



INDIVIDUAZIONE DELLE MACRO AREE
DEL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2022-2025

8

MACRO AREA 1

**LA PREVENZIONE AL CENTRO DELLE POLITICHE
PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE**

10

QUALE PREVENZIONE

11

GLOBALIZZAZIONE, PANDEMIE E RISCHI PER LA SALUTE

13

PROMOZIONE DELLA SALUTE, DIAGNOSI PRECOCE E CONTRASTO
ALL'AGGRAVAMENTO IN MALATTIA

16

SALUTE E AMBIENTE

20

LUOGHI DI LAVORO E PROMOZIONE DELLA SALUTE

23

SANITÀ ANIMALE E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI

25

REALIZZAZIONE DEL REGISTRO TUMORI ANIMALE

26

LE DISUGUAGLIANZE SOCIALI E L'EQUITÀ

27

IL CONTRASTO ALLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

30

IL SISTEMA REGIONALE DELLA PREVENZIONE

32

MITIGARE GLI EFFETTI DELLA PANDEMIA

34

LA COMUNICAZIONE DEI RISCHI E L'EMPOWERMENT

35

OBIETTIVI

36



MACRO AREA 1

LA PREVENZIONE AL CENTRO DELLE POLITICHE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE

L'impatto che la pandemia da Sars Cov 2 ha avuto su tutti i sistemi sanitari regionali, richiedendo per essa la priorità assoluta a tutti i servizi e a tutto il personale in essi operante, ha messo a dura prova i percorsi di prevenzione già in essere; gli stessi Dipartimenti di Prevenzione sono stati interamente occupati a potenziare le strategie di sanità pubblica volte al contenimento dell'epidemia da Covid 19. Oltre a ciò, nel 2020, il Ministero della Salute, per garantire il contenimento del contagio e salvaguardare la salute dei cittadini e degli operatori nella fase di massima diffusione pandemica ha disposto la modifica delle modalità di offerta assistenziale, per cui, tutte le attività sanitarie garantite dal Servizio Sanitario Nazionale sono state distinte in "non procrastinabili" e, dunque, da erogare in sicurezza e con le tempistiche previste dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, e "procrastinabili", quindi sospese e da riprogrammare successivamente in accordo con l'attenuarsi della pandemia.

L'effetto di questa disposizione nazionale, non solo ha comportato l'aggravamento di molte condizioni croniche pre-esistenti all'epidemia, ma causerà effetti futuri che si ripercuoteranno sia sulla gestione dei percorsi della cronicità, sia sulla qualità stessa di vita dei pazienti, con un conseguente aumento generale dei costi per l'assistenza a molte patologie, in particolare quelle metaboliche, oncologiche, cardio e cerebro vascolari e della salute mentale, alle quali si aggiungerà quella già definita "long Covid 19", dovuta agli effetti duraturi lasciati dal virus in alcune persone.

Le ragioni che hanno costretto il SSN all'interruzione dei percorsi di prevenzione non legati al Covid 19 vanno ricercate nel modello organizzativo e funzionale delle cure di cui la pandemia ha solo reso più evidenti le criticità e che ora devono trovare occasione di profondo ripensamento e di un nuovo sviluppo sia nei servizi territoriali integrati, sia nella cultura della prevenzione e nella programmazione sanitaria. Ciò che è mancato, oltre al potenziamento dei servizi territoriali, che avrebbe reso possibile il mantenimento dei percorsi Covid 19 congiuntamente a quelli per le altre patologie pre esistenti, è stata la mancanza di modelli organizzativi trasversali, cioè organizzati per percorsi di cura ed *équipe* multi professionali e multidisciplinari, al posto di quelli operanti per "silos" (prevenzione, assistenza ospedaliera, assistenza territoriale, assistenza sociale).

Il bisogno di salute della popolazione non si esaurirà con la sola prevenzione del contagio delle malattie trasmissibili, per altro fino a poco tempo fa ritenute quasi scomparse, ma sarà dettato ancora di più da altri problemi di salute, che risultano particolarmente gravi se non governati e, questo, attiene tanto alla prevenzione primaria, con la riduzione di fattori e comportamenti a rischio, quanto alla prevenzione secondaria, con la necessità di diagnosi precoci e programmi attivi di screening, quanto, infine, a modalità di comunicazione del rischio più efficaci, un *vulnus* culturale nella società attuale che la pandemia ha reso molto evidente.

Dal concetto di educazione alla salute a quello di prevenzione attiva, fino anche alle modalità di comunicazione del rischio è necessario un profondo ripensamento culturale che risulta inutile se non lo si accompagna alla progettazione di un nuovo modello organizzativo-funzionale dei servizi sanitari e di quelli della prevenzione, diverso da quello attuale, ai quali anche il Piano Nazionale Cronicità ha riconosciuto un ruolo centrale.

Ai fini della salvaguardia della salute e della sostenibilità del sistema, la promozione e la prevenzione assumono un valore imprescindibile in tutti i contesti di vita e lungo tutto il corso della vita, con attenzione agli effetti delle disuguaglianze sociali nelle varie forme di disagio e di dipendenza patologica, nella promozione della salute e del benessere sociale, nella prevenzione, nella diagnosi precoce delle patologie e, più in generale, delle forme di disagio e di devianza.

QUALE PREVENZIONE

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, che ha definito e aggiornato i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ha tra le principali caratteristiche e novità la nuova denominazione del livello della Prevenzione: da "Assistenza sanitaria collettiva" a "Prevenzione collettiva e sanità pubblica". La nuova denominazione non solo ne ha rafforzato il mandato, estendendolo alla salute della collettività nel contrasto all'insorgenza delle malattie, ma ne ha rinnovato radicalmente il modello concettuale. L'obiettivo è stato infatti quello di evidenziare e rendere coerente ciò che caratterizza gli interventi di prevenzione e di sanità pubblica da quelli assistenziali.

La prevenzione ha quale obiettivo primario il promuovere e conservare lo stato di salute e contrastare l'insorgere delle malattie, ma poiché lo stato di salute, dalla sua definizione del 1998 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) non è costituito solo dall'assenza di malattia, ma da un completo benessere psico fisico, è evidente che tra le azioni da porre in essere nella prevenzione non vi sono solo quelle di competenza sanitaria ma vi sono, più in generale, quelle di tipo sociale, ambientale, economico, educativo ecc.

Per contrastare efficacemente i problemi di salute è necessario, quindi, investire in maniera integrata e intersettoriale su politiche e interventi che affrontino i determinanti socio-economici, culturali e di contesto della vita e del lavoro, nonché quelli legati alla qualità delle reti comunitarie e sociali, agli stili di vita e all'assistenza socio sanitaria. Interventi di sostegno alla popolazione che, a partire dalla gravidanza e lungo l'intero corso della vita, abbiano l'obiettivo di rafforzare i fattori protettivi e di migliorare gli aspetti assistenziali, con particolare attenzione alla riduzione delle disuguaglianze sociali.

Per quanto riguarda i determinanti sociali che incidono sulla salute vanno evidenziati alcuni aspetti da tenere in considerazione e sui quali intervenire per mantenere gli individui in buona salute, come l'accesso a livelli elevati di istruzione, la qualità delle relazioni sociali, la condizione economica, l'integrazione interculturale, lo status sociale ecc. Alcuni di questi interventi riguardano:

- la promozione di progetti che favoriscano la socializzazione dei giovani e la realizzazione di attività autopromosse, oltre a percorsi di cittadinanza attiva ponendo attenzione anche agli immigrati di seconda generazione;
- il sostegno di iniziative di prevenzione e promozione sociale, in particolare quelle relative a percorsi di formazione tra pari, in rete tra i diversi enti/servizi, responsabilizzando gli adolescenti a essere protagonisti della propria crescita;
- la promozione di una maggiore educazione emotiva e relazionale degli adolescenti (*life skills*) attraverso una progettazione comune tra servizi socio sanitari, educativi e le organizzazioni di terzo e quarto settore;

- lo sviluppo della responsabilità e della solidarietà, individuale, collettiva e intergenerazionale attraverso l'attivazione delle risorse presenti sul territorio, valorizzando, in particolare, le esperienze di vita e di lavoro degli anziani;
- la promozione dell'invecchiamento attivo concepito nell'ambito di un'unica cornice che comprenda interventi relativi a tutti e tre i cardini dell'invecchiamento attivo medesimo (salute, partecipazione, sicurezza).

Per una maggiore efficacia delle iniziative rivolte alle nuove generazioni è necessario considerare il punto di vista degli adolescenti e dei giovani adulti sui temi della salute e del benessere nella programmazione degli interventi nell'ambito dei servizi a loro dedicati, utilizzando linguaggi e strumenti loro prossimi quali, ad esempio, i *social network*. Al pari, è necessario promuovere iniziative di informazione, formazione e ascolto su questioni specifiche e di interesse per gli adolescenti, anche in coordinamento con le scuole e le associazioni, su temi quali l'orientamento sessuale e l'identità di genere, la fragilità e il disagio percepiti, il bullismo, le difficoltà nelle relazioni tra pari e l'utilizzo corretto e responsabile dei *social network*.

Definito quindi l'ambito d'azione, assai vasto, è opportuno cogliere la natura stessa del termine prevenzione in quanto "pre-venire" significa "arrivare prima", evoca quindi un atteggiamento "pro-attivo" verso qualcosa di indesiderato e che si intende evitare, come una condizione morbosa o un aggravamento della stessa, ma anche una condizione sociale di forte disagio e di deprivazione che spesso risultano anche essere correlate alla presenza di malattia.

La prevenzione, quindi, non è solo un insieme di interventi da ricevere ma è, *in primis*, un impegno e un'attività da assumere verso se stessi, nel rispetto della propria persona e delle persone che accompagnano il nostro percorso di vita ed è tanto più efficace, quanto più accompagna l'intero corso della vita: dalla primissima infanzia alla senilità.

Per potersi diffondere, il principio del valore della salute deve essere presente in tutte le politiche e in tutti gli ambienti (*setting*) di vita (dalla famiglia, alla scuola, all'ambiente naturale, al luogo di residenza e al lavoro) perché una popolazione in buona salute contribuisce al benessere economico e civile della società a cui appartiene e ne qualifica tutti i processi culturali.

L'analisi del contesto ha evidenziato come in Valle d'Aosta siano andati perduti, negli anni, alcuni antichi privilegi di salute e di benessere caratterizzanti le popolazioni di montagna (per alimentazione, stili di vita, rapporto con l'ambiente) e si assista, invece, a una lenta ma inesorabile acquisizione di stili di vita maggiormente diffusi nei contesti metropolitani, unitamente a una propensione a pratiche e esami preventivi non sempre rispondente ad appropriatezza ed efficacia.

La prevenzione quindi, nel promuovere corretti stili di vita (prevenzione primaria) e favorire l'adesione ai programmi vaccinali e agli screening oncologici per la diagnosi precoce (prevenzione secondaria), deve rendersi attiva anche nelle situazioni in cui una o più malattie sono già presenti - come indicato dal nuovo DPCM dei LEA del 2017 - per contrastarne l'aggravamento e favorire la corretta aderenza terapeutica e ai percorsi assistenziali, oltre che per perseguire uno stile di vita conforme alla tutela della

propria condizione clinica, al fine di evitare aggravamenti e disabilità permanenti che peggiorerebbero la qualità di vita e aggraverebbero il carico assistenziale per la famiglia e la comunità.

In sintesi, la prevenzione richiede il diffondersi di una cultura responsabile nella popolazione e partecipe in tutti gli operatori socio sanitari in forma pro-attiva, ma rimane poco efficace se non si accompagna ad un rinnovato modello organizzativo funzionale territoriale che ha il suo fulcro nel Dipartimento di prevenzione e nel Distretto il suo legame più efficace. Il riferimento alla relazione tra Distretto e Dipartimento di prevenzione deve qui leggersi alla luce dell'evoluzione del modello organizzativo territoriale delineato nella Macro Area 2.

