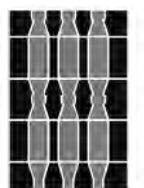


REPUBBLICA ITALIANA
BOLLETTINO UFFICIALE
DELLA



Regione Umbria

SERIE GENERALE

PERUGIA - 5 gennaio 2022

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - P E R U G I A

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 dicembre 2022, n. 1312.

Approvazione “Piano regionale della prevenzione 2020-2025” di cui all’intesa Stato/Regioni e PP.AA. del 6 agosto 2020.

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 dicembre 2022, n. **1312**.

Approvazione “Piano regionale della prevenzione 2020-2025” di cui all’intesa Stato/Regioni e PP.AA. del 6 agosto 2020.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l’argomento in oggetto: **“Approvazione “Piano regionale della prevenzione 2020-2025” di cui all’intesa Stato/Regioni e PP.AA. del 6 agosto 2020.”** e la conseguente proposta dell’assessore Luca Coletto;

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal dirigente competente;
- c) del parere favorevole del direttore in merito alla coerenza dell’atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

1. di approvare il documento allegato quale parte integrante del presente atto (*Allegato A*) concernente il “Piano regionale della prevenzione 2020-2025”, nella versione estratta dalla piattaforma web-based appositamente predisposta dal Ministero della Salute;
2. di approvare altresì il documento allegato quale parte integrante del presente atto (*Allegato B*) concernente il “Profilo di salute e di equità per il Piano regionale della prevenzione 2020 - 2025 della Regione Umbria”;
3. di dare pertanto mandato ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie di dare attuazione, per quanto di propria competenza, a quanto previsto nei Programmi del Piano regionale della prevenzione 2020-2025;
4. di avviare quindi la progettazione operativa a partire dall’1 gennaio 2022, con il coinvolgimento delle Strutture e degli Operatori del Servizio Sanitario Regionale, nonché di tutti gli stakeholders esterni al fine di raggiungere gli obiettivi indicati.
5. di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione nel *Bollettino Ufficiale* della Regione Umbria.

La Presidente
TESEI

(su proposta dell’assessore Coletto)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: **Approvazione “Piano regionale della prevenzione 2020-2025” di cui all’intesa Stato/Regioni e PP.AA. del 6 agosto 2020.**

La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella

seduta del 6 agosto 2020 ha sancito un'intesa per l'approvazione della proposta di Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) per gli anni 2020-2025 e, con la sottoscrizione della suddetta intesa, le Regioni si sono impegnate ad inserire, nell'apposita piattaforma web-based messa a disposizione del Ministero della Salute, le informazioni relative alla pianificazione regionale, entro il 31 maggio 2021; a seguito di eventuali proposte di specifiche integrazioni da parte del Ministero esplicitate entro il 31 luglio 2021, le Regioni e le PP.AA avrebbero dovuto adottare quindi i propri Piani Regionali della Prevenzione (PRP) entro il 30 settembre 2021.

L'intesa suddetta ha stabilito anche le seguenti regole per la certificazione:

— per l'anno 2020, la valutazione finalizzata alla certificazione si intende con esito positivo a seguito dell'adozione degli atti di recepimento del PNP 2020-2025;

— per l'anno 2021, l'esito positivo della certificazione dipenderà dalla valutazione sulla pianificazione regionale che deve rispondere ai criteri prefissati a livello nazionale;

— negli anni successivi i PRP saranno certificati e valutati positivamente se una proporzione crescente degli indicatori certificativi definiti dal PNP raggiungerà il valore atteso (60% nel 2022, 70% nel 2023, 80% nel 2024 e 90% nel 2025).

Pertanto le Regioni si sono impegnate a recepire il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 entro il 31 dicembre 2020 con appositi atti che prevedano la condivisione e l'impegno di adozione, nei Piani Regionali della Prevenzione (PRP), dei principi, delle priorità e della struttura del PNP.

Con deliberazione della Giunta regionale 29 dicembre 2020, n. 1308 la Regione Umbria ha provveduto al Recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione di cui all'Intesa Stato/Regioni e PP.AA. sopracitata e alla nomina Coordinatore operativo del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025, nella persona del dirigente del Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare.

Considerato lo stato di emergenza legato alla pandemia da Covid-19, la Conferenza Stato Regioni, con l'Intesa del 5 maggio 2021 (rep. Attin. 51/CSR), concernente il posticipo delle fasi di pianificazione e adozione dei Piani regionali della prevenzione di cui al Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 - 2025 (Rep. Atti n. 127ICSR del 6 agosto 2020), ha prorogato le scadenze previste dalla precedente intesa. L'intesa del 5 maggio 2021, recepita dalla Regione Umbria con D.G.R. 4 agosto 2021, n. 772, ha stabilito, in particolare, che la scadenza per l'inserimento delle informazioni relative alla pianificazione regionale è stata prorogata al 31 agosto 2021, mentre il Ministero della Salute si è impegnato a verificare la congruità del documento entro il 31 ottobre 2021. Entro il 31 dicembre 2021 le regioni dovranno quindi adottare con specifico atto il Piano Regionale di Prevenzione.

Con determinazione direttoriale n. 7864 del 5 agosto 2021 sono stati quindi:

— nominati i componenti del Gruppo di coordinamento del Piano regionale della prevenzione che risulta costituito dai Dirigenti dei competenti Servizi Regionali, dai Direttori Sanitari delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere e dai Direttori dei due Dipartimenti di Prevenzione delle Az. USL;

— attivati i sottogruppi operativi multidisciplinari dedicati alla redazione dei Programmi predefiniti e dei Programmi liberi del PRP composti da dirigenti/funzionari della Direzione salute e di altre Direzioni, professionisti delle Az. Sanitarie, dirigenti e personale eventualmente delegato da altri enti,

Preso atto che i competenti Servizi della Direzione Salute e welfare hanno provveduto, con la collaborazione dei suddetti gruppi di lavoro, alla elaborazione del Piano regionale della prevenzione 2020-2025, composto dai 10 Progetti Predefiniti (PP) già individuati dal Piano Nazionale della Prevenzione e dai 6 Programmi Liberi (PL) elaborati per rispondere agli Obiettivi strategici definiti all'interno dei Macro Obiettivi nazionali, così come di seguito indicati

MO1 Malattie croniche non trasmissibili

PP1 Scuole che promuovono salute

PP2 Comunità attive

PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute

PL11 Promozione della salute materno infantile e dei primi 1000 giorni di vita

PL13 Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale delle MCNT

PL14 Screening oncologici

PL15 Transizione culturale ecologica ed esperienziale sui riferimenti base del PNP

MO2 Dipendenze e problemi correlati

PP4 Dipendenze

MO3 Incidenti domestici e stradali

PP5 Sicurezza negli ambienti di vita

MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali

PP6 Piano mirato di prevenzione

PP7 Prevenzione in edilizia e agricoltura

PP8 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo scheletrico e del rischio stress collegato al lavoro

MO5 Ambiente, clima e salute

PP9 Ambiente, clima e salute

MO6 Malattie infettive prioritarie

PP10 Misure per il contrasto all'antimicrobico-resistenza

PL12 Alimenti Nutrizione e Sicurezza

PL16 Ridurre la frequenza delle malattie trasmissibili: strategie e interventi di prevenzione, sorveglianza e controllo

Tutta la documentazione è stata pertanto inserita nella piattaforma web-based nei tempi previsti, è stata esaminata dal Ministero della Salute che, a seguito di una interlocuzione avvenuta in data 7 ottobre 2021 con i Servizi regionali competenti, ha richiesto alcune precisazioni che sono state fornite.

Quindi, dopo l'interlocuzione suddetta, la dott.ssa Daniela Galeone - Direttore dell'Ufficio 8 della Direzione generale della prevenzione del Ministero della Salute, con nota pervenuta tramite posta elettronica in data 17 dicembre 2021, ha comunicato che si deve ritenere conclusa la fase di esame della pianificazione regionale ed è pertanto possibile procedere all'approvazione del PRP.

Considerato quanto sopra e la suddetta valutazione di congruità del Piano regionale della Prevenzione 2020-2025, così come inserito nella apposita Piattaforma nazionale, si ritiene di dover procedere a sottoporre il PRP all'approvazione da parte della Giunta regionale.

Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale:

Omissis

(Vedasi dispositivo deliberazione)

ALLEGATO 1



Umbria

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2020-2025

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



CAPITOLO 1 Quadro generale del PRP	3
1.1 Presentazione del PRP	3
1.2 Sintesi del profilo di salute ed equità ed analisi di contesto.....	7
CAPITOLO 2 Struttura del PRP	13
2.1 Elenco dei Programmi Predefiniti e Liberi del PRP	13
2.2 Tabella sinottica obiettivi strategici/programmi	14
2.3 Tabella azioni per programma	26
CAPITOLO 3 Programmi Predefiniti.....	31
3.1 PP01 Scuole che promuovono Salute	31
3.2 PP02 Comunità attive.....	55
3.3 PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute	74
3.4 PP04 Dipendenze	88
3.5 PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	151
3.6 PP06 Piano mirato di prevenzione.....	166
3.7 PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura.....	181
3.8 PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	200
3.9 PP09 Ambiente, clima e salute	218
3.10 PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza	256
CAPITOLO 4 Programmi Liberi.....	300
4.1 PL11 Promozione della salute materno infantile e dei primi 1000 giorni di vita	300
4.2 PL12 Alimenti Nutrizione e Sicurezza	313
4.3 PL13 Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale delle MCNT.....	330
4.4 PL14 Screening oncologici	343
4.5 PL15 Transizione culturale ecologica ed esperienziale sui riferimenti base del PNP	359
4.6 PL16 Ridurre la frequenza delle malattie trasmissibili: strategie e interventi di prevenzione, sorveglianza e controllo	380
APPENDICE 1 ALLEGATI	409
APPENDICE 2 TABELLE DI SINTESI PER IL MONITORAGGIO DEI PP E DEI PL.....	410

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



CAPITOLO 1 Quadro generale del PRP

1.1 Presentazione del PRP

Nel 2020 è stato approvato il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 6/08/2020) recepito con DGR 1308 del 29/12/2020.

Il percorso di pianificazione del PRP ha coinvolto i Dirigenti dei Servizi regionali del Servizio Salute e Welfare, le Direzioni delle Aziende Sanitarie e i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie territoriali per:

- comunicare le principali strategie da adottare per la realizzazione del PRP e condividere le modalità di partecipazione alla elaborazione dei diversi programmi che lo costituiranno, distinti in Programmi Predefiniti riferiti ai sei macro-obiettivi del PNP, individuati dal livello nazionale e Programmi Liberi per coprire gli obiettivi strategici non presi in considerazione dai Programmi Predefiniti
- attivare un gruppo multidisciplinare per il coordinamento del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 composto dal Direttore e dai Dirigenti della Direzione Salute e Welfare; dai Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie Regionali; dai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle due Aziende Sanitarie territoriali regionali
- attivare i sottogruppi operativi multidisciplinari, in parte sovrapponibili a quelli del precedente Piano o gruppi già costituiti per progetti integrati con la prevenzione, dedicati alla redazione dei contenuti specifici della pianificazione regionale del PRP 2020-2025 e dei relativi programmi predefiniti o liberi, coinvolgendo i Dirigenti/funzionari regionali della direzione Salute e Welfare e delle rimanenti direzioni (ove necessario), i professionisti delle Aziende Sanitarie regionali (in particolare i Direttori di Distretto, quelli operanti nei Dipartimenti di Prevenzione e nelle strutture territoriali/ospedaliere in relazione alle specificità dei programmi), i professionisti già coinvolti nella redazione del Pan Flu e i dirigenti o il personale eventualmente delegato di altri Enti
- ricorrere ad eventuali gruppi di lavoro già attivi per programmi e progetti in corso;

In relazione al perdurare della situazione di emergenza pandemica con Intesa n. 51 del 5 maggio 2021 sono state posticipate le scadenze di presentazione dei Piani regionali recepita con DGR 722 del 4/8/2021.

Il Piano Regionale della Prevenzione della Regione Umbria consente di adottare e tradurre il PNP, confermandosi una risorsa strategica del SSR. Il PRP si pone come obiettivo di assumere tutta la popolazione umbra, a priori da età, fattori culturali o status socio-economico, all'interno di un percorso che mira al miglioramento dello stato di salute. La Regione Umbria condivide e fa propri i principi ispiratori del PNP 2020-2025, che rappresenta uno degli strumenti per dare attuazione e concretezza ai LEA, contestualizzando i programmi ed i relativi processi/azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute, in particolare:

- l'approccio multidisciplinare ed intersettoriale nell'affrontare i rischi per la salute in ottica One Health;
- la concezione unitaria della salute umana;
- la promozione della salute, lo sviluppo di strategie di empowerment e capacity building.
- il principio della salute in tutte le politiche;
- l'equità nell'azione, nella consapevolezza che lo svantaggio sociale rappresenta un importante fattore di rischio per la salute e la qualità della vita.

Nella governance dei programmi del PRP sono fondamentali il coordinamento, il monitoraggio e la valutazione dei Macro Obiettivi. Al fine di supportare la governance dei Piani Regionali della Prevenzione, il

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PNP 2020-2025 ha individuato 13 Azioni Centrali (AC) necessarie a rendere più efficiente ed efficace le relazioni tra i diversi livelli di governo e agevolare il raggiungimento degli obiettivi del PNP.

Nella progettazione del PRP si è tenuto conto della necessità di porsi in continuità con il precedente piano, anche in relazione alla discontinuità nell'attuazione dello stesso a causa dell'emergenza Covid. Con il PRP 2014-2018 fin dalle fasi iniziali, era stato avviato un esteso processo di progettazione partecipata che aveva visto il coinvolgimento di molte persone e operatori sanitari, nella individuazione di obiettivi e azioni. Molti erano stati gli spunti, le idee, i bisogni espressi e le attese riposte e tutto era stato ricostruito nei progetti che avevano dato concretezza ai 10 programmi.

Fin dall'inizio si era cercato di declinare alcune idee forti: il supporto alla genitorialità, l'attenzione a mantenere in buono stato di salute gli adulti fino alla terza età e oltre, lo sforzo di costruire azioni spiccatamente intersettoriali, progettate per essere applicate su scala regionale; la messa in campo di un vero e proprio processo di miglioramento della qualità per molte attività di sanità pubblica, dalle vaccinazioni ai programmi di screening, passando per i corsi di accompagnamento alla nascita fino addirittura alla vigilanza negli ambienti di lavoro o rispetto alla sicurezza alimentare. Nel piano si era dato, altresì, risalto al tema della disuguaglianza prevedendo progetti con l'obiettivo di superarle.

Lo sviluppo del Piano aveva richiesto un grosso sforzo dei professionisti coinvolti, un importante investimento formativo, la modifica del modo di operare o di relazionarsi con il cittadino. Sicuramente è stata positiva la sinergia fra azioni diverse: l'attività dei Pediatri di libera scelta, le attività finalizzate all'adozione di corretti stili di vita organizzate nella scuola anche in collaborazione con le Aziende USL, l'emanazione di linee di indirizzo sulla gestione delle mense scolastiche. Tuttavia si è verificata una difficoltà nel portare avanti alcuni progetti con slittamento di alcune azioni dettate dal cambiamento del contesto sociale o economico, da fattori intrinseci all'amministrazione regionale e da fattori interni allo stesso servizio regionale che in alcuni casi hanno prodotto un rallentamento di alcune azioni. L'esperienza di stesura e realizzazione del PRP 2014-2018 è stata fondamentale per la stesura del PRP 2020-2025 sia per dare continuità ai programmi precedenti partendo da risultati già raggiunti o dalle criticità derivate dall'attuazione delle stesse e sia per sfruttare i gruppi già attivi e le intersettorialità già promosse che hanno permesso la stesura, anche in contesto emergenziale come quello in cui sono stati redatti i programmi. Inoltre nel dare consequenzialità ai programmi precedenti si è sfruttata la partecipazione già realizzata prevedendo una seconda fase di partecipazione dei programmi per il 2020-2025 dopo la loro definizione.

L'evoluzione della situazione epidemiologica conseguente alla pandemia da Covid-19 ha confermato la necessità di adeguati interventi di sanità pubblica, evidenziando l'esigenza di rimodulare e potenziare, nel breve e medio periodo, gli interventi di prevenzione e promozione della salute, basati su reti integrate di servizi sanitari e sociosanitari e sul coinvolgimento della popolazione in processi di empowerment. L'emergenza ha rallentato/modificato l'attuazione dei programmi precedenti, impedendo talvolta di dare una risposta a bisogni di salute già individuati che hanno avuto necessità di rimodulazione e che vanno, quindi, riconfermati nel nuovo PRP 2020-2025. Per tale motivo alcuni dei nuovi Programmi, sono quindi in continuità con i Programmi del precedente PRP, altri, invece, si allineano ai nuovi bisogni emersi in relazione alla mutevole situazione socio culturale, che non può prescindere dall'emergenza sanitaria che stiamo attraversando. L'emergenza ha peraltro assorbito una parte consistente delle energie e risorse disponibili a tutti i livelli e quindi anche a livello della Direzione Salute e Welfare in particolare nel Servizio Prevenzione, e nelle Strutture dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende maggiormente impegnate nelle attività di sorveglianza e Contact Tracing legate alla pandemia. Non va tralasciato che i sistemi e in particolare quello sanitario sono stati messi a dura prova e sono emerse le "fragili" capacità di resilienza spesso legate alla carenza quali/quantitative di risorse anche umane professionalmente competenti.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Malgrado ciò la Regione e le Aziende hanno profuso gli sforzi massimi per mantenere un buon livello di attività in relazione agli adempimenti e obiettivi specifici dei LEA della Prevenzione sia nel 2020 che nel 2021 riprendendo e recuperando attività che erano state sospese/ridotte come ad esempio i programmi di screening. Nonostante tutte le difficoltà anche legate alla recrudescenza dell'epidemia in varie fasi e per lunghi periodi, sono state portate avanti le attività per redigere i programmi del PRP proprio per la maturata consapevolezza che il contesto post COVID non sarebbe stato più lo stesso anche in considerazione di una crisi politica, sociale ed economica che avrà un impatto a lungo termine sul benessere delle persone, sulle loro abitudini e sul ruolo della politica nella gestione delle complesse emergenze globali e quindi la necessità di avere una pianificazione definita per i prossimi anni verso cui orientare le risorse disponibili. L'epidemia ha fatto emergere la cognizione per tutti che le risorse naturali del pianeta e le risorse materiali non sono illimitate. Per il sistema e per i professionisti è chiaro che l'utilizzo delle risorse e la loro distribuzione va orientata per raggiungere gli obiettivi prefissati altrimenti al di là dello spreco potremmo non averne altre disponibili per il futuro mettendo anche in pericolo i risultati già raggiunti soprattutto da un Sistema Sanitario universale come quello italiano. Si è consapevoli della necessità e della rilevanza di un approccio One Health, per il miglioramento della salute e il raggiungimento dell'equità nella salute per tutti, ma si è altrettanto consapevoli della necessità improrogabile di un cambiamento del sistema sanitario, dei suoi assetti organizzativi e della fondamentale importanza delle risorse umane nella loro dimensione quali/quantitativa anche per meglio promuovere l'intersectorialità per garantire ciò.

In tale contesto e con questa consapevolezza sono state promosse le attività per la stesura del PRP raccogliendo la sfida ad individuare azioni di equità. Il lavoro è stato importante e sicuramente la programmazione merita di essere ancor meglio delineata anche per la complessità legata soprattutto ad individuare in tutti i programmi le azioni di equità e, quando individuate, la definizione di obiettivi e indicatori specifici. L'altro elemento critico è rappresentato dalla partecipazione dei programmi, che ha trovato difficoltà legate all'impegno dei Servizi Sanitari e spesso anche delle altre istituzioni (Es. Scuola) sul fronte della gestione della pandemia e che, quindi, seppur avviata dovrà essere completata in maniera capillare con tutti i possibili interlocutori e stakeholder.

In ultimo va sottolineato che il PRP viene redatto contemporaneamente alla redazione del PSR 2021-2025, al Pan-Flu 2020-2023 e ai progetti del PNRR pervisti per nostra Regione e la redazione di tali 3 documenti e dei progetti del PNRR nello stesso periodo consente di pianificare in maniera sinergica, complementare e integrata ispirando i documenti alla stessa vision e a agli stessi principi, orientando le scelte e le risorse verso le stesse priorità e azioni/interventi e utilizzando modelli di governance, di gestione e di controllo sovrapponibili rafforzando le scelte di policy e di programmazione sanitaria al fine di migliorare le performance dei sistemi e dei processi oltre che gli esiti di salute della popolazione in tutte le fasce di età e in tutti i contesti. Il PRP in questo scenario diventa strumento della stessa governance sanitaria orientando e favorendo integrazione, sinergia, collegamento, complementarietà e intersectorialità essendo il promotore dei percorsi che attraversano il territorio e l'ospedale.

I Macro-obiettivi individuati dal PNP 2020-2025 vertono su temi sanitari ampi e nella definizione dei programmi sono state seguite le indicazioni contestualizzando le azioni al livello regionale emerso dal profilo di salute e di equità e alle potenzialità del SSR in termini di organizzazione, risorse e funzioni del sistema nonché alle reali possibilità di intersectorialità. L'analisi di copertura degli obiettivi strategici riconducibili ai 6 macro-obiettivi ha messo in evidenza la necessità di predisporre programmi liberi per coprire gli 11 OOSS non coperti del MO01, dei 2 del MO03 e dei 16 del MO06, mentre l'unico OOSS non coperto del MO04 è stato inserito come aggiuntivo nei Predefiniti

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Molta importanza infatti è stata data a creare le condizioni organizzative che sostengano le azioni previste e i risultati attesi dal nuovo PRP e per tale motivo restano le attività di supporto trasversale a tutti i programmi, sia a livello regionale che locale, per agevolare il conseguimento di obiettivi considerati nel PNP trasversali, in primis l'equità, l'intersectorialità, la formazione e la comunicazione.

A tal fine la Governance del PRP si esplica in 3 livelli:

- gruppo di coordinamento del PRP
- referenti di macro-obiettivo per verificare la copertura di tutti gli obiettivi strategici previsti e inseriti nei diversi programmi predefiniti e liberi. I referenti oltre a verificare la copertura del macro-obiettivo hanno il compito di confrontarsi per le trasversalità fra gli stessi e monitorare l'evoluzione dei programmi che interessano il macro-obiettivo
- referente di programma che coadiuvati dal gruppo di lavoro, provvedono alla stesura del programma e alla pianificazione delle attività delle azioni previste per la realizzazione monitorandone i risultati raggiunti.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



1.2 Sintesi del profilo di salute ed equità ed analisi di contesto

Sintesi del profilo di salute ed equità

LO STATO DI SALUTE

La speranza di vita alla nascita e a 65 anni si mantengono in Umbria superiori rispetto alla media italiana, anche se nel 2020, come nel resto del paese, c'è stato un calo rispetto al 2019 per effetto della pandemia.

Tra le cause principali di morte nel periodo 2012 – 2018 si osservano le malattie del sistema circolatorio, seguite dalle demenze e dai tumori maligni del polmone, che rappresentano la causa di morte oncologica più frequente e la quarta causa per numero di decessi in assoluto nel genere maschile. I tumori maligni del seno rappresentano la causa di morte oncologica più frequente e la settima causa per numero di decessi in assoluto nel genere femminile.

Nello stesso periodo sono aumentate le malattie croniche respiratorie, le malattie infettive e parassitarie, superando i tumori del pancreas ed i tumori maligni dello stomaco. Sono in aumento anche i decessi causati da influenza e polmonite.

L'Umbria è una delle regioni con la mortalità evitabile più bassa in entrambe le province, soprattutto per i maschi, sia per la frazione legata alla prevenzione che quella legata al trattamento.

Le malattie cardiovascolari rappresentano la causa più frequente di mortalità. Tra i 18-69 anni quasi 4 persone su 10 hanno almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare e solo una piccolissima quota (meno del 3%) risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.

La prevalenza d'ipertensione arteriosa è circa il 21% tra i 18 e i 69 anni, mentre quella del diabete è intorno al 5%; entrambi i fattori di rischio sono più frequenti tra gli uomini, tra le classi socialmente più svantaggiate per istruzione o per difficoltà economiche, tra i cittadini italiani e in coloro che sono in eccesso ponderale.

In Umbria si stimano, per il 2019, circa 6.400 nuove diagnosi di tumore maligno. Le sedi più frequenti nei maschi sono prostata, polmone, colon-retto; nelle donne mammella, colon-retto, polmone. Si assiste ad un notevole calo di incidenza per i tumori del colon-retto negli uomini, tra i più consistenti a livello nazionale, dovuto molto probabilmente all'introduzione dello screening a livello regionale e, viceversa, ad un trend in aumento per il tumore del polmone nelle donne particolarmente significativo nella nostra regione. In aumento nelle donne umbre anche la mortalità per questo tipo di tumore.

Nel 2019 sono state registrate 10613 denunce di infortuni, 223 in più del 2018; sono circa il 37% in meno rispetto al 2010, contro un decremento a livello nazionale di circa il 26%. Nel 2020 il numero di denunce si è ridotto a 8003, -24% rispetto all'anno precedente. All'incirca il 70% degli infortuni è stato definito positivamente dall'INAIL, di questi circa l'89% sono occorsi "in occasione di lavoro", l'11% sono avvenuti "in itinere" cioè nel percorso casa-lavoro/lavoro-casa. Oltre il 70 % degli infortuni accadono nel settore industria e servizi, circa il 10% in agricoltura e circa il 20% fra i dipendenti delle amministrazioni dello Stato. Il 14% di tutti infortuni hanno causato menomazioni permanenti o il decesso dell'infortunato. L'indicatore "tasso standardizzato di infortunio ogni 1000 occupati", pone l'Umbria al 3° posto (19 infortuni ogni 1000 addetti) della graduatoria. Va segnalato il fatto che l'indice di gravità (% di infortuni con postumi permanenti e mortali sul totale degli infortuni accaduti) è pari al 19% e pone l'Umbria al 12° posto in graduatoria. L'edilizia rappresenta uno dei comparti più a rischio di infortunio e contribuisce per circa il 20% al numero di infortuni mortali in occasione di lavoro, al secondo posto dopo il settore agricoltura (circa il

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



30%). Quest'ultimo è stato sempre un settore ad elevata rischiosità, anche se la percentuale di infortuni con postumi sembra ridursi negli ultimi tre anni. Per quanto riguarda le malattie professionali si registra un incremento rilevante delle patologie a carico di sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo (62%), delle malattie a carico del sistema nervoso (21%); è verosimile una rilevante sottostima dei tumori professionali che risultano solo il 3% del totale delle denunce. Le costruzioni e l'agricoltura contribuiscono al 16% e al 12% delle denunce per malattia professionale. Nel 2019 dei 627 lavoratori a cui è stata riconosciuta la patologia professionale, 608 hanno avuto il riconoscimento di menomazione permanente e 9 di esito mortale.

Rispetto al 2018 nel 2019 diminuiscono sia gli incidenti che i feriti, più che nel resto del Paese; tuttavia, aumenta il numero delle vittime della strada del 6,3%, a fronte di un calo in Italia del 4,8%.

Dal 2008 si osserva una riduzione, seppur non significativa, delle persone che hanno guidato sotto effetto dell'alcol. La guida sotto l'effetto dell'alcol è un comportamento riferito più spesso dagli uomini, dai 25-34enni e da coloro che hanno un maggior livello di istruzione.

L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuale è nel tempo in significativo aumento anche se meno frequente fra le persone più svantaggiate, per istruzione e/o per reddito.

Gli incidenti domestici in Umbria presentano un trend in lieve flessione ma sostanzialmente stabile negli ultimi 5 anni. La percezione del rischio d'infortunio in ambito domestico è scarsa, al di sotto del dato medio nazionale. La frequenza delle cadute aumenta con l'età non presenta differenze di genere, ma è maggiore fra le persone che riferiscono molte difficoltà economiche.

L'indice di salute mentale in Umbria è in crescita negli ultimi anni, tuttavia rimane costantemente sotto la media italiana e tra i valori più bassi a livello nazionale. Circa l'8% degli adulti di età 18-69 anni riferisce sintomi depressivi, valori tra i più elevati a livello nazionale, anche se nel tempo (dal 2012) si osserva una chiara tendenza alla riduzione. Sono più colpiti gli anziani, le donne, le persone socialmente più svantaggiate che non possiede un lavoro regolare, chi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica e chi vive da solo. Il consumo di farmaci antidepressivi risulta tra i più elevati a livello nazionale.

Per quanto riguarda la salute materno-infantile, in Umbria il maggior rischio di controlli tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione) è associato alla giovane età (< 20 anni), all'essere straniera o con scolarità medio-bassa. Sotto la media nazionale la percentuale di parti con taglio cesareo (22,1%).

Il consumo di antibiotici in Umbria è in netta riduzione negli ultimi anni e al di sotto dei valori medi nazionali.

I FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI

In Umbria l'eccesso ponderale riguarda un bambino su 3, 2 adulti su 5 e 3 anziani su 5.

L'analisi dei trend mostra una leggera diminuzione dell'obesità nei bambini e una stabilità della quota di persone adulte in eccesso ponderale. Costante nel tempo anche il consumo di frutta e verdura.

La popolazione umbra è in maggior misura attiva o parzialmente attiva; la percentuale di sedentari tra i 18-69enni risulta significativamente inferiore rispetto al dato medio nazionale. La sedentarietà è più frequente nelle donne e tra le persone svantaggiate per condizione economica o istruzione. Nonostante sia ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche, l'Umbria conferma valori maggiori rispetto a quelli medi nazionali.

L'Umbria si conferma la regione con la più alta prevalenza di fumatori: tra i 18-69enni infatti circa 1 su 4 è fumatore, con un trend stabile e in controtendenza rispetto al dato nazionale in costante diminuzione.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Sotto la media italiana anche la percezione del rispetto del divieto nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro e la percentuale di case “libere da fumo”.

Il consumo di alcol a maggior rischio e il consumo binge sono in Umbria più alti della media nazionale. Molto bassa l'attenzione degli operatori verso il problema.

Sia l'abitudine al fumo che il consumo di alcol sono più diffusi tra i giovani, gli uomini e le persone con istruzione media.

Per quanto riguarda la sedentarietà, le disuguaglianze incidono maggiormente per le donne nelle classi di età 45-54 e 65-74 e per gli uomini nelle classi 45-54 e 55-64 anni. Eliminando le disuguaglianze il rischio di mortalità per il fattore sedentarietà si ridurrebbe per gli uomini di 45-54 anni del 6,8% e per le donne di 45-54 anni del 5,9%.

