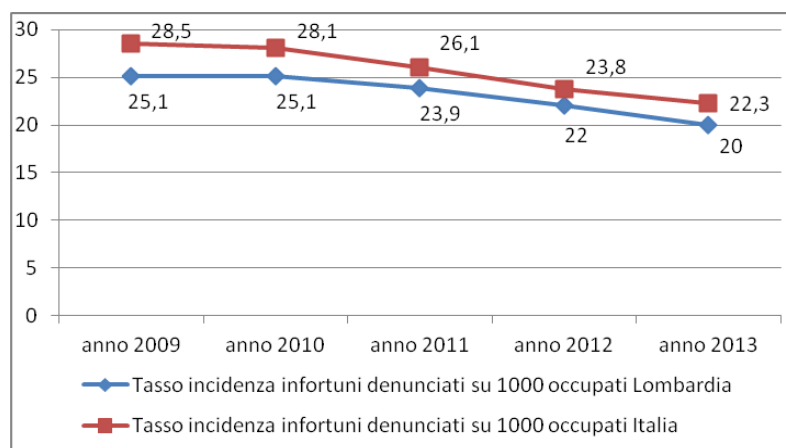
Per contrastare gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, agli strumenti ordinari di vigilanza e ispezione devono essere affiancati altri dispositivi quali il dialogo sociale per avviare iniziative di Responsabilità Sociale d’Impresa (RSI) ed in generale percorsi di autocontrollo attinenti ai Sistemi di Gestione della Sicurezza e Salute (SGSSL) ; di incentivazione economica; di promozione di *buone prassi* art. 2 DLgs 81/08 per un’efficace riduzione dei rischi, per valutazione e gestione dei rischi; di promozione della salute (*Working Health Promotion*); di sensibilizzazione e diffusione della cultura della SSL.

Indicatori di risultato assunti da Regione Lombardia per l’area degli infortuni sul lavoro, nel triennio 2011-2013, sono stati la riduzione del 15% del tasso complessivo d’incidenza degli infortuni sul lavoro denunciati (base dati: INAIL 2009); la riduzione del 10% del numero assoluto degli infortuni mortali.

Di seguito l’andamento dei tassi di incidenza infortunistica effettuato tenendo conto del ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni (CIG), in termini sia di ore autorizzate che di ore effettivamente utilizzate dalle imprese.