Infine, ma non da ultima, la conoscenza e l'implementazione continua di dati a rilevanza epidemiologica regionale, siano essi derivanti dai sistemi informativi istituzionali, dai sistemi di sorveglianza o da registri locali di patologia, disposta dal presente Piano come attività istituzionale e soggetta a costante osservazione analitica, dovranno garantire qualità e aggiornamento continui all'analisi dei bisogni di salute della popolazione. Solo attraverso una corretta ed efficace manutenzione dei sistemi informativi e degli archivi di dati è possibile attivare e rendere utile al supporto decisionale la valorizzazione degli stessi in termini di analisi epidemiologica territoriale ad opera della Rete regionale per l'epidemiologia. Solo attraverso una disponibilità costante e qualificata di dati, di competenze specifiche e di risorse strumentali, la Rete epidemiologica regionale sarà in grado di mettere a disposizione dei decisori, ai vari livelli del governo e della gestione della salute regionale, una base conoscitiva indispensabile per l'individuazione di interventi e azioni di prevenzione attiva, di dimostrata efficacia, pertinenti al bisogno di salute della popolazione regionale, anche con attenzione alle disuguaglianze (di genere, di cittadinanza, di istruzione).

GLOBALIZZAZIONE, PANDEMIE E RISCHI PER LA SALUTE

L'ambiente, nella sua accezione più ampia, è un determinante fondamentale per il benessere psicofisico e per la salute delle popolazioni; sono molti, infatti, i processi patologici che trovano la loro eziopatogenesi in fattori ambientali e sociali. Come la pandemia da Sars Cov 2 ha dimostrato, viviamo in un mondo iper-connesso dove anche i rischi per la salute sono condivisi. Nella Costituzione dell'OMS, nell'affermare la salute come diritto fondamentale di ogni essere umano, si riconosce che essa è di tutti ed è condizione indispensabile per la pace e la sicurezza del mondo e che dipende dalla piena cooperazione tra gli Stati nella lotta alle disuguaglianze in salute e nel controllo delle malattie che costituiscono un pericolo comune. I virus si diffondono rapidamente e, come abbiamo sperimentato a partire dal 2019, in tempi moderni, in poco più di un mese, possono generare una pandemia globale.

Le epidemie sono sempre esistite. Dalla peste, alla pandemia di influenza "spagnola" fino alle più recenti, come quella da HIV/Aids che dal 1980 ha ucciso 33 milioni di persone e ne contagia ogni anno molte di più, alla prima SARS del 2003, l'influenza "suina" del 2009, le epidemie hanno accompagnato l'evolversi delle società, ma ciò che stiamo imparando attraverso il Sars Cov 2 è che è aumentata la rapidità con cui il contagio si diffonde, certamente anche in virtù della straordinaria accelerazione dei processi di integrazione e di interconnessione tra le società umane che si sono registrati oltre i confini geografici e politici dal secondo dopoguerra fino ad oggi. Con il drammatico

aumento della velocità non sono solo le epidemie delle malattie infettive a diffondersi fino a divenire planetarie; già prima della pandemia alcune politiche di marketing aggressivo verso consumi non salutari e persino nocivi alla salute si sono diffuse rapidamente insieme a stili di vita propri della società globalizzata, generando una “pandemia”, solo apparentemente meno pericolosa, di malattie croniche e degenerative nelle società a sviluppo cosiddetto avanzato (obesità, diabete, malattie cardiovascolari, respiratorie, neurodegenerative, cancro, malattie mentali...), con un impatto notevole anche sulla capacità dei sistemi sanitari di farvi fronte.

Inoltre, il consumo crescente di antimicrobici in medicina e nell'industria zootecnica per permettere allevamenti intensivi è all'origine della crescita esponenziale di ceppi di microrganismi (virus, batteri, parassiti) resistenti agli antimicrobici per cui, una filiera “corta”, come può essere quella regionale, deve trovare valore e sostegno negli interventi e nei messaggi che vengono veicolati alla popolazione che da questi possa trarre beneficio sulla qualità degli alimenti da preferire e assumere e, quindi, sulla salute in generale.

A tutti questi determinanti sociali, con cui le politiche di prevenzione si rapportano, deve aggiungersi il fenomeno dell'interconnessione globale di idee e opinioni presenti sulle reti sociali informatiche che assume una doppia valenza: se da un lato veicola la mobilitazione globale di molte persone nella difesa della salute, facilitando anche l'accesso alle conoscenze e favorendo la collaborazione scientifica e l'interazione tra sistemi sanitari nazionali, come si è verificato in risposta alle allerte epidemiologiche; dall'altro è evidente che rende disponibili a milioni di persone una grande quantità di informazioni, spesso non validate, cui gli stessi fruitori non possiedono la competenza necessaria per la loro verifica, contribuendo, paradossalmente, a una pericolosa disinformazione, anche sanitaria. La disinformazione che molte campagne di prevenzione hanno dovuto contrastare, prima tra tutte quella sull'efficacia e sui rischi dei vaccini nei bambini, successivamente quella riguardante la pandemia da Sars Cov 2 con le relative misure disposte a contrasto, progressivamente, nelle diverse fasi pandemiche, ne sono un evidente esempio.

Le crisi, però, devono trasformarsi in occasioni di ripensamento e crescita culturale per affrontare le sfide e le insidie di una salute sempre più globalizzata e, in questo, anche l'epidemia di Covid 19, in merito alla quale la comunità scientifica già avverte sul pericolo che non resti isolata, può offrire all'umanità, e a ciascuno di noi, un'opportunità di cambiamento.

Il presente Piano invita, quindi, tutti gli attori, e non solo quelli con responsabilità dirette sulla tutela e sul ripristino della salute, a rigenerare nel profondo il modo in cui si affronta il tema della salute, su cui, come si è dimostrato, tutte le politiche agiscono, anche indirettamente, in una prospettiva valoriale più consona alla costruzione di una società in buona salute, solidale, in armonia con la natura e con l'ambiente e costruita su diritti umani irrinunciabili.

In questo senso il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, approvato con un'intesa tra il Governo, le Regioni e le province autonome il 6 agosto 2020 e recepito a livello regionale con la deliberazione della Giunta regionale n.1343/2020, rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente secondo l'approccio “One Health” che, riconoscendo la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi

come interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti – come quello del virus Sars Cov 2 - che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali ed ecosistemi.

Oltre quindi a sottolineare, in accordo con il Piano della Cronicità, la flessibilità dei sistemi, nelle emergenze come nel tempo ordinario, in quanto modalità idonea a rispondere con rapidità ai bisogni dei cittadini garantendo il funzionamento della prevenzione nel suo complesso (dalle vaccinazioni agli screening oncologici, dalla tutela della popolazione fragile, alla presa in carico della cronicità), il Piano Nazionale della Prevenzione indica come principio guida, recepito anche dal presente Piano, quello della “Salute in tutte le Politiche” con una concezione della sanità interdipendente e intersettoriale anche con fattori socio-economici e, come si è detto, ambientali.

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 ha inteso consolidare l'attenzione alla centralità della persona, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l'*Health Literacy* ossia il grado con cui gli individui hanno la capacità di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e usufruire dei servizi necessari per rendere adeguate le decisioni di salute (OMS) e ad accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività (*empowerment*) e di interagire con il sistema sanitario (*engagement*) attraverso relazioni basate sulla fiducia.

Le due figure professionali destinate a riportare l'attenzione sulle persone e sulla loro necessità di costruire con il sistema sanitario una relazione di fiducia, consapevolezza e responsabilità sono i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Da sempre figure strategiche e di raccordo tra l'individuo e il sistema sanitario, sono ora chiamati a questo compito anche attraverso la diffusione dell'*Health Literacy*, quell'alfabetizzazione sanitaria che coinvolge il paziente fornendogli nozioni e informazioni accessibili e differenziate secondo la persona, senza lasciarlo ai margini delle azioni di promozione e prevenzione della salute.

Il Piano della Prevenzione ha individuato sei macro-obiettivi che rappresenteranno altrettanti ambiti di azioni specifiche nel periodo di validità del presente Piano, e che riguardano:

- *Le malattie croniche non trasmissibili*, un ambito questo che racchiude interventi e azioni atte a ridurre nella popolazione gli stili di vita contrari al mantenimento della salute e che con l'invecchiamento della popolazione sono la causa della crescente cronicità in ampi strati di popolazione. Tra queste, l'alimentazione scorretta, l'inattività, il fumo e l'alcol come cause di morte premature, l'inquinamento e l'insorgenza di demenze sempre più frequenti;
- *Le dipendenze e i problemi correlati*, intendendo con esse quelle che l'OMS definisce dipendenze patologiche: alcol, tabacco, sostanze psicotrope illegali e sostanze legali, a cui si aggiunga la dipendenza da gioco d'azzardo e quella da internet, che colpisce maggiormente le generazioni più giovani. L'approccio prescelto è quello di contrastare l'offerta per ridurre, progressivamente nel tempo, la domanda;
- *Gli incidenti stradali e domestici*: i primi rappresentano ancora la causa di morte più frequente tra i giovani e i secondi sono motivo di ospedalizzazioni frequenti e mortalità nelle persone più anziane e, spesso, anche sole;

- *Gli infortuni e gli incidenti sul lavoro e le malattie professionali.* Per limitarli si richiama a un rafforzamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato economico-sociale e tecnico-scientifico, al confronto costante e alla garanzia da parte dei datori di lavoro dell'operatività. Si tratta di malattie e cause di morte ritenute evitabili a cui, dopo la pandemia, andranno aggiunti i casi di "long Covid 19", ossia di persone che, nonostante la guarigione dal Covid 19, presentano danni funzionali o d'organo permanenti a causa della malattia;
- *L'ambiente, il clima e salute,* per i quali restano validi gli obiettivi previsti dall'Agenda 2030 e dall'Accordo sul clima di Parigi;
- *Le malattie infettive prioritarie* che la pandemia da Sars CoV 2 hanno nuovamente posto al centro dell'interesse delle politiche di prevenzione in quanto viene richiamata la necessità di uno sviluppo di sistemi in grado di identificare tempestivamente le possibili emergenze infettive, unitamente alla capacità di valutare il rischio ad esse associato e alla disponibilità di piani aggiornati di preparazione e risposta intersettoriali, sia generici, sia specifici per patologia infettiva.

Il Piano della Prevenzione, infine, prevede l'adozione di un sistema di valutazione, basato su indicatori e relativi standard, che consente di misurare, nel tempo, e in coerenza con il monitoraggio dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, lo stato di attuazione dei programmi, anche al fine di migliorarli in itinere, nonché il raggiungimento dei risultati di salute e di equità attesi.

Con deliberazione della Giunta regionale n.1654 del 6 dicembre 2021 si è pervenuti pertanto all'adozione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 individuando anche gli organismi tecnici preposti sia alla sua attuazione in Valle d'Aosta, sia al monitoraggio degli obiettivi previsti. Il Piano Regionale della Prevenzione si coniuga, altresì, con le priorità già in essere in Valle d'Aosta del Progetto PRO.M.I.S (Programma Mattone Internazionale Salute) relativamente agli obiettivi specifici dell'invecchiamento attivo, della protezione dell'infanzia e dei giovani, della promozione del cibo salutare a tutte le età della vita e delle diverse forme di assistenza di prossimità.

PROMOZIONE DELLA SALUTE, DIAGNOSI PRECOCE E CONTRASTO ALL'AGGRAVAMENTO IN MALATTIA

Nonostante la cultura della prevenzione sia ormai diffusa nella pratica quotidiana, al di là dell'impianto di importanti programmi pubblici di comunicazione, piuttosto che di controlli periodici o di screening, è proprio la promozione della salute come patrimonio culturale individuale in ampi sottogruppi di popolazione a mostrare carenze e false convinzioni. I determinanti di questo fenomeno, come già accennato, sono molteplici e chiamano in causa storie di deprivazione lungo tutto l'arco della vita, ma anche le modifiche intervenute nel rapporto fiduciario tra medico e cittadino che oggi, a differenza di un tempo, risulta indebolito e poco accreditato quando tenta di incentrarsi sul contrasto ai fattori di rischio e sulla tempestività della diagnosi.