Per quanto riguarda il sovrappeso, ad essere più esposti al fattore di rischio risultano gli uomini di 65-74 anni.

Le disuguaglianze incidono per le donne in tutte le classi di età, soprattutto per quelle nella fascia 30-44 anni.

Eliminando le disuguaglianze il rischio di mortalità per il fattore sovrappeso si ridurrebbe per le donne di 55-64 anni del 2,3% e per le donne di 65-74 anni del 2,4 %.

Per quanto riguarda l'abitudine al fumo, ad essere più esposti al fattore di rischio risultano gli uomini di 30-44 e 45-54 anni. Le disuguaglianze incidono soprattutto per le donne nella classe di età 30-44, per gli uomini maggiormente nella classe di età 65-74, ma significativamente anche in quelle 45-54 e 30-44 anni.

Eliminando le disuguaglianze il rischio di mortalità per il fattore abitudine al fumo si ridurrebbe per gli uomini di 30-44 anni del 6,8% e per quelli di 45-54 anni del 7,8%.

I PROGRAMMI DI POPOLAZIONE

Per quanto riguarda le vaccinazioni, l'Umbria ha sempre registrato, nel corso degli ultimi anni, coperture vaccinali al di sopra della media nazionale.

Le coperture relative alla vaccinazione anti HPV, sia nei maschi sia nelle femmine, sono anch'esse sopra la media del paese. Inoltre sono state introdotte nel calendario vaccinale la vaccinazione contro l'Herpes Zoster nei 65enni e nelle categorie a rischio previste dal PNPV, la vaccinazione anti HPV alle ragazze di 25 anni, non vaccinate in precedenza, in occasione della prima chiamata per lo screening del tumore del collo dell'utero e l'offerta attiva e gratuita del vaccino anti HPV alle donne con storia documentata di lesioni da HPV recentemente trattate. I dati sulla vaccinazione antinfluenzale mostrano nella campagna vaccinale 2020-2021 coperture decisamente migliori di quelli del periodo precedente e decisamente superiori alla media nazionale.

Le coperture dei tre screening si confermano fra le più alte in Italia, con un andamento stabile nel tempo. Tuttavia, anche se gli screening in Umbria hanno resistito molto bene all'impatto dell'epidemia, occorre recuperare il lieve calo nell'adesione per lo screening cervicale e per quello del colon-retto.

LA SICUREZZA ALIMENTARE

L'attività di controllo in tema di sicurezza alimentare si sviluppa nell'ambito del Piano di Controllo Regionale pluriennali della Regione Umbria. Lo stesso prevede indagini utili ai fini della prevenzione delle tossinfezioni alimentari. Nello specifico sono contemplati: - controllo microbiologico dei parametri di Sicurezza alimentare (le positività riscontrate hanno confermato che *Salmonella* spp. rimane tra i pericoli microbiologici maggiormente significativi, seguita da *Listeria Monocytogenes*); - controllo della presenza di parassiti nei pesci di acqua dolce (parassiti incistati nelle carni dei pesci di acqua dolce, possono rappresentare causa di zoonosi); - ricerca di allergeni negli alimenti (nello svolgimento del piano sono stati

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



presi in considerazione la presenza di sostanze allergeniche negli alimenti e le non conformità registrate sono risultate quasi esclusivamente presenza di soia non dichiarata in etichetta); - controllo sui residui di prodotti fitosanitari in alimenti di origine vegetale e di residui di antiparassitari in alimenti di origine vegetale ed animale (in generale la situazione registrata può far pensare ad un livello di rischio estremamente basso); - ricerca di micotossine negli alimenti (nessuna non conformità negli ultimi anni).

Il sistema dei controlli sulla filiera alimentare è molto complesso sia a livello Nazionale, che nei diversi territori regionali. Da considerare, altresì, la numerosità degli Enti coinvolti nell'effettuazione di controlli che determina spesso sovrapposizione tra le varie autorità di controllo, con conseguente disomogeneità nell'approccio e differenze anche sostanziali nell'esito del controllo. Bisogna però ricordare che l'obiettivo fondamentale è prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, sia nel caso di rischi diretti, che in quelli veicolati dall'ambiente. Per questa ragione è importante garantire, come sistema sanitario, prestazioni di alto livello qualitativo che possono essere raggiunte tramite formazione continua degli operatori sanitari.

LA SANITA' ANIMALE

L'attività di programmazione e gestione, correlata a controllo ed eradicazione delle malattie animali, viene portata avanti anche sulla base di un'attenta analisi del patrimonio zootecnico regionale. In Umbria gli allevamenti presenti in BDN aperti al 31 Dicembre 2020 sono risultati 15.803 (in continuo incremento dal 2010). Dai dati di attività del periodo 2017-2019, è emerso l'elevato standard sanitario raggiunto nella popolazione animale. Infatti, nella nostra Regione, a fronte dei capillari controlli nell'ambito del sistema di sorveglianza, non sono state evidenziate positività sia nei confronti di malattie zoonotiche che non, quali Brucellosi bovina e ovi-caprina, Tubercolosi bovina, Influenza Aviaria, Encefalopatia Spongiforme Bovina (BSE), Malattia di Aujeszky, Leucosi Bovina Enzootica, Anemia Infettiva Equina, Arterite Virale Equina, Peste Suina Classica.

Analisi di contesto

IL CONTESTO DEMOGRAFICO E SOCIO ECONOMICO

In Umbria la popolazione è in costante calo dal 2013 per lo squilibrio legato a dinamiche demografiche deboli sul versante del ricambio della popolazione; nel 2020 la pandemia da SARS CoV-2 ha accentuato tali dinamiche: dal 1/1/2020 al 01/01/2021 la popolazione umbra è passata da 870.165 a 865.013 abitanti, con un decremento di 5.9 x 1000 residenti.

La distribuzione della popolazione è disomogenea all'interno del territorio regionale, con zone ad alta densità demografica (Perugino) e zone dove la popolazione è molto più distribuita (Valnerina).

Costante è anche l'invecchiamento della popolazione umbra: nel 2020 la popolazione anziana rappresenta il 26,2% contro il 23,5% italiano. Questa percentuale, in costante aumento, colloca l'Umbria tra le regioni più anziane. Anche la popolazione anziana ha una grande variabilità nel territorio regionale, andando dal 23.9% del distretto dell'Assisano fino a raggiungere la sua maggior concentrazione nel distretto dell'Orvietano (29.9%)

La quota di popolazione straniera è pari al 10,6% della popolazione umbra, contro l'8,5% della media nazionale; nella popolazione di 6-10 anni la componente straniera rappresenta in entrambi i sessi il 14% dei residenti. Anche la popolazione straniera si distribuisce nel territorio regionale in maniera disomogenea, andando dal 7.1% del distretto dell'Alto Chiascio all' 11.9% del distretto del Perugino.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



LIVELLO DI ISTRUZIONE E CARATTERISTICHE PECULIARI

Tra il 2011 e il 2019, in Umbria il livello dell'istruzione è migliorato, in linea con quanto si registra a livello nazionale. La percentuale di persone con un titolo di studio secondario o superiore è il 54,1% della popolazione. Al 31 dicembre 2019, tra gli 811.201 umbri di 9 anni e più, il 38,4% ha un diploma di scuola secondaria di secondo grado o di qualifica professionale, il 25,5% la licenza di scuola media e il 15,7% la licenza elementare. Le persone con un titolo terziario o superiore sono il 15,7%: il 4,1% ha conseguito un titolo di primo livello, l'11,2% uno di secondo.

Le persone analfabete rappresentano lo 0,5% della popolazione di 9 anni e più mentre gli alfabeti privi di titolo di studio sono il 4,3%.

Tra gli individui dai 55 anni in su, il 61,2% ha un basso livello di istruzione e il 38,7% possiede un titolo di studio medio-alto (di cui solo il 10,1% ha conseguito un titolo di studio elevato). Tra questi ultimi prevalgono gli uomini (44,3% vs 34,4%), mentre la quota di donne con basso livello di istruzione è superiore a quella maschile (65,7% vs 55,8%).

Tra il 2011 e il 2019, in Umbria il livello dell'istruzione è migliorato, in linea con quanto si registra a livello nazionale. La quota di coloro che sono senza titolo di studio o ne posseggono uno fino alla scuola secondaria di primo grado nel 2011 rappresentava oltre la metà della popolazione con 9 anni e più (53,2%) ed ora si attesta al 45,9%. All'opposto, la percentuale di persone con un titolo di studio secondario o superiore passa dal 46,8% al 54,1%. La crescita dei titoli di studio più alti beneficia soprattutto quelli terziari (+22,2%), in particolare quelli di Alta formazione (compresi i dottorati di ricerca) che arrivano a superare gli analfabeti (3.925 contro 3.768).

Rispetto alla situazione nazionale, in Umbria il grado d'istruzione presenta un profilo caratterizzato da un peso maggiore di titoli di studio secondario (+2,7 punti percentuali) e terziario o superiore (+1,5 punti percentuali). All'interno della regione, la provincia di Terni presenta una quota leggermente più elevata di persone con titolo di studio secondario di secondo grado (38,8% contro 38,2% di Perugia). La differenza tra i due territori diventa un po' più ampia se si considera il peso dei soli titoli di studio terziario o superiore: la provincia di Perugia si attesta al 16,0%, quella di Terni al 14,9%.

In Umbria sono presenti 805 sedi scolastiche statali (312 infanzia, 285 primaria, 112 secondaria di I grado, 350 secondaria di II grado). Gli iscritti negli istituti scolastici e ai servizi educativi per l'infanzia in Umbria nell'anno 2020-2021 sono stati circa 115.000, dei quali il 3,7% sono alunni con disabilità.

OCCUPAZIONE E LIVELLO SOCIO-ECONOMICO

Nel 2020, il numero di occupati dell'Umbria, pari a 356 mila (l'1,6 % del totale nazionale pari a oltre 22 milioni 904 mila unità), è diminuito dell'1,8% rispetto al 2019 (-1,9 % la media italiana). Rispetto al 2019, si osserva una riduzione del tasso di disoccupazione che nel 2020 registra il livello più basso dal 2013 attestandosi all'8,2% (la media italiana è 9,2 %), complice l'aumento della popolazione inattiva che, conseguentemente alla crisi pandemica, ha riguardato il mercato del lavoro italiano.

Il tasso di disoccupazione è in calo dal 2017, ma più alto nelle donne.

Il tasso di disoccupazione giovanile 15-24 anni raggiunge nel 2020 una quota pari al 27,2% (+0,6 punti percentuali rispetto all'anno precedente), inferiore alla media nazionale (29,4%) pur rimanendo a livelli elevati. I giovani che non lavorano e non studiano, cosiddetti NEET (Not in Education, Employment or Training), sono il 20% dei 15-29enni umbri (media Italia 23,9%).

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



REDDITO E DISTRIBUZIONE DELLA RICCHEZZA

Negli anni dal 2014 al 2018, dopo una fase in cui il reddito medio familiare umbro ha cessato di crescere, si registra invece una nuova fase espansiva. La stima dei redditi delle famiglie italiane nel 2018 colloca l'Umbria al settimo posto nella classifica delle regioni italiane, preceduta solamente, in ordine, da provincia di Bolzano, Lombardia, Veneto, provincia di Trento, Emilia Romagna e Toscana. Pertanto, la variazione dei redditi delle famiglie umbre nel periodo 2007-2018, grazie alla forte spinta dell'ultimo quadriennio, mostra nominalmente un segno positivo (+8,2% contro il +3,3% medio delle regioni del Centro e il +6,7% medio nazionale) che però nasconde una decrescita in termini reali (-7,8% in Umbria, -12% nel Centro e -9% in Italia).

Il coefficiente di Gini, relativo alla distribuzione del reddito medio delle famiglie umbre ed espressione di disuguaglianza, è cresciuto da 0,29 a 0,32 negli anni della crisi, per poi decrescere negli anni seguenti, a significare una riduzione della disomogeneità distributiva. Nel 2018, nella nostra regione, l'indice di Gini (0,29) torna ai livelli pre-crisi (fig. 13). In ogni caso, in Umbria le disuguaglianze provenienti dalla distribuzione del reddito sono meno accentuate rispetto a quanto rilevato nel resto del Paese: i valori umbri di detto indice, simili a quelli rilevati nelle regioni del Nord-Est, sono costantemente inferiori a quelli osservati nel Nord-Ovest, nel Centro e nel Mezzogiorno.

L'andamento della povertà relativa in Umbria mostra un trend sostanzialmente decrescente fino al 2010. A partire dal 2011, quando gli effetti della crisi economico-finanziaria diventano manifesti in termini di aumento della povertà, la quota di famiglie povere cresce rapidamente: l'incidenza di queste sul totale delle famiglie passa dal 4,5% del 2010 al 14,3% del 2018. Nel 2019 la percentuale di famiglie povere scende, collocandosi all'8,9%; tale valore - seppur raddoppiato rispetto a quello del 2010 - pone nuovamente la regione sotto il dato medio nazionale (11,4%) superato nel solo triennio 2016-2018.

Il reddito familiare medio è superiore a quello medio nazionale e a quello stimato per il complesso delle regioni del centro. La concentrazione dei redditi è minore rispetto al resto del paese.

Fortemente associato alla crisi economica, il sovraccarico del costo dell'abitazione è uno degli aspetti che più mette alla prova le famiglie. In Umbria la percentuale di persone che vivono in famiglie dove il costo totale dell'abitazione in cui si vive rappresenta più del 40% del reddito familiare netto era nel 2019 pari al 4,2%, nettamente inferiore alla media nazionale (8,7%).

Anche in Umbria, si rileva il progressivo assottigliamento delle dimensioni familiari: dal 2014 al 2019 il numero delle famiglie aumenta ma il numero medio di componenti diminuisce (2,24).

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



CAPITOLO 2 Struttura del PRP

2.1 Elenco dei Programmi Predefiniti e Liberi del PRP

PP01	Scuole che promuovono Salute
PP02	Comunità attive
PP03	Luoghi di lavoro che promuovono salute
PP04	Dipendenze
PP05	Sicurezza negli ambienti di vita
PP06	Piano mirato di prevenzione
PP07	Prevenzione in edilizia e agricoltura
PP08	Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
PP09	Ambiente, clima e salute
PP10	Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza
PL11	Promozione della salute materno infantile e dei primi 1000 giorni di vita
PL12	Alimenti Nutrizione e Sicurezza
PL13	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale delle MCNT
PL14	Screening oncologici
PL15	Transizione culturale ecologica ed esperienziale sui riferimenti base del PNP
PL16	Ridurre la frequenza delle malattie trasmissibili: strategie e interventi di prevenzione, sorveglianza e controllo

[illegible]

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16
MO10S12	Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale)	PP01		PP03									PL12	PL13		PL15	
MO10S13	Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute	PP01		PP03									PL12			PL15	
MO10S14	Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti												PL12				
MO10S15	Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione												PL12	PL13		PL15	
MO10S16	Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione												PL12				
MO10S17	Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità		PP02											PL13			
MO10S18	Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane		PP02			PP05				PP09						PL15	
MO10S19	Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità		PP02			PP05								PL13		PL15	

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16
MO1OS20	Aumentare l'estensione dei programmi di screening oncologico alla popolazione target per ciascuno dei 3 tumori oggetto di screening														PL14		
MO1OS21	Aumentare l'adesione ai programmi di screening oncologico														PL14		
MO1OS22	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella														PL14		
MO2OS01	Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale	PP01		PP03	PP04	PP05											
MO2OS02	Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	PP01		PP03	PP04												
MO2OS03	Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti	PP01		PP03	PP04												
MO2OS04	Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope				PP04												
MO2OS05	Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato	PP01			PP04												
MO2OS06	Offrire programmi finalizzati alla limitazione dei rischi e alla riduzione del danno			PP03	PP04												
MO2OS07	Sensibilizzare sui rischi, le problematiche e le patologie correlate a uso/abuso di sostanze				PP04												
MO3OS01	Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani)	PP01		PP03		PP05											

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16
MO3OS02	Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici	PP01		PP03		PP05											
MO3OS03	Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno nella comunità					PP05											
MO3OS04	Monitorare il fenomeno, inclusa la percezione della popolazione rispetto ai rischi di incidente domestico, mettendo in sinergia i flussi informativi															PL15	
MO3OS05	Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente	PP01		PP03	PP04	PP05											
MO3OS06	Migliorare i dati disponibili per la valutazione epidemiologica dell'incidentalità stradale															PL15	
MO4OS01	Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale				PP04		PP06		PP08	PP09							
MO4OS02	Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori						PP06		PP08	PP09							
MO4OS03	Redazione e ricognizione linee di indirizzo (ex art. 2 decreto 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano			PP03			PP06	PP07	PP08								

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16
MO4OS04	Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti						PP06	PP07	PP08								
MO4OS05	Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa						PP06	PP07	PP08								
MO4OS06	Favorire nei giovani l'acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL	PP01		PP03													
MO4OS07	Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la "conservazione attiva" della salute, ovvero verso la Total worker health				PP04				PP08								
MO4OS08	Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health				PP04		PP06	PP07	PP08								
MO4OS09	Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore				PP04		PP06	PP07									
MO4OS10	Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti								PP08	PP09							
MO4OS11	Garantire la funzionalità di OCCAM incrociando i dati sanitari disponibili negli archivi regionali con le storie lavorative INPS								PP08								

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16
MO4OS12	Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso								PP08	PP09							
MO4OS13	Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti								PP08	PP09							
MOSOS01	Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05				PP09							
MOSOS02	Promuovere e rafforzare strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA nelle attività di promozione della salute, prevenzione, valutazione e gestione dei rischi per la salute da fattori ambientali, anche per la comunicazione del rischio in modo strutturato, sistematico e integrato									PP09							

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16
MO5OS03	Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)						PP06	PP07	PP08	PP09							
MO5OS04	Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico	PP01		PP03		PP05	PP06	PP07	PP08	PP09							
MO5OS05	Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione								PP08	PP09							
MO5OS06	Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione									PP09							
MO5OS07	Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon							PP07	PP08	PP09							
MO5OS08	Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione,	PP01	PP02	PP03	PP04					PP09							

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16
MO5OS09	Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor	PP01	PP02	PP03						PP09							
MO5OS10	Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche	PP01		PP03		PP05		PP07	PP08	PP09							
MO5OS11	Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle acque attraverso l'adozione dei piani di sicurezza (PSA)									PP09							
MO5OS12	Prevenire e eliminare gli effetti ambientali e sanitari avversi, in situazioni dove sono riconosciute elevate pressioni ambientali, come ad esempio i siti contaminati, tenendo conto delle condizioni socio-economiche nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze									PP09							
MO5OS13	Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti	PP01		PP03						PP09							
MO5OS14	Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute	PP01								PP09							
MO5OS15	Promuovere l'applicazione di misure per ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica, nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria									PP09							
MO6OS01	Rafforzare il processo di eliminazione di morbilli e rosolia congenita																PL16

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16
MO6OS02	Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile																PL16
MO6OS03	Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratori)																PL16
MO6OS04	Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti) in particolare con riferimento all'integrazione vaccino HPV screening.																PL16
MO6OS05	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)																PL16
MO6OS06	Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole																PL16
MO6OS07	Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive									PP09							PL16
MO6OS08	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C)				PP04												PL16

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16
MO6OS09	Assicurare il rintraccio dell'alimento per l'attivazione del sistema di allerta al fine del ritiro/ricambio dalla commercializzazione dell'alimento pericoloso o potenzialmente pericoloso												PL12				
MO6OS10	Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cotture e nelle mense per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti) tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari nella ristorazione collettiva												PL12				
MO6OS11	Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti)"												PL12				
MO6OS12	Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da vettori e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti (ivi compresi i servizi SIAN, SIAOA e ospedali)												PL12				PL16

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16
MO6OS13	Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti												PL12				
MO6OS14	Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti									PP09			PL12				PL16
MO6OS15	Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano									PP09			PL12				PL16
MO6OS16	Monitorare i punti d'entrata ad alto rischio di nuove specie invasive di vettori.																PL16
MO6OS17	Monitorare l'insorgenza di resistenze agli insetticidi nei vettori																PL16
MO6OS18	Consolidamento dei sistemi di sorveglianza: sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta (PFA) sorveglianza ambientale																PL16
MO6OS19	Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST (es. Clamidia, Gonorrea, etc.) sulla popolazione				PP04												PL16
MO6OS20	Incrementare e favorire strategie parallele, secondo il modello fondato sui CBVCT*, che promuovono l'esecuzione del Test HIV e del counseling nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari				PP04												PL16
MO6OS21	Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST	PP01		PP03	PP04												PL16

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Codice del/Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16
MO6OS22	Adesione alle Linee Guida e alla normativa vigente per l'attuazione dello screening per HIV, per le altre malattie a trasmissione sessuale (HBV, Sifilide, HCV) e del complesso Torch all'inizio della gravidanza																PL16
MO6OS23	PrEP- concepire e realizzare protocolli dedicati seguendo le Linee Guida vigenti, su popolazioni adeguatamente selezionate																PL16
MO6OS24	Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)										PP10						
MO6OS25	Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario (One Health)									PP09	PP10						
MO6OS26	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici										PP10						
MO6OS27	Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni ministeriali										PP10						
MO6OS28	Sviluppare programmi di Antimicrobial stewardship (AS)										PP10						

2.3 Tabella azioni per programma

Programma	Azione
PP01	GESTIONE DELLA MALATTIA A SCUOLA
	FORMAZIONE CONGIUNTA
	CONSOLIDARE/SOSTENERE LE ALLEANZE E LA GOVERNANCE DEL PROGRAMMA
	PROMOZIONE E SUPPORTO ALLA NASCITA E IMPLEMENTAZIONE DI RETI REGIONALI DI SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE
	ATTIVITA' DI SUPPORTO ALLE SCUOLE
PP02	SUPPORTO AI PROGRAMMI DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA NELLA POPOLAZIONE DI OGNI FASCIA DI ETÀ
	COSTRUZIONE CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE MIRATA ED INTEGRATA A SUPPORTO DEGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA CHE VERRANNO AVVIATI
	CONSOLIDARE/SOSTENERE LE ALLEANZE E LA GOVERNANCE ATTRAVERSO ATTIVAZIONE DI UN TAVOLO DI COORDINAMENTO INTEGRATO PARTECIPAZIONE DI TUTTI GLI ATTORI A VARIO TITOLO COINVOLTI E DEFINIZIONE DI ACCORDI QUADRO CON STAKEHOLDER A LIVELLO REGIONALE
	PERCORSI FORMATIVI A SUPPORTO DEL PROGRAMMA PER GLI OPERATORI COINVOLTI
PP03	COSTRUIRE ALLEANZE PER LA WHP
	SUPPORTO ALLE AZIENDE PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA WHP
	REALIZZARE INIZIATIVE DI FORMAZIONE
PP04	DIFFUSIONE DELLE BUONE PRATICHE E COMUNICAZIONE PER LA PROMOZIONE DEL MODELLO DELLA WHP
	LA SCUOLA COME PALESTRA DI COMPETENZE PER LA VITA - INTERVENTI DI LIFE SKILLS EDUCATION E PEER EDUCATION NELLE SCUOLE
	ARGENTO VIVO - INTERVENTI DI PREVENZIONE UNIVERSALE, SELETTIVA E INDICATA, RIVOLTI AGLI OVER 65
	MIGRANTI E DIPENDENZE - INTERVENTI DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE, FACILITAZIONE DELL'ACCESSO ALLE CURE RIVOLTI ALLE PERSONE IMMIGRATE
	FARE SISTEMA - COSTRUZIONE DI UN SISTEMA DI ALLEANZE INTERSETTORIALI A PARTIRE DA UNO STRETTO RAPPORTO DI COLLABORAZIONE CON ANCI UMBRIA
	PPDTA ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI - DEFINIZIONE, APPLICAZIONE E MONITORAGGIO DI UN PPDTA PER LA PREVENZIONE INDICATA, L'INTERCETTAZIONE PRECOCE E LA PRESA IN CARICO SPECIFICA DI ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI CON MANIFESTAZIONI DI DISAGIO
	SERVIZI ED INTERVENTI DI PROSSIMITA' - ATTIVITÀ DI RIDUZIONE DEL DANNO IN APPLICAZIONE DEI NUOVI LEA
	COMUNICAZIONE CIRCOLARE - INTERVENTI DI COMUNICAZIONE PER LA DIFFUSIONE DI CONOSCENZE, COMPETENZE E CONSAPEVOLEZZE
	YAU - YOUNG ANGLES UMBRIA - ATTIVITA' DI PROMOZIONE DELLA SALUTE RIVOLTE AI GIOVANI ATTUATE IN CONTESTI EXTRA SCOLASTICI E ONLINE
	TESSERE INSIEME - INTERVENTI PER LO SVILUPPO DI CONSAPEVOLEZZA E COMPETENZE NELLE FAMIGLIE E NELLA COMUNITA'
	OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE SULLE DIPENDENZE - SISTEMA DI MONITORAGGIO EPIDEMIOLOGICO PERMANENTE
	PREVENZIONE, DIAGNOSI E CURA DELLE MALATTIE INFETTIVE - ATTIVITA' DI SENSIBILIZZAZIONE, DI SCREENING E DI AVVIO AI PERCORSI DI CURA SVOLTE DAI SERD E DAI

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	SERVIZI DI PROSSIMITA'
	LABORATORI DI FORMAZIONE – INTERVENTI FORMATIVI PER INCREMENTARE LE COMPETENZE IN MATERIA DI PREVENZIONE
	EQUITÀ - ORIENTARE GLI INTERVENTI A CRITERI DI EQUITÀ' AUMENTANDO LA CONSAPEVOLEZZA SUL POTENZIALE IMPATTO IN TERMINI DI DISUGUAGLIANZA DELLE AZIONI PROGRAMMATE
PP05	PROGETTO SALUTE INFANZIA
	PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA SU INCIDENTI DOMESTICI E STRADALI
	COSTITUZIONE DI UN GRUPPO DI RIFERIMENTO REGIONALE "SICUREZZA" CON L'OBIETTIVO DI FACILITARE LA CREAZIONE DI ALLEANZE, LA CONDIVISIONE DI OBIETTIVI E LA DIFFUSIONE DI BUONE PRATICHE TRA SOGGETTI CHE OPERANO IN DIVERSE AREE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E IN ALTRI SETTORI
PP06	PMP CONTROLLO DELL'ESPOSIZIONE A SOSTANZE CHIMICHE NELLE FALEGNAMERIE
	PMP SICUREZZA DEL LAVORO NELLA MOVIMENTAZIONE MERCI ATTRAVERSO CARRELLI ELEVATORI (SETTORE LOGISTICA E TRASPORTO MERCI)
	PMP UTILIZZO IN SICUREZZA DELLE MACCHINE NEL COMPARTO METALMECCANICO
	ORIENTARE LA PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ UTILIZZANDO LA METODOLOGIA DEL PIANO MIRATO DI PREVENZIONE
PP07	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CADUTE DALL'ALTO NEL COMPARTO EDILIZIA
	SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE
	FAVORIRE L'OPERATIVITÀ DEL COMITATO REGIONALE DI COORDINAMENTO DI CUI ALL'ART. 7 DEL D.LVO 81/2008 E DEI TAVOLI TECNICI AGRICOLTURA E EDILIZIA
	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO RIBALTAMENTO MEZZI AGRICOLI
	FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DEL SSR
	GARANTIRE ADEGUATI LIVELLI DI VIGILANZA, CONTROLLO E ASSISTENZA NEL COMPARTO EDILIZIA E AGRICOLTURA
	PROMUOVERE ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE/SENSIBILIZZAZIONE RIVOLTE SPECIFICAMENTE AI LAVORATORI STRANIERI
PP08	PMP PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CANCEROGENO NEL SETTORE DELLE IMPRESE ADDETTE ALLA BONIFICA DI MATERIALI CONTENENTI AMIANTO
	PMP DEL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO NEL COMPARTO LAVORAZIONI CARNI
	PMP PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO SLC E DI EPISODI DI VIOLENZA NEL SETTORE DELLE COOPERATIVE SOCIALI E IN ALTRI COMPARTI A RISCHIO (GRANDE DISTRIBUZIONE, SCUOLE)
	SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE
	INDIVIDUARE ATTRAVERSO L'HEA NUOVE PRIORITÀ SU CUI AGIRE PER CONTRASTARE LE DISEQUITÀ
PP09	APPLICAZIONE DI UN MODELLO TELEMATICO PER L'INVIO DELLE RELAZIONI EX ART. 9 DELLA LEGGE 257/92 PER LA NOTIFICA DEI MCA BONIFICATI DETENUTI NELLA REGIONE UMBRIA
	PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI CONTROLLO IN MATERIA DI SICUREZZA CHIMICA TRASVERSALE AGLI AMBIENTI NATURALI, DI VITA E DI LAVORO, E SU PRODOTTI IMMESSI SUL MERCATO