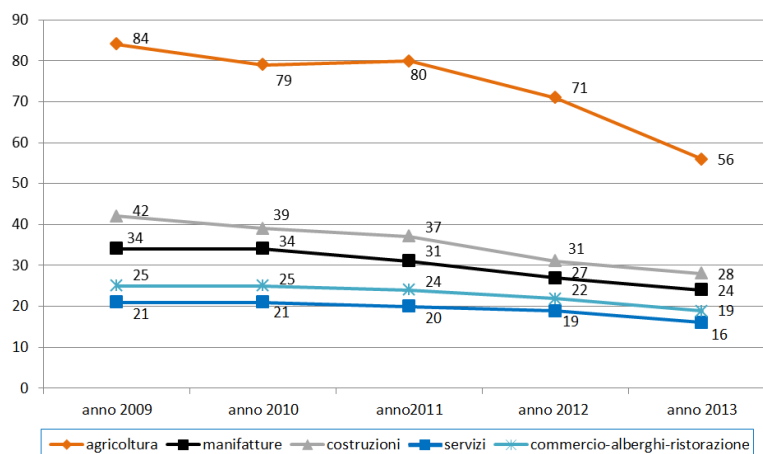


Fonti: INAIL – Infortuni (**tutte le gestioni**); ISTAT - Occupati al netto CIG



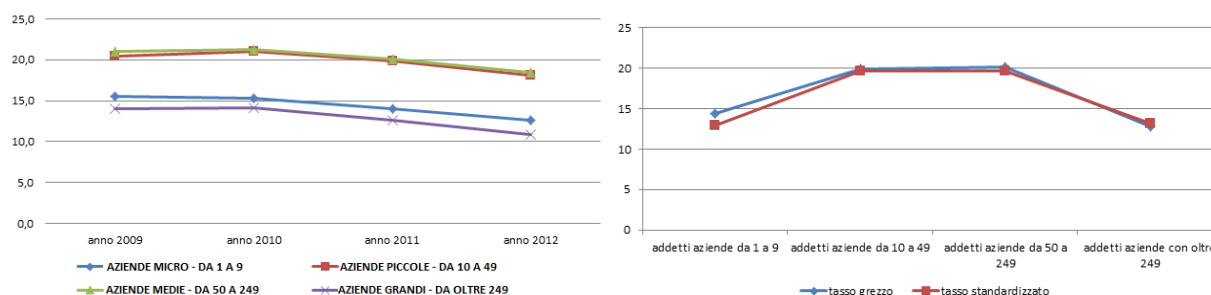
Fonti: INAIL – Infortuni (**industria e servizi in occasione di lavoro in ambiente ordinario**); ISTAT - Occupati al netto CIG

Il confronto tra gli andamenti per comparto (Fonte: INAIL) evidenzia un trend di decremento significativo in agricoltura.



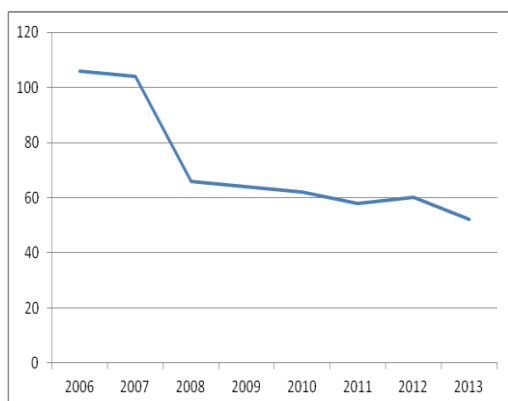
Fonti: INAIL – Infortuni (**tutte le gestioni**)

Il calcolo dei tassi di incidenza per classe di addetti, così come definite dal D.M. 18 Aprile 2005, a standardizzazione effettuata, conferma dei valori più elevati per le piccole e le medie imprese.

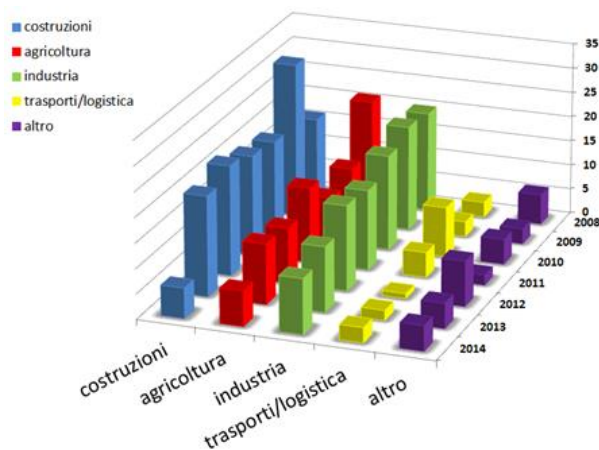


Fonti: INAIL – Infortuni (**tutte le gestioni**); ISTAT - Occupati al netto CIG

I decessi causati da infortunio sul lavoro nel 2013 sono stati 52, mentre nel 2012 sono stati 58. Nel biennio si registra una lieve flessione, in linea con il trend registrato negli anni precedenti. Il comparto più interessato resta quello delle costruzioni (osservazione confermato al settembre 2014).