In tutto questo un ruolo non marginale lo assume il modello organizzativo con il quale si diffonde la cultura preventiva che, con attenzione all'efficacia della promozione e della prevenzione della salute, rappresenta lo snodo centrale da riqualificare e a cui il Piano intende rivolgersi per il successo di qualsiasi programma sanitario. Affinché la cultura della prevenzione diventi realmente efficace e raggiunga esiti favorevoli alla salute, occorre pensare a un approccio alla prevenzione che si basi sull'utilizzo

coordinato di tutte le risorse presenti all'interno del servizio sanitario. È richiesta un'organizzazione capace di trovare tutte le necessarie integrazioni e le modalità di verifica e di miglioramento continue delle azioni messe in atto.

In relazione al diverso tipo e alle finalità perseguibili si è, per contro e a lungo, operata una distinzione tra:

- un livello di prevenzione che ha il suo campo d'azione sul soggetto sano e che si propone di mantenere le condizioni di benessere e di evitare la comparsa di malattie (prevenzione primaria);
- un livello che attiene a un grado successivo, intervenendo in uno stadio iniziale mediante la diagnosi precoce di malattie in fase asintomatica (prevenzione secondaria);
- un livello ulteriore, volto a ridurre la gravità e le complicanze delle malattie inguaribili (prevenzione terziaria).

Tale classificazione degli interventi di prevenzione si è rivelata alla luce delle evidenze scientifiche non più adeguata perché, da un lato, pone l'accento sull'offerta e non sulla domanda, dall'altro suddivide artificialmente lo stato della persona come se le fasi si susseguissero in momenti distinti e separati. Il presente Piano indica la necessità di porre ogni persona al centro di un proprio progetto di salute valorizzando gli esiti, più che i processi e considerando la prevenzione come:

- promozione della salute;
- diagnosi precoce e individuazione dei rischi;
- gestione della malattia e delle sue possibili complicanze.

Nella prima tipologia preventiva rientrano tutti gli interventi che potenziano i determinanti positivi e che controllano i determinanti negativi, sia individuali che ambientali; nella seconda sono invece compresi sia gli screening di popolazione, sia la medicina predittiva; infine, nella terza tipologia preventiva trovano attuazione i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e riabilitativi (PDTA) fondati sull'evidenza di efficacia, con standard di qualità, verifiche e monitoraggio.

Porre la persona al centro dell'intervento di prevenzione significa riferirla al contesto in cui vive ed opera, significa collocarla in una situazione dinamica di relazioni con le altre persone, ma anche con agenti biologici, chimici e fisici presenti nell'ambiente, e con le strutture abitative, ricreative, lavorative frequentate. Secondo questo approccio la prevenzione non si concretizza in singoli interventi, ma deve tendere a una strategia preventiva complessiva, in modo tale che tutto quanto circonda e compenetra la persona possa, in vario modo, concorrere al suo benessere.

Per quanto riguarda il *setting* scolastico, un obiettivo specifico del Piano di prevenzione precedente è stato quello di aumentare le conoscenze e l'utilizzo di metodologie e strumenti basati su evidenze scientifiche e buone pratiche in merito a tematiche di cittadinanza e di salute da parte delle Istituzioni scolastiche che hanno aderito alla rete valdostana "Armonie per una scuola in salute". Un ulteriore obiettivo sul quale la scuola ha posto interesse negli anni scorsi è stato quello di aumentare le abilità, la consapevolezza e le conoscenze individuali dei bambini, dei ragazzi e dei giovani in tema di cittadinanza e salute, obiettivo che è riproposto anche nel nuovo Piano Regionale della Prevenzione.

La prevenzione collettiva deve prevedere interventi finalizzati ad affrontare problematiche sanitarie di rilievo quali-quantitativo, con interventi rivolti sia alla persona (screening, vaccinazioni, educazione sanitaria), sia agli ambienti di vita e di lavoro (controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali), in una cornice comune, interdisciplinare

e integrata di obiettivi e relativi indicatori di monitoraggio e valutazione, comprendendo tutte le aree della sanità pubblica, dalla promozione della salute e della prevenzione delle malattie trasmissibili e non trasmissibili, della tutela dell'ambiente, della prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Per quanto riguarda le patologie trasmissibili è necessario proseguire l'attività di prevenzione vaccinale, dando rilievo all'importanza della prevenzione vaccinale lungo tutto l'arco della vita.

Per quanto attiene la prevenzione tramite diagnosi precoce è rilevante il mantenimento dello screening neo natale esteso, della sordità e cataratta congenita.

Il Piano dispone inoltre, sempre con attenzione alle prime fasi della vita, che al termine dell'emergenza pandemica e in collaborazione con le istituzioni scolastiche venga riattivato, presso le scuole dell'infanzia, lo screening pediatrico per la diagnosi precoce dell'ambliopia nei bambini dai 3 ai 5 anni di età, stante l'efficacia dimostrata in termini di contrasto a questa patologia. L'iniziativa, al termine del periodo di valutazione degli esiti ottenuti, potrà assumere carattere di permanenza.

Con attenzione invece all'offerta di programmi organizzati di screening oncologici per i carcinomi della cervice uterina, della mammella e del colon retto, occorrerà recuperare con efficacia e sollecitudine gli inviti sospesi a causa dell'epidemia. L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) ha condotto un'indagine allo scopo di confrontare il numero di inviti e di esami fatti nei primi cinque mesi del 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019 per misurare, da un lato, il ritardo accumulato e dall'altro, la velocità delle ripartenze dei programmi. Nella maggioranza delle regioni il numero di esami eseguiti nel 2020 è stato inferiore del 30% rispetto a quelli dello stesso periodo del 2019. Tra le regioni che hanno riattivato l'offerta degli screening dei tumori femminili vi è la Valle d'Aosta ma, al pari delle altre regioni, non si è ancora raggiunto lo standard di chiamate antecedente la fase pandemica. A questo va aggiunto che lo screening per il tumore del colon retto registra un ritardo superiore agli altri screening nella ripartenza in Valle d'Aosta. Si consideri che la letteratura scientifica ha stimato come questi ritardi nei programmi di screening, se inferiori ai 6 mesi, determinino aumenti di casi di neoplasia in fase avanzata, ma se il ritardo, complessivamente, supera i 12 mesi, gli effetti si traducono anche in un aumento della mortalità specifica.

Su questa problematica, e come definito dall'Osservatorio Nazionale Screening nell'aprile 2020 nelle «Linee guida per la riapertura e per la comunicazione», condiviso con il Ministero della salute, la Valle d'Aosta ha riattivato, nel 2020, il primo livello dei programmi di screening oncologici valorizzando il carattere prioritario delle prestazioni di screening nella programmazione delle attività ambulatoriali. Il presente Piano dispone quindi che si mantenga un attento monitoraggio sullo stato di avanzamento dei programmi di screening, anche in relazione ad eventuali ulteriori particolarità epidemiologiche future, e si adotti un Piano di rientro di tutti gli inviti sospesi in fase pandemica, come previsto anche dal Piano Operativo regionale per il recupero delle liste di attesa, anche grazie ai fondi nazionali previsti per questa finalità, al fine di garantire la periodicità prevista da ciascuno screening come efficace per la diagnosi precoce. Con questa finalità il presente Piano prevede che il Piano di rientro per l'attività di screening, nel caso non riuscisse a garantire la copertura della popolazione bersaglio con i protocolli precedenti, valuti eventuali modalità di screening più efficienti (ad esempio, autoprelievo nel test-Hpv) che mantengano la medesima efficacia clinica. Il Piano dispone quindi che, recuperata l'attività

pregressa di screening, si prosegua nell'azione di miglioramento continuo dell'offerta regionale pubblica di screening oncologici al fine di:

- aumentare l'adesione dei programmi di screening da parte della popolazione target per ognuno dei tumori oggetto di prevenzione secondaria e diagnosi precoce;
- aumentare la quota di popolazione bersaglio, ossia i soggetti a potenziale rischio da sottoporre a screening oncologico identificabile non solo per classe di età;
- prevedere l'offerta di programmi per l'identificazione precoce delle donne a rischio di tumore eredo-familiare.

Sempre in ambito della prevenzione con diagnosi precoce, e considerata l'elevata prevalenza e mortalità di tumori polmonari tra i valdostani, il presente Piano dispone che sia valutato l'avvio, in forma sperimentale, di un programma di diagnosi precoce nei forti fumatori di età compresa tra 50 e 60 anni, da sottoporre a TAC (Tomografia assiale computerizzata) toracica, a basse dosi, con frequenza annuale o biennale. Questa modalità di screening organizzato ha visto confermata la sua efficacia in diversi studi clinici riducendo di oltre il 20% la mortalità specifica per tumore polmonare.

In quest'ottica, la riattivazione dell'offerta di screening per la diagnosi precoce deve essere occasione di ripensamento dei meccanismi di governo delle chiamate in quanto, per molti degli screening che costituiscono offerta pubblica da parte del servizio sanitario, i trend di adesione, già prima della pandemia, hanno mostrato una lieve ma costante flessione rispetto agli anni iniziali di avvio dei programmi. Oltre a ciò, il presente documento di programmazione dispone che venga individuato un piano per la gestione in sicurezza dei percorsi di questa popolazione sottoposta a diagnosi precoce anche in presenza di rischio pandemico, al fine di non interrompere una pratica di salvaguardia e di contrasto all'insorgenza di tumori in una popolazione già definita a rischio e che siano individuate soluzioni organizzative straordinarie al fine di recuperare gli inviti allo screening rinviati per la pandemia.

La comunicazione istituzionale del rischio è valutata dal presente Piano un'attività attorno alla quale costruire nuove competenze al fine di rendere efficace il contenuto del messaggio che si intende diffondere sia in fase pandemica, sia in tempi ordinari quali quelli che portano ad una maggiore adesione le campagne di screening in atto. Come la pandemia ha dimostrato, una comunicazione poco efficace e dai contenuti discordanti può paradossalmente allontanare i destinatari del messaggio dal valore del suo contenuto. La comunicazione istituzionale del rischio è materia strategica per le istituzioni preposte alla salute pubblica. La tesi fondamentale alla base di questo assunto evidenzia come sia necessario distinguere tra comunicazione e informazione e come sia indispensabile praticare la comunicazione in tutte le sue declinazioni (comunicazione organizzativa, educazione alla salute, formazione, rapporto medico/paziente, e così via).

La comunicazione in sanità è intesa dal presente Piano in primis come comunicazione profonda, per cui si intende una consapevole presa di posizione teorica, da cui possano discendere orientamento e tecniche degli interventi comunicativi in ogni persona, in tutte le età della vita e in ogni ambiente questa si trovi, sia esso di vita o di lavoro. Di diversa natura, invece, il presente Piano ritiene la comunicazione profonda specifica nelle organizzazioni sanitarie, nel lavoro del dirigente sanitario, verso il paziente, verso i gruppi a rischio e presenta un piano organizzativo per la comunicazione profonda. Per rendere più efficace la pratica della comunicazione profonda e dei fattori coinvolti, quali tempo, media e vis

comunicativa è necessario acquisire competenze e strumenti ai diversi livelli e orientare in modo coerente in tutti i setting il messaggio istituzionale sul rischio per la salute. Su questi temi il Piano dispone che venga predisposto un apposito documento di linee guida della comunicazione dei rischi. Per quanto attiene, infine, l'ultima tipologia di prevenzione, cosiddetta terziaria, essa consiste in una consapevolezza e responsabilità in merito a delle azioni che migliorano lo stato di salute di una persona anche in presenza di malattia e ne evitano o ne ritardano nel tempo l'aggravamento. Si tratta non solo di stili di vita conseguenti a una limitazione indotta dalla malattia, frequentemente cronica, come il diabete, le malattie cardio e cerebrovascolari o fattori di rischio come l'ipertensione cronica; si tratta, soprattutto, di aderenza terapeutica e di rapporto fiduciario e collaborativo con tutti i professionisti che compongono l'*équipe* multidisciplinare e multi professionale che ha in cura il percorso di malattia.