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	ACCORDO CON LE AMMINISTRAZIONI COMUNALI SU "LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI" PER L'ADOZIONE DI PIANIFICAZIONI URBANE NELL'OTTICA DELL'URBAN HEALTH
	STUDIO DELLA RELAZIONE TRA QUALITÀ DELL'ARIA NEI SITI A MAGGIOR CARICO INQUINANTE E RICADUTE SULLA SALUTE DELLE PERSONE E ATTIVITÀ DI FORMAZIONE DEGLI OPERATORI
	CONTROLLO DELLE POPOLAZIONI DEGLI ANIMALI SELVATICI AI FINI DELLA SALUTE UMANA E DELL'EQUILIBRIO TRA UOMO – ANIMALE – AMBIENTE
	PARTECIPAZIONE ALLA REDAZIONE DEI PIANI DI SICUREZZA DELLE ACQUE
	INTERVENTI DI ADVOCACY NELLE POLITICHE E NEGLI ATTI DI PROGRAMMAZIONE DI ALTRI SETTORI REGIONALI (AMBIENTE, TRASPORTI, EDILIZIA, URBANISTICA, AGRICOLTURA, ENERGIA, ISTRUZIONE)
	MAPPATURA DEI SITI REGIONALI, DI NATURA SANITARIA E NON SANITARIA, CHE PREVEDONO LA DETENZIONE, L'UTILIZZO, LA RACCOLTA E LO SMALTIMENTO DI STRUMENTAZIONI E SOSTANZE CHE EMETTONO RADIAZIONI IONIZZANTI
	INDIVIDUAZIONE DI METODI E STRUMENTI PER EFFETTUARE LA VALUTAZIONE RISCHIO PER LA SALUTE E DI IMPATTO SANITARIO (VIS) DI DETERMINATI PROGETTI DI NUOVI IMPIANTI INDUSTRIALI O MODIFICHE SOSTANZIALI DI IMPIANTI ESISTENTI DA EFFETTUARE NELL'AMBITO DI PROCEDIMENTI AMBIENTALI
	PARTECIPAZIONE AL COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO PER LA REDAZIONE DEL PIANO REGIONALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEI RIFIUTI
	ATTIVITA' DI BONIFICA E SMALTIMENTO DI MATERIALI CONTENENTI AMIANTO E ADOZIONE DEL PIANO REGIONALE AMIANTO
	ATTIVITÀ DI ANALISI E MAPPATURA DEI SITI CONTENENTI RADON
	PREVENZIONE DEI DANNI SULLA SALUTE CAUSATI DA CONDIZIONI CLIMATICHE ESTREME
PP10	SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)
	"GOVERNANCE" DELLA STRATEGIA REGIONALE DI CONTRASTO ALL'ANTIMICROBICO RESISTENZA
	COMUNICAZIONE E FORMAZIONE
	LA SORVEGLIANZA DELL'ANTIMICROBICO RESISTENZA IN AMBITO UMANO E VETERINARIO
	LA SORVEGLIANZA DELL'USO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO UMANO E VETERINARIO
	USO CORRETTO DEGLI ANTIBIOTICI
	RICERCA EPIDEMIOLOGICA PER INDIVIDUARE I GRUPPI DI POPOLAZIONE CHE POSSONO SUBIRE MAGGIORMENTE L'IMPATTO DEL FENOMENO DELL'AMR E SULLA BASE DEI RISULTATI DEFINIRE PER QUESTI GLI INTERVENTI MIGLIORATIVI/CORRETTIVI DA METTERE IN ATTO
PL11	SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ
	GRAVIDANZA FISIOLÓGICA
	OSTETRICHE COME CONSELOR SU STILI DI VITA ED INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE
	SVILUPPO BUONE PRATICHE
	CONOSCENZA SUI CORRETTI STILI DI VITA
PL12	PERCHÉ UTILIZZARE IL SALE IODATO
	GESTIONE DELLE MTA
	PREVENZIONE DELLE MTA (MALATTIE VEICOLATE DA ALIMENTI): FORMAZIONE E INFORMAZIONE

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	RINTRACCIO ALIMENTI PERICOLOSI
	NUTRIZIONE E SALUTE
PL13	SANITÀ DIGITALE
	EMPOWERMENT
	FORMAZIONE
	INFORMAZIONE
PL14	IDENTIFICAZIONE DI UN GRUPPO REGIONALE MULTIDISCIPLINARE E INTERSETTORIALE PER GLI SCREENING (REFERENTI AZIENDALI PRIMO E SECONDO LIVELLO SCREENING, RAPPRESENTANTI RETE ONCOLOGICA, MMG, VOLONTARIATO)
	PROGETTO PILOTA "UTILIZZO DELL'AUTO-PRELIEVO NEL PROGRAMMA DI SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA CON TEST PER PAPILLOMA VIRUS (HPV) IN 2 DISTRETTI DELL'UMBRIA
	ADOPTARE PROTOCOLLI DI SCREENING CERVICALE DIFFERENZIATI PER LE DONNE VACCINATE CONTRO L'HPV ENTRO I 15 ANNI DI ETÀ
	IMPLEMENTARE PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI INTEGRATI CON I PROGRAMMI DI SCREENING PER LE DONNE AD ALTO RISCHIO DI CANCRO ALLA MAMMELLA PER MUTAZIONI GENETICHE BRCA1 E BRCA2
	RIORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO DI PRIMO LIVELLO PER LO SCREENING COLORETTALE
	SVILUPPO DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE REGIONALI AL FINE DI EVIDENZIARE LE DISEGUAGLIANZE
PL15	COSTRUZIONE E DIFFUSIONE DI UN PROFILO DI SALUTE FUNZIONALE ALL'EQUITÀ
	AUMENTARE LE CONOSCENZE SULLE METODOLOGIE EVIDENCE BASED NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE
	AUMENTARE LE CONOSCENZE E LE COMPETENZE SU MALATTIE EMERGENTI E RIEMERGENTI BASATE ANCHE SUL CAMBIAMENTO CLIMATICO
	AUMENTARE LE CONOSCENZE SUL FENOMENO DELL'ANTIMICROBICORESISTENZA (AMR)
	FORMALIZZAZIONE DELLE PARTNERSHIP E DEI GRUPPI DI LAVORO TEMATICI INTERSETTORIALI SULLE COLLABORAZIONI DEL CERSAG
	DIFFONDERE E PROMUOVERE L'APPLICAZIONE DI PRATICHE DI PROGETTAZIONE PARTECIPATA SECONDO IL PROJECT CYCLE MANAGEMENT (PCM)
	AUMENTARE LE CONOSCENZE SUL CAMBIAMENTO CLIMATICO IN TERMINI DI PRESSIONE AMBIENTALE E FENOMENI CORRELATI, MIGRAZIONI, NUOVE PANDEMIE, SOSTENIBILITÀ
	DIFFONDERE IL PARADIGMA DELL'HEALTH EQUITY AUDIT (HEA) E DELLA MISURAZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE - LABORATORIO DI EQUITÀ
	PROMUOVERE E SUPPORTARE AZIONI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE INTEGRATE E INTERSETTORIALI SUI PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI
PL16	ADEGUARE IL SISTEMA DI NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE E PROGRAMMARE LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI COINVOLTI
	PREDISPORRE UN PROGRAMMA FORMATIVO PER GLI OPERATORI SANITARI SULLE MALATTIE INFETTIVE POCO CONOSCIUTE O CHE COINVOLGONO GRUPPI DI POPOLAZIONE A RISCHIO E SULLA ONE-HEALTH, NONCHÉ UN PIANO DI COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE RIVOLTO ALLA POPOLAZIONE,
	REALIZZARE ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE, SUPPORTO E SCREENING CON PARTICOLARE ATTENZIONE AD ALCUNE CATEGORIE DI POPOLAZIONE SU MALATTIE INFETTIVE CRONICHE

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	O DI LUNGA DURATA (HCV)
	ASSICURARE ELEVATI STANDARD QUALITATIVI DEI SERVIZI VACCINALI E RIDURRE I SUSCETTIBILI PER LE MALATTIE PER LE QUALI ESISTE UN VACCINO EFFICACE
	PARALISI FLACCIDE ACUTE: CONSOLIDAMENTO DELLA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E DI LABORATORIO ED INTEGRAZIONE DELLE FONTI
	REALIZZARE ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE, SUPPORTO E SCREENING CON PARTICOLARE ATTENZIONE AD ALCUNE CATEGORIE DI POPOLAZIONE (GIOVANI) SU MALATTIE INFETTIVE CRONICHE O DI LUNGA DURATA
	REALIZZARE INTERVENTI PER SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ARBOVIROSI
	ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE, SUPPORTO E SCREENING PER LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV
	ATTIVARE PIANI E PROTOCOLLI DI RISPOSTA PER LE DIVERSE PATOLOGIE E PREDISPORRE UN ADEGUATO PIANO FORMATIVO DEL PERSONALE SANITARIO E DI INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE
	INTEGRAZIONE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA TBC
	MAPPATURA E MONITORAGGIO DELL'ATTIVAZIONE DI INIZIATIVE CBVCT RIVOLTE A POPOLAZIONE TARGET (VEDI ANCHE PP4)
	RENDERE PIU' EFFICACE LA PROMOZIONE DELLE VACCINAZIONI PER I SOGGETTI CON COMPORTAMENTI A RISCHIO AL FINE DI AUMENTARE LE COPERTURE VACCINALI PER EPATITE B E HPV

CAPITOLO 3 Programmi Predefiniti

3.1 PP01 Scuole che promuovono Salute

3.1.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP01
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Anna Tosti
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti - MO3 Incidenti domestici e stradali - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale - MO1-11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva - MO1-12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale) - MO1-13 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute - MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui - MO2-03 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti - MO2-05 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato - MO3-01 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) - MO3-02 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	- MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente - MO4-06 Favorire nei giovani l'acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL - MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, - MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche - MO5-13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti - MO5-14 Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute - MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO1LSa Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, articolato in azioni di documentata efficacia, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico (a partire dalla scuola dell'infanzia), per la promozione della salute fisica e mentale - MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: - ,contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina, contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol, riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà, contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile, riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato, aumento del consumo di frutta e verdura, - prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) - MO2LSa Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico, per la promozione della salute - MO2LSb Sviluppo di programmi intersettoriali per accrescere le capacità personali

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	in termini di autostima, auto efficacia e resilienza degli individui, nei contesti di vita e di lavoro, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili - MO3LSd Implementazione di percorsi di interoperabilità fra i servizi coinvolti - MO3LSf Promozione di stili di vita corretti nella popolazione con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate - MO3LSH Informazione/comunicazione sul rischio di incidente stradale correlato a comportamenti a rischio - MO5LSa a. Promozione e realizzazione di interventi di advocacy e di integrazione nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) attraverso: elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, produzione di rapporti sulle attività integrate in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute, stipula di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92, istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/ intersettoriali/ interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health - MO6LSu Promozione di interventi sui comportamenti: comprendono azioni sui comportamenti a rischio (esercizio consapevole della sessualità, miglioramento dell'adesione alla terapia, corretto uso del profilattico maschile e femminile, counseling) - MO5LSx Campagne di comunicazione sul corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica, anche nell'ambito di attività di contrasto alla dipendenza da internet e dal cyberbullismo ecc.
LEA	- B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B06 Promozione della sicurezza stradale - B07 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - E06 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04 - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	- F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica - F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari - F09 Prevenzione delle dipendenze

3.1.2 Sintesi del profilo di salute ed equità ed analisi di contesto

Il nuovo PNP, con il PP1 "Scuole che promuovono Salute", ha l'obiettivo di sostenere l'empowerment individuale e di comunità nel setting scolastico, in un'ottica intersettoriale che intercetta e fa dialogare tra loro, gli obiettivi di Salute Pubblica e Mission educativa della Scuola. Una scuola che promuove salute adotta un approccio globale, sistematico, orientato all'azione e alla partecipazione includendo non solo gli studenti, ma anche insegnanti, personale non docente, genitori. Tutto al fine di concorrere attivamente nel processo decisionale utile alla promozione della salute nel setting scolastico.

La Regione Umbria ha già avviato, con il precedente PNP, progetti condivisi con la scuola cercando di ampliare la fitta rete delle relazioni utili per comunicare la salute anche e soprattutto nelle fasce di età dove la prevenzione potrebbe potenzialmente giocare un ruolo strategico.

Non mancano, però, aspetti critici inerenti il macro-tema della scuola e le fasce di età interessate sui quali attenzionare il focus. **Le indagini e le sorveglianze attive attualmente in Umbria (OKkio, HBSC, PASSI, PASSI D'ARGENTO) permettono di avere un quadro "life Course" delle principali criticità relative agli stili di vita e ai fattori di rischio per la popolazione.**

Inoltre sono stati presi in considerazione i dati raccolti dallo studio ESPAD® Italia, condotto dall'Istituto di fisiologia clinica del CNR sulla popolazione studentesca di 15-19 anni.

In particolare, nella Regione Umbria, si evidenziano fra i bambini in età scolare **abitudini alimentari** che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso:

- circa il 30% dei bambini tra gli 8 e i 9 anni è sovrappeso o obeso,
- sono sovrappeso od obesi il 24% dei maschi e il 13% delle femmine (complice anche una percezione diversa della loro immagine corporea),
- risultano inoltre a rischio **sedentarietà** quasi 9 ragazzi su 10,
- oltre il 50% passa più di 3 ore al giorno davanti a TV e Videogiochi...

Ma quali sono le **competenze fornite dalla scuola sui temi di salute**? Dai dati emerge come le scuole non forniscano in modo adeguato competenze di salute giacché i temi sono trattati solo in una metà o poco più nelle scuole, fatta eccezione per la parte dell'attività fisica. Sempre nell'ambito globale, interessante sottolineare come i rapporti personali/relazionali con gli insegnanti peggiorino in modo proporzionale all'età, così come quelli con i compagni. Anche la gestione genitoriale diventa più complessa con l'aumentare dell'età. Ecco che le **sinergie tra scuola e ambiente domestico** dovrebbero **intrecciarsi a maglie molto strette per ottenere outcome più confacenti**.

La percezione sulla **struttura scolastica** degli studenti tra gli 11 e 15 anni (tratto da HBSC), evidenzia numerose carenze strutturali – dal comfort al funzionamento –, oltre alla disposizione logistica della struttura stessa. Altresì interessante, è il confronto con il dato Nazionale per ciò che concerne risorse sia interne che esterne alla scuola, utili per un approccio olistico della condizione salute.

Riferendoci sempre al target 11 – 15 anni, il **benessere percepito** è più alto nei 15enni e la salute percepita occupa una più che buona percentuale che si attesta intorno all'80%. Di contro però va segnalato come i sintomi di malessere presenti ogni giorno siano piuttosto elevati, soprattutto quelli inerenti la sfera emotiva e mentale, maggiormente nel genere femminile.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Altro focus di notevole rilievo riguarda la salute e i **comportamenti a rischio**: tra questi, una considerevole fetta è da suddividersi per abitudini relative al fumo, all'alcol e all'utilizzo di cannabis.

Se la condizione fumo è in fase embrionale per i primi anni della fascia interessata (82% non ha mai fumato), considerazione diversa va fatta per quanto riguarda il consumo di alcol:

- il 44% dei 15enni ha bevuto "binge" almeno una volta (condizione addirittura presente negli 11enni);
- il 42% degli studenti di 15 anni si è ubriacato almeno una volta nella vita
- il 20% del campione intervistato aveva consumato alcol negli ultimi 30 giorni.

Rispetto, infine, all'utilizzo di cannabis, il 79.5% delle ragazze e il 71.4% dei ragazzi non ha mai fumato cannabis. L'indagine HBSC, ha dato anche ulteriori indicazioni rispetto a:

- **gioco d'azzardo** (il 23% delle ragazze e il 56% dei ragazzi ha provato a giocare d'azzardo);
- **comportamenti sessuali ritenuti a rischio** (oltre la metà dei ragazzi utilizza metodi contraccettivi non sicuri);
- **bullismo** (l'87% dei ragazzi non è mai stato vittima di bullismo e il 90% non ha mai partecipato ad atti di bullismo. Di pari passo, il 91% dei maschi e l'86% delle femmine non ha mai subito atti di cyber bullismo).

Un Health Equity Audit sul programma delle Scuole Promotrici di Salute si ritiene fondamentale, in quanto ogni programma che viene realizzato in collaborazione con la scuola deve avere anche lo scopo di attenuare e ridurre le iniquità di salute proprio nel rispetto delle diversità. È pertanto utile porre *alcuni quesiti che possono servire ad evidenziare le disuguaglianze presenti nel contesto scolastico*.

Dall'analisi di alcuni specifici elementi è possibile ipotizzare alcune azioni mirate da condividere con la Scuola.

Domande essenziali per un HEA corretto sulle scuole della regione ai fini di una analisi di contesto legata prevalentemente all'Equità.

1) Strutture scolastiche: Il profilo di salute della scuola rivela una distribuzione disuguale dei determinanti nella popolazione scolastica?

Nella nostra regione si evidenziano una serie di disuguaglianze che vengono riportate in un'unica tabella con una serie di dati che dimostrano come a livello territoriale regionale ci siano delle differenze organizzative e fisiche che possono rendere più difficoltose le azioni di promozione della salute. (Es. presenza o meno di palestre, di spazi sufficienti, presenza di mensa e distribuzione di cibi sani ecc.). Altresì, una porzione importante delle scuole ha bisogno di un adeguamento: una scuola non in condizioni buone sia di confort sia di attrezzature non garantisce le stesse possibilità di partenza di una scuola adeguata.

2) Principali Fattori di rischio:

2.1 Sovrappeso/obesità

Dall'analisi dello stato ponderale dei bambini di 8 e 9 anni per caratteristiche demografiche del bambino e della madre (%) – Regione Umbria – OKkio 2019 si evidenziano due iniquità importanti, la prima e più evidente è legata *all'istruzione della madre* con una frazione attribuibile alla disuguaglianza di 8,2 punti e una, meno forte, legata *alla zona abitativa* con una frazione attribuibile di 2,4 punti.

Non si evidenziano differenze di genere.

La percezione del peso dei propri figli è un altro fattore di disuguaglianza come lo è lo *stato ponderale dei genitori*. Questi due fattori sono strettamente legati *al livello sociale delle famiglie*.

Esiste invece una *disuguaglianza di genere, negli adolescenti*, nella percezione giusta del proprio peso corporeo soprattutto nelle femmine che anche se normopeso si considerano in eccesso ponderale. La frazione attribuibile alla disuguaglianza è di 17 punti.

Un altro fattore di rischio nutrizionale è quello di non fare *una colazione adeguata o per nulla e il fare una seconda colazione (merenda) eccessiva e di assumere alimenti non idonei*.

Bambini:

- Sono emerse differenze per sesso del bambino (i maschi che non fanno merenda sono il doppio delle femmine) e per livello di istruzione della madre.
- I maschi consumano più bibite zuccherate e snack (sia dolci che salati) delle femmine, la prevalenza di consumo di bibite confezionate contenenti zucchero almeno una volta al giorno diminuisce con il crescere della scolarità della madre.



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

Adolescenti:

- Il 22% (17% di 11 anni; 20% di 13 anni; 30% di 15 anni) non consuma mai la prima colazione, con **differenze significative tra i due sessi (m 16% - f 26%)**
- Il 22% consuma almeno 2/3 volte alla settimana **bevande gassate e zuccherate (Maschi 26% - Femmine 19%)**
- A seguito della Pandemia da SARS COV 2 - **Impossibilità** ad effettuare attività in presenza e quindi anche ad avere **un pasto adeguato e una merenda adeguata**, inoltre sono state ridotte le attività educative in tal senso.

2.2 Sedentarietà in età scolare:

Bambini:

- **Le femmine non attive (36%) sono in percentuale maggiore dei maschi (29%).**
- La percentuale maggiore di **bambini non attivi vive in aree geografiche con 10.000-50.000 abitanti (22,5%).**
- Solo la **metà delle scuole primarie ha una palestra, di queste il 35% ha una palestra in cattive condizioni**
- A seguito della Pandemia da SARS COV 2 - Impossibilità ad effettuare attività in presenza e solo per alcune scuole è stato possibile offrire una proposta da effettuare a casa sotto supervisione in DAD, **molti studenti hanno problemi di connessione, familiari e di strumentazione**

Adolescenti:

- Sono a rischio sedentarietà quasi 9 ragazzi su 10 (il 95% sono femmine e l'89 % maschi)
- Oltre il 50% passa più di 3 ore al giorno davanti alla TV o videogiochi

2.3 Consumo di alcol negli adolescenti:

- Il 44% dei 15enni ha bevuto «binge» almeno una volta (consumo di oltre 5 unità alcoliche in un'unica occasione)
- Il 42% degli studenti di 15 anni si è ubriacato almeno una volta nella vita
- L'alcolico più consumato dai giovani è la birra
- Il 20% del campione ha consumato alcol negli ultimi 30 giorni (15 enni 42%)

Non si evidenziano differenze di genere, dalla letteratura si conoscono i meccanismi sociali familiari e legati ai determinanti di salute distali, sono importanti il livello di istruzione dei familiari, le condizioni economiche, la presenza di un quartiere più o meno favorevole ecc.

2.4 Abitudine al fumo:

La percentuale di fumatori negli adolescenti in Umbria è piuttosto elevata, ci sono punte del 44% fra i quindicenni e del 18% fra i tredicenni. Non si rilevano fenomeni di disuguaglianza particolarmente significativi se non nell'aumento dell'abitudine nelle ragazze.

2.5 Gioco d'azzardo:

L'indagine ESPAD®Italia 2019 fornisce importanti indicazioni rispetto alla:

- Condizione lavorativa dei genitori che vede maggiormente occupati entrambi i genitori dei ragazzi giocatori (83,0% padre; 69,3% madre) rispetto ai non giocatori (77,0% padre; 62,4% madre).
- Titolo di studio, i genitori dei ragazzi giocatori hanno titoli di studio più bassi (56,6% tra licenza elementare e media del padre e 36,7% della madre) rispetto ai genitori dei non giocatori che mostrano titoli più elevati (36,4% tra licenza elementare e media del padre e 28,2% della madre).
- I ragazzi giocatori, in ultimo, mostrano una percezione leggermente migliore della condizione economica familiare (24,3% la considerano sopra alla media) rispetto ai non giocatori (21,2% la considerano sopra alla media).

2.6 Uso di internet "a rischio":

L'indagine ESPAD®Italia 2019 evidenzia che tra gli utilizzatori "a rischio" (prevalentemente femmine) è superiore:

- La quota con un andamento scolastico medio/basso, che riferiscono di avere genitori che non sanno con chi e dove trascorrono le serate, che non monitorano le attività del sabato sera, che non fissano regole dentro/fuori casa; non si sentono inoltre affettivamente ed emotivamente sostenuti dai propri genitori

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Quote superiori di utilizzatori “a rischio” di Internet si rilevano tra coloro che si sentono insoddisfatti delle relazioni familiari e/o amicali, con sé stessi, delle proprie condizioni di salute e/o della condizione economica familiare
- L’andamento dell’abbandono scolastico e della popolazione NEET in Umbria, vista le maggiori prevalenze tra le femmine di tali problematiche, aspetto che spinge ad approfondire l’argomento e individuare azioni specifiche, visto quanto il livello di istruzione sia un fattore protettivo cruciale rispetto alla salute e anche perché questo fattore rischia di sommarsi alle te maggiori difficoltà di accesso al lavoro delle donne stesse

2.7 Abbandono scolastico:

Tema di grande interesse a causa delle complessità incontrate dal sistema scuola e dalle famiglie nel mantenere le attività didattiche a distanza durante i periodi di chiusura delle scuole, in Umbria nel 2020 si evidenzia una prevalenza di abbandono scolastico minore (11,2%) rispetto al dato nazionale (13,1%). Il dato di genere mostra un aspetto interessante in quanto, mentre la prevalenza di maschi umbri è minore (10,5%) di quello dei maschi a livello nazionale (15,6%), si evidenzia un valore maggiore delle femmine che abbandonano la scuola (12,0%) con dei livelli superiori al dato nazionale (10,4%). Il dato nazionale di abbandono scolastico totale, inoltre, è piuttosto stabile dal 2019 al 2020 (da 13,5% a 13,1%), mentre in Umbria è in aumento (da 9,5% a 11,2%), soprattutto nella componente femminile passando da 8,4% al 12,0%, superando i maschi che restano stabili al 10,5%. In Italia, invece, l’abbandono scolastico tra le femmine è in diminuzione, passando dal 11,5% del 2019 al 10,4 del 2020.

La realizzazione a livello regionale del PP1 del PNP trova, in Umbria, terreno “fertile”, giacché negli ultimi 4-5 anni, in attuazione di specifici progetti del precedente PRP, è stato avviato un proficuo rapporto con la Scuola che ora può fare un ulteriore salto di qualità. In coerenza con il *Protocollo di intesa per la realizzazione di iniziative condivise volte alla promozione della salute nella popolazione scolastica* del 14 settembre 2016, ha inserito nel proprio PRP2014-2019 un programma di attività da attuare con le Scuole, finalizzato a sostenere negli alunni, da un lato il processo di costruzione dell’identità individuale, lo sviluppo delle competenze personali e relazionali (life skills) fin dalle età più precoci, dall’altro l’attitudine a prevenire comportamenti a rischio, come l’uso di sostanze psicoattive legali e illegali per la promozione di stili di vita salutari. Programmi già attivati:

- *Pensiamo positivo*, rivolto alle scuole dell’infanzia, primarie e secondarie di primo grado, per favorire ed accompagnare il processo di costruzione dell’identità individuale e lo sviluppo delle competenze personali e relazionali (Life Skills) fin dalle età più precoci, attraverso percorsi di educazione socio-affettiva;
- *Unplugged*, rivolto alle scuole secondarie di primo grado con la finalità specifica di prevenire l’uso di sostanze psicoattive, basato su metodologie interattive secondo un modello standard di approccio definito e valutato in ambito europeo;
- *YAPS – Young And Peer School*, volto a diffondere la promozione di stili di vita salutari attraverso la metodologia della peer education, nelle scuole secondarie di secondo grado.
- *Forte chi legge!* rivolto agli studenti delle scuole secondarie di secondo grado con l’obiettivo generale di migliorare la competenza della lettura negli adolescenti al fine di permettere un miglioramento della loro performance scolastica e favorire la crescita della loro autonomia, autostima e prosocialità. L’acquisizione di idonee abilità di lettura (reading literacy) durante l’infanzia e l’adolescenza, infatti, costituisce una delle basi per il benessere e il pieno sviluppo dell’individuo.

Metodologia e modelli

I progetti sono stati portati avanti seguendo lo stesso quadro logico articolato in una sommatoria di più componenti: conoscenza degli atteggiamenti/valori utilizzando il metodo educativo delle life skills per andare a rinforzare o modificare un determinato atteggiamento per sviluppare un comportamento sano abbracciando così il concetto cardine di Prevenzione e Promozione della salute.

I modelli teorici di riferimento per la progettazione e realizzazione dei Progetti del PRP sono riconducibili al Project Cycle Management – PCM (Formez, 2002), con un particolare riferimento al modello PRECEDE/PROCEED di Green (Green, Kreuter, 1991) per la parte di analisi di contesto locale. Il modello considera la salute un processo multidimensionale influenzato da determinanti multipli: tali fattori, una volta identificati, rappresentano la base per



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

individuare gli specifici obiettivi dell'intervento. Questo processo si attua attraverso due percorsi tra loro complementari: PRECEDE e PROCEED. Ciascun percorso si articola in fasi distinte, ma comunque interdipendenti.

I modelli di riferimento sottendono un concetto di Salute come processo risultante dall'interazione dinamica di fattori biologici, psicologici e sociali che vanno identificati per analizzare il contesto, programmare l'intervento e definirne gli obiettivi che si istituiscono, modificano e riorganizzano all'interno del processo. Il modello di Green in particolare presuppone una fase di analisi dei bisogni della comunità che si focalizza su molteplici aspetti e che, con un approccio di ricerca-azione partecipata, presuppone, a partire dalle prime fasi, la partecipazione della popolazione e dei vari individui, gruppi ed organizzazioni che hanno a vario titolo interesse per l'intervento. Coinvolgendo una molteplicità di gruppi d'interesse, il modello consente di valorizzare risorse e competenze della comunità, ponendo attenzione anche alla sostenibilità degli interventi stessi. Elemento centrale dei modelli è la valutazione e l'uso di essa come strumento di riflessione, di monitoraggio e di riavvio del processo.

Il posizionamento in un'ottica bio-psico-sociale, la considerazione dei determinati sociali, un approccio multidisciplinare, l'utilizzo del suddetto modello, hanno consentito per i Progetti di "Impariamo a resistere" la partecipazione ed il coinvolgimento attivo della popolazione.

Attraverso corsi di formazione per insegnanti e operatori sociosanitari insieme, nonché, per la peer education, a gruppi di studenti, replicati in ciascun anno scolastico e diffusi capillarmente in tutti i territori, sono state quindi introdotte metodologie adeguate alle diverse fasce d'età, validate dalla comunità scientifica e sostenute da evidenze di efficacia.

Tali metodologie prevedono un ruolo centrale per i docenti chiamati ad applicarle in interventi rivolti alle proprie classi - oltre ad un ruolo di supporto continuativo a carico degli operatori sociosanitari - sia attraverso la formazione stessa, sia tramite incontri periodici di confronto con gli insegnanti, anch'essi articolati a livello territoriale.

In questi anni si è registrata un'adesione positiva delle scuole, con una diffusione crescente dei progetti nel territorio regionale; il coinvolgimento di tutti i portatori di interesse sin dalla fase di progettazione è stato un passo essenziale per fare in modo che le azioni non fossero calate dall'alto, ma costruite insieme.

La trasversalità delle azioni, basate su una progettazione partecipata e su un'analisi di contesto accurata, ha permesso di raggiungere nel tempo gli obiettivi specifici del Piano. In 10 Distretti SS su 12 sono stati anche sottoscritti accordi con le Scuole e i Comuni del territorio proprio per gestire in maniera coordinata le attività di promozione della salute.

È stato predisposto un rapporto sulle attività realizzate con una prima valutazione dei risultati conseguiti che aiuta a comprendere se le attività programmate stanno rispettando le attese e se gli obiettivi prefissati vengono raggiunti: rappresenta inoltre un bilancio di buone pratiche e sostiene la consapevolezza che, per essere incisivi sugli stili di vita, l'unica via percorribile è quella della collaborazione e dell'impegno tra tutti i settori interessati.

Di seguito gli outcome di Comunità e di offerta di salute raggiunti dai tre progetti.

Per il progetto "Pensiamo Positivo", sono stati formati 839 insegnanti delle Scuole dell'infanzia, delle primarie e alcuni delle scuole secondarie di primo grado, raggiungendo nel quadriennio (2020 fino a febbraio) 973 classi della Scuola dell'infanzia e primaria, con un numero stimato di 17514 alunni (considerando come valore medio della numerosità per classe degli alunni in Umbria = 18).

Per "Unplugged", sono stati formati 547 insegnanti delle scuole secondarie di primo grado e sono state raggiunte 410 classi per un totale di 10.157 ragazzi delle scuole secondarie di primo grado, classi II e III.

Infine per "YAPS", sono stati formati 387 insegnanti, 865 ragazzi peer delle scuole secondarie di secondo grado e 168 operatori sanitari, sono state raggiunte 561 classi e 9693 ragazzi delle scuole secondarie di secondo grado.

Per il progetto "Forte chi legge!" sono stati formati circa 250 studenti e circa 150 docenti.

Impatto e riorganizzazione a causa dell'emergenza sanitaria Covid-19

Considerato che nel frattempo è subentrata la pandemia di COVID-19 con il conseguente pesantissimo impatto sulla scuola, quindi anche conseguenze impreviste anche nella realizzazione del Programma "Impariamo a Resistere". È stata realizzata una prima rilevazione dei bisogni e delle aspettative degli insegnanti, riportata in sintesi nel rapporto stesso.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Quando, il 4 marzo, il DPCM ha previsto la chiusura delle scuole, i progetti e i percorsi formativi erano ancora in fase di svolgimento; dopo le prime settimane in cui si è lasciato spazio alla fase di contenimento dell'emergenza e di riorganizzazione, in cui sia la Sanità sia la Scuola sono state, in maniera differente, massicciamente e direttamente impegnate, il gruppo di lavoro ha ragionato su come poter affrontare la nuova situazione.