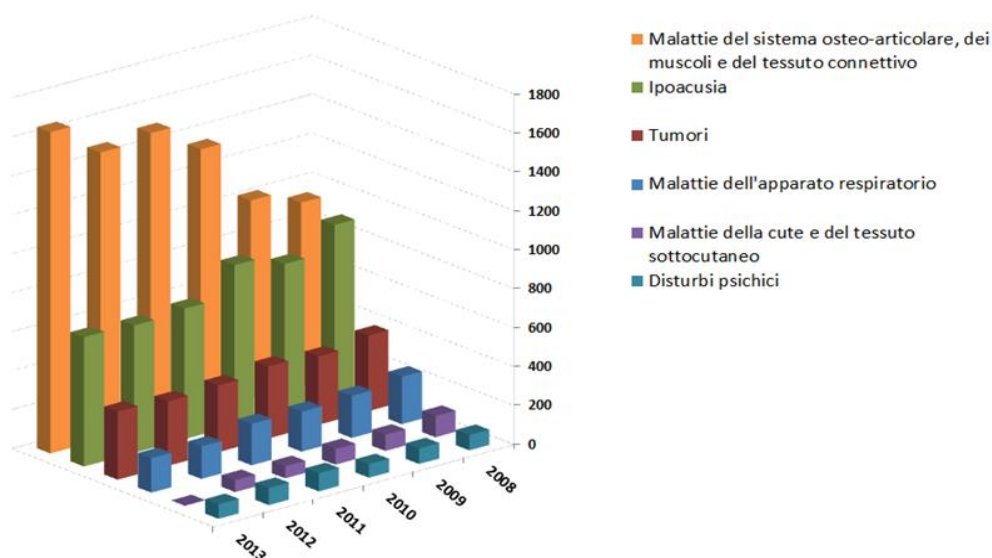


Fonti: Registro regionale degli infortuni mortali (al netto degli stradali ed itinere)



A contrasto del fenomeno tecnopatico, sono stati assunti l'obiettivo di mantenimento del trend di emersione delle malattie professionali e di perfezionamento degli strumenti di indagine oltre che l'implementazione della rete di monitoraggio del fenomeno. Nel 2011, rispetto al 2007, Regione Lombardia ha registrato un incremento del 18% delle malattie professionali denunciate (Italia: + 60%) (Fonte: Attività delle Regioni e delle Province Autonome per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Anno 2011. Conferenza delle Regioni. 13/030/CR7c/C7).

Le patologie denunciate più importanti sono quelle del sistema osteo-articolare, dei muscoli e del tessuto connettivo (andamenti disaggregati per anno nel grafico seguente).



Fonti: Flussi Informativi INAIL Regioni (anno 2008); INAIL (anni 2009-2013)

Nel 2013, rispetto al 2009, Regione Lombardia ha registrato un incremento del 13% delle malattie professionali denunciate (Italia: + 47%) (Fonte: Banca dati statistica INAIL).

	2009	2010	2011	2012	2013	Var % 2013/2009
Lombardia	2.867	3.219	3.153	3.052	3.240	13
ITALIA	34.962	42.557	46.837	46.161	51.334	47

Sintetizzando, si evidenzia che:

- i tassi annui di infortunio sul lavoro si attestano intorno ai 20 infortuni ogni 1000 occupati;
- mediamente i tassi annui di infortunio sul lavoro su scala nazionale eccedono di 2 infortuni ogni mille occupati i tassi lombardi;
- è consolidato il decremento percentuale dei tassi di infortunio per gli anni 2010, 2011, 2012, 2013 sul 2009, tenendo conto del reale numero di lavoratori occupati, al netto del ricorso alla cassa integrazione guadagni da parte delle imprese lombarde;
- il 2013 è l'anno in cui il contenimento degli eventi infortunistici appare consolidarsi, come pure l'emersione delle malattie professionali finalizzate al loro riconoscimento e ad indirizzare l'attività di prevenzione.

Piano Regionale Prevenzione 2014-2018: indirizzi di Programmazione regionale

Il PNP 2014 – 2018 dispone che la Regione si impegni ad assumere nell’emanando Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, la visione, i principi, le priorità, la struttura dello stesso, individuando programmi regionali, integrati e trasversali, coerenti con gli elementi propri del contesto regionale, sia epidemiologico che organizzativo.¹³

Nella tabella che segue sono evidenziati i principali programmi che verranno avviati e/o la messa a sistema dei progetti avviati con il precedente PRP nonché la prosecuzione dei programmi in essere che contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi nazionali e regionali.

Programma	Descrizione	Macro obiettivo PNP
“Aziende che Promuovono Salute - Rete WHP Lombardia ”	Sviluppo della Rete e miglioramento dell’offerta di strumenti/metodi Accordi intersettoriali e azioni integrate all’interno del Sistema Regionale (in particolare Direzioni Generali Giovani e Sport, Agricoltura, Territorio, Cultura)	<ul style="list-style-type: none">▪ Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili▪ Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti▪ Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
“Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS Lombardia”	Sviluppo della Rete e miglioramento dell’offerta di strumenti/metodi. Integrazione con i programmi Unplugged e Life skills Program attivati dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato Accordi intersettoriali e azioni integrate all’interno del Sistema Regionale (in particolare Direzioni Generali Giovani e Sport, Agricoltura, Territorio, Cultura)	<ul style="list-style-type: none">▪ Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili▪ Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani.▪ Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti▪ Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
Promozione dell’allattamento al seno	Miglioramento della qualità dell’offerta e dei processi secondo i criteri di Comunità/Ospedali Amici dei Bambini – WHO – UNICEF	<ul style="list-style-type: none">▪ Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili▪ Promuovere il benessere