SALUTE E AMBIENTE

Il tema "Ambiente e Salute" ha acquisito negli ultimi anni una crescente rilevanza e ha destato sempre maggiore interesse da parte delle istituzioni e dei cittadini. Le modificazioni ambientali sono uno dei determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione e i cambiamenti climatici già in atto hanno certamente un impatto sugli ecosistemi e sulla salute delle popolazioni e dei singoli individui.

Da diversi decenni l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica nell'inquinamento atmosferico una tra le principali cause dei decessi dovuti a malattie non trasmissibili. È pertanto necessario effettuare interventi che possano fornire risultati positivi in termini di salute (mitigazione inquinamento atmosferico e ondate di calore e promozione attività fisica), benessere sociale e ambientale per tutti i gruppi di popolazione, specialmente per i gruppi socio-economici più svantaggiati.

All'impatto dell'ambiente sulla salute umana, si aggiunge quello dell'uomo sull'intero ecosistema, con i cambiamenti climatici, che rappresentano una vera allerta planetaria e che, a loro volta, si ripercuotono sulla salute. La riduzione dei ghiacciai è un fenomeno che si sta registrando anche in Valle d'Aosta, unitamente a quello della riduzione delle riserve idriche, importanti per l'intero eco sistema, che pongono ripensamenti sulle politiche agricole, di gestione degli allevamenti e su quelle alimentari.

L'inquinamento degli ambienti confinati, secondo l'OMS, è un ulteriore importante problema di sanità pubblica che ogni anno è causa di 4 milioni di morti premature per ictus, malattie cardiache, malattie respiratorie croniche (BPCO) e cancro del polmone. Essendo l'inquinamento delle matrici ambientali un'importante concausa di malattie, soprattutto per quanto attiene le patologie cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche, è fondamentale dotarsi di strumenti efficaci per la valutazione preventiva degli impatti che alcune realizzazioni umane hanno sulla salute, che siano di supporto alle decisioni.

Con attenzione specifica al rapporto tra ambiente e salute, il nuovo Piano Regionale della Prevenzione (PRP) si concentrerà sugli effetti sulla salute dovuti all'esposizione:

- a *pollini allergenici* (variazione del calendario pollinico e aumento della concentrazione di polline in aria che possono essere causa di allergie sotto forma di malattie respiratorie, dermatologiche e oculari);

- all'aumento delle temperature e alle "ondate di calore", che possono essere responsabili dell'insorgenza di alcune malattie cardiovascolari, neurologiche, di disidratazione e di aumento eccessivo della temperatura corporea (c.d. "colpi di calore");
- a *raggi ultravioletti*, responsabili di malattie dermatologiche e oculari;
- a *nuovi agenti patogeni* e ai loro vettori e alla correlazione con nuove tipologie di malattie infettive;
- a *fumi da combustione* di biomasse all'aperto, che possono essere causa di irritazioni agli occhi e a carico dell'apparato respiratorio;
- a *inquinanti atmosferici*, che possono determinare un aggravamento delle reazioni dei soggetti allergici, oltre a malattie respiratorie e oculari.

Inoltre, si opererà per consolidare e rafforzare ulteriormente la rete "ambiente e salute", già avviata con il precedente Piano Regionale della Prevenzione (PRP) pluriennale, per costruire nuove alleanze e per svolgere le attività programmate per i prossimi anni, in coerenza con gli obiettivi e le indicazioni declinati a livello nazionale.

Appare necessario quindi prevedere degli interventi integrati, multidisciplinari e multiprofessionali, per contrastare i determinanti negativi dell'ambiente e gli effetti del cambiamento sulla salute. Il ruolo della ricerca epidemiologica dovrà essere quella di produrre prove di associazione tra esposizione a fattori climatici ed effetti (diretti ed indiretti) sulla salute esaminando ambiti ancora poco esplorati, identificando, nella popolazione, i soggetti più vulnerabili.

L'obiettivo è quello di ridurre l'esposizione ambientale potenzialmente dannosa per la salute. Sarà quindi fondamentale prevedere strategie per contrastare i fattori di rischio tra cui:

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

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

Il Piano dispone che siano ulteriormente indagate le molteplici interrelazioni tra ambiente e salute, promuovendo attività informative e formative integrate con le competenze degli operatori del Servizio Sanitario Regionale e dell'ARPA VdA, adottando conseguenti strategie di comunicazione del rischio con l'obiettivo di fornire un'informazione chiara, certa e univoca ai cittadini. Di particolare rilevanza nella collaborazione attiva di ARPA VdA in questo contesto di studio è il monitoraggio e l'eliminazione di alcuni inquinanti a rischio (es radon e benzene) per l'insorgenza di patologie anche gravi.

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

Recentemente sono state approvate le Linee guida sulla Valutazione di impatto sanitario (VIS), previste dal decreto legislativo n.104/2017, redatte dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con decreto del Ministro della Salute.

Occorrerà garantire la prevenzione e il controllo sulla filiera dei fitosanitari in agricoltura, nei centri urbani, sul territorio, come residuo su alimenti, come cancerogeno su animali, produzione, commercio ed impiego di prodotti fitosanitari, attraverso un coordinamento tra agricoltura, sanità e ambiente.

Il presente Piano valuta inoltre prioritario lo sviluppo di una competenza e di una funzione stabile, istituzionale, in ambito epidemiologico ambientale in Valle d'Aosta; tale funzione deve potersi qualificare secondo un approccio multi professionale e multidisciplinare, coinvolgendo operativamente l'Azienda USL, l'ARPA della Valle d'Aosta, gli assessorati competenti e altri *stakeholders* interessati in modo da svolgere la propria attività anche integrando e supportando le azioni già previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 con un ottica *One Health*.

Tra tutti gli ambiti di intervento, dell'epidemiologia ambientale il Piano individua i seguenti come di particolare interesse specifico stante la recente esperienza pandemica:

- il monitoraggio del rischio microbiologico e la prevenzione della diffusione di nuovi agenti patogeni e dei loro vettori al fine di contrastare il rischio della espansione di nuove tipologie di malattie infettive quali le arbovirosi o la malattia di Lyme o, piuttosto, il contenimento dei rischi legati a patogeni in grado di svilupparsi facilmente nell'acqua e negli alimenti;
- le attività di virologia ambientale, una materia di grande interesse, sviluppatasi negli ultimi anni, che si propone come obiettivo quello di ricavare dall'ambiente le informazioni utili a individuare e a prevenire o controllare l'andamento di eventuali epidemie nella popolazione. L'integrazione fra sistemi di sorveglianza epidemiologica e virologica e sistemi di sorveglianza ambientale consente, non solo di intercettare precocemente, e seguire, la circolazione dei virus nei territori, ma anche di contribuire alla conoscenza della circolazione delle varianti del virus, supportando i processi decisionali sulla base dell'analisi del rischio. Un recente esempio dell'importanza della virologia ambientale è il progetto, nato nel 2020, di sorveglianza epidemiologica di Sars Cov 2 nelle acque reflue urbane (SARI) condotto con la collaborazione dell'ARPA anche in Valle d'Aosta. Il progetto, nato come sistema di allerta precoce dei focolai di infezione della popolazione, è utilizzato anche per il sequenziamento genomico e la quantificazione percentuale della presenza delle varianti. Il Piano valuta la metodologia e le collaborazioni avviate per il Progetto SARI¹ un sistema di specifico interesse regionale, esportabile per la ricerca di altri tipi di virus;

¹A luglio 2020, con il coordinamento tecnico-scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Coordinamento Interregionale della Prevenzione, Commissione Salute, della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, a partire da alcune località turistiche, ha preso avvio il progetto di sorveglianza epidemiologica di SARS-COV-2 attraverso le acque reflue urbane (SARI, Sorveglianza Ambientale Reflue in Italia). Una rete di strutture territoriali ha analizzato la presenza di tracce di SARS-COV-2 nelle acque reflue a fini del monitoraggio preventivo sulla presenza del virus e la sua possibile propagazione in Italia. I campioni prelevati prima dell'ingresso nei depuratori dei centri urbani sono stati utilizzati come 'spia' di circolazione del virus nella popolazione. Le prime analisi hanno consentito di rilevare RNA di SARS-COV-2 in diverse aree del territorio nazionale nel corso dell'epidemia; inoltre, mediante indagini retrospettive su campioni di archivio, hanno rivelato la circolazione del virus in alcune aree del Nord in periodi antecedenti la notifica dei primi casi di COVID 19.

- L'identificazione dei rischi ambientali che condizionano prognosi, sopravvivenza e diffusione delle malattie neoplastiche, delle malformazioni congenite, degli esiti avversi in gravidanza e di altre patologie della popolazione utilizzando i dati disponibili dalle banche dati e dagli studi di sorveglianza.

Parallelamente all'implementazione delle competenze e delle funzioni in materia di epidemiologia ambientale è necessario sviluppare maggiormente l'attività di ricerca e di perfezionamento di metodi e strumenti per caratterizzare, all'interno di ogni singolo territorio sub regionale, i fattori di rischio, l'incidenza e la prognosi di malattia, nonché l'efficacia degli interventi sanitari di sanità pubblica, o di cura, che potrebbero essere, sulla base dei risultati degli studi effettuati, selettivamente e diversamente distribuiti sul territorio regionale, garantendo migliore equità ed efficacia nell'accesso alle cure. A valorizzare queste attività di analisi epidemiologica sono inoltre oggi disponibili dei software dedicati quale quello dello studio sperimentale sulla "Distribuzione geografica di incidenza, mortalità e fattori di rischio per neoplasie del polmone in Valle d'Aosta" che, utilizzando un software G.I.S.(*Geographical Information System*) analizzerà anche patologie diverse che condividono i medesimi fattori di rischio con i tumori polmonari.

LUOGHI DI LAVORO E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Il basso livello della domanda di lavoro di questi anni ha rallentato gli ingressi nel mercato del lavoro, in particolare dei giovani, ovvero i soggetti sociali che si presentano sul mercato del lavoro per ultimi. A ciò si deve anche aggiungere che le riforme approvate, in particolare quella pensionistica, hanno determinato un rallentamento delle uscite generazionali, che a sua volta ha generato un ridimensionamento della domanda di lavoro sostitutiva che si compone principalmente di giovani. Per contro, la partecipazione degli adulti è risultata superiore al livello della domanda, il che ha determinato una crescita delle persone in cerca di occupazione di questa fascia di età. La struttura dell'occupazione si è quindi modificata, con livelli occupazionali più bassi per le classi di età inferiori e più elevati per quelle a partire dai 45 anni. Si può ragionevolmente dedurre che una popolazione lavorativa più "vecchia" potrà manifestare più probabilità di incorrere in malattie croniche non trasmissibili (MCNT). Occorre, pertanto, mettere a sistema un percorso strutturato e coordinato che coinvolga i datori di lavoro, i lavoratori e i servizi sanitari per migliorare la salute e il benessere nei luoghi di lavoro.

Alla luce del contesto sarà prioritario, attraverso azioni formative, comunicative e intersettoriali, diffondere la cultura che il luogo di lavoro deve essere un luogo dove è possibile rendere facile l'adozione di comportamenti salutari, in particolare per la prevenzione dei fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT), raggiungendo obiettivi di sanità pubblica e contestualmente migliorando i climi organizzativi e la produttività presso i vari contesti lavorativi, siano essi pubblici o privati, legati al settore produttivo oppure alla realtà turistica. L'obiettivo è promuovere cambiamenti organizzativi dei luoghi di lavoro al fine di renderli ambienti favorevoli alla adozione ed alla diffusione di stili di vita salutari, concorrendo così alla prevenzione e alla promozione della salute.