Le supervisioni previste dal percorso formativo sono state effettuate in modalità FAD sincrona.

Gli appuntamenti avevano essenzialmente tre obiettivi: concludere il percorso formativo previsto, ritessere i fili della Rete Scuola/Sanità che rischiava di perdersi nell'emergenza, sostenere i docenti e i ragazzi nel fronteggiare la nuova situazione in continua evoluzione e dar loro supporto rispetto al grande carico emotivo che ne è derivato. Una parte del corso è stata dedicata all'approfondimento di materiali che sono stati selezionati tra quelli predisposti dalle principali agenzie, per fornire aiuto nella gestione dello stress, nel comunicare con i bambini l'emergenza, nel reperire materiale scientificamente corretto per promuovere stili di vita sani in questa fase.

Tutti i Distretti umbri hanno concluso le attività formative previste, dalle quali è emerso che una piccola parte dei docenti ha continuato ad effettuare le attività del Programma "Impariamo a resistere" in modalità FAD, altri hanno riutilizzato le competenze e le tecniche acquisite per gestire il clima emotivo della classe. In ogni caso è emerso forte il bisogno di essere ascoltati, in particolare sulla propria situazione professionale e sulla difficoltà di lavorare in FAD con i bambini/ragazzi.

La rilevazione dei bisogni degli insegnanti

La seconda azione realizzata nel 2020 e poi ripetuta nel 2021 è l'analisi dei bisogni degli insegnanti prima di riprogrammare le attività per il prossimo anno scolastico. È stato proposto un questionario anonimo (costituito da 8 domande a risposta multipla nel 2020 e 10 nel 2021, in aggiunta ad 1 domanda aperta) agli insegnanti coinvolti nei tre Progetti in tutta la Regione, arruolati per la formazione 2019-2020, sia per comprendere il nuovo contesto da cui partire per una riprogettazione condivisa sia per cogliere spunti e suggerimenti per il prossimo anno scolastico. Tutti i quesiti andavano ad indagare le seguenti aree: Informazioni generali, considerazioni rispetto all'emergenza sanitaria attuale, considerazioni rispetto alla progettazione degli interventi di Promozione della Salute per il prossimo anno scolastico.

Si è proceduto ad un'analisi delle distribuzioni di frequenza delle diverse risposte e, per la domanda aperta, le risposte sono state codificate secondo il metodo della long table analysis (Krueger, Casey, 2009).

Gli insegnanti che hanno risposto sono per il 91,8% femmine e l'8,2% maschi, provenienti dalle scuole di tutti gli ordini e gradi. Hanno prevalentemente un'età superiore ai 36 anni e per l'89% sono di ruolo.

In vista del PRP 2020/2025, sono state introdotte due domande specifiche sulla conoscenza da parte degli insegnanti Umbri sul modello delle Scuole che Promuovono Salute (SHE) e sulla possibilità del proprio istituto di raggiungere l'obiettivo. Interessante il risultato: rispetto alla conoscenza del modello delle "Scuole che promuovono Salute" ha risposto affermativamente solo 16% del campione; il 44,2% ha asserito che solo in parte sapeva del modello suddetto e infine il 39,9% non aveva contezza dell'argomento proposto. Positive le risposte per ciò che concerne la possibilità di implementazione del modello: l'83% del campione lo ha ritenuto di possibile perseguimento nella propria scuola.

La rilevazione del 2021 ha riguardato lo stesso campione di docenti, con il duplice obiettivo di avere nuove informazioni per riprogrammare le attività di promozione della salute a scuola per il prossimo anno scolastico e di dare anche, per quanto possibile, una lettura processuale di come i bisogni stiano mutando nel tempo.

Dal confronto tra le due rilevazioni emergono alcuni aspetti significativi: nella rilevazione del 2021 ci sono molti meno riferimenti alla dimensione emergenziale e alle emozioni di paura connesse. Rimane alta l'attenzione agli aspetti emotivi, ma meno alla paura, che lascia spazio ad aspetti maggiormente "pensati" e "pensabili", come la preoccupazione per la mancanza di socializzazione in primis, considerando la presenza come prerequisito per la salute dei bambini e ragazzi.

Importante la dimensione dell'ascolto sia in occasioni di confronto tra bambini e ragazzi, ma anche tra insegnanti ed alunni e tra insegnanti ed insegnanti. Il fare rete tra colleghi appare più volte come un elemento fondamentale anche come premessa per l'azione educativa della scuola; inoltre si aggiunge l'importanza di coltivare le reti extrascolastiche, comprendenti anche le famiglie e lavorare in sinergia con il territorio.

Gli insegnanti riferiscono spesso l'importanza sia di mantenere opportunità di formazione, sia di riprendere, incrementare e riprogettare le attività connesse ai tre Progetti del programma "Impariamo a resistere".



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

In generale l'immagine degli insegnanti che emerge è di professionisti consapevoli del proprio ruolo educativo, padroni di quello che stanno realizzando.

Lo sguardo sugli allievi è attento e partecipe, ma non sembra altrettanto centrato sui propri bisogni e competenze. Le risorse appaiono più ricercate nel rapporto con gli altri (colleghi, equipe socio sanitaria, reti territoriali), che dentro di sé. Potrebbe essere utile approfondire questo aspetto, in termini di maggiore consapevolezza delle risorse interne, come ulteriore opportunità di promozione della loro salute e di quella dei ragazzi, per i quali sono adulti significativi.

3.1.3 Scheda di programma

3.1.3.1 Descrizione dal PNP

Il Programma prevede di strutturare tra "Scuola" e "Salute" un percorso congiunto e continuativo che includa formalmente la promozione della salute, il benessere e la cultura della sicurezza e della legalità all'interno del sistema educativo di istruzione e formazione con una visione integrata, continuativa e a medio/lungo termine, secondo i principi dell'azione intersettoriale e della pianificazione partecipata, in coerenza con le norme e i programmi nazionali.

A tal fine le Scuole si impegnano ad adottare l'"Approccio globale alla salute" raccomandato dall'OMS e recepito dall'Accordo Stato Regioni del 17/01/2019 ("Indirizzi di *policy* integrate per la Scuola che promuove salute"), gestendo fattivamente la propria specifica titolarità nel governo dei determinanti di salute riconducibili a:

- Ambiente formativo (didattica, contenuti, sistemi di valutazione);
- Ambiente sociale (relazioni interne ed esterne, clima organizzativo, regole);
- Ambiente fisico (ubicazione, struttura, spazi adibiti ad attività fisica/pratica sportiva, attività all'aperto laboratori, ristorazione, aree verdi);
- Ambiente organizzativo (servizi disponibili: mensa/merende, trasporti, accessibilità, fruibilità extrascolastica, *policy* interne).

In tale cornice, le Scuole inseriscono nella loro programmazione ordinaria iniziative finalizzate alla promozione della salute di tutti i soggetti (studenti, docenti, personale non docente, dirigenza, famiglie, ecc.) così che benessere e salute diventino reale "esperienza" nella vita delle comunità scolastiche e che da queste possibilmente si diffondano alle altre componenti sociali (in particolare le famiglie). A questo scopo avviano, con il supporto tecnico scientifico dei Servizi sanitari regionali preposti, un processo che, a partire da una analisi di contesto, definisce piani di miglioramento mirati a:

1. la promozione di competenze individuali e capacità d'azione (*life skills*);
2. il miglioramento dell'ambiente fisico e organizzativo;
3. il miglioramento dell'ambiente sociale;
4. la collaborazione con la comunità locale (Enti Locali, Associazioni, ecc.).

Il Programma ha quindi l'obiettivo di sostenere l'*empowerment* individuale e di comunità nel *setting* scolastico, in un'ottica intersettoriale; promuovere il rafforzamento di competenze e la consapevolezza di tutti gli attori della comunità scolastica (studenti, insegnanti, personale ATA, tecnici, dirigenti e genitori) e le modifiche strutturali ed organizzative sostenibili per facilitare l'adozione di stili di vita salutari e la prevenzione di fattori di rischio comportamentali e ambientali, attraverso interventi di provata efficacia o "buone pratiche" validate.

Il processo di diffusione e sviluppo del Programma è sostenuto da:

- accordi intersettoriali tra sistema sanitario e sistema scolastico finalizzati alla *governance* integrata;
- attività di supporto alle Scuole finalizzato all'orientamento metodologico e organizzativo (formazione, analisi di contesto/profilo di salute, valutazione delle priorità, adozione e sviluppo delle pratiche raccomandate dal Programma);
- accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni di promozione della salute dell'intera comunità scolastica;
- offerta di programmi preventivi *life skills oriented* validati;
- promozione e supporto alla nascita e implementazione di Reti regionali di Scuole che Promuovono salute;
- attività di monitoraggio e *governance*.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.1.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Le "Scuole che Promuovono salute"^{1,2} si basano sull'"Approccio globale alla salute" e sui principi di equità, sostenibilità, inclusione, *empowerment* e democrazia. Gli obiettivi riguardano congiuntamente sia l'ambito educativo sia quello della salute. Tale approccio, a livello internazionale, comprende sei componenti:

1. Competenze individuali e capacità d'azione;
2. Ambiente sociale;



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

3. Policy scolastica per la promozione della salute;
4. Ambiente fisico e organizzativo;
5. Collaborazione comunitaria;
6. Servizi per la salute.

Le evidenze mostrano che ^{3,4,5,6}:

- salute e rendimento scolastico sono fortemente connessi: i giovani in buona salute hanno maggiori probabilità di imparare in modo più efficace; i giovani che frequentano la scuola hanno maggiori possibilità di godere di buona salute; i giovani che stanno bene a scuola e che hanno un legame forte con la scuola e con adulti significativi, sono meno propensi a sviluppare comportamenti ad alto rischio e possono avere migliori risultati di apprendimento;
- sia gli *outcome* di salute sia quelli educativi migliorano se la Scuola utilizza l'approccio "Scuola che Promuove Salute" per affrontare le questioni relative alla salute in un contesto educativo;
- le azioni basate su molteplici determinanti di salute sono più efficaci nell'ottenere risultati di salute ed educativi;
- le sei componenti della Scuola che Promuove Salute hanno dimostrato la loro efficacia sia rispetto agli *outcome* di salute sia rispetto a quelli educativi;
- le sei componenti della Scuola che Promuove Salute sono direttamente legate alla riduzione delle disuguaglianze.

In particolare, lo sviluppo di competenze è considerato una delle strategie più efficaci per favorire sia processi di apprendimento ^{7,8} sia lo sviluppo di stili di vita salutari⁹. Inoltre, vi sono chiare evidenze sul fatto che l'ambiente scolastico influenzi fortemente la salute degli studenti in termini sia positivi sia negativi¹⁰. In relazione a questo sono stati identificati gli aspetti, di seguito elencati, che hanno maggiore influenza in relazione al cambiamento e all'innovazione nelle scuole, tra cui l'introduzione e la creazione di Scuole che Promuovono Salute⁵:

- equità
- educazione e formazione degli insegnanti
- cultura della scuola
- partecipazione e senso di appartenenza degli studenti
- collegamento tra promozione della salute e compiti fondamentali della scuola
- coinvolgimento dei genitori e di altri adulti di riferimento
- salute e benessere del personale scolastico

Infine, risulta cruciale il dialogo crescente e costante tra la Scuola e la Sanità ^{11, 12}.

1. SHE (2009). *Better school through health – The third European Conference on Health promoting Schools – Vilnius Resolution*
2. SHE (2013). *The Odense Statement: Our ABC for equity, education and health. The 4th European conference on health promoting schools: Equity, Education and Health, 7-9 October 2013*
3. Langford R, Bonell CP, Jones HE, Poulou T, Murphy SM, Waters E, Komro KA, Gibbs LF, Magnus D, Campbell R. (2014). *The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. Cochrane Database of Systematic Reviews*
4. IUHPE (2010). *Promoting Health in Schools: From evidence to Action*
5. Young, St Leger, Buijs (2013). *School health promotion: evidence for effective action. Background paper SHE Factsheet 2*
6. SHE (2018). *School health promotion – Evidence for effective action on inequalities. SHE Factsheet 4*
7. Comunità Europea (2006) Raccomandazione del parlamento europeo e del consiglio del 18 dicembre 2006 relativa a competenze chiave per l'apprendimento permanente. Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, 30-12-2006.
8. Comunità Europea (2018). Raccomandazione del Consiglio relativa alle competenze chiave per l'apprendimento permanente. Fascicolo interistituzionale 2018/0008 (NLE).
9. WHO (2003). *Skills for health. Skills-based health education including life skills: an important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School. Information Series on School Health. Document*
10. Bonell C, Farah J, Harden A, Wells H, Parry W, Fletcher A, et al. (2013). *Systematic review of the effects of schools and school environment interventions on health: evidence mapping and synthesis. Public Health Res. 2013.*
11. IUHPE (2012). *Facilitating Dialogue between the Health and Education Sectors to advance School Health Promotion and Education*
12. Accordo Stato Regioni 17.01.2019 Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove Ministero della Salute – Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

3.1.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

La base teorica e le evidenze:

Nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione, il Programma Predefinito PP1 "Scuole che promuovono Salute" ha l'obiettivo di sostenere l'empowerment individuale e di comunità nel setting scolastico, in un'ottica intersettoriale che intercetta e fa dialogare tra loro, gli obiettivi di Salute pubblica e la mission educativa della Scuola; promuove il rafforzamento di competenze, la consapevolezza di tutti gli attori della comunità scolastica (studenti, insegnanti, personale ATA, tecnici, dirigenti e genitori), le possibili modifiche strutturali ed organizzative sostenibili per l'adozione di stili di vita salutari, la prevenzione di fattori di rischio comportamentali e ambientali. Il tutto, da realizzare attraverso interventi di provata efficacia o buone pratiche validate.



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

Il processo di diffusione e sviluppo del Programma deve essere sostenuto da:

- Accordi intersettoriali tra sistema sanitario e sistema scolastico finalizzati alla governance integrata
- Supporto/stewardship alle Scuole finalizzati all'orientamento metodologico e organizzativo (formazione, analisi di contesto/profilo di Salute, valutazione delle priorità, adozione e sviluppo delle pratiche raccomandate dal Programma); gli interventi formativi, oltre ad una elevata qualità metodologica, saranno nel segno della continuità e coerenza con gli scopi individuati e già approcciati con i progetti avviati;
- Supporto agli insegnanti delle Scuole coinvolte per la progettazione su specifici temi legati alla promozione di stili di vita sani
- Accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni di Promozione della Salute dell'intera comunità scolastica, operando in maniera congiunta nelle fasi di progettazione e valutazione;
- Offerta di programmi preventivi Life Skills Oriented validati;
- Promozione e supporto alla nascita e implementazione di Reti regionali di Scuole che Promuovono Salute;
- Attività di monitoraggio e governance.

La promozione della salute a scuola può essere descritta come “qualsiasi attività intrapresa per migliorare e/o proteggere la salute di ciascun individuo presente all'interno della comunità scolastica”, anche al fine di attenuare e ridurre le iniquità di salute proprio nel rispetto delle diversità

Infatti la promozione della salute secondo il modello SHE si basa fundamentalmente sui seguenti principi basilari: Equità - Sostenibilità - Inclusione - Potenziamento – Democrazia.

Le “Scuole che Promuovono Salute” si basano sull' “Approccio globale alla Salute” e sui principi sopra elencati, quindi un Health Equity Audit sul programma delle Scuole Promotrici di Salute si ritiene fondamentale. Gli obiettivi riguarderanno congiuntamente sia l'ambito educativo sia quello della Salute. Tale approccio, a livello internazionale, comprende sei componenti:

1. Competenze individuali e capacità d'azione;
2. Ambiente sociale;
3. Policy scolastica per la Promozione della Salute;
4. Ambiente fisico e organizzativo;
5. Collaborazione comunitaria;
6. Servizi per la Salute.

La Promozione della Salute a Scuola comprende, pertanto, sia l'educazione alla Salute, sia tutto l'impegno dedicato a creare contesti, policy scolastiche, curricula costruiti nell'ottica della Promozione della Salute.

A questo proposito l'OMS (1995) definisce la “Scuola promotrice di Salute” come quella che costantemente consolida la propria capacità di essere ambiente favorevole alla Salute per apprendere e lavorare.

La Scuola sana:

- Incoraggia la Salute e l'apprendimento con tutte le misure di cui dispone;
- Si impegna a migliorare la Salute non solo degli studenti, ma anche del personale scolastico, delle famiglie e dei membri di comunità;
- Coinvolge i distretti sanitari e scolastici, gli insegnanti e i loro sindacati, gli studenti, i genitori, gli operatori nel campo della Salute e le personalità di spicco della comunità nell'impegno di rendere la Scuola un luogo salutare;
- Si adopera per fornire un ambiente favorevole alla Salute attraverso: progetti orientati alla Scuola e alla comunità; programmi di Promozione della Salute per gli studenti e il personale scolastico; programmi sull'alimentazione sana; opportunità per effettuare attività di educazione fisica e di ricreazione; programmi di counselling; sostegno sociale e Promozione della Salute mentale;
- Realizza politiche e pratiche che rispettino l'autostima dell'individuo, fornisce molteplici opportunità di successo e riconosce gli sforzi positivi e le buone intenzioni non meno dei risultati personali;
- È centrata non sull'insegnamento, ma sulla facilitazione dell'apprendimento, e si avvale di docenti efficaci nel promuovere la crescita dei propri studenti.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Per consentire ciò, il modello Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE, 2017) prevede 5 fasi di un processo continuo e ciclico: avvio del processo, valutazione della situazione di partenza, pianificazione delle azioni, il passaggio vero e proprio alle azioni, il monitoraggio e la valutazione, estremamente utile per tornare nuovamente alla prima fase per poter periodicamente sviluppare tale modello.

Una Scuola che promuove Salute adotta un approccio globale, sistematico, integrato, orientato all'azione e alla partecipazione, per cui tutta la comunità scolastica, inclusi gli studenti, gli insegnanti, il personale non docente, i genitori, assumono un ruolo attivo nel processo decisionale e nelle iniziative.

Per un reale passo in avanti è necessario:

- Mettere a sistema e condividere le azioni di analisi di contesto (sorveglianze di salute ma anche RAV, PDM, PAI) per sostenere le scuole nel loro processo di miglioramento.
- Condividere le riflessioni sulle disuguaglianze sociali, perché sono spesso all'origine di disuguaglianze di salute e di insuccesso scolastico e abbandono.
- Co-progettare e co-costruire ambienti educativi e di salute accoglienti, innovativi e sfidanti che aiutino la scuola a diventare comunità educante capace di relazionarsi costruttivamente con il tessuto urbano e le sue risorse.
- Sostenere la formazione di Dirigenti Scolastici e Referenti per favorire l'esercizio di una leadership partecipata
- Offrire formazione integrata per gli operatori di Scuola, Sanità, Sport per rafforzare la collaborazione tra le parti, indispensabile per la condivisione di una visione comune di cosa si intende per comunità educante che mette al centro il benessere di tutti e di ciascuno.

È necessario peraltro porsi ulteriori domande **rispetto alla gestione** e agli effetti dei diversi interventi/azioni:

1. È possibile che le azioni/interventi messi in atto o programmati agiscano con diversa intensità nei diversi gruppi. Dai dati raccolti nell'analisi di contesto si evidenzia come le azioni messe in atto nei tre progetti del programma "impariamo a resistere" ci si è resi conto che l'intensità di azione non è stata la stessa riguardo:

- *Territoriale con differenze nelle due aziende sanitarie* con una strutturazione diversa della promozione della salute, ma con una attività di formazione per gli insegnanti diffusa. Tuttavia le scuole non hanno aderito tutte allo stesso modo con maggiori difficoltà nelle aree urbane di Perugia e Terni e anche con differenze fra i vari distretti;
- *I Dirigenti scolastici hanno un turnover elevato così come gli insegnanti*, per cui dove c'era una tradizione consolidata riguardo alle metodologie di rinforzo delle life skills sono state effettuate azioni più intense e diffuse;
- Per quanto riguarda la partecipazione delle famiglie, si evidenzia come *i partecipanti siano i genitori maggiormente sensibili e quindi che hanno meno bisogno* dell'attività di promozione della salute;
- *I ragazzi che partecipano, specialmente peer, sono ragazzi di estrazione medio alta e con buoni risultati scolastici.*

2. È opportuno adattare l'intervento ai diversi livelli di vulnerabilità?

Prima di improntare qualsiasi azione deve essere applicata la "Lente dell'equità" e devono essere programmati interventi non solo per setting ma *per target specifici riguardo alla tipologia di scuola, dislocazione territoriale*, necessità di ulteriori alleanze e costruzione di percorsi specifici di sensibilizzazione, formule diverse per lo stesso obiettivo.

3. Le risorse vengono allocate in modo proporzionale al bisogno?

Anche in questo caso serve *un aumento del personale dedicato, ma soprattutto una organizzazione più efficiente* e anche una attività continua di formazione interprofessionale che riguardi tutti gli stakeholders impegnati.

AZIONI

AZIONE 1 - CONSOLIDARE/SOSTENERE LE ALLEANZE E LA GOVERNANCE DEL PROGRAMMA

AZIONE 2 - PROMOZIONE E SUPPORTO ALLA NASCITA E IMPLEMENTAZIONE DI RETI REGIONALI DI SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE

Piano regionale della prevenzione 2020-2025

**AZIONE 3 - FORMAZIONE OPERATORI SANITARI, SOCIO-SANITARI, INSEGNANTI E ALTRI STAKEHOLDER****AZIONE 4 - GESTIONE DELLA MALATTIA A SCUOLA****AZIONE 5 - EQUITY ORIENTED: ATTIVITA' DI SUPPORTO ALLE SCUOLE****CRONOGRAMMA**

Attività	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico: a) delibera per l'approvazione di una proposta di protocollo condiviso regione/USR che definisca indirizzi e programmi da implementare nelle scuole per la promozione della salute b) sottoscrizione del Protocollo "quadro" tra sistema sanitario e sistema scolastico finalizzati alla governance integrata che costituisca la base per la realizzazione del Programma a livello locale 1 accordo entro il 2022	Regione, USR, Scuola	X			
Formalizzare il gruppo di coordinamento integrato Scuola/ SSR/ANCI: per la definizione della strategia a livello regionale, delle indicazioni per la realizzazione di interventi a livello locale e per una valutazione periodica condivisa delle attività. • Accordi a livello locale tra USL, Scuole e soggetti esterni al sistema sanitario (es. ANCI, Associazioni ecc.): almeno 2 entro il 2025	USL, Scuole, SSR, ANCI...				X
Approvazione Piano regionale per la lettura e Patti locali per ciò che riguarda l'Emergent literacy e la Reading literacy nei bambini e negli adolescenti quali determinanti di salute entro 2022	Regione	X			
Almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, progettato e gestito insieme alla scuola per la condivisione del modello Scuole che Promuovono Salute	Regione, Scuola	X			
Diffusione delle buone pratiche e comunicazione per la promozione del modello "Scuole che promuovono salute": a) realizzazione di almeno un evento annuale per restituire i risultati rispetto alle informazioni raccolte con i sistemi di sorveglianza (Bilanci di salute, Okkio alla Salute, HBSC) al fine di analizzare i bisogni ed individuare azione mirate da implementare nella scuola, oltre che per considerare i risultati raggiunti b) Predisporre materiali a supporto dell'attività delle Scuole pubblicabili sui siti di Regione, USR, Az.USL. (es: infografiche per diffondere secondo i principi della health literacy i dati più significativi). c) Implementare i siti web esistenti/ Costruire una piattaforma per mettere a disposizione guide operative, strumenti per costruire "buone pratiche" e raccomandazioni basate sulle evidenze a partire dal 2023, nonché diffondere le iniziative e facilitare l'adesione delle scuole ai principi della rete delle scuole che promuovono salute. d) Diffondere buone pratiche e materiali operativi a supporto delle scuole attraverso la costruzione e condivisione di una bacheca virtuale. e) Realizzazione di un evento annuale rivolto agli insegnanti per la presentazione delle buone pratiche realizzate dalle scuole a partire dal 2023. f) Attività di monitoraggio e governance. (INDICATORE 1: Rete regionale formalizzata entro il 2022 INDICATORE 2: Coinvolgimento degli Istituti (N. Istituti scolastici che aderiscono formalmente alla Rete con impegno a recepire l'“Approccio globale” e a realizzare gli interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”) / (N. Istituti scolastici presenti sul territorio regionale) *100 Coinvolgimento di almeno il 10% entro il 2023, di almeno il 20% entro il 2024, di almeno il 35% entro il 2025. INDICATORE 3: attuazione pratiche raccomandate, ogni anno a partire dal 2022 almeno 1 intervento di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”)	Regione	X	X	X	X

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



/ (N. Scuole presenti sul territorio regionale la cui Direzione Scolastica ha aderito alla Rete) *100 = almeno il 50%					
Percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del PRP per operatori sanitari, sociosanitari, insegnanti e altri stakeholder, sui programmi/azioni/interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"	Regione	X	X	X	X
Almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del PRP					
Elaborare il documento regionale delle pratiche raccomandate per sostenere la costruzione a livello regionale della rete delle scuole che promuovono salute con l'obiettivo di realizzare programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")	Regione	X			
Progettazione/adattamento/sperimentazione del Sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"	Regione	X			
Sperimentazione e adattamento del sistema regionale entro il 2023			X		
Disponibilità e utilizzo del sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate" ogni anno a partire dal 2023.	Regione		X	X	X
Formalizzazione di 1 Rete regionale di "Scuole che Promuovono Salute" formalizzata da MIUR - USR	MIUR – USR	X			
Standard: Rete regionale formalizzata entro il 2022					
Coinvolgimento degli Istituti (N. Istituti scolastici che aderiscono formalmente alla Rete con impegno a recepire l' "Approccio globale" e a realizzare gli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate") / (N. Istituti scolastici presenti sul territorio regionale) *100	USR/Scuole Regione		X	X	X
Coinvolgimento di almeno il 10% entro il 2023, di almeno il 20% entro il 2024, di almeno il 35% entro il 2025.					
Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate (INDICATORE: (N.Scuole* che realizzano almeno 1 intervento di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate")/ (N. Scuole presenti sul territorio regionale la cui Direzione Scolastica ha aderito alla Rete) *100 (*Per Scuole si deve intendere il plesso o la tipologia di indirizzo (es.liceo scientifico, liceo tecnologico, istituto agrario, ecc.): quindi nell'anagrafe MIUR i rispettivi codici meccanografici.) almeno il 50%, ogni anno a partire dal 2022		X			
Prosecuzione delle attività formative per operatori della Scuola (Insegnanti, ATA, ecc.), gestita dalle Az. USL, al fine di incrementare le conoscenze ed abilità degli insegnanti e dei collaboratori scolastici per favorire l'inclusione e la permanenza degli studenti con una malattia cronica a scuola o per affrontare in sicurezza piccoli problemi di salute che si possono presentare nella vita di ogni giorno	Regione, USL		X	X	X
Realizzazione di ulteriori moduli formativi per gli insegnanti e per gli altri operatori scolastici		X	X		

AZIONI EQUITY

AZIONI CON INDICATORE

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.1.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP01_OT01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico
PP01_OT01_IT01	Accordi intersettoriali (a)
formula	Presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" (Accordo Stato Regioni 17.01.19)
Standard	1 Accordo entro il 2022
Fonte	Regione
PP01_OT01_IT02	Accordi intersettoriali (b)
formula	presenza di Accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni (es. ANCI, Associazioni di promozione sociale e/o Sportiva, ecc.)
Standard	Almeno 2 Accordi entro il 2025
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP01_OT02	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole dell'"Approccio globale alla salute"; di cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.
PP01_OT02_IT03	Formazione congiunta "Scuola – Sanità" per la condivisione del modello Scuole che Promuovono Salute
formula	Presenza di offerta formativa per operatori sanitari, dirigenti/insegnanti sul modello Scuole che Promuovono Salute
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, progettato e gestito insieme alla scuola
Fonte	Regione
PP01_OT03_IT04	Formazione operatori sanitari, socio-sanitari, insegnanti e altri stakeholder
formula	Presenza di offerta formativa, per operatori sanitari, sociosanitari, insegnanti e altri stakeholder, sui programmi/azioni/interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del PRP
Fonte	Regione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



COMUNICAZIONE

PP01_OT04	Costruire strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder
PP01_OT04_IT05	Comunicazione per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti
formula	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali di comunicazione rivolti a scuole, genitori, enti locali, associazioni, ecc. per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti
Standard	Progettazione e produzione di almeno 2 strumenti/materiali (uno riguardante l'approccio e uno riguardante i risultati raggiunti) a carattere regionale entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione/diffusione dei risultati, ogni anno dal 2023 al 2025 - realizzazione di almeno 2 iniziative di comunicazione/diffusione (una riguardante l'approccio e una riguardante i risultati raggiunti) a livello regionale nel 2025
Fonte	Regione e MIUR – USR

EQUITÀ

PP01_OT05	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PP01_OT05_IT06	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.1.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP01_OS02	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")
PP01_OS02_IS01	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")
formula	presenza
Standard	disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Fonte	Regione
PP01_OS02_IS02	Sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”
formula	presenza
Standard	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022;Disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023
Fonte	Regione
PP01_OS03	Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.
PP01_OS03_IS03	Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute
formula	presenza di 1 Rete regionale di “Scuole che Promuovono Salute” formalizzata da MIUR - USR
Standard	Rete regionale formalizzata entro il 2022
Fonte	MIUR - USR.
PP01_OS01	Diffondere l’adozione dell’“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l’adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell’ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo
PP01_OS01_IS04	Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete (* Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell’anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola)
formula	(N. Istituti scolastici * che aderiscono formalmente alla Rete con impegno a recepire l’“Approccio globale” e a realizzare gli interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”) / (N. Istituti scolastici presenti sul territorio regionale) *100
Standard	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro 2024; almeno il 30% entro il 2025
Fonte	Regione, Anagrafe MIUR (“Scuole in chiaro”)
PP01_OS01_IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate
formula	(N. Scuole* che realizzano almeno 1 intervento di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”) / (N. Scuole presenti sul territorio regionale la cui Direzione Scolastica ha aderito alla Rete) *100 (* Per Scuole si deve intendere il plesso o la tipologia di indirizzo (es. liceo scientifico, liceo tecnologico, istituto agrario, ecc.): quindi nell’anagrafe MIUR i rispettivi codici meccanografici.)
Standard	almeno il 50%, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione, Anagrafe MIUR (“Scuole in chiaro”)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.1.6 Azioni

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (1 di 5)	CONSOLIDARE/SOSTENERE LE ALLEANZE E LA GOVERNANCE DEL PROGRAMMA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	comunità;scuola;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

1. Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico:

- Delibera per l'approvazione di una proposta di protocollo condiviso regione/USR che definisca indirizzi e programmi da implementare nelle scuole secondo i principi delle scuole che promuovono salute.
- Sottoscrizione del Protocollo "quadro" tra sistema sanitario e sistema scolastico finalizzati alla governance integrata che costituisca la base per la realizzazione del Programma a livello locale e che preveda:
 - la condivisione l'approccio metodologico della progettazione partecipata e le metodologie basate su prove di efficacia (life skills ed educazione socio affettiva, programma unplugged, peer education) diversificate per fasce di età;
 - la volontà di rafforzare la collaborazione interistituzionale per la progettazione e la realizzazione, in Umbria, del Programma "Scuole che promuovono salute" previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
 - la costituzione di un Tavolo di coordinamento regionale che definirà le modalità di attuazione e monitoraggio del protocollo, compresa la definizione di specifici percorsi formativi integrati,
 - l'integrazione del Programma con il Piano regionale per lettura e i Patti per la lettura per ciò che riguarda l'*Emergent literacy* e la *Reading literacy* nei bambini e negli adolescenti quali determinanti di salute;
 - l'individuazione di Rappresentanti delle Istituzioni scolastiche nei diversi ambiti territoriali e in ciascuna costituenda rete di scuole, che autonomamente aderiranno alle attività progettuali, che si interfaccino da un lato con gli operatori di Servizi diversi che operano in seno alle Reti della promozione della salute costituite in ciascuna Azienda USL, dall'altro con i referenti dell'USR.
 - la strutturazione di percorsi formativi congiunti, costruiti e condivisi a livello regionale, finalizzati alla diffusione delle metodologie sopra richiamate (art.2) al fine di assicurare continuità e sostenibilità ai processi di promozione della salute avviati.
 - la costruzione di un "Repertorio" delle attività formative
 - la valutazione delle attività dal punto di vista degli output e degli esiti anche al fine di individuare le best practices e gli interventi riproducibili nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse

2. Formalizzare il gruppo di coordinamento integrato Scuola/ SSR/ANCI: per la definizione della strategia a livello regionale, delle indicazioni per la realizzazione di interventi a livello locale e per una valutazione periodica condivisa delle attività.