¹³ SANITA’ PUBBLICA VETERINARIA

E’ possibile ricondurre gli interventi della sanità pubblica veterinaria a cinque macro ambiti, profondamente interconnessi tra loro:

1. Sicurezza degli alimenti di origine animale;
2. Sanità e benessere animale;
3. Alimentazione animale e farmaci;
4. Commercio con l’estero (impatto sull’attività economica);
5. Animali da compagnia.

che trovano esplicitazione programmatica nell’emanando “Piano regionale integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2015 – 2018”.

		mentale nei bambini, adolescenti e giovani.
Promozione dell'attività fisica	Sviluppo azioni di comunità ("Pedibus", "Gruppi di Cammino", "Scale per la Salute", "Greenway", ecc.) Accordi intersettoriali e azioni all'interno del Sistema Regionale (in particolare Direzioni Generali Giovani e Sport, Territorio) Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili ▪ Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti ▪ Prevenire gli incidenti domestici e ridurre la gravità dei loro esiti
Promozione di una corretta alimentazione	Sviluppo azioni di comunità (Accordo regionale "Con meno sale nel pane c'è più gusto e guadagni in salute", "Capitolati salutari per il vending" "Codice colore nelle mense collettive", ecc.) Accordi intersettoriali e azioni all'interno del Sistema Regionale (in particolare Direzioni Generali Agricoltura, Commercio, Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
Disassuefazione/Cessazione del tabagismo	Miglioramento dell'offerta e formazione degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
Rete Regionale per la prevenzione delle dipendenze	Sviluppo e consolidamento della Rete sia a livello regionale sia a livello locale Programmazione e attuazione del Piano Azione Regionale dipendenze e dei Piani Locali per la Prevenzione in sinergia con programmi regionali e territoriali di promozione della salute	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili ▪ Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti ▪ Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
Screening oncologici	Miglioramento della qualità dell'offerta attraverso l'attivazione di strumenti di audit e l'introduzione del test HPV dna come screening primario del Ca Cervice Uterina per le donne 30-64	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
"Programma Cronicità"	Sviluppo di interventi relativi alla presa in carico individuale integrata della cronicità.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle

		malattie non trasmissibili
Sviluppo integrato rete "Percorsi nascita"	Attivazione e sviluppo di programmi integrati nell'ambito dei percorsi nascita finalizzati alla messa a sistema di screening audiologici e oftalmologici neonatali nonché al miglioramento di efficacia ed efficienza delle azioni a sostegno dell'allattamento al seno e relativa sorveglianza.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali ▪ Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili ▪ Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani.
Prevenzione e sorveglianza delle malattie infettive	Mantenimento del sistema di sorveglianza delle malattie infettive con ottimizzazione della lettura dei segnali in vista di EXPO 2015	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie
Strategie vaccinali	<p>Miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale con particolare attenzione alle categorie a rischio</p> <p>Valutazione dell'introduzione di nuovi vaccini in Lombardia ed eventuale implementazione delle campagne inerenti</p> <p>Consolidamento dei processi di comunicazione in ambito vaccini</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritari
Piano regionale 2014-2018 per la tutela della salute e sicurezza del lavoratore	<p>Attuazione delle strategie individuate dal documento regionale, condiviso con le parti sociali e con tutti gli attori del</p> <p>Principali linee di sviluppo del Sistema informativo della prevenzione a sostegno delle azioni del piano SSL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accordi di cooperazione applicativa - Flussi telematici per i certificati medici d'infortunio sul lavoro - Ricerca attiva dei tumori professionali - Sviluppo dei moduli per i registri mesoteliomi e tumori nasali e naso-sinusali. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenire gli infortuni e le malattie professionali ▪ Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute ▪ Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili ▪ Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti ▪ Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
Miglioramento dell'integrazione tra le tematiche "salute e ambiente"	Consolidamento dei percorsi interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti/ricadute sulla salute derivanti da progetti ed opere e per l'adozione di interventi di prevenzione delle esposizioni a inquinanti chimici, fisici e microbiologici	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute ▪ Prevenire gli infortuni e le malattie professionali ▪ Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti

	in ambienti confinati e non (inquinamento indoor e outdoor).	
Piano dei Controlli sulle sostanze chimiche	Miglioramento del controllo dei pericoli e dei rischi derivanti da sostanze chimiche esistenti o nuove (anche quelle contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti, su miscele ed articoli)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute ▪ Prevenire gli infortuni e le malattie professionali
Applicazione del Piano e degli indirizzi ministeriale di prevenzione e controllo rischio amianto	Supporto al Centro Operativo Regionale (COR) per la realizzazione delle azioni di tutela della popolazione. Completa registrazione degli interventi di bonifica, dei quantitativi di amianto rimossi e dei lavoratori impiegati.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute ▪ Prevenire gli infortuni e le malattie professionali
Piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari	Predisposizione di: <ul style="list-style-type: none"> - Piano Regionale Integrato dei Controlli (PRIC) per alimenti non di origine animale contenente gli indirizzi metodologici alle ASL per la programmazione dei controlli su base territoriale; - Piano regionale di controllo dei residui di fitosanitari in alimenti non di origine animale; - Piano regionale di controllo degli OGM in alimenti non di origine animale; - Piano regionale di controllo degli additivi alimentari; - Piano regionale di controllo sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli
Piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari di origine animale	Predisposizione Piani per: <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione della prevalenza di Salmonella spp. nei prodotti alimentari di OA - Riduzione della prevalenza di E. coli VTEC nei formaggi a latte crudo - Riduzione della prevalenza di Listeria monocytogenes in taluni prodotti DOP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli
Rete dei laboratori a supporto dell'attività di controllo	Proseguimento della razionalizzazione, nella logica della "rete funzionale", di quanto effettuato dai Laboratori di	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica

	Prevenzione delle ASL, con verifica di reciproco scambio/collaborazione, nell'ottica di garantire sempre una maggiore efficacia ed efficienza.	veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli
Sistema Informativo della Prevenzione	Sviluppo e consolidamento a supporto delle attività/programmi	▪ Tutti i MMOO
Monitoraggio in alimenti di origine animale dei contaminanti ambientali	Individuazione delle aree a rischio di contaminazione da pops del territorio Regionale e adozione di sistemi di sorveglianza sulle produzioni animali	▪ Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli
Tracciabilità del farmaco Veterinario	Attraverso l'istituzione di un sistema di tracciabilità del farmaco veterinario individuare il consumo dello stesso e gli elementi utili ad un uso appropriato con riduzione dell'antibiotico resistenza e interventi a tutela ambientale, Il progetto è definito in collaborazione con Ministero della Salute e d IZSLER	▪ Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli
Obiettivi strategici di Sanità Animale: <ul style="list-style-type: none"> • Piano Aujeszky • Piano Paratubercolosi bovina • Piano per la creazione di nuclei di selezione genetica per la resistenza alla Scrapie 	Definizione di piani di controllo specifici in relazione alla complessità del contesto Regionale Lombardo	▪ Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli

Piano Nazionale Prevenzione 2014 – 2018	REGIONE LOMBARDIA - PRP 2014 – 2018																		
	Programma Rete WHP Lombardia	Programma Rete SPS Lombardia	Programma Promozione allattamento al seno	Programma Promozione attività fisica	Programma Promozione sana alimentazione	Programma Cessazione tabagismo	Rete Regionale per la prevenzione delle dipendenze	Programma Screening oncologici	Programma rete “Percorso nascita”	Programma “Cronicità”	Programma Prevenzione e sorveglianza malattie infettive	Piano regionale Vaccini	Piano regionale 2014- 2018 per la tutela della salute e sicurezza del lavoratore	Miglioramento dell’ integrazione tra le tematiche “Salute e Ambiente”	Piano dei Controlli sulle sostanze chimiche	Applicazione del Piano e degli indirizzi ministeriale di prevenzione e controllo rischio amianto	Piano integrato controlli matrici alimentari	Rete dei Laboratori	Sistema Informativo Promozione Salute e Prevenzione
	MO1																		
	MO2																		
	MO3																		
	MO4																		
	MO5																		
	MO6																		
	MO7																		
	MO8																		
	MO9																		
MO10																			