È opportuno mettere in evidenza che negli anni passati sono già stati attuati interventi sui corretti stili di vita, ma a carattere sporadico e senza un coordinamento regionale; si è trattato, spesso, di eventi organizzati da associazioni tematiche e non prettamente rivolte ai lavoratori. L'idea centrale del Piano è quella di riconoscere l'importanza di un processo partecipato con le aziende e le varie realtà lavorative, al fine di costruire con loro un contesto che favorisca l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute dei lavoratori.

Il primo passo sarà la condivisione con le aziende del modello di “luogo di lavoro che promuove salute” e, in seguito, siglare con esse un accordo di collaborazione. Insieme ai soggetti identificati sarà necessario affrontare l'analisi del contesto per mapparne l'organizzazione interna, stilare un profilo di salute e far emergere le criticità; infine, sulla base dei dati che emergono, sarà possibile definire insieme ai datori di lavoro le priorità e la messa in atto di interventi efficaci e sostenibili nel tempo finalizzati a sostenere scelte salutari (abitudini alimentari, stile di vita attivo), contrastare fattori di rischio (tabagismo e abuso di alcool) e promuovere azioni atte ad evitare le dipendenze patologiche.

Promuovere la salute e la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro significa attivare misure adeguate e azioni positive che permettano ad ogni cittadino di acquisire comportamenti sani e sicuri in tutti gli ambienti di vita e di lavoro. Il presente Piano, anche in accordo con il Piano Nazionale della Prevenzione, dispone che tutte le azioni e i progetti specifici siano orientati a diffondere maggiormente in tutti i sottogruppi di popolazione una cultura della sicurezza declinabile nei diversi ambienti di vita e di lavoro in termini di prevenzione degli infortuni e tutela della salute, nonché di promozione di iniziative volte in particolare alla diffusione della cultura della sicurezza nei soggetti maggiormente esposti a infortuni e malattie correlate ai rischi presenti negli ambienti lavorativi, domestici e di vita in generale.

Una particolare attenzione il Piano dispone che sia dedicata alle scuole e, quindi, alle nuove generazioni: promuovere la cultura della prevenzione dei rischi fin dall'età scolare è la strategia più efficace per garantire la salute e la sicurezza negli ambienti di vita e sul lavoro. La scuola rappresenta il punto di forza e di svolta da cui partire, in quanto luogo privilegiato per qualsiasi attività educativa e formativa, anche in materia di salute e sicurezza. Le attuali indicazioni normative in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro rimarcano l'importanza di sensibilizzare i futuri lavoratori alla prevenzione negli ambienti di vita (scuola, casa, strada, territorio) e sul lavoro, per consentire l'acquisizione e lo sviluppo di stili di vita sani e sicuri.

A tale scopo, il presente Piano raccomanda la diffusione di materiale informativo e formativo, strumenti multimediali e materiale ludico-didattico, insieme a pacchetti formativi dedicati a specifiche tematiche, rivolti agli educatori (docenti, genitori, collaboratori familiari, ecc.) e, soprattutto, ai giovani per incrementare le competenze in materia di salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro attraverso differenti modalità di comunicazione verificandone nel tempo l'acquisizione tra le diverse tipologie di soggetti.

L'accadere, ancora oggi, di infortuni mortali sul lavoro rende necessario dare attuazione alle proposte presentate già nel 2018 dalle Regioni al Tavolo politico congiunto in materia di sicurezza e salute sul lavoro del Ministero della Salute e del Lavoro ritenendole ancora attuali e garantendo una loro piena realizzazione. Stante la competenza in ambito di vigilanza sulla applicazione della normativa in capo alle Aziende USL, le Regioni - in un contesto di confronto fattivo con il Ministero della Salute - hanno inserito nel Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 i Piani Mirati di Prevenzione quale tipologia di controllo e valutazione dei rischi e di organizzazione delle attività di protezione e prevenzione che consente di assistere le imprese che sono impegnate nella loro progettazione ed attuazione. Tuttavia è necessario ancora:

- potenziare gli organici dei servizi dell'Azienda USL di tutela della salute e sicurezza sul lavoro;
- migliorare la qualità della formazione;

- disporre di un sistema informativo nazionale, strumento funzionale al coordinamento operativo con gli altri soggetti preposti alla tutela della salute e sicurezza sul lavoro.

Anche la Valle d'Aosta partecipa, al pari delle altre Regioni, ai Tavoli nazionali contribuendo con proposte finalizzate alla soluzione delle criticità del settore quali, ad esempio, il fabbisogno di figure professionali (non solo medici del lavoro e tecnici della prevenzione, ma anche chimici, ingegneri, statistici, ...) dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza sul lavoro delle Aziende Sanitarie Locali.

SANITÀ ANIMALE E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI

In tema di sicurezza degli alimenti un particolare rilievo assume l'attuazione del regolamento n.625/2017 in applicazione dal 14 dicembre 2019 che, al fine di garantire ai cittadini dell'Unione Europea un elevato livello di sanità umana, animale e vegetale e garantire il funzionamento del mercato interno, prevede una serie di norme armonizzate per prevenire, eliminare o ridurre gli eventuali rischi di ordine sanitario per l'uomo, per gli animali e per le piante presenti nella “filiera agroalimentare” e del regolamento UE 2016/429 in applicazione dal 21 aprile 2021, relativo alla normativa quadro in materia di sanità animale.

Con riguardo alla valorizzazione delle esportazioni di prodotti alimentari regionali, il Piano continuerà ad assicurare ai Paesi di destinazione il rispetto della tutela della salute dei consumatori nonché la prevenzione della diffusione delle malattie infettive zoonosiche, mediante procedure ispettive e un adeguato rispetto dei contenuti delle certificazioni sanitarie. Il benessere animale, il consumo di farmaci, l'utilizzo del macello come osservatorio epidemiologico e la bio-sicurezza, al pari dei rischi sanitari ad essa legati, risultano sempre più connessi tra loro rendendo di fatto necessario un approccio integrato. La diffusione di fenomeni come l'antibiotico-resistenza, inoltre, ha assunto negli ultimi anni dimensioni drammatiche tali da rendere indispensabile e non procrastinabile una programmazione degli interventi preventivi.

In un quadro così complesso, a livello nazionale è stata elaborata una strategia di ampio respiro introducendo, nel tempo, una serie di innovazioni quali il veterinario aziendale, il sistema di classificazione degli allevamenti in base al rischio, la tracciabilità dei medicinali e la ricetta elettronica, con l'obiettivo sfidante di cambiare definitivamente il volto della sanità animale. La sfida che il presente Piano dispone per il futuro è dunque quella di avviare un processo di implementazione e sviluppo di tali innovazioni, di mettere a regime alcune di esse e avviare, comunque, lo sviluppo di tutte le altre.

Con l'obiettivo primario di rafforzare le reti di epidemio-sorveglianza del sistema pubblico veterinario è già stato delineato a livello nazionale un quadro di interventi che, in linea con l'impostazione del citato Regolamento UE n. 429/2016, implementi la collaborazione tra le autorità competenti e gli operatori che allevano animali attraverso la figura del veterinario aziendale e consenta una programmazione migliore, più efficace, dei controlli ufficiali basati su una categorizzazione in base al rischio standardizzata e trasparente, in linea con il nuovo regolamento UE 2017/625 sugli *Official controls* che la Valle d'Aosta ha introdotto nel quadro dell'attuale programma di assistenza zoiotrica. È stato inoltre realizzato, sempre a livello nazionale, un sistema informativo denominato *ClassyFarm* che è a disposizione dal 2021 di medici veterinari ufficiali, medici veterinari aziendali e allevatori in grado

di monitorare, analizzare e indirizzare gli interventi in funzione delle problematiche dell'allevamento. Si tratta di un'innovazione singolare che consentirà di facilitare, e migliorare, la collaborazione e il dialogo tra gli allevatori e l'autorità competente per elevare il livello di sicurezza e qualità dei prodotti della filiera agroalimentare, ciò attraverso il rafforzamento della prevenzione delle malattie animali e della lotta all'antimicrobico resistenza e l'efficientamento del sistema dei controlli ufficiali, ma occorrerà capire l'adattabilità di tale sistema alla particolarità zootecnica valdostana.

All'interno di questa strategia, ed in particolare per la lotta all'antimicrobico resistenza (AMR), risulta strategico il Sistema informativo per la tracciabilità dei medicinali veterinari e l'adozione della ricetta elettronica veterinaria oltre all'utilizzo esclusivo anche in Valle d'Aosta del modello 4 informatizzato per la movimentazione degli animali zootecnici.

Obiettivo che il Piano pone per gli anni futuri è il mantenimento dello stato di tutte le indennità, ottenuto nel 2019, degli allevamenti da malattie attraverso l'attuazione delle relative misure di prevenzione e il mantenimento delle condizioni di igiene e sicurezza degli alimenti, attraverso l'attuazione del controllo ufficiale di processo e di prodotto delle filiere agroalimentari come leva anche per garantire livelli elevati di qualità produttiva, in un quadro di coordinamento dei controlli che miri a rendere più omogenea e meglio distribuita tale attività. Occorrerà inoltre dare sviluppo alla piccola produzione locale con apposita disciplina.

REALIZZAZIONE DEL REGISTRO TUMORI ANIMALE

L'impiego di animali nella ricerca scientifica ha origini antiche ed è tuttora utile a rispondere a domande cruciali sulla patogenesi del cancro e nello sviluppo di nuove terapie. Tali indagini, però, sono condotte in laboratorio, in un contesto estremamente controllato, che esula dallo studio della storia naturale del tumore a favore di uno sviluppo istantaneo, che si allontana dalla patogenesi per lo più a lungo termine delle patologie neoplastiche umane.

L'oncologia comparata integra l'insorgenza spontanea di tumore nel paziente veterinario in un'ottica generale, che coinvolge anche l'uomo. Le specie animali, infatti, possono condividere diversi aspetti con la specie umana, tra cui le caratteristiche genetiche, istopatologiche, il comportamento biologico, i target molecolari e la risposta a trattamenti antineoplastici standard.

Gli animali da compagnia condividono con l'uomo l'ambiente in cui vivono con i relativi agenti di esposizione, tanto da essere considerati delle vere e proprie "sentinelle naturali" per i pericoli della salute umana: si ricorda a tal proposito che gli effetti tossici di sostanze introdotte nell'ambiente sono spesso precedute da epidemie di malattie negli animali domestici. Studi osservazioni sulla naturale insorgenza di tumore nella popolazione veterinaria forniscono inoltre diversi vantaggi negli studi di esposizione ad inquinanti ambientali: il periodo di latenza, relativamente limitato per i tumori, la ristretta mobilità giornaliera e la bassa attività migratoria degli animali, uniti a una durata della vita inferiore rispetto all'uomo, consentono una valutazione dell'esposizione più accurata, che limita il più possibile eventuali confondenti tipici degli studi epidemiologici fatti sull'uomo.

Per portare anche in Valle d'Aosta il valore aggiunto di questi tipi di analisi, il punto di partenza è la periodica produzione di dati epidemiologici tramite l'istituzione di un registro tumori veterinario: un sistema standardizzato che raccoglie informazioni riguardanti sede e tipo di tumore nella popolazione animale. Mentre nella medicina umana i registri tumori esistono sin dagli anni '40, in veterinaria sono molto limitati, di breve durata e con dati poco aggiornati, nella maggior parte dei casi limitati agli animali da compagnia, mentre si riscontra una mancanza di registrazione delle neoplasie che compaiono negli animali da reddito e per gli animali selvatici.