- Accordo "quadro" ratificato entro il 2022

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Accordi a livello locale tra USL, Scuole e soggetti esterni al sistema sanitario (es. ANCI, Associazioni ecc.): almeno 2 entro il 2025
- Approvazione Piano regionale per la lettura e Patti locali per la lettura entro 2022

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (2 di 5)	PROMOZIONE E SUPPORTO ALLA NASCITA E IMPLEMENTAZIONE DI RETI REGIONALI DI SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta
SETTING	comunità; scuola

DESCRIZIONE

Diffusione delle buone pratiche e comunicazione per la promozione del modello "Scuole che promuovono salute"

- Realizzazione di almeno un evento annuale per restituire i risultati rispetto alle informazioni raccolte con i sistemi di sorveglianza (Bilanci di salute, Okkio alla Salute, HBSC) al fine di analizzare i bisogni ed individuare azione mirate da implementare nella scuola, oltre che per considerare i risultati raggiunti.
 - Predisporre materiali a supporto dell'attività delle Scuole pubblicabili sui siti di Regione, USR, Az.USL. (es: infografiche per diffondere secondo i principi della health literacy i dati più significativi).
 - Implementare i siti web esistenti/ Costruire una piattaforma per mettere a disposizione guide operative, strumenti per costruire "buone pratiche" e raccomandazioni basate sulle evidenze a partire dal 2023, nonché diffondere le iniziative e facilitare l'adesione delle scuole ai principi della rete delle scuole che promuovono salute.
 - Diffondere buone pratiche e materiali operativi a supporto delle scuole attraverso la costruzione e condivisione di una bacheca virtuale.
 - Realizzazione di un evento annuale rivolto agli insegnanti per la presentazione delle buone pratiche realizzate dalle scuole a partire dal 2023.
 - Attività di monitoraggio e governance.
- Presenza di 1 Rete regionale di "Scuole che Promuovono Salute" formalizzata da MIUR - USR Standard: Rete regionale formalizzata entro il 2022
 - Almeno il 10% degli Istituti coinvolti raggiunti dal Programma il 2023; almeno il 20% entro 2024; almeno il 30% entro il 2025 – formula: $(N. \text{ Istituti scolastici } * \text{ che aderiscono formalmente alla Rete con impegno a recepire l' "Approccio globale" e a realizzare gli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate" }) / (N. \text{ Istituti scolastici presenti sul territorio regionale }) * 100$
 - Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate: almeno il 50%, ogni anno a partire dal 2022- formula: $\text{almeno 1 intervento di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate" } / (N. \text{ Scuole presenti sul territorio regionale la cui Direzione Scolastica ha aderito alla Rete }) * 100$

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (3 di 5)	FORMAZIONE CONGIUNTA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.4 Formazione congiunta “operatori sanitari e sociosanitari e settore Scuola”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; età lavorativa
SETTING	comunità; scuola; ambiente di lavoro; servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE**Definizione e realizzazione programma formativo/ Formazione congiunta “operatori sanitari e sociosanitari e settore Scuola”**

- Corso di avvio del PRP suddiviso in tre mezze giornate rivolti in maniera congiunta a: dirigenti scolastici, insegnanti referenti per l'educazione alla salute, in collaborazione con tutti gli operatori del settore sanitario coinvolti nei progetti di promozione della salute rivolte alle scuole. L'importanza della formazione congiunta, fa sì che vi sia una condivisione a 360 gradi di metodologie e contenuti

- Analisi dei **bisogni formativi dei Dirigenti scolastici** e del **personale** (anche OTA) della scuola al fine di predisporre un progetto pluriennale

- Progettazione e realizzazione di interventi formativi (annuali), rivolti a dirigenti e insegnanti che non hanno mai partecipato alla formazione realizzata negli anni passati, nella logica della continuità e in coerenza con gli scopi individuati e già approcciati con i progetti avviati al fine di colmare quel gap formativo che emergerà dalla rilevazione dei bisogni del personale scolastico, per arrivare ad un “linguaggio comune” rispetto alla rete delle scuole che promuovono salute.

- Progettazione e realizzazione di formazione sul tema **Scuole che promuovono salute** che avrà come obiettivo lo sviluppo di competenze specifiche sui modelli e le strategie proposte dalla rete delle scuole che promuovono salute, con particolare riferimento all'approccio globale di salute, principi e pilastri, modelli orientati allo sviluppo delle life skills.

-Verranno inoltre decantate e condivise le buone pratiche in promozione della salute emerse anche dai progetti che avevano trovato attuazione già con il precedente PRP, compresi i progetti che affrontano i temi di "Guadagnare Salute", la prevenzione degli incidenti domestici (vedi PP 05 "Sicurezza negli ambienti di vita") e stradali, ecc..

- Almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, progettato e gestito insieme alla scuola per la condivisione del modello Scuole che Promuovono Salute
- Almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del PRP per operatori sanitari, sociosanitari, insegnanti e altri stakeholder, sui programmi/azioni/interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (4 di 5)	GESTIONE DELLA MALATTIA A SCUOLA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.6 Formazione operatori settore Scuola (Insegnanti, Dirigenti Scolastici, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età lavorativa
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

PROMUOVERE L'INCLUSIONE E RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE DEL BAMBINO/A CON MALATTIA CRONICA : GESTIONE DELLA MALATTIA A SCUOLA

Prosecuzione delle attività formative per operatori della Scuola (Insegnanti, ATA, ecc.), gestita dalle Az. USL, al fine di incrementare le conoscenze ed abilità degli insegnanti e dei collaboratori scolastici per favorire l'inclusione e la permanenza degli studenti con una malattia cronica a scuola o per affrontare in sicurezza piccoli problemi di salute che si possono presentare nella vita di ogni giorno. Sono stati realizzate 18 edizioni del corso **2018/2019** che hanno coinvolto un totale di 599 tra docenti ed operatori ATA assicurando la presenza di almeno 1-2 persone di riferimento per ogni Scuola, in grado di gestire anche i trattamenti farmacologici. Tale azione, in linea con il Piano della Cronicità e quanto previsto dal M01 "Malattie croniche non trasmissibili", viene già in parte realizzata in collaborazione con i servizi specialistici Ospedalieri e dei territori.

Ulteriori moduli formativi saranno realizzati nell'anno scolastico 2022/2023 per gli insegnanti e per gli altri operatori scolastici.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (5 di 5)	ATTIVITA' DI SUPPORTO ALLE SCUOLE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età lavorativa
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;comune, Municipalità

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



DESCRIZIONE

Elaborare il documento Regionale delle pratiche raccomandate per sostenere la costruzione a livello regionale della rete delle scuole che promuovono salute definendo le azioni ed interventi rivolti al benessere attraverso un approccio orientato alle life skills ed all'ecosostenibilità. Il documento avrà come base di partenza la valorizzazione di alcune buone pratiche relative a progettualità già in essere nelle scuole della Regione Umbria in stretta collaborazione con tutti gli attori che hanno contribuito ai vari progetti; l'orientamento sarà basato su metodologie già sperimentate (analisi di contesto/profilo di Salute, analisi bisogni formativi, formazione, valutazione delle priorità, adozione e sviluppo delle pratiche raccomandate) negli anni precedenti e comprenderà una proposta di Piano di valutazione "tipo".

Il documento conterrà anche alcune indicazioni che, sulla base degli strumenti resi disponibili dalle Reti delle scuole che promuovono salute e dell'analisi del profilo di salute e di equità, suggerisce alcune possibili **azioni mirate** per mettere a disposizione di tutti gli alunni le stesse potenzialità (vedi allegato).

Elaborare un documento su implementazione e sviluppo delle buone pratiche ed effettuare il monitoraggio periodico

Proporre lo schema di un **Progetto "tipo"** che, con dovute modifiche/integrazioni che le scuole riterranno necessarie per adattarlo alle proprie esigenze, possa diventare anche occasione di confronto sul territorio regionale, con obiettivi, collaborazioni, valutazione di equità, ecc.. condivisi

A titolo di esempio: Progetto "Ormai lo so che mi farebbe bene, però."

Le conoscenze riguardo alla **corretta alimentazione**, almeno nei suoi aspetti fondamentali (5 porzioni di frutta e verdura al giorno, più pesce, più legumi, meno carne, meno zuccheri semplici, meno prodotti ultra-trasformati, meno prodotti raffinati, più prodotti integrali...) sono ormai diffuse nella popolazione e ben conosciute dagli insegnanti, come altrettanto conosciuta è l'importanza **dell'attività fisica**, ma è fondamentale capire le motivazioni dei comportamenti non salutari ed agire di conseguenza con interventi mirati

La non applicazione di comportamenti alimentari salutari risulta legata a **fattori ambientali**, (scarso livello organolettico dei piatti a base di verdure, legumi e pesce nella ristorazione collettiva, difficoltà di organizzazione dei tempi dei pasti rispetto ai tempi scuola e lavoro, difficoltà di inserimento dell'attività fisica nella quotidianità, se non come attività sportiva organizzata...) e a **fattori soggettivi** (neofobia alimentare, paura dei genitori e degli insegnanti nei confronti dell'incolumità dei bambini e dei ragazzi, abilità culinaria dei cuochi che riesca a conciliare la preparazione di alimenti salutari con il tempo legato alle attività scolastiche o lavorative, ecc).

- Documento regionale descrittivo delle buone pratiche per la realizzazione di programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate") Entro il 2022
- Sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate" :
 - Progettazione/adattamento/sperimentazione del sistema entro il 2022;
 - Disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Promuovere l'equità nei programmi preventivi orientati alle life skills e all'adozione di sani stili di vita attivati dalle Scuole
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Elaborazione del documento e presentazione nel corso degli interventi formativi annuali previsti per operatori scolastici e sanitari
ATTORI COINVOLTI	Dirigenti scolastici, insegnanti, operatori sanitari
INDICATORE	Utilizzo del documento regionale di pratiche raccomandate sostegno della costruzione della rete delle scuole che promuovono salute e del sistema di valutazione per il monitoraggio degli interventi
	• Formula: Scuole che utilizzano il materiale messo a disposizione/ totale delle scuole coinvolte nel Programma • Standard: Almeno il 50% delle Scuole coinvolte dichiara di utilizzare la documentazione disponibile • Fonte: Az. USL, Scuole, sistema di monitoraggio specifico

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.2 PP02 Comunità attive

3.2.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP02
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Anna Tosti
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale - MO1-10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia - MO1-17 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità - MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane - MO1-19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità - MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute - MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, - MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: - ,contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina,contrasto al

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	consumo dannoso e rischioso di alcol, riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà, contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile, riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato, aumento del consumo di frutta e verdura, - prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) - MO1LSk Sviluppo di programmi finalizzati alla riduzione del rischio per MCNT e alla presa in carico delle persone affette da patologia, per una gestione integrata e sistemica della cronicità, attraverso: interventi volti a promuovere competenze e comportamenti salutari nelle persone sane e malate e loro caregiver (health literacy, empowerment ed engagement), offerta di counseling individuale anche in contesti opportunistici, per il contrasto del tabagismo e del consumo rischioso e dannoso di alcol e la promozione di sana alimentazione e attività fisica, attivazione di interventi strutturati di esercizio fisico, attivazione di procedure e percorsi preventivi e terapeutico-assistenziali integrati con interventi per le persone già affette da patologia, anche considerando le situazioni di multipatologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura - MO1LSI Sviluppo di programmi intersettoriali per ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di salute pubblica - MO1LSm Implementazione di programmi trasversali che impattino sui fattori di protezione per un invecchiamento in buona salute e con ridotto carico di malattia e disabilità (empowerment individuale e dei caregiver, stili e ambienti di vita, condizioni e risorse sociali, rete di sostegno e di assistenza, etc.) - MO5LSa a. Promozione e realizzazione di interventi di advocacy e di integrazione nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) attraverso: elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, produzione di rapporti sulle attività integrate in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute, stipula di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92, istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/ intersettoriali/ interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health - MO5LSI Partecipazione a Tavoli tecnici inter istituzionali sulle tematiche dell'Urban health e promozione delle Urban health Strategies - MO5LSn Partecipazione e supporto alla definizione dei piani urbani di mobilità sostenibile (PUMS), ponendo particolare attenzione alla promozione della pedonabilità e la ciclabilità per un'utenza allargata - MO5LSo Promozione di interventi per incrementare la walkability dell'ambiente urbano e promuovere la mobilità attiva nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro - MO5LSq Definizione/adozione di buone pratiche sanitarie e ambientali integrate per una corretta progettazione, gestione e manutenzione del verde e blu urbani e periurbani

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



LEA	- B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica

3.2.2 Sintesi del profilo di salute ed equità ed analisi di contesto

In Umbria, a Gennaio 2021 sono registrati 865.013 residenti. La fascia di età più rappresentata è 50-54 anni. Nello specifico la fascia da 0 a 14 anni raffigura il 12% della popolazione; la fascia 15-64 anni il 61,8% e gli over 65 il 26,2%. L'indice di vecchiaia risulta aumentato rispetto a quello dello scorso anno e si attesta sul valore di 217,7; in altri termini, ogni 100 giovani ci sono circa 218 anziani. A livello Nazionale lo stesso indice è pari a 184,1. Ciò fa sì che l'Umbria si collochi tra le regioni più anziane. Anche la popolazione anziana ha una grande variabilità nel territorio regionale, andando dal 23,9% del distretto dell'Assisano fino a raggiungere la sua maggior concentrazione nel distretto dell'Orvietano (29,9%) (*Dato riferito al 2020*). L'età media complessiva è di 47,5 ed appare crescente nel tempo, sia per la maggior sopravvivenza dovuta al miglioramento delle condizioni di vita delle persone anziane, sia per l'entità relativamente contenuta della natalità (*ultimo dato disponibile riferito al 2019*): distinta per genere, è di 48,3 anni per i maschi e 51,7 per le femmine, confermando la maggior presenza delle donne nelle età più avanzate. Nelle età giovani (fino ai 39 anni), la numerosità degli uomini è superiore a quella delle donne; con l'aumentare dell'età, appare prevalente la componente femminile in modo via via sempre più crescente risultando così maggiormente longeve. L'indice di ricambio della popolazione è pari a 151,6 (sopra il valore Nazionale che è di 139,1). Questo valore rappresenta il valore percentuale tra la fascia che sta per andare in pensione (60 – 64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore a 100. Se ne deduce che in Umbria la popolazione in età lavorativa è molto anziana.

Quanto ai **comportamenti e agli stili di vita** che influiscono sulla salute risulta che in Umbria l'eccesso ponderale riguarda un bambino su 3, 2 adulti su 5 e 3 anziani su 5. L'analisi dei trend mostra una leggera diminuzione dell'obesità nei bambini e una stabilità della quota di persone adulte in eccesso ponderale. Costante nel tempo anche il consumo di frutta e verdura. Per quanto riguarda il sovrappeso, ad essere più esposti al fattore di rischio risultano gli uomini di 65-74 anni.

Le disuguaglianze incidono per le donne in tutte le classi di età, soprattutto per quelle nella fascia 30-44 anni. Eliminando le disuguaglianze il rischio di mortalità per il fattore sovrappeso si ridurrebbe per le donne di 55-64 anni del 2,3% e per le donne di 65-74 anni del 2,4 %.

L'Umbria, altresì, si conferma la regione con la più alta prevalenza di fumatori: tra i 18-69enni infatti circa 1 su 4 è fumatore, con un trend stabile e in controtendenza rispetto al dato nazionale in costante diminuzione. Sotto la media italiana anche la percezione del rispetto del divieto nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro e la percentuale di case "libere da fumo". In generale, eliminando le disuguaglianze, il rischio di mortalità per il fattore abitudine al fumo si ridurrebbe per gli uomini di 30-44 anni del 6,8% e per quelli di 45-54 anni del 7,8%.



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

Per quanto riguarda invece il consumo di alcol e il consumo binge sono in Umbria più alti della media nazionale. Molto bassa l'attenzione degli operatori verso il problema. Sia l'abitudine al fumo che il consumo di alcol sono più diffusi tra i giovani, gli uomini e le persone con istruzione media.

Relativamente alla sedentarietà, la percentuale nella fascia di età tra i **18-69enni** risulta significativamente inferiore rispetto al dato medio nazionale. Dai sistemi di sorveglianza si stima infatti che la popolazione umbra sia in maggior misura attiva o parzialmente attiva. Risulta comunque sedentario un bambino su 6, un 18-69enne su 5 e un anziano su 3. Quanto alle attività di counseling svolte dagli operatori sanitari risulta che, tra i 18-69enni umbri, più di un terzo ha ricevuto il consiglio di praticare regolarmente più attività fisica; tra gli **anziani**, invece, meno di una persona su 2 riceve il consiglio di praticare attività fisica regolare.

Una vasta gamma di evidenze scientifiche indicano che l'esercizio fisico moderato e regolare rappresenta uno strumento sia di prevenzione delle malattie cronico-degenerative, il cui processo disabilitante è aggravato dall'effetto additivo della sedentarietà che è causa di nuove menomazioni, sia di promozione della salute per ogni individuo.

La partecipazione attiva della comunità, anche attraverso le diverse forme di rappresentanza, nell'elaborazione programmi che hanno un impatto sulla salute è una delle strategie raccomandate da oltre vent'anni dalla Carta di Ottawa (OMS).

Incentivare ulteriormente la pratica di attività motoria in tutte le fasce della popolazione, includendo anche i gruppi più svantaggiati (anziani, donne, disabili) solitamente meno attivi e più difficili da raggiungere e coinvolgere, alla luce dei dati elaborati, diventa condizione sempre più cogente e necessaria.

Per comprendere il fenomeno "sedentarietà" ed individuare quali sono le dimensioni sulle quali le disuguaglianze impattano di più, al fine di indirizzare al meglio gli interventi di promozione della salute, sono stati analizzati i dati, stratificati per genere e grandi classi di età.

(Umbria- fattore di rischio sedentarietà)

Sedentarietà MASCHI					
	Indicatori	Classi di età			
		30-44	45-54	55-64	65-74
CoEsDi Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze	Prevalenza%	41,8	47,8	48,7	52
	PAF%	32,6	46,9	33,3	17,9
	N. soggetti pop[1]	41022	31363	26480	24605
	N. soggetti dis	11027	15135	9435	4588
CoMoDi Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze	RA	10,9	11,9	11,3	12,2
	PAF%	4,6	6,8	4	2
	N. morti[2]	8	17	38	94
	N. morti dis	3	10	13	15

(Umbria- fattore di rischio sedentarietà)

Sedentarietà FEMMINE					
	Indicatori	Classi di età			
		30-44	45-54	55-64	65-74
CoEsDi Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze	Prevalenza%	49,8	49,6	57,1	64,3
	PAF%	17,3	28,7	17,2	28
	N. soggetti pop	50481	34427	33551	32279
	N. soggetti dis	7141	10167	6240	9925
CoMoDi Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze	RA	17,6	17,2	15,9	16,2
	PAF%	3,3	5,9	2,3	4,1
	N. morti	6	16	33	72
	N. morti dis	1	5	5	18

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Le **disuguaglianze incidono maggiormente per le donne nelle classi di età 45-54 e 65-74**, per gli uomini nelle classi 45-54 e 55-64 anni. Intervenedo sulle disuguaglianze si potrebbero evitare 15.135 esposti al rischio sedentarietà tra i maschi di 45-54, 11.027 tra i maschi di 65-74 anni, 10.167 esposti al rischio sedentarietà tra le donne di 45-54 e 9.925 tra le donne di 65-74 anni

Eliminando le disuguaglianze il rischio di mortalità per il fattore sedentarietà si ridurrebbe per gli uomini di 45-54 anni del 6,8% e per le donne di 45-54 anni del 5,9%

Invece, per quanto riguarda il sovrappeso, ad essere più esposti al fattore di rischio risultano gli uomini di 65-74 anni. Inoltre, le disuguaglianze sociali (anche relativamente a basso livello di istruzione e difficoltà economiche) incidono in maniera significativa sulla pratica dell'attività fisica, ad esempio le persone adulte e anziane provenienti da contesti svantaggiati e alcune minoranze etniche, sono fisicamente meno attive e più difficili da raggiungere attraverso iniziative di promozione dell'attività fisica.

Secondo la definizione che ne danno Biordi e Nicholson (2009), l'isolamento sociale è la distanza di un individuo, psicologica o fisica o entrambe, dalla rete desiderata o necessaria di relazioni con altre persone. L'isolamento sociale si configura quindi come una perdita di posizionamento all'interno di un gruppo. Più nello specifico, si possono individuare due accezioni di isolamento sociale: quella soggettiva - come la compagnia o il sostegno sociale - e quella oggettiva ossia una mancanza di contatto con gli altri a causa di fattori situazionali (ad esempio, una ridotta dimensione del network sociale, rara interazione sociale o mancanza di partecipazione all'attività sociale).

I fattori di rischio che determinano l'isolamento sociale possono essere di natura psicologica (come uno stato depressivo), fisica (come le malattie croniche) o, appunto, sociale (legati alle disuguaglianze, aspetti economici o culturali). In particolare, nella Regione Umbria, l'isolamento sociale rappresenta il 20% (contro il 18.7% del dato Nazionale). Nello specifico, più alte del dato Nazionale, vi è l'impossibilità a conversare con qualcuno (21.3%) e partecipare ad attività sociali (75.5%). Mentre nel primo caso la percentuale della Regione Umbria è, seppur più bassa, tendenzialmente vicina a quella Italiana, nel secondo caso il dato Umbro è di ben 5.5 punti percentuale peggiore del dato della nostra penisola.

A questa panoramica si aggiunge l'isolamento sociale condizionato dal Covid-19, sia per gli anziani residenti negli istituti di cura sia per quelli che vivono soli, consigliato se non a volte imposto come prevenzione del rischio di contagio. Questa condizione ha comportato ancora di più allontanamento dai luoghi più comuni vissuti come momenti di socialità, nonché la disconnessione dalla rete familiare. Uno scenario in cui il tempo per una persona anziana si tramuta spesso in senso di inutilità, solitudine e perdita di appartenenza. Uno studio recente mostra conseguenze importanti sulla salute e la morte prematura negli anziani derivanti da condizioni di isolamento sociale prolungato come disagio emotivo, deterioramento cognitivo e senso motorio (Plagg, Engl, Piccoliori & Eisendle, 2020). Un recente studio americano (Van Orden et al., 2020), ha sottolineato l'importanza per gli anziani di mantenere le relazioni sociali durante le restrizioni dovute alla pandemia. Inoltre, una recente revisione della letteratura (Banerjee et al., 2020), ha indagato proprio la vulnerabilità psicosociale delle persone più anziane durante la pandemia, individuando vari e sfaccettati fattori di rischio indiretti, che si aggiungono ai rischi diretti, biologici e fisiologici: mancanza di sicurezza, solitudine, discriminazione per età, trascuratezza, difficoltà di accesso ai servizi sanitari, diventano cruciali nella situazione pandemica, rendendo ancora più pesanti le conseguenze a livello fisico e psicologico per le persone anziane.

In merito alla **sicurezza e la tutela della popolazione anziana**, dal sistema di sorveglianza Passi d'Argento è emerso che:

- il 29.1% degli over 65 (dato migliore di quello Nazionale superiore di 5 punti percentuali), abbia almeno una difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari (servizi dell'USL, del Comune, del medico di famiglia, farmacia, negozi di generi alimentari, supermercati o centri commerciali) – potenzialmente aumentati causa Pandemia Covid-19 -;
- il 67.8% - dato peggiore rispetto al 61.3% a livello Nazionale - ha almeno un problema strutturale nell'abitazione (si intendono spese per abitazione troppo alte, abitazione troppo piccola, abitazione troppo distante da quella di altri familiari, vi sono irregolarità nell'erogazione dell'acqua, l'abitazione è in cattive condizioni rispetto a pareti, pavimenti, servizi igienici e riscaldamento).
- In linea con la media nazionale sono identificabili la percezione della poca sicurezza del proprio quartiere e il fatto che l'anziano viva nella casa di proprietà (rispettivamente al 15.3% e 83.5%).



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

- Infine, in termini di sicurezza, altro item indagato riguarda i consigli ricevuti rispetto alla gestione delle ondate di calore. Qui i dati dell'Umbria sono peggiori rispetto a quelli Nazionali: 60.2% contro il 65.5%.

Per quanto riguarda il problema della partecipazione sociale le disuguaglianze sono molto evidenti, hanno meno capacità di partecipazione le persone più anziane, le donne, le persone con basso livello di istruzione, quelle con problemi economici. Non ci sono differenze per la variante "vivere da soli".

Da non dimenticare, comunque, il concetto di "anziano-risorsa", che l'OMS definisce già nel 1996 parte da una visione positiva della persona in continuo sviluppo e in grado di contribuire, in ogni fase della vita, alla crescita individuale e collettiva. L'anziano-risorsa viene identificato come colui che partecipa ad attività per mantenere la salute fisica e mentale, contribuendo a ridurre il livello di dipendenza dagli altri. In Umbria gli "anziani risorsa" sono il 31%, un valore significativamente superiore rispetto alla media nazionale, anche le persone over 64 che hanno un lavoro retribuito sono quasi il 9% contro una media nazionale del 6%.

^[1] numero assoluto di soggetti esposti al fattore di rischio selezionato

^[2] numero assoluto di soggetti deceduti a causa del fattore di rischio selezionato

Il PRP 2014/2018 ha avviato e dato organicità ad una serie di interventi/azioni coordinate sul territorio regionale che sono state realizzate con l'intento di lavorare life-course per la promozione delle corrette abitudini alimentari e dell'attività fisica per la lotta all'obesità e al sovrappeso, partendo dai bambini, fino ad arrivare alla popolazione adulta/anziana.

I **progetti rivolti al contesto scolastico** (vedi PP1) del Piano regionale di prevenzione hanno definito e avviato un intervento continuativo ed organico dalla scuola dell'infanzia fino alla secondaria di secondo grado, con l'obiettivo generale di attivare interventi sistematici, basati su metodologie sostenute da evidenze di efficacia e finalizzati a potenziare le life-skill per promuovere sani stili di vita e fattori di protezione e contenere i fattori di rischio. In attuazione dei protocolli d'intesa sottoscritti a livello regionale con l'USR e quindi a livello di Distretti, con le Scuole e le Amm.ni locali, sono proseguite da un lato, le **attività formative congiunte** (docenti e operatori del SSR) e, dall'altro, le attività periodiche di confronto e **supervisione degli interventi realizzati nelle classi delle scuole coinvolte**.

Anche la ristorazione scolastica è stata individuata come uno spazio strategico per promuovere corretti comportamenti alimentari fin dall'infanzia (in attuazione delle Linee di indirizzo per la ristorazione scolastica di cui alla DGR N. 59/2014) e pertanto viene regolarmente portato avanti ed ampliato **l'intervento per il miglioramento della qualità nutrizionale** delle mense scolastiche anche con l'obiettivo di promuovere, attraverso iniziative informative, una corretta alimentazione in famiglia.

L'attività dei **Pediatrati** prosegue per la realizzazione dei **bilanci di salute**, finalizzati, oltre che a raccogliere informazioni sulle abitudini familiari, anche a promuovere una più consapevole genitorialità per il corretto sviluppo psico-fisico del bambino e a dare **corrette informazioni su Alimentazione e attività fisica nell'infanzia**.

L'obiettivo del Programma Umbria cammina di aumentare la quota di popolazione adulta attiva fornendo occasioni ludiche di incontro e di svolgimento di attività fisica è stato raggiunto grazie alla collaborazione di diversi stakeholders sostenitori/organizzatori (enti locali, associazioni di promozione sportiva, società sportive dilettantistiche, centri sociali, associazioni di malati, associazioni escursionistiche, altre associazioni culturali).

Prima dell'emergenza legata al COVID_19 le Aziende USL hanno continuato a svolgere un ruolo fondamentale nel promuovere, indirizzare e sostenere la realizzazione di numerosi gruppi di cammino e iniziative di **"piedibus" scolastici** per i bambini, che sono stati realizzati in collaborazione con i Comuni, Proloco le famiglie degli alunni, i volontari.