L'interesse di questa ipotesi scientifica è quello di confrontare i dati di incidenza dei tumori degli animali da compagnia, di interesse zootecnico (equidi, piccoli e grossi ruminanti), e selvatici, con i dati dei tumori presenti nella popolazione umana, allo scopo di identificarne analogie e differenze che possano essere indicative del grado di similarità esistente tra le specie animali analizzate e l'uomo e della correlazione con fattori di rischio, ambientali e genetici. Gli animali selvatici possono inoltre essere considerati come "sistemi sentinella animale", o bioindicatori della vivibilità e della qualità ambientale, e lo studio della loro patologia può servire per il monitoraggio dell'inquinamento o di altri possibili fattori di rischio per l'uomo.

L'obiettivo che il presente Piano individua in questo ambito di studio è pertanto quello di sviluppare un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati delle neoplasie degli animali, tramite l'istituzione di un registro tumori veterinario, che preveda la periodica raccolta di informazioni utili a produrre dati relativi ad incidenza di animali da compagnia, di interesse zootecnico e selvatici residenti in Valle d'Aosta.

Messa a punto la prima incidenza (intesa come nuova casistica relativa ad un singolo anno) animale, potranno essere avviati in via sperimentale, studi comparativi sia con la casistica umana regionale (dati dal registro tumori valdostano), sia con casistiche prodotte in altre aree italiane dove è attivo un registro animale, al fine di evidenziare differenze e similitudini per lo studio e la prevenzione dei tumori *in primis* nella specie animale oggetto di studio, ma anche per l'identificazione di fattori di rischio che potrebbero essere comuni con la specie umana.

LE DISUGUAGLIANZE SOCIALI E L'EQUITÀ

Alla povertà di risorse economiche spesso si accompagna una povertà educativa che non è alimentata solo dalla dimensione economica, ma può essere favorita anche da una combinazione di condizioni sociali presenti nelle famiglie e nei singoli: genitori assenti, un ambiente degradato, un'abitazione inadeguata, relazioni sociali fragili o assenti, una disabilità non sostenuta da servizi adeguati, un territorio povero di servizi e così via. Se si analizzano gli effetti di questi contesti in un approccio lungo tutto l'arco della vita diventa strategica l'attenzione che deve essere riservata ai minori: vivere in una famiglia deprivata e in contesti sociali fragili e carenti di opportunità di crescita, si traduce in un'onerosa discriminazione di accesso a opportunità di realizzazione personale e di vita sociale. Il gap rispetto a coetanei avvantaggiati avrà conseguenze sulla salute e sul benessere sociale che, nel tempo, rischiano di divenire irrecuperabili, precludendo ai minori, la possibilità di migliorare la condizione di partenza.

La famiglia assume un ruolo-chiave nel contrasto della povertà educativa, potendo contribuire allo sviluppo delle capacità umane e del capitale culturale dei figli. Anche il sistema scolastico incide sul capitale umano dei bambini, emancipando la condizione socio-economica di svantaggio. Troppo spesso la fragilità delle condizioni di partenza induce, in modo considerevole, all'insuccesso nel campo formativo. Occorre sensibilizzare la comunità sia del ruolo rilevante svolto dalle relazioni sociali, sia del fatto che le spese per prevenire, ridurre e contrastare la povertà costituiscono degli investimenti per migliorare la qualità complessiva della vita comunitaria. Il contesto della comunità di riferimento, infatti, può contribuire a favorire, o meno, l'esclusione sociale, l'isolamento e la crescita della povertà e dei fattori a essa correlati. Inoltre, maggiori sono gli investimenti per migliorare il disagio delle persone vulnerabili e minori saranno le spese per la sicurezza, l'inclusione sociale e l'educazione.

Un'altra dimensione della povertà educativa e sociale è quella che riguarda l'infanzia e la debole consapevolezza dei determinanti della salute dei più piccoli. La povertà, nella sua accezione ampia (comprendendo disoccupazione, isolamento, redditi bassi, carenza di supporti psicologici) può divenire un vero e proprio ostacolo al godimento del diritto alla salute da parte dei bambini. Tra i principali fattori di rischio diretti e indiretti delle malattie infantili vi sono spesso le disuguaglianze sociali determinate dai bassi livelli di istruzione, di reddito e di lavoro, precario o assente, dei genitori, oltre che da fattori psicosociali come la solitudine, l'isolamento, lo stress legato alla crisi economica e lavorativa presenti nel contesto familiare di appartenenza. Investire sull'istruzione delle nuove generazioni corrisponde a garantire loro un importante fattore protettivo per la salute: un alto livello di scolarizzazione fa crescere la consapevolezza dell'importanza di stili di vita sani per prevenire molte patologie.

Collegata allo stile di vita e condizionata dalla povertà educativa ed economica vi è quella che attiene l'educazione alimentare, complici anche l'industria alimentare e la pubblicità, poco accorte e interessate a diffondere stili di vita sani per tutelare la salute delle persone, soprattutto dei più piccoli. In Italia, le famiglie, per contenere i costi alimentari, hanno ridotto quantità e qualità della spesa e, di conseguenza, è aumentato il problema dell'obesità infantile con tutte le problematiche ad essa correlate. Anche in Valle d'Aosta il presente Piano intende porre attenzione specifica al rischio che i disturbi del comportamento alimentare generano durante tutto l'arco della vita, a partire già dai primi anni di età dei bambini, attraverso iniziative che troveranno nelle nuove articolazioni dell'assistenza sanitaria territoriale (Case della Comunità) la sede preposta.

Investire nello stato di salute già dalla prima infanzia è un intervento strategico, di carattere preventivo e rilevante per tutta la società. Realizzare un miglioramento delle condizioni di vita di una generazione, determinerà dei vantaggi per quella successiva, generando, nel giro di alcuni decenni, dei benefici duraturi per l'intera società in termini di salute, formazione, forza lavoro, maggiori competenze dei lavoratori, minore devianza e più sicurezza sociale. Se si vuole salvaguardare il futuro dei bambini e della nostra stessa società, risulta prioritario interrompere la connessione tra le condizioni di fragilità, che si possono ereditare dalla famiglia e, in parte, anche dal contesto sociale, e la povertà educativa.

Occorrerà sviluppare programmi trasversali che impattino sui fattori di protezione (bisogni primari, accesso all'istruzione, ecc.) e promuovere iniziative, con alleanze intra ed extra sistema sanitario, per ridurre l'impatto delle situazioni di povertà sulla salute delle fasce più deboli e per la riduzione degli sprechi alimentari.

Impossibile prevenire una condizione di marginalità e disuguaglianza sociale nel bambino senza assumere il suo contesto familiare come parte integrante e insostituibile di questa azione: un assunto che trova rilevanza in tutti i contesti di fragilità familiare, sia essa derivante da povertà economica, educativa e sociale, sia essa dovuta alla presenza di persone con fragilità e disabilità, in particolare se minori, caratterizzate da bisogni specifici e da necessità di continuità assistenziale che determinano, a loro volta, bisogni di sostegno psicologico al nucleo familiare stesso.

Sviluppare politiche di sostegno alla genitorialità in un'ottica multidisciplinare permette di intervenire sulle condizioni fondanti il benessere psico-fisico dei componenti dei nuclei familiari agendo sulle componenti fisica, mentale e sociale. Tutto ciò rappresenta infatti un modello di prevenzione precoce, rivolto ai genitori in condizioni di rischio psico-sociale, al fine di supportare le loro capacità genitoriali e sostenere così uno sviluppo armonico dei bambini. Nello specifico, occorre:

- promuovere la collaborazione tra le reti territoriali tra famiglie che si prendono cura della propria comunità;
- realizzare interventi di informazione/formazione sui compiti genitoriali nelle diverse fasi del ciclo di vita della famiglia. Interventi rivolti a una pluralità di soggetti (coppie, genitori, personale sanitario, sociale, educativo) e focalizzati in particolar modo sull'importanza degli stili di vita familiari nell'acquisizione di abitudini e comportamenti da parte dei figli nel loro percorso di crescita;
- promuovere attività extrascolastiche per favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro;
- dare organicità ai diversi interventi di sostegno alla genitorialità promossi dal settore pubblico (servizi socio sanitari, ospedalieri, territoriali, educativi) e dal terzo e quarto settore attraverso forme di pianificazione integrata che mettano in rete i diversi soggetti;
- sperimentare politiche tariffarie finalizzate a sostenere le famiglie garantendo la facoltà di scelta dei servizi maggiormente confacenti sulla base di un'offerta controllata negli standard qualitativi e quantitativi da parte dell'ente pubblico.

Il presente Piano individua pertanto nella promozione di una strategia complessiva a favore dei bambini e degli adolescenti l'approccio funzionale a ridurre la frammentazione e la precarietà di singoli progetti per costruire un sistema stabile e competente, volto a prevedere la partecipazione dei giovani agli snodi decisionali che li riguardano sulle questioni sociali e di salute relative al contesto in cui vivono, nonché alla promozione del benessere fisico e relazionale, combattendo la sedentarietà, con l'incentivazione di stili di vita salutari e presidiando i pericoli delle diverse forme di dipendenza patologica. Fondamentale è il coinvolgimento e il supporto agli adulti (genitori ed educatori) nei processi di cura, facilitando lo scambio e l'auto-aiuto tra genitori e adulti di riferimento per condividere strategie educative sulle principali problematiche dell'adolescenza e favorire momenti formativi per gli insegnanti sulla relazione con gli adolescenti e gli obiettivi di salute.

Anche in una realtà territoriale piccola come la Valle d'Aosta, dove le reti familiari, amicali e sociali sono in grado, almeno in parte, di contenere le diverse situazioni di cittadinanza fragile, l'evoluzione della società rende evidente che queste reti sono insufficienti. In riferimento a ciò, il sistema di istruzione e formazione deve valorizzare e far crescere il capitale umano in un'ottica inclusiva e di consapevolezza del ruolo che l'individuo può giocare come cittadino; implementare fattori protettivi (*resilienza, life skills, empowerment*) e adozione di stili di vita sani; favorire l'intraprendenza come capacità di prendere in mano la propria vita e di agire sulla base di idee, progetti, opportunità offerte, per trasformarle in azioni e in valore per la collettività.

Con attenzione all'impatto delle disuguaglianze sociali sulla salute e sull'accesso ai servizi il Nuovo Sistema di Garanzia (DM del 12 marzo 2019 pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed operativo a partire dal 1° gennaio 2020) pone attenzione sia all'omogeneità geografica intra e interregionale, sia all'equità sociale, includendo una specifica sezione di indicatori (di equità, di bisogno e di contesto) per il monitoraggio di tali dimensioni. Il Sistema intende monitorare le disuguaglianze sociali in tutti gli altri indicatori di garanzia dei LEA, attraverso l'integrazione tra i flussi del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) e i dati di fonti statistiche esterne che raccolgono informazioni su almeno una variabile di tipo sociale.

L'attenzione all'equità e al contrasto delle disuguaglianze è un tema cardine del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025. Monitorare la relazione fra le condizioni socio-economiche e la salute permette di individuare dove le disuguaglianze sono maggiori e, dunque, quali sono le aree di potenziale guadagno residuale di salute per la comunità.

IL CONTRASTO ALLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Anche il contrasto alle dipendenze patologiche deve inserirsi in un approccio più ampio e meno settoriale di quello fin qui assunto e ciò deve riguardare non solo la trasversalità dei setting di vita in cui le campagne di sensibilizzazione si realizzano, ma deve necessariamente riguardare un nuovo e più funzionale modello organizzativo integrato dei servizi stessi. È necessario potenziare il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche integrandolo con quello dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera e dell'integrazione socio sanitaria. In particolare è necessario pervenire a linee guida per la migliore integrazione tra il servizio dipendenze patologiche (SERD), il Dipartimento di salute mentale, il Dipartimento di prevenzione e il servizio di neuropsichiatria infantile, anche attraverso la rideterminazione degli standard e delle dotazioni di personale a oggi presente in questi punti strategici della rete dei servizi nel contrastare l'insorgere e il consolidarsi di forme di dipendenza e di devianza. È necessaria una costante analisi delle evoluzioni che il fenomeno delle dipendenze ha assunto in Valle d'Aosta e una manutenzione ragionata e conseguente dei dati per migliorare sistematicamente la qualità e l'appropriatezza dei trattamenti e garantire l'adeguatezza dei luoghi e dei percorsi terapeutici. Il presente Piano intende rappresentare l'occasione per evidenziare le criticità degli attuali percorsi di cura e per formulare soluzioni praticabili, soprattutto in presenza di quadri psicopatologici particolarmente complessi (ad esempio quelli riferibili alla contemporanea presenza di condotte di assunzione, trasgressive, antisociali e di disagio psichico indotto da sostanze).

Tra le attività a supporto della prevenzione assumono interesse specifico quelle relative alla comunicazione dei rischi in merito alle quali il presente Piano dedica una apposita sezione. Le campagne di sensibilizzazione, modulate in base al target di popolazione da raggiungere, possono costituire un valido strumento del quale avvalersi per veicolare le informazioni relative alle dipendenze patologiche in generale. È necessario veicolare un messaggio positivo, unitario e il più ampio possibile verso i giovani e verso la popolazione nel suo complesso e, fruendo degli attuali mezzi di comunicazione (in primo luogo il web particolarmente praticato tra i giovani) è possibile ottenere, a fronte di un onere contenuto, una diffusione capillare del messaggio. Alcol e fumo rappresentano ancora una forte criticità nella nostra regione e si incardinano in una cultura che deve essere sostituita da messaggi a tutela della salute da parte di tutti i soggetti presenti nella società civile.

Nell'ambito della prevenzione delle dipendenze patologiche è stata attuata una campagna pubblicitaria attuata in collaborazione tra l'Azienda USL e l'Assessorato competente mediante l'utilizzo di più mezzi di trasmissione (materiali informativi, spot radiofonici, comunicazione web e social, affissioni pubblicitarie, annunci stampa, conferenze), nonché una campagna di educazione al gioco. Con riferimento a quest'ultimo aspetto è stato prorogato il Piano nazionale per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico (GAP), con relativo stanziamento di fondi da parte del Ministero della Salute, per l'impiego dei quali, l'Azienda USL, in collaborazione con l'Assessorato competente, ha già predisposto un piano regionale di aggiornamento delle attività da sottoporre all'approvazione del Ministero stesso. Nell'ambito di tale Piano, le azioni individuate coinvolgono più ambiti e più strutture: sanitarie, sociali, scolastiche nonché del Terzo settore.

Accanto allo scenario di uso di sostanze (droghe, psicofarmaci, alcol, tabacco), si profila la crescente diffusione delle dipendenze di natura comportamentale tra cui l'internet dipendenza e il *gaming disorder* problematiche diverse nelle manifestazioni cliniche, ma per molti aspetti correlate sul piano psicopatologico. È stato evidenziato come la dipendenza da internet, nelle sue varie forme, non solo provoca sintomi del tutto paragonabili a quelli indotti dalle sostanze stupefacenti (sviluppo di tolleranza e astinenza, cambiamenti comportamentali, modificazioni dell'umore), ma conduce persino alle medesime alterazioni cerebrali. In questo ambito occorrerà promuovere interventi di prevenzione con piani di azione integrati tra il dipartimento di prevenzione, il SERD, gli ambiti sociali, le scuole, le forze dell'ordine, le associazioni di categoria, il Terzo settore, le associazioni di volontariato e, in attuazione degli indirizzi di *policy* integrate per la Scuola che Promuove Salute, consolidare la diffusione di buone prassi e di interventi *evidence-based* e di metodologie *peereducation* finalizzate al potenziamento delle abilità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza, coinvolgendo anche le famiglie e l'intera comunità scolastica.

Tra tutte le tipologie di dipendenza, quella dovuta al consumo e all'abuso di alcol caratterizza da sempre la nostra regione, la quale partecipa, da molti anni, ad uno studio di sorveglianza nazionale denominato HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) che studia la salute dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni, stimando, tra gli altri, i comportamenti a rischio in adolescenza. Fra questi vi è sicuramente il monitoraggio del consumo di alcol occasionale e del fenomeno denominato *binge-drinking* (ricerca volontaria dello stato di ubriachezza).

Sulla base dei dati regionali è quindi indispensabile adottare politiche di promozione di stili di vita corretti, di prevenzione e di contrasto agli abusi, monitorando i consumi e identificando i fattori a essi associati; a tale riguardo, il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025 declina un apposito Programma predefinito che si occupa del contrasto alle dipendenze patologiche, tra le quali quella considerata.

Saranno inoltre sviluppate, e portate a termine, numerose azioni di prevenzione delle diverse forme di dipendenza che coinvolgeranno la scuola, la sanità e la comunità. L'attenzione dei professionisti coinvolti si concentrerà anche sulla prevenzione selettiva al fine di ottenere una diagnosi precoce (soprattutto nell'età evolutiva) mediante il supporto educativo alle famiglie che presentino figli con disturbi comportamentali precoci e condizioni di vulnerabilità alla dipendenza.

Le azioni che saranno messe in campo con priorità riguardano: la redazione di protocolli interni, la prosecuzione della formazione nelle istituzioni scolastiche e la riapertura del servizio di alcolologia presso il SERD. Fra le azioni successive e progressive nel tempo, che il Piano dispone vi sono:

- le campagne di prevenzione del SERD in merito all'abuso alcolico destinate alla popolazione nel suo complesso con l'obiettivo di incidere sulle componenti culturali del consumo di alcol e offrire maggiore trasparenza sulla fruizione dei servizi disponibili alla cura e alla riabilitazione. Potranno essere coinvolte in questa iniziativa anche altre strutture ospedaliere che si occupano, in particolare, di patologie alcol correlate;
- la formazione degli operatori e dei genitori da parte di educatori e psicologi dell'Azienda USL al fine di trasferire loro le competenze relative al precoce riconoscimento dei comportamenti a rischio specialmente nei più giovani. Tale formazione riguarderà anche gli operatori del Dipartimento di salute mentale, i medici di assistenza territoriale e tutti gli operatori coinvolti nel Programma sulla progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali;
- la creazione di sito web dedicato, ove sia possibile disporre di un contatto diretto, dinamico e interattivo con un'utenza particolarmente attratta dalla tecnologia web e incline all'uso di sostanze. Attraverso tale sito sarà possibile scaricare una *App (Youngle)* che permetterà ai giovani di comunicare direttamente con esperti della dipendenza.

IL SISTEMA REGIONALE DELLA PREVENZIONE

Strategico per le attività di prevenzione fin qui esposte, supportate dalla valorizzazione dei dati epidemiologici esistenti, è il ruolo del Dipartimento di prevenzione, come anche nelle attività sia ordinarie sia in fase pandemica che riguardano la sorveglianza epidemiologica, attraverso un modello organizzativo che preveda il metodo programmatico e la verifica della qualità dei risultati, oltre che l'erogazione di prestazioni integrate e multidisciplinari, che possano, a medio-lungo termine, avere un impatto misurabile sui livelli di guadagno in salute della popolazione.

Come la situazione emergenziale dovuta alla pandemia da Covid 19 ha evidenziato, occorre decentrare alcune funzioni strategiche del Dipartimento di prevenzione e valorizzare maggiormente i servizi sul territorio ponendo, al contempo, maggiore attenzione all'analisi del contesto per poter conseguentemente progettare interventi mirati ed efficaci.

Il presente Piano intende pertanto sviluppare un modello di integrazione fra le funzioni del Distretto e quelle del Dipartimento di prevenzione per fornire prestazioni all'utenza a un adeguato livello di decentramento, considerando gli ambiti distrettuali come aree di erogazione, favorendone così maggiormente l'accessibilità. Funzionale e strategico a tal fine è sia il ruolo svolto dal direttore di Distretto nella sua interazione funzionale con il Dipartimento di prevenzione, sia il ruolo dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta nelle attività di *counselling* ed educazione degli assistiti, in tema di prevenzione.

I Dipartimenti di prevenzione, nella fase successiva al confinamento indotto dalla pandemia, sono stati riconosciuti come elementi chiave nel controllo della stessa. Il Dipartimento di prevenzione

dell'Azienda USL, attraverso la struttura di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), è stato fondamentale per la sorveglianza delle nuove infezioni e l'interruzione della catena di trasmissione del virus e ciò anche in virtù dell'assegnazione di risorse suppletive afferenti ad altri ambiti del Dipartimento stesso e dell'Azienda USL. Solo in questo modo è stato possibile assolvere alle attività necessarie per la gestione pandemica come: il *contact tracing*, le indagini epidemiologiche, la sorveglianza sanitaria per i casi positivi e per i loro contatti, l'informazione costante ai cittadini, la richiesta di tamponi, la gestione della piattaforma informatica per la raccolta dei dati, la comunicazione con i medici di medicina generale e con le amministrazioni locali, la gestione delle segnalazioni.

La seconda fase della pandemia ha reso tuttavia evidente l'inadeguatezza delle soluzioni estemporanee e ha posto in evidenza la necessità di un sistema organizzato e qualificato di risorse professionali stabili e di strumenti adeguati, quali ad esempio un sistema informatizzato con piattaforme intercomunicanti, a svolgere le funzioni richieste. A ciò si aggiunga che lo stato di emergenza pandemica ha interrotto forzatamente molte attività di prevenzione e promozione della salute, con ripercussioni future sulla salute stessa delle persone e sulle relative disuguaglianze.

Il Piano dispone che sia attivata, prioritariamente, una valutazione complessiva sulle risorse umane, organizzative e tecnologiche del Dipartimento necessaria non solo per garantire al sistema regionale della prevenzione la ripresa delle attività e dei progetti precedentemente sospesi, ma soprattutto per affrontare e gestire stabilmente le attività istituzionali anche in concomitanza con eventuali ulteriori emergenze, così da evitare che un modello organizzativo inadeguato alle sfide in corso generi effetti indesiderati sullo stato di salute, in particolare quella della popolazione più fragile.

Conseguentemente, il Piano dispone di potenziare il Dipartimento di prevenzione per affrontare le emergenze in modo strutturato e organico, assegnando la priorità:

- alla definizione condivisa, tra tutti gli attori di un sistema regionale per l'emergenza, di un Piano straordinario per la gestione delle emergenze pandemiche che individui le responsabilità dei diversi soggetti coinvolti, le forme di coordinamento tra di essi, le risorse in reclutamento straordinario da formare preventivamente e rendere prontamente disponibili, le modalità e la periodicità di percorsi formativi ed esercitazioni pratiche periodiche a simulazione dell'emergenza epidemiologica;
- alla dotazione tecnologica necessaria per disporre di un sistema gestionale informatizzato e integrato e poter condividere le informazioni e attivare una rapida comunicazione tra figure professionali e contesti diversi;
- alla disponibilità di personale in numero sufficiente e adeguatamente formato.

Nell'ambito, infine, della preparazione dei sistemi emergenziali, con Accordo in Conferenza Stato-Regioni il 25 gennaio 2021 è stato approvato il documento "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)". Il piano è sia un documento di riferimento per la preparazione che una guida per il processo decisionale nelle varie fasi della pandemia influenzale. Il piano Pandemico influenzale identifica, per diverse dimensioni operative, le azioni chiave per i prossimi tre anni. Il documento definisce i ruoli e le responsabilità del Servizio Sanitario Nazionale nella preparazione e risposta ad una pandemia influenzale nel contesto della risposta dell'insieme degli organi e delle istituzioni del Governo Nazionale nell'ambito dello stato di emergenza nazionale che un tale evento determinerebbe ai sensi del decreto Legislativo n. 1 del 2

gennaio 2018. Tale Piano è stato recepito con deliberazione della Giunta regionale n.240 del 7 marzo 2021 la quale ha anche approvato il Piano regionale strategico-operativo per gli anni 20/21 - 20/23 di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale.