I gruppi di cammino per tutte le fasce di età sono stati attivati fino dal 2017 nei Comuni Umbri più importanti, nell'anno 2019 è proseguito il lavoro avviato dai referenti del progetto nei distretti, appartenenti alla rete interna di promozione della salute, che hanno innescato e mantenuto attivo il processo, mantenendo invariate le attività. Sono risultati operativi gruppi di cammino anche serali con regolari attività in 19 principali Comuni umbri nei 12 Distretti delle due Az. USL (con un totale di più di 30 linee avviate), oltre a numerose iniziative "giornaliere" (chiamati **Piedibus del Benessere** nella USL 1) che sono state occasione per svolgere un ruolo educativo nei confronti dei partecipanti, sui temi della sana alimentazione, dell'integrazione, della mobilità sostenibile.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



L'attività dei gruppi di cammino regolarmente organizzati o gestiti come giornate "salutari" avviata dai Comuni o dalle Associazioni in concomitanza con il precedente PRP e con il supporto delle Az. USL costituiscono sicuramente un punto di forza da cui ripartire dopo che l'emergenza sanitaria Covid-19 ha ridotto o bloccato tali attività.

Per quanto concerne la popolazione anziana, il progetto "**nonni attivi**" del precedente PRP aveva lo scopo di favorire, su scala regionale, l'organizzazione di un sistema in grado di promuovere per le persone over 64enni, con sindromi da ipomobilità, la fruizione strutturata di pratica motoria rimuovendo gli ostacoli psicologici e le eventuali menomazione (es. dolore lombare), attraverso un'offerta integrata di **attività fisica adattata e ginnastica**, anche con l'obiettivo di portare un numero sempre maggiore di over 65 a partecipare ai gruppi di cammino che vengono organizzati in ciascun distretto.

Per la regolamentazione l'esercizio delle attività dei Centri di attività motoria e delle Palestre della Salute di cui all'articolo 27, comma 1 della Legge Regionale 23/09/2009, n.19 (**Norme per la promozione e sviluppo delle attività sportive e motorie**. Modificazioni ed abrogazioni) nel 2018 è stato anche approvato Il Regolamento Regionale 26 Ottobre 2018, n.11 .

Il suddetto regolamento disciplina i requisiti gestionali, degli impianti e delle attrezzature dei Centri di attività motoria (CAM) nonché criteri e modalità per lo svolgimento delle attività. Nello specifico: i CAM sono strutture organizzate per la gestione di attività ginniche e sportive, di muscolazione e formazione fisica, finalizzate al raggiungimento del benessere psico-fisico.

Per esercizio Fisico Adattato (EFA) si intendono esercizi fisici svolti esclusivamente su prescrizione medica (MMG, PLS o medico specialista), in ambiti extra-sanitari denominati "**Palestre della Salute**", quali strumento di prevenzione e terapia in persone affette da MCNT, in condizioni cliniche stabili o a rischio di patologie per le quali è clinicamente dimostrato il beneficio prodotto dalla pratica dell'esercizio fisico medesimo. Il regolamento prevede la pubblicazione nel sito istituzionale della Regione dell'elenco delle "Palestre della Salute", indicando in lista una serie di informazioni utili al cittadino. L'aggiornamento del suddetto elenco è in capo alla struttura regionale competente in materia di prevenzione e sanità pubblica.

In Umbria sono state avviate esperienze di **AFA** svolta solo con l'obiettivo di promuovere l'attività fisica nelle persone over64enni e, per la prima volta, si è inteso trasformare tale attività in una attività sistemica. Il problema principale che ne ha rallentato la realizzazione è derivato dalla necessità di individuare sedi adeguate ad essere raggiunte facilmente dal target, ma anche da quella di inserire nel progetto professionisti adeguati in numero sufficiente.

Per la realizzazione del progetto era stato inizialmente previsto che il personale della Unione Italiana Sport per tutti (UISP), con la quale questa Regione aveva stipulato un protocollo d'intesa (approvato con DGR n 623 del 28 05 2014), dopo il passaggio attraverso il consiglio dello specialista e una valutazione secondo un protocollo standardizzato avrebbe indirizzato l'anziano all'AFA, alla ginnastica dolce o direttamente ai gruppi cammino, a seconda delle possibilità dell'utente.

Per quanto concerne gli **anziani**, è da tenere presente che ormai da alcuni anni la Regione Umbria ha avviato una elaborazione culturale e prodotto politiche in materia di Invecchiamento attivo. In particolare, già a partire dal 2012, "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni" l'Umbria si è dotata di una legge regionale, la legge 27 settembre 2012, n. 14 al fine di promuovere delle azioni per gli anziani concernenti il benessere, la prevenzione, la formazione continua, lo sport, l'informazione e l'informatizzazione, il turismo e l'agricoltura sociale, oltre a individuare strumenti utili per favorire la fruizione della cultura, lo scambio di saperi e di conoscenze tra le generazioni, anche attraverso il coinvolgimento delle scuole. Tale legge, poi confluita nel TU in materia di sanità e servizi sociali, la L.R. n. 11/2015, interessa molteplici aree e competenze delle politiche regionali e prevede la programmazione di interventi coordinati, anche attraverso la partecipazione e il confronto con la società civile, gli attori sociali e del Terzo settore. A partire dal 2012, la Regione Umbria ha approvato quattro atti di indirizzo regionali e programmato risorse per un importo pari a 1.300.000 euro derivanti dal Fondo sociale regionale, dal Fondo sociale europeo e dal Fondo sanitario regionale che hanno portato complessivamente al finanziamento di 55 progetti.

Per la prima volta nel 2017 sono stati finanziati, con risorse afferenti al Fondo sanitario regionale n. 10 progetti nelle aree di intervento individuate dal Piano regionale della Prevenzione 2015/2018, ossia:

- Area vita da sani



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

- Area comunicare
- Area screening – invito a non rifiutare
- Area conoscere per decidere
- Area gestire le emergenze.

Gli interventi realizzati mediante appositi avvisi pubblici regionali o mediante accordi fra Pubbliche amministrazioni, ai sensi rispettivamente dell'art 12 e dell'art. 15 della legge 241 del 1990 sono stati coadiuvati dalla campagna di comunicazione regionale VIVI ATTIVO – l'esperienza è una risorsa per tutti gli umbri – realizzata dall'Amministrazione regionale e finanziata dal Fondo sociale europeo. I destinatari finali degli interventi sopraelencati sono persone fisiche, che abbiano compiuto 65 anni di età ed in possesso degli specifici requisiti oggettivi definiti dall'avviso pubblico o dal provvedimento istitutivo dell'operazione

Gli interventi realizzati e finanziati avevano come obiettivo generale la **promozione di stili di vita sani**, la promozione e il mantenimento del benessere durante l'invecchiamento della persona anziana attivando diversi interventi:

- percorsi integrati di attività di promozione di inclusione sociale attiva e di formazione, volte a favorire l'inclusione sociale
- promozione della partecipazione ad attività ricreative, sportive e culturali, per sviluppare relazioni solidali, positive e continuative tra le persone anche per sviluppare il senso di appartenenza alla comunità;
- promozione dell'uso delle nuove tecnologie per ridurre il digital divide;
- promozione dello svolgimento di attività di volontariato;
- promozione di attività di trasferimento del patrimonio di conoscenze cognitive, professionali ed umane accumulate nel corso della vita;
- sostegno alla persona anziana nel suo abituale contesto familiare e territoriale, anche al fine di prevenire i fenomeni di isolamento sociale e limitare l'ospedalizzazione e l'inserimento in strutture residenziali e assistenziali.

I progetti hanno previsto diversi partner (Comuni, Centri Sociali, Università della terza età, Cooperative e imprese sociali, APS, Fondazioni, volontariato, Enti ecclesiastici, ONG) ed hanno coinvolto complessivamente più di 1500 anziani nel 2018.

È stata inoltre attivata, sempre nell'ottica della promozione dell'invecchiamento attivo, una specifica **campagna di comunicazione** realizzata direttamente dalla Regione, tramite i media, per promuovere il benessere delle persone anziane e per valorizzare il loro ruolo nella comunità.

Nel corso del 2020 si è assistito, in relazione all'avvento della pandemia (chiusura delle scuole, necessità di isolamento e divieti di "assembramento"), ad un inevitabile rallentamento di tutte le attività realizzate nel 2019.

3.2.3 Scheda di programma

3.2.3.1 Descrizione dal PNP

Il Programma mira a promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età per contribuire al controllo delle MCNT e ridurre le complicanze. Per raggiungere l'obiettivo complessivo dell'adozione di corretti stili di vita, va facilitato il coinvolgimento delle persone con disabilità, quelle portatrici di disagio psichico o disturbo mentale, quelle che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità, solitamente meno attive e più difficili da raggiungere e coinvolgere.

In accordo alle *Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione - Accordo Stato-Regioni 7 marzo 2019*, nell'ottica di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT, il Programma prevede lo sviluppo di strategie multisettoriali volte a favorire l'integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, sportive, turistiche, culturali, economiche, ambientali, sviluppando anche interventi per creare contesti ed opportunità favorevoli all'adozione di uno stile di vita attivo.

Tali strategie, pertanto, sono finalizzate a:

- coinvolgere il più ampio e qualificato numero di *stakeholder*, riconoscendo identità e ruoli diversi, con particolare riguardo agli enti locali (Comuni e municipalità) quali *super-setting* in cui gli altri convergono;
- favorire una programmazione condivisa fin dall'inizio dei processi, con chiarezza degli obiettivi e delle responsabilità, costruendo convergenze programmatiche e alleanze di scopo su obiettivi condivisi;
- rafforzare l'attenzione sulle disuguaglianze, non solo di natura economica e sociale, ma anche in relazione ad aree di residenza, livelli di istruzione, genere, fragilità e disabilità;

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- incentivare interventi di formazione comune rivolti ai professionisti di tutti i settori coinvolti, per lo sviluppo di adeguate competenze, per comprendere e condividere le motivazioni dell'agire di tutti i soggetti coinvolti;
- sensibilizzare la popolazione sull'importanza di uno stile di vita attivo e dello sport come strumento per il benessere psico-fisico;
- coinvolgere le persone e le comunità per favorire l'acquisizione di autonomia e proattività nella gestione della salute e del benessere (*engagement*).

Il Programma si rivolge alle fasce di età Bambini e Adolescenti, Adulti e Anziani, così come individuate nelle Linee di indirizzo sopra citate e si articola quindi nello sviluppo di:

- a) interventi finalizzati alla creazione di contesti specifici idonei alla promozione dell'attività motoria con interventi strutturali e ambientali;
- b) interventi sulla popolazione sana, sedentaria o non sufficientemente attiva, promuovendone il movimento in setting specifici (scolastico, lavorativo e di comunità), sia nella quotidianità che in occasioni organizzate;
- c) interventi sulla popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani), anche attraverso programmi di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA);
- d) azioni di comunicazione, informazione e formazione, rivolti sia alla popolazione che agli operatori sanitari.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le linee dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.2.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Inattività fisica e sedentarietà contribuiscono al carico di malattie croniche ed impediscono un invecchiamento in buona salute, con un impatto maggiore nelle aree e nei gruppi di popolazione più svantaggiati. Attività ed esercizio fisico non solo contribuiscono in ogni età a migliorare la qualità della vita, ma influiscono positivamente sulla salute, sul benessere e sull'adozione di altri stili di vita salutari, anche attraverso processi di inclusione ed aggregazione nella società. Promuovere l'attività fisica è un'azione di sanità pubblica prioritaria che tuttavia necessita di strategie integrate che tengano conto del peso dei determinanti economici e politici di settori quali la pianificazione urbanistica e dei trasporti, l'istruzione, l'economia, lo sport e la cultura e coinvolgano, quindi, il più ampio numero di *stakeholder*, riconoscendo identità e ruoli.

La promozione dell'attività fisica, secondo le raccomandazioni OMS, si propone di favorire uno stile di vita attivo che consenta di ottenere benefici significativi e diffusi nella popolazione. L'esercizio fisico permette di ottenere infatti risultati specifici a livello individuale, sia nei soggetti sani che in quelli affetti da patologie croniche, migliorando in entrambi il livello di efficienza fisica e benessere.

1. *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world- World Health Organization 2018* <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>

2. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; accessed 12 June 2015* <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>

3. *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025 –OMS* <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>

4. *Documento programmatico "Guadagnare salute". DPCM 4 maggio 2007 –Ministero della salute* http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf

5. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 - Ministero della salute* http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf

6. *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza - LEA (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 Supplemento ordinario n.15).*

Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione - Accordo Stato-Regioni 7 marzo 2019

3.2.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

Il PNP 2020-2025 rafforza la visione One Health che considera la salute come risultato dello sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente e, conseguentemente, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente/animali/ecosistemi. Uno dei principi fondanti del PNP, che il PRP intende perseguire, è pertanto quello della "Salute in tutte le Politiche" da realizzare tramite alleanze e sinergie intersettoriali tra diversi soggetti, istituzionali e non, i quali, condividendo l'obiettivo della promozione della salute dei cittadini, collaborano per agire efficacemente e in maniera coordinata sui diversi determinanti di salute.

L'impegno nella promozione della salute, chiamata a caratterizzare le politiche sanitarie non solo allo scopo di prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche, ma anche per creare nella comunità e nei suoi membri



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

un livello di competenza, resilienza e capacità di controllo (empowerment) che mantenga o migliori il capitale di salute e la qualità della vita. È ormai appurato che inattività fisica e sedentarietà contribuiscono al carico di malattie croniche, impedendo l'invecchiamento in buona salute, con un impatto maggiore nelle aree e nei gruppi di popolazione più svantaggiati e che l'attività fisica influisce positivamente sul benessere e sull'adozione di altri stili di vita salutari, anche attraverso processi di inclusione ed aggregazione nella società: quindi le attività da realizzare aggregando gruppi i cittadini risultano le più efficaci.

La promozione dell'attività fisica è un'azione di sanità pubblica, ma non può che essere patrimonio e impegno dei diversi soggetti istituzionali che, ognuno con identità e ruoli diversi, influiscono su determinanti economici, politici e ambientali, come la pianificazione urbanistica e dei trasporti, l'istruzione, l'economia, lo sport e la cultura.

Pertanto l'esercizio fisico, con diverse forme e diversi livelli di intensità permette di ottenere risultati specifici a livello individuale, sia nei soggetti sani che in quelli affetti da patologie croniche, migliorando in entrambi il livello di efficienza fisica e di benessere e, inoltre, riduce nel tempo anche i costi sanitari legati a malattia e disabilità.

Sulla base delle più recenti indicazioni si ritiene che le **strategie** da mettere in atto anche in Umbria per promuovere l'attività fisica dovranno:

- essere multi-settoriali e riconoscere il peso dei determinanti economici e politici di settori quali la pianificazione urbanistica e dei trasporti, l'istruzione, l'economia, lo sport e la cultura;
- coinvolgere il più ampio e qualificato numero di stakeholder e costruire convergenze programmatiche e alleanze su obiettivi e strategie condivisi, con chiarezza dei ruoli e delle responsabilità;
- promuovere ed incentivare interventi di formazione comune rivolti ai professionisti di tutti i settori coinvolti, per lo sviluppo di adeguate competenze, per comprendere e condividere le motivazioni dell'agire di tutti i soggetti coinvolti;
- riconoscere conseguentemente un ruolo primario agli Enti locali (in primis ai Comuni) con i quali condividere la programmazione di azioni per la popolazione e la valutazione tramite l'analisi delle informazioni derivanti dai Sistemi di Sorveglianza.

La collaborazione tra gli stakeholder a livello regionale e locale da la possibilità di attivare interventi finalizzati a:

- diffondere la cultura della vita attiva e dello sport come strumento per il benessere psico-fisico;
- sensibilizzare tutta la popolazione (con un approccio life-course) sull'importanza di uno stile di vita attivo;
- facilitare la pratica di una adeguata attività fisica tra le persone con disabilità, quelle portatrici di disagio psichico o disturbo mentale, quelle che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità, che sono solitamente meno attive e più difficili da raggiungere.

In generale, si considerano efficaci gli interventi multicomponenti, adattati al contesto culturale e ambientale specifico, che utilizzano le strutture sociali preesistenti (scuola, luoghi di aggregazione e socializzazione per gli anziani e i soggetti fragili) in quanto incontrano una minore resistenza all'implementazione, pertanto si ritiene di proseguire le attività già avviate su diversi setting e fasce di popolazione veicolando informazioni coerenti.

La Regione Umbria, capofila nel 2009-2010 per la messa a punto di "Passi d'Argento", ha aderito al progetto CCM sperimentando l'applicazione PASE (strumento utilizzato per la rilevazione del livello di attività fisica) in due distretti sanitari appartenenti alle due ASL. In totale sono state arruolate 101 persone aventi svolto tutti un ciclo di AFA di tipo non riabilitativo, di cui 83 hanno terminato il follow up e 18 sono stati persi in itinere.

È emerso come in percentuale si riteneva migliorata la percezione del proprio benessere, seppur ai limiti della significatività. Altresì è risultato diminuito il poco interesse nel fare le cose (anche in questo caso al limite della significatività) e migliorato l'umore a discapito dei giorni di senso di "umore depresso" (infatti utilizzando le due domande del PHQ2 per la rilevazione dei sintomi depressivi, si è visto che le persone positive erano 5 nel "pre" e 1 sola nel "post". Visti questi primi incoraggianti risultati, è auspicabile proseguire nell'ottica di quanto già sperimentato, pensando al contempo di ampliare la platea di attori coinvolti.

A luce di queste considerazioni e della situazione di ulteriore disagio che si è creata con la pandemia, sarebbe importante riuscire a facilitare l'inclusione delle persone anziane e in generale quelle con disabilità istituendo help lines, favorendo l'alfabetizzazione digitale e la comunicazione virtuale, proponendo campagne promozione della salute con un taglio "positivo" – misure da adottare a casa per promuovere il proprio benessere e la propria salute -,

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



volontariato, impegno civile, utilizzo del tempo libero, etc., con l'obiettivo finale di dare l'opportunità di diventare protagonisti del proprio benessere anche alle persone più fragili.

Con questa logica anche nella nuova programmazione del Programma Operativo Regionale FSE Umbria 2021/2027, per quanto concerne l'area della promozione dell'invecchiamento attivo, mettendo a frutto l'esperienza pregressa, verranno previsti nuovi e maggiori interventi che avranno ancora come obiettivo generale la promozione di stili di vita sani, la promozione e il mantenimento del benessere durante l'invecchiamento della persona anziana e verrà pertanto dedicata una programmazione specifica al Piano della Prevenzione.

Le strategie, i piani e i programmi inerenti l'area della promozione dell'invecchiamento attivo nonché la formazione e la campagna di comunicazione saranno elaborati da un Tavolo di coordinamento integrato che vedrà la partecipazione di tutti gli attori regionali a vario titolo coinvolti.

Al fine di assicurare la massima visibilità possibile agli interventi, si ritiene necessario che la programmazione sia coadiuvata da una campagna di comunicazione mirata ed integrata con gli interventi che verranno finanziati.

Attività previste

Come è noto alcune attività di promozione della salute, come la proposta delle diverse opportunità di svolgimento dell'attività fisica e sportiva o la possibilità di usufruire di spazi adeguati non sono competenze specifiche del SSR, ma è compito di quest'ultimo svolgere:

- un ruolo propedeutico di diffusione delle informazioni con condivisione dei dati sullo stato di salute della popolazione e delle buone pratiche utili a mantenere lo stato di benessere nelle persone sane e una buona qualità della vita degli anziani e delle persone con problemi di salute;
- attività di *stewardship* nei confronti degli stakeholder (Enti locali, Istituzioni, Terzo settore, Associazioni sportive e altri) che hanno a cuore la salute dei cittadini, per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità), contrastare la sedentarietà e valorizzare gli spazi pubblici e privati utilizzabili a tali scopi;
- ricognizione delle offerte per una sana attività fisica presenti sul territorio dei diversi distretti/Costruzione di una mappa delle opportunità specifica, esistente sul territorio; ;
- attività di coinvolgimento e formazione di medici (MMG e specialisti) affinché effettuino sempre di più attività di counselling nei confronti dei propri assistiti;
- supporto alla riattivazione delle attività di promozione dell'attività fisica e sportiva svolte nelle Scuole, con i *piedibus* scolastici, i Gruppi di cammino, con particolare attenzione a raggiungere le donne e gli anziani con problemi di inclusione sociale.
- Azioni per contribuire a dare piena attuazione alla legge regionale 23/09/2009, n.19 (Norme per la promozione e sviluppo delle attività sportive e motorie).

In generale, si considera pertanto necessario riavviare e potenziare nel prossimo quadriennio le attività per la promozione dell'attività fisica già avviate in Umbria prima della pandemia, al fine di recuperare le collaborazioni già in atto, ampliare la diffusione delle buone pratiche e incrementare gli interventi che hanno dimostrato di essere efficaci e ben accettati.

Da tenere presente che la programmazione attuale è stata ipotizzata in relazione a quello che i servizi di promozione della salute e gli operatori dei Distretti o di altri Servizi (parzialmente dedicati a queste attività) potrebbero potenzialmente fare se messe in condizioni organizzative adeguate e se le collaborazioni sortiranno un effettivo impegno da parte dei soggetti esterni al SSR.

Con le risorse attualmente a disposizione, senza un riordino dei servizi di promozione della salute tali azioni non saranno probabilmente tutte realizzabili

Alla luce di quanto previsto dal PNP 2020-2025, degli obiettivi conseguiti e delle criticità emerse dalla realizzazione dei progetti previsti dal precedente piano, tenendo in considerazione degli obiettivi specifici previsti, per l'attuazione del programma "PP2- Comunità attive." a livello regionale sono da promuovere le seguenti azioni/interventi:

- Attivazione di un Tavolo di coordinamento integrato partecipazione di tutti gli attori a vario titolo coinvolti e definizioni di accordi quadro con gli stakeholder a livello regionale e locale



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

- Costruzione una campagna di comunicazione mirata ed integrata a supporto degli interventi di promozione dell'attività fisica che verranno avviati.
- Organizzazione di percorsi formativi a supporto del programma per gli operatori coinvolti
- Promozione dell'attività fisica e dello sport nelle scuole (vedi PP1) interni all'orario scolastico e Piedibus scolastici che sono obiettivi delle Scuole che promuovono salute.
- Gruppi di cammino organizzati diffusi nei vari distretti con walking leader formati (almeno nei 2/3 dei Comuni);
- Orti di comunità che sono già presenti nei due capoluoghi di provincia e attività fisica offerta attivamente nei parchi cittadini attrezzati (a cura dei Comuni);
- Organizzazione diffusa di Attività Fisica per la salute (o Attività fisica adattata AFA) per coinvolgere le persone anziane e chi ha specifici problemi di salute;
- Aumento del numero delle Palestre promotrici di salute (legge regionale n.19 /2018)
- Nuovi e maggiori interventi per quanto concerne l'area della promozione dell'invecchiamento attivo, programmazione specifica al Piano della Prevenzione (da inserire nella nuova programmazione del Programma Operativo Regionale FSE Umbria 2021/2027).

Per la descrizione delle azioni/interventi si rimanda alla specifica sezione laddove possono essere anche declinate le attività di cui si compongono.

In merito all'equità per lo specifico programma partendo dall'analisi del profilo di salute e di equità e dall'analisi di contesto emerge la necessità di promuovere la seguente azione:

- Formazione al counselling motivazionale breve per MMG e PLS affinché aumentino l'attenzione nei confronti dei gruppi di popolazione più a rischio per seentarietà quali donne nelle classi di età 45-54 e 65-74, anziani, disabili, portatori di disagio anche psichico.

Tutto ciò al fine di sostenere la promozione e la prevenzione della salute caratterizzate da un'esplicita attenzione al contrasto delle disuguaglianze emerse. È obiettivo strategico migliorare la disponibilità di dati aggiornati per le diverse variabili per evidenziare tutte le possibili diseguità e orientare gli interventi e le azioni in maniera contrastando i fenomeni più importanti prioritariamente.

AZIONI

AZIONE 1 - SUPPORTO AI PROGRAMMI DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA NELLA POPOLAZIONE DI OGNI FASCIA DI ETÀ

AZIONE 2 - CONSOLIDARE/SOSTENERE LE ALLEANZE E LA GOVERNANCE

AZIONE 3 - COSTRUZIONE DI UNA CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE MIRATA ED INTEGRATA A SUPPORTO DEGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA CHE VERRANNO AVVIATI

AZIONE 4 - AZIONE EQUITY ORIENTED - PERCORSI FORMATIVI A SUPPORTO DEL PROGRAMMA DEGLI OPERATORI COINVOLTI

CRONOGRAMMA

Attività					
AZIONE 1 - SUPPORTO AI PROGRAMMI DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA NELLA POPOLAZIONE DI OGNI FASCIA DI ETÀ	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Accordi di collaborazione tra ASL-COMUNI-Soc. Sportive-Associazioni, ecc., per la programmazione e/o la riproposizione di interventi intersettoriali e interdisciplinari a livello locale come Piedibus scolastici, gruppi di cammino, e/o di spazi verdi per la salute INDICATORE: Entro il 2023 il 20% , entro il 2025 il 50% dei Comuni realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per fasce di età (o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo)	Regione, ASL, Comuni, Soc. Sportive - Associazioni		X		X

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Stewardship/collaborazione con la Scuola Vedi PP1	Regione USR				
Ricognizione delle iniziative dei programmi AFA attivati e delle Palestre della Salute in funzione e organizzare un repertorio delle diverse possibilità verso le quali indirizzare la popolazione. Ampliamento dei programmi locali di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età facilitando la partecipazione di persone con fattori di rischio o condizioni di fragilità, tramite l'intervento dei MMG o di Specialisti sanitari INDICATORI: - Entro il 2023 attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di AFA rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità nel territorio di 1 Azienda USL, - Entro il 2025 attivo almeno un programma nel territorio delle 2 Aziende USL)			X		X
AZIONE 2 - CONSOLIDARE/SOSTENERE LE ALLEANZE E LA GOVERNANCE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Costituzione di un Gruppo di coordinamento interno che preveda la partecipazione di tutti gli attori regionali (ambiti: Sanità, Sociale, Istruzione, Cultura, Ambiente, ..) interessati	Regione	X			
Costituzione di un Tavolo di coordinamento allargato ai diversi stakeholders esterni alla Regione (Enti locali, Istituzioni, Terzo settore, Associazioni sportive ecc..) entro il trimestre 2022		X			
INDICATORE: Definizione di un accordo "quadro" per sviluppare e consolidare processi intersettoriali (Regione-direzioni, ASL, Comuni, Ass. sportive, ecc.), per favorire uno stile di vita attivo nei diversi ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità). Sulla base di tale accordo costruire accordi a livello territoriale (ASL/Distretti-Province/Comuni, Associazioni, ecc..)	Regione	X			
AZIONE 3 - COSTRUZIONE DI UNA CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE MIRATA ED INTEGRATA A SUPPORTO DEGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA CHE VERRANNO AVVIATI	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Gruppo tecnico con i rappresentanti delle Az. USL e dei principali enti/Istituzioni per definire i principali contenuti e gli obiettivi di una campagna informativa da avviare nel 2023 a supporto delle Azioni del Programma	Regione		X		
Elaborazione dei dati sullo stato di salute e di un documento sulle linee fondamentali della Campagna per la sensibilizzazione su esercizio fisico e sport con particolare attenzione ai diversi target di popolazione Documento di pianificazione della Campagna di sensibilizzazione prodotto entro il primo semestre del 2023	Regione		X		
INDICATORE: Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione per la popolazione e 1 di informazione/supporto ai diversi stakeholder a partire dal 2022	Regione	X	X	X	X
Inserimento sui siti regionale e delle Az. USL - o su una piattaforma dedicata - delle indicazioni sulla opportunità dell'attività fisica e/o dell'attività sportiva per i diversi target di popolazione (per età e condizioni di salute)	Regione, USL		X		
Formazione intersettoriale Almeno 1 percorso formativo per operatori sanitari e non per promuovere il coinvolgimento multidisciplinare di operatori sanitari e non sanitari sull'utilità dell'attività fisica.	Regione/ Servizi di Formazione delle az. USL	X	X	X	X
Percorso formativo per operatori sanitari sul counseling breve, con particolare attenzione ai gruppi di popolazione sedentari e più difficili da coinvolgere. Disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara	Regione/ Servizi di Formazione	X	X	X	X

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



identificazione e quantificazione del target formativo, entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, a partire dal 2022 INDICATORE: Incremento % donne che svolgono regolarmente attività fisica di età compresa fra 55-64 anni e 65-74 anni Formula: Percentuale di donne che svolgono attività fisica Standard: Incremento del 5% delle donne che fanno attività fisica Fonte Sistema di sorveglianza PASSI)	delle az. USL					

AZIONI EQUITY
AZIONI CON INDICATORE

3.2.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP02_OT01	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità), il contrasto alla sedentarietà e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati
PP02_OT01_IT01	Accordi intersettoriali
formula	Presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder
Standard	Almeno 1 Accordo regionale entro il 2022
Fonte	Regione
PP02_OT02_IT02	Formazione intersettoriale
formula	Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP02_OT04	Organizzare percorsi di formazione al counseling breve per gli operatori del SSN coinvolti
PP02_OT04_IT03	Formazione sul counseling breve
formula	Presenza di offerta formativa per gli operatori del SSN (inclusi MMG e PLS) finalizzata all'acquisizione di competenze sul counseling breve
Standard	Disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target formativo, entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



COMUNICAZIONE

PP02_OT05	Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder
PP02_OT05_IT04	Comunicazione ed informazione
formula	Disponibilità e realizzazione di interventi di comunicazione ed informazione rivolti sia alla popolazione sia ai diversi stakeholder
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP02_OT06	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate
PP02_OT06_IT05	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.2.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP02_OS01	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali
PP02_OS01_IS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
formula	$(N. \text{ Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo}) / (N. \text{ totale Comuni}) * 100$
Standard	20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025
Fonte	Regione
PP02_OS01_IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
formula	$(N. \text{ ASL sul cui territorio è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)}) / (N. \text{ totale ASL}) * 100$
Standard	50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025
Fonte	Regione

3.2.6 Azioni

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (1 di 4)	SUPPORTO AI PROGRAMMI DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA NELLA POPOLAZIONE DI OGNI FASCIA DI ETÀ
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	comunità; scuola; comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Attività 4.1 - supporto per la realizzazione del programma di interventi interdisciplinari ed intersettoriali e favorire a livello locale la programmazione partecipata: sulla base dell'accordo quadro regionale, saranno ratificati accordi di collaborazione tra ASL-COMUNI-Soc. Sportive-Associazioni, ecc., per la programmazione e/o la riproposizione di interventi intersettoriali e interdisciplinari a livello locale ("Welfare di Comunità"), come Piedibus scolastici, Gruppi di cammino, e/o di spazi verdi per la salute.

- Entro il 2023 il 20% dei Comuni realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per fasce di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo.
- Entro il 2025 il 50% dei Comuni realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo.

Attività 4.2 - stewardship/collaborazione con la Scuola (vedi PP1)

Attività 4.3 - Effettuare una ricognizione, a livello aziendale o di distretto, delle iniziative dei **programmi AFA** attivati e delle **Palestre della Salute** in funzione e organizzare un repertorio delle diverse possibilità a livello locale verso le quali indirizzare la popolazione.

Partendo dalle esperienze già realizzate, collaborare alla ridefinizione e all'ampliamento dei programmi locali di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età facilitando la partecipazione di persone con fattori di rischio o condizioni di fragilità, tramite l'intervento dei MMG o di Specialisti sanitari.

- Entro il 2023 è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani) nel territorio di 1 Azienda USL
- Entro il 2025 è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani) nel territorio delle 2 Aziende USL

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (2 di 4)	CONSOLIDARE/SOSTENERE LE ALLEANZE E LA GOVERNANCE ATTRAVERSO ATTIVAZIONE DI UN TAVOLO DI COORDINAMENTO INTEGRATO PARTECIPAZIONE DI TUTTI GLI ATTORI A VARIO TITOLO COINVOLTI E DEFINIZIONE DI ACCORDI QUADRO CON STAKEHOLDER A LIVELLO REGIONALE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

AZIONI FINALIZZATE A CONSOLIDARE/SOSTENERE LE ALLEANZE E LA GOVERNANCE DEL PROGRAMMA attraverso l'attivazione di un Tavolo di coordinamento integrato partecipazione di tutti gli attori a vario titolo coinvolti e definizioni di accordi quadro con gli stakeholder a livello regionale

Attività 1.1 - Costituzione di un Gruppo di coordinamento interno che preveda la partecipazione di tutti gli attori regionali (ambiti: Sanità, Sociale, Istruzione, Cultura, Ambiente, ..) interessati

Attività 1.2 - Costituzione di un Tavolo di coordinamento allargato ai diversi stakeholders esterni alla Regione (Enti locali, Istituzioni, Terzo settore, Associazioni sportive ecc..) che abbiano come obiettivo comune la salute della popolazione, con lo scopo di definire un documento di intenti condivisi, elaborato sulla base delle più recenti indicazioni internazionali e nazionali (indicazioni Comunità Europea, Città sane, Carta di Toronto, Dichiarazione di Bangkok, [Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile](#), [17 obiettivi di sviluppo sostenibile](#), ecc..)

- Tavolo di coordinamento costituito entro il I trimestre del 2022

Attività 1.3 - Definizione di un accordo “quadro” per sviluppare e consolidare processi intersettoriali (Regione-direzioni, ASL, Comuni, Ass. sportive, ecc.), nel rispetto dei diversi ruoli e delle responsabilità, finalizzati a favorire uno stile di vita attivo nei diversi ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità).

Sulla base di tale accordo sarà possibile costruire accordi a livello territoriale (ASL/Distretti-Province/Comuni, Associazioni, ecc.)

- L'accordo sarà formalizzato con uno specifico protocollo entro il 2022

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (3 di 4)	COSTRUZIONE CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE MIRATA ED INTEGRATA A SUPPORTO DEGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA CHE VERRANNO AVVIATI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.6 Comunicazione – Marketing sociale

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Attività 3.1 - Attivazione di un Gruppo tecnico con i rappresentanti delle Az. USL e dei principali enti/Istituzioni che collaborano per il Programma per definire i principali contenuti e gli obiettivi di una campagna informativa da avviare nel 2023 a supporto delle diverse Azioni del Programma

Attività 3.2 - Costruire strumenti di comunicazione efficace e capillare e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder: elaborazione dei dati sullo stato di salute e di un documento sulle linee fondamentali della Campagna per la sensibilizzazione su quantità e qualità giusta di esercizio fisico e sport (quando possibile)per le persone sane inattive, con particolare attenzione ai diversi target di popolazione .

- Documento di pianificazione della Campagna di sensibilizzazione prodotto entro il primo semestre del 2023

Attività 3.3 - Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione per la popolazione e 1 di informazione/supporto ai diversi stakeholder entro il 2023

Attività 3.4 - Inserimento (entro il 2023) sui siti regionale e delle Az. USL - o su una piattaforma dedicata alla promozione della salute -delle indicazioni sulla opportunità dell'attività fisica e/o ell'attività sportiva per i diversi target di popolazione (specifica per età e condizioni di salute)

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (4 di 4)	PERCORSI FORMATIVI A SUPPORTO DEL PROGRAMMA PER GLI OPERATORI COINVOLTI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.2 Formazione MMG – PDF
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità; servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Attività 2.1 – Formazione intersettoriale - Per promuovere il coinvolgimento multidisciplinare di operatori sanitari e non sanitari sull'utilità dell'attività fisica la prima azione sarà quella di effettuare una rapida ricognizione e una analisi dei bisogni formativi degli operatori sanitari e non sanitari (insegnanti, caregiver, personale di

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



palestre/società sportive); verrà quindi costruire un percorso formativo regionale finalizzato a supportare le attività da realizzare su tutto il territorio.

- Progettazione e attivazione di almeno 1 percorso formativo per operatori sanitari e non, definito a livello regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target e dei contenuti entro 2022, da ripetere annualmente in base ai bisogni formativi che verranno rilevati (Per gli interventi con la Scuola vedi PP1)

Attività 2.2- **Formazione al counseling breve** - Dai dati PASSI non emergono particolari differenze fra cittadini italiani e stranieri nel ricevere consigli da parte dei MMG, mentre si evidenzia che le *donne in tutte le classi di età*, le persone isolate, disabili e con problemi economici, risultano *maggiormente esposte al fattore di rischio sedentarietà*.

Considerata la necessità di coinvolgimento degli operatori sanitari (MMG, specialisti, ecc..) che dovranno consigliare/certificare l'opportunità di una adeguata attività fisica, si ritiene di dover inserire in ogni az. USL percorsi di formazione al counseling breve con particolare attenzione ai gruppi di popolazione che, dal profilo di salute e di equità, risultano essere sedentari e più difficili da coinvolgere: donne **nelle classi di età 45-54 e 65-74** sulle quali le disuguaglianze incidono maggiormente, anziani, persone con disabilità, quelle portatrici di disagio anche psichico.

- Progettazione e realizzazione del percorso formativo per operatori sanitari sul counseling breve a partire dal 2022, da ripetere annualmente

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumento % delle donne che svolgono attività fisica
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Formare i MMG, affinché tramite attività di counselling motivazionale breve per raggiungano le fasce di popolazione più svantaggiate (anziani, donne, disabili) solitamente meno attivi e più difficili da raggiungere, con particolare attenzione alle donne nelle classi di età 45-54 e 65-74
ATTORI COINVOLTI	Regione/ Servizi di Formazione delle az. USL per la programmazione dei corsi in collaborazione con la Scuola di Sanità pubblica MMG, PLS come target della formazione
INDICATORE	Incremento donne che svolgono regolarmente attività fisica di età compresa fra 55-64 anni e 65-74 anni • Formula: Percentuale di donne che svolgono attività fisica • Standard Incremento del 5% delle donne che fanno attività fisica • Fonte Sistema di sorveglianza PASSI

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.3 PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute

3.3.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP03
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Gabriella Madeo
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti - MO3 Incidenti domestici e stradali - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale - MO1-11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva - MO1-12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale) - MO1-13 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute - MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui - MO2-03 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti - MO2-06 Offrire programmi finalizzati alla limitazione dei rischi e alla riduzione del danno - MO3-01 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) - MO3-02 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici - MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente - MO4-03 Redazione e ricognizione linee di indirizzo (ex art. 2 decreto 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano - MO4-06 Favorire nei giovani l'acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL - MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, - MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche - MO5-13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti - MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: - ,contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina,contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol,riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà,contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile,riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato,aumento del consumo di frutta e verdura, - prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) - MO2LSb Sviluppo di programmi intersettoriali per accrescere le capacità

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza degli individui, nei contesti di vita e di lavoro, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili - MO3LSf Promozione di stili di vita corretti nella popolazione con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate - MO3LSH Informazione/comunicazione sul rischio di incidente stradale correlato a comportamenti a rischio - MO2LSm Offerta di interventi di counseling breve nei contesti della medicina di base e in quelli lavorativi e in altri contesti adeguati
LEA	- B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B06 Promozione della sicurezza stradale - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - E06 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04 - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica - F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari - F09 Prevenzione delle dipendenze

3.3.2 Sintesi del profilo di salute ed equità ed analisi di contesto

Le malattie cronic-degenerative (neoplasie, malattie cardiovascolari, diabete, etc) sono fortemente correlate con stili vita e comportamenti non salutari, pertanto è possibile ridurre in modo significativo il rischio di sviluppare queste malattie adottando abitudini sane, in particolare con un'alimentazione corretta, evitando il fumo, limitando il consumo di alcol e svolgendo un'attività fisica regolare.

Dai sistemi di sorveglianza (OKkio alla SALUTE, PASSI, PASSI d'Argento) si stima che l'Umbria sia la regione con la più alta prevalenza di fumatori, con un trend temporale stabile a differenza del resto del paese, che invece vede una costante diminuzione del fenomeno. Il fumo di sigaretta è più frequente nella fascia di età compresa tra 18 e i 49 anni, nel sesso maschile, tra coloro che hanno un livello di istruzione medio e riferiscono maggiori difficoltà economiche. La quota di ex fumatori cresce all'avanzare dell'età, è maggiore fra gli uomini e in prevalenza fra i

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



cittadini italiani rispetto agli stranieri. Per quanto riguarda l'attività fisica, la stima è che la popolazione umbra sia in maggior misura attiva o parzialmente attiva e la sedentarietà è più frequente al crescere dell'età, nel sesso femminile, tra le persone con basso livello di istruzione e tra coloro che hanno maggiori difficoltà economiche. D'altro canto è osservata tra gli umbri la tendenza ad un basso consumo giornaliero di frutta e verdura in tutte le fasce di età, raggiungendo in minima percentuale l'indicazione al consumo di 5 o più porzioni di frutta e/o verdura nell'arco della giornata. Bambini, adulti ed anziani infatti ne consumano prevalentemente 1 o 2 porzioni giornaliere. In Umbria si stima che siano in eccesso ponderale un bambino su 3, 2 adulti su 5 e 3 anziani su 5. L'eccesso ponderale è una condizione più frequente all'aumentare dell'età, nel sesso maschile, tra le persone con livelli d'istruzione più bassi e tra quelle economicamente più svantaggiate. In Umbria il 37% dei 18-69enni dichiara di non consumare bevande alcoliche, ma 1 persona su 6 ne fa un consumo a "maggiore rischio" per la salute, per ciò che concerne quantità o modalità di assunzione. In particolare, l'8% è un bevitore fuori pasto, il 3% ha un consumo abituale elevato, mentre il 10% è un bevitore binge. I consumatori di alcol esposti a maggior rischio, sono sovente i giovani (si stima che nella fascia di età tra i 18 e 24 anni, la quota raggiunga addirittura il 42%), uomini e persone con un livello di istruzione medio alto. Tra i bevitori binge si osservano le medesime associazioni.

La promozione della salute (Workplace Health Promotion – WHP) trova negli ambienti di lavoro un setting strategico, in quanto il lavoro è in grado di influenzare direttamente e indirettamente molti determinanti di salute e, al contempo, la capacità di lavorare e il suo mantenimento nel tempo sono condizionati dallo stato di salute. Pertanto implementare la Promozione della Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, ampliando le opportunità strutturali di compiere scelte salutari, potenziando l'*empowerment* dei lavoratori, migliorando l'organizzazione e il benessere in ambito lavorativo, può portare beneficio al singolo lavoratore sia in termini di salute e benessere individuale, sia rispetto alla riduzione dell'assenteismo e del presentismo. Altresì, questo non può che condurre ad un miglioramento del clima e dell'immagine aziendali con possibili esiti positivi su quell'eterogeneo fenomeno degli infortuni e malattie professionali.

Gli interventi di WHP sviluppati nel precedente piano avevano come ambito principale il fumo di tabacco. Con il progetto "La sfida della promozione della salute nei lavoratori: i Medici Competenti impegnati contro l'abitudine al fumo", si è scelto di coinvolgere i medici competenti del territorio regionale, affinché promuovessero la disassuefazione dal fumo dei lavoratori che venivano sottoposti a visita nell'ambito della sorveglianza sanitaria periodica, attraverso l'effettuazione del "minimal advice"; questo per riuscire ad interessare una ampia fetta della popolazione lavorativa con un intervento efficace, realizzabile e sostenibile. Con il progetto "Verso l'ospedale senza fumo", si intendevano sviluppare Policy nelle aziende sanitarie che integrassero interventi regolatori, come i divieti, con interventi di promozione della salute, avendo come destinatari non solo i lavoratori, ma anche gli utenti. L'obiettivo mirava a salvaguardare il loro diritto di non essere esposti a fumo passivo, favorendo e promuovendo le loro scelte salutari (come la cessazione dell'abitudine al fumo), facendoli sentire in un ambiente curante della visione olistica della persona.

3.3.3 Scheda di programma

3.3.3.1 Descrizione dal PNP

Il Programma sostiene la promozione della salute negli ambienti di lavoro, secondo il modello *Workplace Health Promotion (WHP)* raccomandato dall'OMS, presidiando specificatamente la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative e la promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute mediante cambiamenti organizzativi che incoraggino e facilitino l'adozione di stili di vita salutari.

Il Programma agisce su fattori non tradizionalmente associati al rischio lavorativo, ma la dimensione sistemica del *setting* ne raccomanda^{15,16}, pur nell'assoluto rispetto di ruoli e funzioni dei diversi settori dei Dipartimenti di Prevenzione che intervengono, l'implementazione nella prospettiva di un approccio orientato al modello di *Comprehensive Workplace Health-Total Worker Health*.

Il Programma, utilizzando la leva della Responsabilità Sociale d'Impresa, prevede l'ingaggio di "Datori di lavoro" (privato e pubblico comprese strutture sanitarie) nella attivazione di processi e interventi tesi a rendere il luogo di lavoro un ambiente "favorevole alla salute" attraverso cambiamenti organizzativo-ambientali (incremento di opportunità strutturali per l'adozione di scelte comportamentali salutari) e il contestuale incremento di competenze e consapevolezza (*empowerment*) nei lavoratori.



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

Operativamente il Programma consiste nella proposta di un percorso strutturato, fondato su un processo partecipato interno (che coinvolga le figure aziendali strategiche: RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, Risorse Umane, ecc.) ed i lavoratori stessi, che impegna il Datore di lavoro a mettere in atto azioni efficaci e sostenibili cioè pratiche raccomandate in quanto basate su evidenze di efficacia e/o Buone Pratiche validate e criteri di sostenibilità economico-organizzativa, in tema di comportamenti preventivi/salutari, in particolare nei seguenti ambiti Alimentazione, Tabagismo, Attività Fisica, Alcool e dipendenze (con possibilità di associazione ad interventi raccomandati per il benessere aziendale e lo sviluppo sostenibile, la prevenzione di IST/HIV).

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.3.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

La promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP) è stata identificata dall'OMS come una delle strategie efficaci nell'ambito delle politiche di promozione della salute^{1,2}. Numerose evidenze sostengono che l'implementazione di WHP può produrre potenziali benefici sia in termini di salute, sia di diminuzione delle assenze dal lavoro^{3,4}. Altri studi hanno segnalato la presenza di possibili effetti positivi di programmi WHP sul fenomeno del "presentismo"⁵.

Più consolidati in letteratura, con risultati efficaci, sono gli interventi realizzati sui luoghi di lavoro per il contrasto del fumo di tabacco, ed in particolare i programmi di gruppo, il *counseling* individuale le terapie farmacologiche⁶. Per quanto riguarda la prevenzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze d'abuso⁷⁻⁸, la letteratura evidenzia l'importanza dello sviluppo, nei diversi contesti, di pratiche organizzative finalizzate al rafforzamento di atteggiamenti protettivi e preventivi, con particolare riferimento alla riduzione della condizione di "tolleranza disfunzionale"⁹⁻¹⁰⁻¹¹. Inoltre, i lavoratori che partecipano a programmi *drug-free* di provata efficacia riportano un più alto grado di produttività riducendo infortuni, turnover, assenteismo¹².

Una revisione di letteratura sottolinea che i programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro inerenti ad attività fisica, alimentazione, cessazione del fumo, hanno un'efficacia anche su una serie di *outcome* come la salute percepita, l'assenza da lavoro per malattia, la produttività sul lavoro, la *work ability*²⁰.

Un ambito di particolare interesse, in relazione alla situazione epidemiologica, riguarda la gestione ed il reinserimento di lavoratori con malattie croniche o disabilità psicosociali: la tutela della salute è strettamente correlata alla protezione del capitale umano e dell'investimento nella formazione di professionisti¹³. La Commissione Europea già da diversi anni si occupa di Responsabilità Sociale di Impresa e ha sottolineato l'importanza per le aziende di investire sul capitale umano, sull'ambiente, sul rapporto con il territorio in cui è inserita e con tutte le parti interessate, considerando queste attività un investimento per migliorare sia l'ambiente di lavoro sia l'immagine dell'azienda e dei prodotti in termini di marketing¹⁴.

Gli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro sono tanto più attuali nel momento in cui la forza lavoro sta rapidamente invecchiando con conseguenze sulla *work ability*. Essi hanno anche un ruolo importante nella riduzione delle disuguaglianze di salute se indirizzati ed adattati verso i gruppi bersaglio più esposti e più vulnerabili, quali i lavoratori manuali e quelli meno qualificati.

In termini di *effectiveness*, una Buona Pratica è rappresentata dal Programma "Luoghi di lavoro che Promuovono salute – Rete WHP Lombardia" (PRP 2015 – 2019)¹⁷, validato dalle seguenti iniziative della Commissione Europea: *Joint Action Chrodis*¹⁸ e *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*¹⁹.

1. WHO European Office. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*.
2. WHO. *Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners*. 2010 Ginevra
3. Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. (2009). *Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence 2000–2006*. IGA Report 13e. Available from: www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_13e_effectiveness_workplace_prevention.pdf
4. Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. *Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness*. *Am J Prev Med*. 2013 Apr;44(4):406-15. doi: 10.1016/j.amepre.2012.12.007. Review
5. Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Côté P. *Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature*. *BMC Public Health*. 2011 May 26; 11:395. doi: 10.1186/1471-2458-11-395. Review.
6. Cahill K, Lancaster T. *Workplace interventions for smoking cessation*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 26;2:CD003440. doi: 10.1002/14651858.CD003440.pub4. Review.
7. *Making your workplace drug-free a kit for employers*, Division of Workplace Programs, Center for substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, DHHS Publication n. SMA07-4230, <http://workplace.samhsa.gov/pdf/workplace-kit.pdf>
8. *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace*. An ILO code of practice Geneva, International Labour Office, 1996, http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-nline/books/WCMS_PUBL_9221094553_EN/lang-en/index.htm
9. ILO, Samsha e Bennet, Team Awareness, EMCDDA:
10. Bennett, J. B., Lehman, W. E. K., & Reynolds, G. S. (2000). *Team awareness for workplace substance abuse prevention: The empirical and conceptual development of a training program*. *Prevention Science*, 1(3), 157-172.
11. Bennett, J., Bartholomew, N., Reynolds, G., & Lehman, W. (2002). *Team Awareness facilitator manual*. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.
12. Samsha. (2014). *factsheet - Why you should care about having a drug-free workplace*, 10–11. b. http://www.uniquebackground.com/images/forms/why_you_should_care_fs_1.pdf

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



13. ENWHP. "Promuovere un ambiente di lavoro salutare per lavoratori con patologie croniche: una guida alle buone pratiche". 2014. Traduzione italiana a cura di Regione Lombardia e Dors Regione Piemonte. Disponibile da: <http://www.promozionesalute.regione.lombardia.it>
14. Commissione delle Comunità Europee (2011). Libro verde sulla tutela dei consumatori nell'Unione Europea. Enterprise Publications, Bruxelles
15. Dors, Regione Piemonte "Promuovere salute nel luogo di lavoro Evidenze, modelli e strumenti" https://www.dors.it/documentazione/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf
16. Ontario Workplace Coalition. The Comprehensive Workplace Health Model. <https://owhc.ca/>
17. <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/setting/luoghi-di-lavoro>
18. <http://chrodis.eu/good-practice/lombardy-workplace-health-promotion-network-italy/>
19. https://ec.europa.eu/eip/ageing/repository/search/lombardia_en
20. Rongen A et al. Workplace Health Promotion. A meta-analysis of effectiveness. *Am J Prev Med* 2013; 44 (4): 406–415

3.3.3.3 Declinazione a livello regionale del programma

I progetti di WHP del piano 2014-2018 hanno visto una realizzazione parziale degli obiettivi, con una partecipazione disomogenea dei soggetti coinvolti. A fronte dei benefici prospettati degli interventi di WHP, questa non è riuscita a risultare sufficientemente "strategica" da superare le difficoltà materiali e le relative inerzie che ne hanno ostacolato l'implementazione che, per definizione, non poteva prescindere dalla partecipazione attiva delle figure strategiche aziendali (datore di lavoro/management in primis). E' pertanto fondamentale fornire un impulso grazie al quale le figure strategiche aziendali siano motivate a partecipare alla programmazione e realizzazione dei programmi di WHP. Altrettanto fondamentale è costruire un sistema, utile nell'immediato, a supportare, assistere le aziende nell'implementazione di programmi di WHP. Stili di vita, ambiente, attività lavorativa e rischi professionali si interfacciano, tanto da raccomandare un approccio che vada ad integrare la prevenzione dai rischi per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, con la promozione delle azioni di prevenzione di danni acuti e cronici.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, infatti, pone l'accento sulla necessità di sostenere e orientare il sistema della prevenzione verso un "approccio" sistemico di Promozione della Salute, rendendo trasversale ai Macro Obiettivi di Piano lo sviluppo di strategie di empowerment e capacity building secondo indicazioni della letteratura internazionale in materia e dell'OMS in aderenza ai principi enunciati nella Carta di Ottawa.

La prevenzione nei luoghi di lavoro, secondo questi indirizzi, deve seguire la logica della *Total Worker Health (TWH)*, ovvero dell'insieme di politiche, programmi e pratiche che integrano la prevenzione dai rischi per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con la promozione delle azioni di prevenzione di danni acuti e cronici, a favore di un più ampio benessere del lavoratore, tenendo in adeguata considerazione la sinergia tra rischi lavorativi, ambiente, stili di vita e condizioni personali (età, genere, condizioni di salute, disabilità, tipologie contrattuali).

Più consolidati in letteratura, con risultati efficaci, sono gli interventi realizzati nei luoghi di lavoro per il contrasto del fumo di tabacco. Per quanto riguarda la prevenzione dei rischi correlati all'utilizzo di sostanze d'abuso, la letteratura evidenzia l'importanza dello sviluppo, nei diversi contesti, di pratiche organizzative finalizzate al rafforzamento di atteggiamenti protettivi e preventivi, con particolare riferimento alla riduzione della condizione di "tolleranza disfunzionale". Inoltre, i lavoratori che partecipano a programmi drug-free, di provata efficacia, riportano un più alto grado di produttività riducendo infortuni, turnover e assenteismo.

Una revisione della letteratura, sottolinea che i programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro inerenti ad attività fisica, alimentazione e cessazione del fumo, hanno efficacia anche su una serie di *outcome*: la salute percepita, l'assenza da lavoro per malattia, la produttività sul lavoro, la "*work ability*". Un ambito di particolare interesse, in relazione alla situazione epidemiologica, riguarda la gestione ed il reinserimento di lavoratori con malattie croniche o disabilità psicosociali o vittime di infortuni sul lavoro o di malattie professionali; la tutela della salute e sicurezza sul lavoro è strettamente correlata alla protezione del capitale umano e dell'investimento nella formazione di professionisti¹³. La Commissione Europea già da diversi anni, si occupa di Responsabilità Sociale di Impresa e ha sottolineato l'importanza per le aziende di investire sul capitale umano, sull'ambiente, sulla prevenzione nei luoghi di lavoro, sul rapporto con il territorio in cui si contestualizza non trascurando tutte le parti interessate, andando a considerare questi dinamismi come investimenti per migliorare sia l'ambiente di lavoro, sia l'immagine di azienda e prodotti in termini di marketing.

Gli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro diventano ancora più attuali proporzionalmente al fatto che la forza lavoro sta rapidamente invecchiando, andando quindi ad inficiare la *work ability*. Essi hanno anche un ruolo

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



importante nella riduzione delle disuguaglianze di salute se indirizzati ed adattati verso i gruppi bersaglio più esposti e vulnerabili, quali i lavoratori manuali e quelli meno qualificati.

Con il presente programma si intende dare continuità alle esperienze precedenti rendendo strutturale il sistema regionale della WHP, ampliando gli ambiti di intervento anche al consumo di alcol, all'attività fisica e all'alimentazione salutare, facilitando e supportando la realizzazione di programmi aziendali caratterizzati da efficacia e sostenibilità economico/organizzativa.

Accanto a queste azioni, di grande respiro e necessariamente rivolte ad imprese di dimensione medio grandi, è sotteso il coinvolgimento strutturato dei medici competenti aziendali che dovranno realizzare iniziative di counselling nel corso della sorveglianza sanitaria o scegliendo altri momenti formativi. Al fine di evitare l'esclusivo coinvolgimento di aziende di grandi dimensioni – così come dimostrato in altre regioni – l'azione suddetta, permetterà di realizzare azioni efficaci anche ad aziende di dimensioni più piccole, che difficilmente sarebbero riuscite ad accedere al programma più complesso.

Il programma è quindi incentrato sulla proposta alle aziende di un percorso strutturato, fondato su un processo partecipato che coinvolga tutte le figure strategiche aziendali, che impegni le aziende a mettere in atto interventi di promozione della salute, individuati attraverso raccomandazioni e buone pratiche predefinite, nell'ambito di tabagismo, alimentazione, consumo a rischio di alcol e attività fisica.

Le buone pratiche aziendali comportano la diffusione della cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro, nella consapevolezza che un lavoratore "sano" sia anche più "sicuro", in grado di contribuire alla prevenzione degli eventi infortunistici e tecnopatici.

Sede naturale per il confronto fra stakeholders e per lo sviluppo di alleanze strategiche, è il Comitato di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs 81/08, che nella sua articolazione umbra vede la partecipazione permanente dei rappresentanti dei portatori di interesse quali associazioni di categoria di aziende, professionisti, rappresentanze sindacali, Università nonché di Organi di Vigilanza e Enti Previdenziali, in seno al quale diventa evidentemente definibile un accordo intersettoriale con focus sulla diffusione, sviluppo e sostenibilità del programma di WHP.

Affinché la WHP abbia successo, è infatti necessaria un'alleanza "multi-attore", che vede dispiegate diverse sinergie: datori di lavoro, aziende sanitarie territoriali, Inail, lavoratori e loro rappresentanti sindacali. Chiave di volta per suddetti interpreti è il Medico Competente che va a rappresentare un nodo fondamentale della rete per progettare, realizzare iniziative e percorsi utili per la salute e il benessere nei luoghi di lavoro.

Si tratta di un obiettivo ambizioso per la contingente necessità e opportunità di cambiamento di paradigma e di approccio culturale.

Dal punto di vista operativo deve essere costituito il Gruppo di Lavoro per redigere un documento di "Pratiche raccomandate e sostenibili" da mettere a disposizione delle aziende, nel quale siano definite le modalità di intervento, avendo cura di perseguire criteri di efficacia e sostenibilità economico/organizzativa. Per giungere ad individuare le cause e i fattori che contribuiscono ai bisogni di salute, sarà opportuno attingere le informazioni derivanti da indagine e ricerca sperimentale, così da poter identificare le azioni più efficaci di promozione della salute. Lo stesso Gruppo di lavoro contribuisce insieme alla Regione alla realizzazione di un sistema regionale che:

- sia in grado di fornire materiale e documenti utili alla realizzazione dei programmi di WHP;
- assicuri durante il percorso, sulla base di criteri di efficacia, sostegno metodologico coerentemente agli obiettivi del Programma;
- monitori la partecipazione delle aziende e la realizzazione dei programmi di WHP, coerenti con le "Pratiche raccomandate e sostenibili"
- certifichi la effettiva e corretta realizzazione dei programmi WHP.

Si dovrà quindi strutturare un percorso che contestualmente consenta: alle aziende di partecipare al programma (iscrizione, download di materiale di cui al "Documento regionale pratiche raccomandate e sostenibili", supporto alla realizzazione) e al GdL regionale di effettuare il monitoraggio per la rilevazione degli interventi.