MITIGARE GLI EFFETTI DELLA PANDEMIA

Come rilevato ed evidenziato nell'analisi di contesto, la Valle d'Aosta è stata pesantemente colpita dalla pandemia da Sars Cov2, che ha provocato effetti diretti e indiretti, questi ultimi con conseguenze diverse in diversi gruppi di popolazione. Mentre è fondamentale costruire un gruppo all'interno del Dipartimento di Prevenzione capace di risposte rapide ed efficaci alle malattie infettive, il presente Piano ritiene parimenti importante mettere in atto azioni urgenti e puntuali per prevenire danni, anche gravi, su gruppi fragili di popolazione. Ne sono un esempio i bambini della scuola d'infanzia, privati della socialità in presenza e quelli della scuola primaria costretti alla didattica a distanza per lunghi periodi. È stato dimostrato, infatti, che il *lockdown* ha provocato ritardi nella capacità di apprendimento di questi bambini che devono essere recuperati prioritariamente e in tempi brevi.

Pertanto, a causa degli effetti inattesi della pandemia su diversi gruppi di popolazione, oltre al Piano regionale della prevenzione, è necessario selezionare alcune ben circoscritte priorità di intervento post-emergenza sull'impatto negativo della pandemia e programmare interventi mirati e di durata definita.

La situazione pandemica, come già detto, ha ulteriormente aggravato le situazioni di difficoltà sociale giovanile. I dati recenti confermano, infatti, un aumento di disturbi ansioso-depressivi con un incremento di casi in età pre-adolescenziale. Aumentano, infatti, gli alunni certificati con diagnosi riconducibili all'area dei disturbi ansioso-depressivi, con numeri particolarmente importanti degli alunni di scuole secondarie di primo e secondo grado negli anni scolastici 2019-2020 e 2020-2021, anni di fatto colpiti dall'emergenza sanitaria che hanno costretto i ragazzi a lunghi periodi di didattica a distanza e di isolamento sociale.

In tale ambito il presente Piano prevede una sinergia operativa con l'Azienda USL, la Struttura di neuropsichiatria infantile e la Struttura di psicologia, sul tema del disagio psicologico, in particolare in età preadolescenziale e adolescenziale, alla luce, da un lato, del numero di certificazioni afferenti ai disturbi ansioso-depressivi, ai sensi della Legge n.104/92, progressivamente in aumento nel corso degli anni, e dall'altro lato, delle richieste di accesso e presa in carico da parte dalle strutture preposte in integrazione tra i diversi ambiti di intervento.

LA COMUNICAZIONE DEI RISCHI E L'EMPOWERMENT

La linea culturale che da alcuni anni si basa sulla negazione pseudoscientifica del valore della vaccinazione sta colpendo in modo crescente, attraverso il *web* e i *social network* in particolare, oltre che le vaccinazioni dei bambini, anche le vaccinazioni per gli adulti e gli anziani. Al pari, l'adesione

regionale agli screening oncologici, seppure più elevata che in altri contesti regionali, sta registrando una flessione rispetto ai primi anni di offerta dei programmi.

Con il termine *empowerment* viene indicato un processo di crescita, sia dell'individuo, sia della comunità, basato sull'incremento delle conoscenze certificate, della stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione al fine di fare emergere risorse latenti e portare l'individuo ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale attraverso l'acquisizione di strumenti e conoscenze validate. Ciò comporta la predisposizione di opportuni piani di comunicazione e di conoscenza dei rischi potenziali e dei livelli di responsabilità individuale a questi collegata da parte di ogni persona nel proteggere la propria salute e contrastare le patologie. Un investimento sulle conoscenze e sui comportamenti responsabili che risulta essere tanto più efficace quanto più si differenziano le modalità della comunicazione e il linguaggio in relazione ai sottogruppi di popolazione destinatari della comunicazione stessa. È quindi importante orientare la comunicazione in tema di vaccinazioni, per rafforzare la scelta consapevole dei cittadini in materia e incrementare la diffusione della cultura della vaccinazione nei soggetti maggiormente a rischio e contrastare la frequente insufficiente percezione del rischio e le conseguenze della non vaccinazione. La medesima consapevolezza va estesa alla popolazione obiettivo dei programmi di prevenzione secondaria, attraverso un rinnovato piano della comunicazione dell'offerta degli screening oncologici, in particolare di quelli femminili, che hanno dimostrato di produrre importanti riduzioni nella mortalità specifica per i tumori a essi collegati.

La comunicazione, oltre che dai soggetti preposti, di cui il principale è il Dipartimento di prevenzione, può e deve essere esercitata anche dagli Enti territoriali e dagli operatori sanitari di prossimità per il cittadino. I primi, essendo spesso l'istituzione più a contatto con i propri residenti, attraverso varie forme di aggregazione e forme di assistenza sociale possono, attraverso queste, veicolare messaggi funzionali al mantenimento di una buona salute, specie nella popolazione anziana. I secondi, costituiti principalmente dai medici di assistenza primaria e dai pediatri di libera scelta, attraverso il loro ruolo di prossimità verso le persone più vulnerabili e a rischio devono poter esercitare una comunicazione efficace e in forma esperta, orientata a un modello che pone lo stile di vita al centro dell'attenzione.

Per ultimo, un'azione importante nella comunicazione può essere svolta anche dai soggetti del Terzo settore come le associazioni di cittadini e dei portatori di interesse che, presenti spesso in occasione di iniziative di aggregazione sociale, contribuiscono a una informazione qualificata e tra pari. Stante quindi il fatto che la prevenzione non raggiunge standard di efficacia senza un'accurata promozione della salute, occorre avviare, con la collaborazione delle associazioni dei cittadini, un piano della comunicazione che permetta a ciascuna persona, in relazione all'età, alla condizione economica e sociale, di acquisire gli strumenti conoscitivi essenziali a comprendere l'importanza dei corretti stili di vita, di un utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni, di un rapporto con il medico di assistenza primaria e con il pediatra di libera scelta di tipo fiduciario.

La promozione della salute deve essere perseguita secondo l'approccio intersettoriale e trasversale del Programma strategico nazionale "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007), che mira a contrastare i quattro principali fattori di rischio modificabili delle malattie croniche (alimentazione scorretta, sedentarietà, tabagismo, consumo rischioso e dannoso di alcol), principali

causa di morbosità e mortalità, e a promuovere la salute, attraverso l'empowerment degli individui e la modifica dei contesti di vita e di lavoro delle persone, favorendo le attività di cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, come previsto anche dai "nuovi" Livelli essenziali assistenza (DPCM 12 gennaio 2017).

Allo stesso modo, occorre avviare un piano della comunicazione rivolto anche agli operatori a vario titolo impegnati nel prescrivere e nell'erogare prestazioni e servizi affinché tutto il percorso, dal bisogno riconosciuto, manifestato e soddisfatto, si elevi alla massima appropriatezza ed efficacia possibile.

Anche in ambito sociale la prevenzione deve porsi a contrasto delle fragilità e delle disuguaglianze intercettandole prima che queste diventino condizioni permanenti di disagio e di isolamento. Dal rafforzamento e dalla promozione delle reti sociali deve essere attivato, anche in questo caso, il modello definito "sociale di iniziativa". Poiché si tratta di interventi che, in termini di prevenzione, afferiscono anche ad ambiti diversi da quello sanitario e sociale, occorre avviare iniziative congiunte e coerenti alle politiche per l'istruzione (che contrastino l'abbandono scolastico), alle politiche del lavoro (che facilitino la conciliazione dei tempi di vita, inclusa l'assistenza e la cura, e il lavoro).

OBIETTIVI

- MA 1.1 Riorganizzare e riqualificare il modello organizzativo e funzionale del Dipartimento di Prevenzione al fine di promuovere la salute, rimuovere le cause di malattia di origine ambientale, umana e animale attraverso iniziative coordinate con il Distretto e i Dipartimenti dell'Azienda USL, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline
- MA 1.2 Presidiare il Piano di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo, ambientale e di altra origine, garantendo uno stretto raccordo tra le autorità sanitarie locali e regionali
- MA 1.3 Avviare azioni di prevenzione mirata a mitigare gli effetti causati dall'emergenzapandemia da Covid 19 in tutte le fasi della vita e nei diversi ambienti di vita
- MA 1.4 Migliorare la comunicazione tra istituzioni e cittadinanza (*Health literacy*) e la competenza in salute della popolazione (*Empowerment*), attraverso un modello sanitario basato sull'integrazione di discipline diverse (*One health*)

- MA 1.5 Introdurre il criterio dell'equità (territoriale, culturale, sociale, di genere, di età) nell'organizzazione e nella valutazione di tutti i servizi, anche integrati, per contrastare le disuguaglianze presenti
- MA 1.6 Istituire una Rete regionale per l'epidemiologia, a più livelli, e integrata in una Rete nazionale di collaborazioni scientifiche
- MA 1.7 Promuovere le necessarie sinergie tra i soggetti preposti alla gestione delle problematiche ambientali ai fini della tutela della salute delle persone
- MA 1.8 Potenziare le forme di collaborazione tra il Dipartimento di Prevenzione e l'Arpa VdA a beneficio dei programmi di salute pubblica, anche attraverso lo sviluppo di attività di ricerca finalizzata
- MA 1.9 Avviare programmi di prevenzione interdisciplinari che consentano, in particolare nella cronicità e nella fragilità, la transizione a un modello integrato tra tutti gli ambiti coinvolti, incluso quello sociale
- MA 1.10 Ridurre l'incidenza di patologie croniche attraverso lo sviluppo del Piano cronicità con azioni e strategie preventive sulla popolazione presunta sana, ma portatrice di rischio, come anche sulla popolazione già portatrice di cronicità, attraverso il miglioramento degli stili di vita e l'osservanza dell'aderenza terapeutica
- MA 1.11 Contrastare, attraverso interventi intersettoriali e diversificati, l'invecchiamento precoce negli anziani per promuoverne uno stato di buona salute come prerequisito per un invecchiamento attivo e partecipe alla vita sociale
- MA 1.12 Promuovere la cultura della sicurezza in ogni ambito e situazione di vita (casa, lavoro, strada, ambiente naturale ecc..) e per ogni età, con un investimento particolare sulle giovani generazioni e negli ambienti di lavoro a maggiore rischio di infortunio e malattia professionale
- MA 1.13 Contrastare e ridurre il fenomeno delle dipendenze patologiche in ogni loro forma e in ogni sottogruppo di popolazione attraverso azioni efficaci, l'appropriatezza dei trattamenti e l'adeguatezza dei percorsi di cura
- MA 1.14 Mantenere elevata (> o = 95%) la copertura vaccinale in età pediatrica e l'adesione (> o = 75%) della popolazione target alle campagne di screening oncologico, anche attraverso soluzioni organizzative diverse dalle attuali e agendo su tutti gli attori coinvolti

- MA 1.15 Tutelare i livelli igienico sanitari degli alimenti e degli allevamenti in essere rafforzando le reti di epidemio-sorveglianza del sistema pubblico
- MA 1.16 Avviare un percorso di implementazione e sviluppo nell'ambito della sanità veterinaria introducendo innovazioni sia nelle figure professionali preposte sia nei sistemi di classificazione degli allevamenti monitorando il sistema informativo *Classy farm* introdotto a livello nazionale
- MA 1.17 Implementare le attività volte a contrastare il consumo crescente di antimicrobici in medicina e nell'allevamento zootecnico attraverso l'utilizzo del sistema informativo per la tracciabilità dei medicinali veterinari della ricetta elettronica veterinaria
- MA 1.18 Garantire la prevenzione e il controllo della filiera dei fitosanitari in agricoltura e dei loro residui sugli alimenti, attraverso un coordinamento tra agricoltura, sanità e ambiente