AZIONI**AZIONE 1 -REALIZZARE INIZIATIVE DI FORMAZIONE****AZIONE 2 - COSTRUIRE LE ALLEANZE PER LA WHP**

Piano regionale della prevenzione 2020-2025

**AZIONE 3 - SUPPORTO ALLE AZIENDE PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA WHP****AZIONE 4 – EQUITY ORIENTED: DIFFUSIONE DELLE BUONE PRATICHE E COMUNICAZIONE PER LA PROMOZIONE DEL MODELLO DELLA WHP"****CRONOGRAMMA**

Attività	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Delibera di costituzione del GdL in cui: a) individuare referenti di Regione, USL Umbria 1, USL Umbria 2, INAIL, Università, CERSAG b) definire i ruoli specifici di ciascuno nella progettazione, nel supporto alle aziende e nel monitoraggio	Regione	X			
Realizzazione di un seminario di sensibilizzazione rivolto al mondo datoriale e sindacale – destinatari i membri del COMITATO Regionale di Coordinamento per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro (DPCM 21 dicembre 2007) e di un laboratorio di co-progettazione basata sulle evidenze scientifiche al fine di arrivare alla selezione e messa a punto condivisa del repertorio regionale di buone prassi e dell'Accordo intersettoriale finalizzato alla diffusione e sviluppo e sostenibilità del programma.	Regione, Villa Umbra, INAIL	X			
Delibera di Accordo intersettoriale in seno al Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 approvata (almeno un accordo) finalizzato alla diffusione e sviluppo e sostenibilità del programma con gli stakeholders (INDICATORE: Almeno 1 accordo di carattere regionale entro il 2022)	Regione	X			
Realizzazione di almeno un percorso di formazione sul counselling breve rivolto a: medici competenti delle aziende private e pubbliche, comprese quelle sanitarie, INAIL, medici PSAL e altro personale sanitario (INDICATORE: realizzazione di almeno un percorso formativo entro il 2022)	Regione/Gruppo di lavoro	X			
Elaborazione del documento Regionale delle pratiche raccomandate e sostenibili per sostenere la costruzione a livello regionale della rete dei luoghi di lavoro che promuovono la salute (INDICATORE: documento buone pratiche redatto entro il 2022)	Gruppo di lavoro	X			
Realizzazione di incontri formativi con le imprese	Gruppo di lavoro		X	X	X
Predisposizione dei materiali a supporto delle aziende pubblicabili sui siti di Regione, Az.USL., Associazioni datoriali e sindacali, enti bilaterali, INAIL (AZIONE EQUITY)	Gruppo di lavoro	X			
Costruzione della piattaforma informatica attraverso la quale monitorare l'adesione delle aziende, ma anche mettere a disposizione materiali, strumenti per costruire "buone pratiche" e raccomandazioni basate sulle evidenze, nonché diffondere le iniziative e facilitare l'adesione delle imprese (AZIONE EQUITY e INDICATORE: progettazione sistema entro il 2022)	Regione/Gruppo di lavoro	X			
Monitoraggio adesione aziende (AZIONE EQUITY e INDICATORE: utilizzo del sistema entro il 2022)	Gruppo di lavoro		X	X	X
Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale (con particolare target donne adulte e fattori di rischio sedentarietà e fumo) (AZIONE EQUITY e INDICATORE: progettazione e produzione entro il 2022)	Gruppo di lavoro		X		
Realizzazione di almeno una iniziativa all'anno di marketing sociale con particolare target donne adulte e fattori di rischio sedentarietà e fumo (AZIONE EQUITY e INDICATORE: realizzazione di almeno un intervento anno dal 2023)	Gruppo di lavoro			X	X

AZIONI EQUITY

Piano regionale della prevenzione 2020-2025

**AZIONI CON INDICATORE****3.3.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali****INTERSETTORIALITÀ**

PP03_OT01	Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavoro nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti
PP03_OT01_IT01	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma
formula	Presenza di Accordi formalizzati
Standard	Almeno 1 Accordo di carattere regionale entro il 2022
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP03_OT02	Garantire opportunità di formazione dei professionisti sanitari e medici
PP03_OT02_IT02	Formazione dei Medici Competenti al counseling breve
formula	Presenza di offerta regionale di programmi formativi validati (anche FAD)
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo entro il 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP03_OT03	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute
PP03_OT03_IT03	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni
formula	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022 realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP03_OT04	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza dei datori di lavoro sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze di salute, delle prassi organizzative
PP03_OT04_IT04	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.3.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP03_OS02	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)
PP03_OS02_IS01	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere (“Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)
formula	presenza
Standard	disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali
Fonte	Regione
PP03_OS02_IS02	Disponibilità di un sistema di monitoraggio regionale per la rilevazione della realizzazione degli interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”
formula	presenza
Standard	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022, disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023
Fonte	Regione
PP03_OS01	Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l’adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita
PP03_OS01_IS03	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)
formula	(N. sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”, per ciascuna area indicata nel Documento stesso) / (N. sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche aderenti al Programma) *100
Standard	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro il 2025
Fonte	Regione
PP03_OS01_IS04	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)
formula	(N. Aziende Sanitarie e Ospedaliere aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili” per ciascuna area indicata nel Documento stesso) / (N. Aziende sanitarie e ospedaliere aderenti al Programma) *100
Standard	almeno il 20% entro il 2023; almeno il 50% entro il 2025
Fonte	Regione

3.3.6 Azioni

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (1 di 4)	REALIZZARE INIZIATIVE DI FORMAZIONE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.10 Formazione per lo sviluppo e il consolidamento di reti collaborative
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Attraverso un'attività formativa preliminare, in parte già pianificata nell'ambito di un Accordo Regione- INAIL-Scuola di Amministrazione Pubblica Villa Umbra, si intende gettare le basi per lo sviluppo della strategia regionale in materia di promozione della salute nei luoghi di lavoro individuando, già per il 2022 le seguenti azioni formative:

- 1) seminario di sensibilizzazione rivolto al mondo datoriale e sindacale – destinatari i membri del COMITATO Regionale di Coordinamento per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro (DPCM 21 dicembre 2007)
- 2) percorso di formazione rivolto a: medici competenti delle aziende private e pubbliche, comprese quelle sanitarie, INAIL, medici PSAL e altro personale sanitario
- 3) laboratorio di co-progettazione basata sulle evidenze scientifiche al fine di arrivare alla selezione e messa a punto condivisa del repertorio regionale di buone prassi e dell'Accordo intersettoriale finalizzato alla diffusione e sviluppo e sostenibilità del programma.

Il programma formativo vuole sperimentare, in forma embrionale ma concreta, il metodo di confronto/collaborazione all'interno di una comunità istituzionale e professionale accomunata dall'obiettivo della salute e sicurezza dei lavoratori, creando una base comune di riferimenti culturali, normativi e un linguaggio condiviso.

Attraverso la formazione, oltre ad aumentare conoscenze e competenze, si mira a potenziare:

- la consapevolezza di operare per un obiettivo comune e quindi il senso di appartenenza ad un sistema;
- la capacità di lavorare insieme per il raggiungimento dell'obiettivo comune;
- la corresponsabilizzazione verso il raggiungimento dell'obiettivo;
- la reciproca fiducia;
- L'empowerment.

Il gruppo di progetto e coordinamento dovrà progettare e **realizzare interventi formativi specificatamente rivolti alle imprese che aderiranno al progetto**, con l'obiettivo di supportarle costantemente nell'attuazione delle buone prassi per la WHP.

Indicatori

Offerta di programma formativo su promozione della salute
(Standard: almeno 1 percorso formativo entro il 2022)

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (2 di 4)	COSTRUIRE ALLEANZE PER LA WHP
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

- Delibera per l'approvazione di una proposta di un accordo intersettoriale finalizzato alla diffusione e sviluppo e sostenibilità del programma con gli stakeholders, nell'ambito del Comitato di coordinamento ex Art. 7 D.Lgs 82/2008, che definisca indirizzi e programmi da implementare nei luoghi di lavoro secondo i principi della WHP; la collaborazione intersettoriale sarà la chiave di volta per favorire l'adesione delle imprese ai programmi WHP.
- Delibera di costituzione di un gruppo di lavoro e di coordinamento regionale che avrà i seguenti compiti:
 - definizione delle modalità di attuazione e monitoraggio del protocollo;
 - costruzione delle buone pratiche e degli strumenti a supporto delle aziende e dei medici competenti;
 - progettazione del sistema regionale di adesione volontaria adesione e di monitoraggio;;
 - pianificazione e attuazione di specifiche azioni di supporto alle aziende, anche attraverso percorsi formativi dedicati alle stesse e ai medici competenti;
 - progettazione di campagne di comunicazione e di marketing sociale;
 - valutazione delle attività dal punto di vista degli output e degli esiti anche al fine di individuare le best practice e gli interventi riproducibili nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse.

Indicatori

Delibera di costituzione del gruppo di progetto e coordinamento approvata
(Standard: DGR entro il 2022)

Delibera di Accordo intersettoriale in seno al Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 approvata
(Standard: almeno 1 accordo entro il 2022)

Luoghi di lavoro raggiunti dal programma a
(Standard: N. Aziende Sanitarie e Ospedaliere aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" per ciascuna area indicata nel Documento stesso/ (N. Aziende sanitarie e ospedaliere aderenti al Programma) *100)

Luoghi di lavoro raggiunti dal programma b
(Standard: N. Aziende Sanitarie e Ospedaliere aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" per ciascuna area indicata nel Documento stesso/ (N. Aziende sanitarie e ospedaliere aderenti al Programma) *100)

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (3 di 4)	SUPPORTO ALLE AZIENDE PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA WHP
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.1 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Il gruppo di lavoro e coordinamento, nell'ambito di un laboratorio di co-progettazione con gli stakeholder (vedi azioni successive), dovrà elaborare il **documento Regionale delle pratiche raccomandate e sostenibili** per sostenere la costruzione a livello regionale della rete dei luoghi di lavoro che promuovono salute, salute definendo le azioni ed interventi rivolti al benessere attraverso un approccio orientato alle life skills. Il documento avrà come base di partenza la valorizzazione delle esperienze già intraprese sia a livello internazionale, che da altre regioni italiane che hanno già lavorato su tale tematica. Il documento sarà oggetto di una periodica rivalutazione ed eventualmente implementato.

Indicatori

Documento regionale pratiche raccomandate e sostenibili redatto
(Standard: entro il 2022)

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (4 di 4)	DIFFUSIONE DELLE BUONE PRATICHE E COMUNICAZIONE PER LA PROMOZIONE DEL MODELLO DELLA WHP
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.11 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

- Predisposizione dei materiali a supporto delle aziende pubblicabili sui siti di Regione, Az.USL, Associazioni datoriali e sindacali, enti bilaterali, INAIL
- Costruzione della piattaforma informatica attraverso la quale monitorare l'adesione delle aziende, ma anche mettere a disposizione materiali, strumenti per costruire "buone pratiche" e raccomandazioni basate sulle evidenze a partire dal 2023, nonché diffondere le iniziative e facilitare l'adesione delle imprese
- Costruzione della campagna informativa con target i lavoratori in particolare donne adulte, che dovrà specificatamente affrontare i fattori di rischio che sono stati evidenziati dal profilo di salute come quelli su cui maggiormente insiste la diseguità, ovvero sedentarietà e abitudine al fumo di tabacco, e identificata come azione equity oriented.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025

**Indicatori**

Progettazione di strumenti materiali a supporto dei programmi di health promotion nei luoghi di lavoro e di marketing sociale

(Standard: materiali prodotti entro il 2022)

Realizzazione di intervento di marketing sociale

(Standard: realizzazione di almeno un intervento/anno a partire dal 2023)

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Costruire una campagna informativa sul rischio sedentarietà e fumo di tabacco
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Coinvolgimento del Comitato ex art.7 del D.lgs 81/2008 nelle fasi di pianificazione e diffusione della Comunicazione
ATTORI COINVOLTI	Gruppo di lavoro per WHP
INDICATORE	campagna di comunicazione
	• Formula: campagna di comunicazione realizzata • Standard Almeno una campagna di comunicazione • Fonte regione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.4 PP04 Dipendenze

3.4.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP04
REFERENTI DEL PROGRAMMA	BRAVI ANGELA
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti - MO3 Incidenti domestici e stradali - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO1-02 Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori - MO1-03 Promuovere la salute nei primi 1000 giorni - MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui - MO2-03 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti - MO2-04 Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope - MO2-05 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato - MO2-06 Offrire programmi finalizzati alla limitazione dei rischi e alla riduzione del danno - MO2-07 Sensibilizzare sui rischi, le problematiche e le patologie correlate a uso/abuso di sostanze - MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	- MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - MO4-07 Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la “conservazione attiva” della salute, ovvero verso la Total worker health - MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un’ottica di Total worker health - MO4-09 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore - MO5-01 Implementare il modello della “Salute in tutte le politiche” secondo gli obiettivi integrati dell’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute - MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, - MO6-08 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C) - MO6-19 Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST (es. Clamidia, Gonorrea, etc.) sulla popolazione - MO6-20 Incrementare e favorire strategie parallele, secondo il modello fondato sui CBVCT*, che promuovano l’esecuzione del Test HIV e del counseling nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari - MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO1LSa Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, articolato in azioni di documentata efficacia, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico (a partire dalla scuola dell’infanzia), per la promozione della salute fisica e mentale - MO2LSa Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico, per la promozione della salute - MO2LSb Sviluppo di programmi intersettoriali per accrescere le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza degli individui, nei contesti di vita e di lavoro, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili - MO2LSd Miglioramento dell’integrazione e del coordinamento intersettoriale tra programmi e azioni per la riduzione della domanda e

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	dell'offerta di sostanze psicotrope - MO2LSf Offerta di programmi finalizzati alla formazione del personale addetto alla vendita e somministrazione degli alcolici - MO2LSg Sviluppo di collaborazioni con i gestori dei locali e gli organizzatori degli eventi finalizzate alla riduzione dei rischi legati all'abuso di alcol e altre sostanze psicoattive e al miglioramento ambientale (es. regolazione rumori, disponibilità acqua, disponibilità di informazioni) - MO2LSH Adozione di standard minimi di qualità nell'area della prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope, della riduzione del rischio, del trattamento, della riabilitazione e dell'integrazione sociale - MO2LSi Diffusione tra i professionisti degli strumenti per applicare interventi di prevenzione efficaci - MO2LSj Sviluppo di programmi volti al coordinamento tra servizi sanitari, servizi sociali, scuola e associazioni al fine di attivare percorsi di identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato - MO3LSf Promozione di stili di vita corretti nella popolazione con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate - MO6LSg Offerta dei test HCV, HBV e HIV alle popolazioni a rischio e della vaccinazione anti HBV - MO6LSu Promozione di interventi sui comportamenti: comprendono azioni sui comportamenti a rischio (esercizio consapevole della sessualità, miglioramento dell'adesione alla terapia, corretto uso del profilattico maschile e femminile, counseling) - MO2LSk Sviluppo di protocolli operativi di prevenzione indicata con orientamento ai servizi e coinvolgimento del territorio per soggetti all'esordio di problemi di abuso e dipendenza (per es. adolescenti e famiglie) o in particolari condizioni di vita (per es. gravidanza) - MO2LSI Potenziamiento dell'offerta, da parte dei Servizi per le Dipendenze Patologiche, di interventi di prevenzione selettiva e di riduzione dei rischi e del danno (es. Drop in, Unità di strada), in collaborazione con altri Servizi sanitari, Enti locali e Terzo settore - MO2LSm Offerta di interventi di counseling breve nei contesti della medicina di base e in quelli lavorativi e in altri contesti adeguati - MO2LSn <p>Programmi integrati e intersettoriali volti a rafforzare la collaborazione tra i Servizi per le dipendenze, gli altri Servizi sanitari, i Servizi sociali, il Terzo settore, le Associazioni di auto mutuo aiuto</p>
LEA	- C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	- F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F09 Prevenzione delle dipendenze - art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche

3.4.2 Sintesi del profilo di salute ed equità ed analisi di contesto

PROFILO DI SALUTE

Alcol, fumo e gioco d'azzardo nella popolazione generale

In Umbria, come in Italia, l'alcol è la sostanza psicoattiva maggiormente utilizzata.

Secondo la Sorveglianza PASSI 2016-2019, il 62,9% riferisce di essere bevitore (55,6% Italia); il 18,7% è un consumatore a rischio.

L'indagine IPSAD®2019 del CNR rileva un leggero aumento del consumo di alcol nell'anno. I consumi nella provincia di Perugia (83,4% nell'anno; 72,7% ultimi 30 giorni) sono leggermente superiori rispetto a Terni (rispettivamente 77,6% e 68,4%).

Il binge drinking nell'ultimo anno è riferito dal 18,9% e negli ultimi 30 giorni dal 13,7%, il doppio tra i maschi rispetto alle femmine e prevalentemente nella fascia d'età 18-24 anni (36,4% nell'anno; 25,5% ultimi 30 giorni).

Il consumo di alcol nella popolazione anziana (39,2%) è simile alla media nazionale.

Riferisce di aver guidato dopo aver bevuto l'8,6% degli intervistati (7,1% Italia), mentre i controlli delle forze dell'ordine sono riferiti dal 36,5% (27,9% Italia); i controlli con etilotest vengono riferiti dall'8,0% (9,2% Italia) delle persone sottoposte a controllo.

Il 28,8% degli intervistati è fumatore, il 21,4% ex fumatore e il 49,8% non fumatore (dati PASSI 2016-2019). Si ha, in Umbria, una prevalenza di fumatori maggiore rispetto al dato italiano, seppure in leggera diminuzione.

Il 43,1% ha dichiarato che, in caso di contatto con medico o operatore sanitario nell'ultimo anno, il sanitario si è informato sull'abitudine al fumo (38,2% Italia). Di questi, il 50,2% dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare (51,6% Italia).

I dati umbri riguardanti il fumo passivo sono tutti peggiori dei dati nazionali; l'86,9% degli intervistati dichiara di vedere rispettati i divieti di fumo nei locali pubblici, sul luogo di lavoro il 91% e l'astensione dal fumo in ambiente domestico viene riferita dal 75,3%.

Nella popolazione anziana la prevalenza dei fumatori (11,9%) è superiore al dato nazionale, come pure quella degli ex-fumatori (31,5%).

Secondo l'indagine GAPS – Gambling Adult Population Survey 2019 del CNR, in Umbria il 41,8% della popolazione generale di 18-84 anni ha praticato giochi d'azzardo nell'ultimo anno (47,7% maschi; 36,3% femmine, simile alla media italiana); di questi, il 15,3% presenta un profilo a rischio.

Per il gioco nell'ultimo anno, le percentuali più elevate si osservano in Alto Chiascio, Valnerina e Trasimeno.

Sostanze psicoattive illegali nella popolazione generale

L'indagine IPSAD®2019 rileva, nella popolazione di 15-64 anni, una leggera diminuzione del consumo di cannabis nell'anno (9,8% nel 2013-2014; 8,8% nel 2019). La quota di femmine consumatrici di cannabis è doppia nella

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Provincia di Perugia (6,7%) rispetto a quella di Terni (3,0%), mentre per i maschi, che mostrano i livelli di consumo maggiori, le quote sono identiche (7,9%).

Per le altre sostanze, si rileva una generale diminuzione del consumo nell'anno: cocaina e crack 1,2% (2,4% nel 2013-2014), oppiacei 0,3% (0,9% nel 2013-2014), allucinogeni 0,3% (0,6% nel 2013-2014), stimolanti 0,4% (0,7% nel 2013-2014). Si evidenziano consumi maggiori nella Provincia di Perugia.

Consumi nella popolazione giovanile

Secondo l'indagine ESPAD®Italia del CNR, condotta sugli studenti di 15-19 anni, nel 2019 i consumi maggiormente diffusi in Umbria riguardano l'alcol (80%), il tabacco (58%), gli energy drink (51%), il gioco d'azzardo (44%) e l'eccesso alcolico (32%), sovrapponibili a quelli nazionali.

I livelli di consumo sono superiori nei maschi rispetto alle coetanee, in particolare per energy drink (61,4% vs. 36,2% femmine) e gioco d'azzardo (53,5% vs. 33,8% femmine), con l'eccezione di tabacco nella vita (59,7% femmine; 56,3% maschi), nell'uso quotidiano (24,5% femmine; 22,2% maschi) e psicofarmaci senza prescrizione medica (8,9% femmine; 3,9% maschi).

Riguardo a binge drinking (38,1%) ed eccesso alcolico (14,4%), i dati regionali sono superiori a quelli nazionali.

Relativamente al gioco d'azzardo, il profilo prevalente è quello di uno studente maschio (53,5%), della fascia 18-19 anni (50%), anche se tra i 15-17enni 4 studenti su 10 riferiscono di aver giocato d'azzardo (40%) nonostante il divieto.

Il 46% dei giocatori predilige bar/tabacchi/ricevitorie, soprattutto le studentesse, mentre il 32% le sale scommesse, soprattutto i ragazzi. I minorenni giocano di più presso l'abitazione propria o di amici (oltre il 37%).

Tra i non-giocatori una quota maggiore riferisce di non avere luoghi di gioco vicino casa e/o scuola, i ragazzi giocatori riferiscono una presenza maggiore di luoghi dove poter giocare vicino alla scuola.

Tra coloro che hanno giocato d'azzardo durante l'ultimo anno, il 12,3% ha un profilo "a rischio" e il 7,4% "problematico".

La sorveglianza HBSC 2018 (Health Behaviour in School-aged Children) mostra, nel gruppo dei 15enni, una prevalenza di binge drinking del 44%, mentre il 43% riferisce ubriacatura 2 o più volte nella vita e il 42% consumo di alcol negli ultimi 30 giorni. Le 15enni umbre riferiscono l'ubriacatura almeno una volta nella vita (22%) in quota maggiore del dato nazionale (16%) e rispetto ai ragazzi umbri (21%), anch'essi in percentuale maggiore rispetto al dato italiano (19%).

Riguardo al fumo di tabacco, tra i ragazzi umbri di 11, 13 e 15 anni l'82% non ha mai fumato. Il 10% dei 15enni e delle 15enni fuma tutti i giorni.

Rispetto alle rilevazioni degli anni precedenti, nel 2019 l'indagine ESPAD®2019 rileva un aumento delle prevalenze negli ultimi 12 mesi relative al gioco d'azzardo, mentre si rileva una leggera diminuzione nell'uso quotidiano di tabacco.

Secondo l'indagine ESPAD®2019 il 18% degli studenti umbri ha riferito di aver utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso dell'ultimo anno; la cannabis (17,9%) rappresenta la sostanza illecita più utilizzata, seguono gli psicofarmaci senza prescrizione medica (6%) ed i cannabinoidi sintetici (3%). In confronto agli anni precedenti, i dati relativi al consumo di sostanze illegali mostrano un trend in diminuzione.

Il 13% degli studenti intervistati ha fatto uso di più sostanze (poliutilizzatori). Coloro che hanno utilizzato due o più sostanze stupefacenti durante l'anno riferiscono anche altri comportamenti a rischio, quali aver avuto problemi con le Forze dell'Ordine, aver avuto rapporti sessuali non protetti.

Il 97% degli umbri di 15-19 anni riferisce di possedere almeno un dispositivo per l'accesso ad Internet e di usarne quotidianamente almeno uno, il 20% per tutto il giorno, soprattutto le ragazze. Il 12% degli utilizzatori di Internet ha un utilizzo "a rischio" (16,6% femmine; 7,5% maschi).

Il 28% degli studenti riferisce di conoscere qualcuno che è stato vittima di cyberbullismo agito da compagni di classe (54%). Il 20% riferisce di aver preso parte a episodi di cyberbullismo. Il 38% ha riferito di aver subito episodi di cyberbullismo, specialmente i minorenni e le ragazze.

Il 66% degli studenti ha giocato ai videogiochi almeno una volta nell'ultimo anno, dato superiore a quello nazionale.

Secondo la sorveglianza HBSC 2018, fa uso problematico dei social media: il 5% delle femmine e il 7% dei maschi di 11 anni; il 14% delle femmine e il 10% dei maschi di 13 anni; l'8% delle femmine e il 7% dei maschi di 15 anni.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025

**Abbandono scolastico e popolazione NEET dopo la pandemia**

L'abbandono scolastico in Umbria nel 2020 nella fascia 18-24 anni (11,2%) è minore rispetto al dato nazionale (13,1%) ma in aumento dal 2019 (+1,7%). Le femmine che abbandonano la scuola sono in quota maggiore (12,0%, in aumento dal 2019: 8,4%) rispetto ai maschi umbri (10,5%) e al dato nazionale (10,4%). Considerando la popolazione NEET, l'Umbria mostra prevalenze minori rispetto al dato nazionale sia nel 2019 che nel 2020, ma in aumento. Nella fascia 15-29, nel 2020 l'incidenza maggiore di NEET è tra le femmine (19,9%) come anche nella fascia 15-24 (15,4%) (Dati Istat 2020).

Utenti in carico ai SerD

La popolazione assistita nel 2020 è di 5.618 utenti (52% Ausl Umbria1, 48% Ausl Umbria2; 5.543 utenti nel 2019), di cui 17% nuovi utenti, 74,3% già in carico, 8,5% rientrati nel 2020 per nuovi trattamenti. Il 77,5% sono maschi, prevalentemente nella fascia d'età 40-49 anni (28,2%), con una differenza di genere: le femmine sono più rappresentate fino a 19 anni (30%) e oltre i 60 (29%), mentre i maschi mostrano percentuali più simili nelle diverse età.

Il 69,8% è rappresentato da persone con dipendenza da sostanze illegali, il 27,7% da alcool e il restante 8,2 % da disturbo da gioco d'azzardo e altre dipendenze comportamentali.

Conoscenza dei Servizi Sanitari

Lo studio GAPS 2019 ha indagato anche il livello di conoscenza dei servizi sanitari. Il 43% del campione riferisce di essere "per niente/poco" informato sulle modalità di accesso ai Servizi Sanitari; si tratta soprattutto di maschi (48% vs. 39% femmine) e giovani. Riguardo ai Servizi per le dipendenze, il 71% degli uomini e il 68% delle donne si dicono "per nulla/poco" informati, prevalentemente i più giovani; helpline e servizi di strada sono quelli meno conosciuti. (Dati studio GAPS 2019).

PROFILO DI EQUITÀ'

Considerando le principali differenze riscontrabili nella popolazione umbra nei consumi di sostanze legali, illegali e gioco d'azzardo emerse dalle Sorveglianze HBSC 2018, PASSI e PASSI d'Argento 2016-2019, dalle indagini GAPS 2019 ed ESPAD® Italia 2019 del CNR e dal Report regionale *"La geografia del gioco d'azzardo. Indagine 2020 - Dati anno 2019"* del CERSAG – Centro Regionale per la Salute Globale, emergono alcune aree a rischio di disuguaglianza di seguito presentate:

- **Genere:** i consumi sono prevalenti nei maschi, con alcune eccezioni che denotano una tendenza alla parificazione tra i generi. Rispetto all'alcol, il binge drinking una volta a settimana rappresenta un comportamento prevalentemente femminile. Il fumo di tabacco nella vita e quotidiano è maggiore tra i maschi nella popolazione generale e anziana, mentre in quella giovanile è maggiore nelle femmine. I consumatori abituali di cannabis sono maggiormente femmine, che consumano anche maggiormente psicofarmaci senza prescrizione medica. L'uso di internet "a rischio" è prevalente tra le femmine.
- **Età:** la popolazione più a rischio è nella fascia 18-24; rispetto al fumo di tabacco nella popolazione anziana, l'abitudine al fumo è maggiore tra le persone sole.
- **Titolo di studio:** i consumi sono maggiori tra la popolazione con titolo di studio più basso; unica eccezione è il consumo di alcol, maggiore tra chi ha titoli più elevati. I ragazzi che giocano d'azzardo riferiscono un peggior andamento scolastico e si evidenziano prevalenze maggiori tra chi ha genitori con basso titolo. L'uso di internet "a rischio" è prevalente nelle femmine con andamento scolastico medio/basso.
- **Condizioni economiche ed occupazionali:** mentre il fumo di tabacco è maggiore tra le persone con difficoltà economiche, quello di alcol lo è tra chi ne riferisce di minori. In ultimo, la maggior parte dei giocatori riferisce di avere un'occupazione; i giocatori a rischio sono maggiormente studenti e casalinghe/i; i genitori dei ragazzi giocatori sono maggiormente occupati entrambi.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- **Territorio:** Il consumo di alcol nell'anno è leggermente superiore nella provincia di Perugia. Il fumo di tabacco nell'anno nella provincia di Perugia è maggiore nella popolazione di 18-44 anni, mentre nel ternano (che mostra consumi superiori) in quella 45-84.

Le giocate totali più elevate si rilevano nel Perugino, Ternano, Alto Tevere e Alto Chiascio; i territori del Perugino, Terni, Alto Tevere, Assisano e Alto Chiascio mostrano livelli più elevati in Slot e VLT. L'importo delle giocate è maggiore dove sono presenti più opportunità di gioco e nelle zone a più alto reddito, con alcune eccezioni come Valnerina e Alto Chiascio, che mostrano reddito più basso ma valori elevati nelle giocate. Si rilevano percentuali elevate di gioco a rischio in Valnerina, Alta Valle del Tevere e Media Valle del Tevere.

Le femmine consumatrici di cannabis sono il doppio nella provincia di Perugia rispetto al ternano, mentre per i maschi le quote sono identiche; i consumi delle altre sostanze illegali sono prevalenti nella provincia di Perugia.

- **Relazioni sociali:** I ragazzi giocatori risultano meno soddisfatti del rapporto con i familiari, ma più soddisfatti di sé e delle proprie condizioni di salute rispetto ai coetanei.

I poliutilizzatori riferiscono di avere genitori che non sanno dove e con chi essi trascorrono il sabato sera e/o le uscite serali. L'uso di internet "a rischio" è prevalente tra coloro che riferiscono di avere genitori che non sanno con chi e dove trascorrono le serate e/o il sabato sera, che non fissano regole dentro/fuori casa; gli utilizzatori a rischio non si sentono affettivamente ed emotivamente sostenuti dai propri genitori.

Punti di forza

Costituiscono punti di forza le programmazioni, attività e collaborazioni attivate in precedenza e coerenti con il presente Programma, sulle quali esso può concretamente fondarsi prevedendone ulteriori sviluppi:

- Il Piano per la prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo, che include una serie di attività di profilo preventivo avviate già da anni e spesso rivolte trasversalmente ad una gamma di comportamenti a rischio; il Piano peraltro è sostenuto da risorse economiche specifiche, che hanno consentito di supportare anche finanziariamente le attività.
- Il Protocollo di collaborazione con ANCI Umbria, sottoscritto in data 1.3.2021 nell'ambito del Piano regionale di contrasto al gioco d'azzardo, dal quale è scaturito un percorso di concreta e proficua collaborazione ampliata anche ad altri temi; è previsto il supporto di ANCI Umbria in tutte le aree del Piano che insistono sull'integrazione socio-sanitaria, con un ruolo di coordinamento operativo e di supporto agli Enti locali.
- Il Protocollo di Intesa tra Ufficio scolastico regionale e Regione Umbria, sottoscritto a settembre 2016, con il quale è stato avviato un rapporto di collaborazione con le istituzioni scolastiche.
- Il Programma "Impariamo a resistere" del PRP 2014-2019, comprendente in particolare tre progetti di promozione della salute da attuare in collaborazione con le Scuole, con l'obiettivo generale di promuovere il potenziamento dei fattori di protezione e contenere i fattori di rischio, facilitare lo sviluppo armonico della persona in tutte le fasi della crescita, sviluppare la capacità di riconoscere i comportamenti a potenziale rischio e operare scelte di salute consapevoli. Il programma prevedeva tre progetti: Pensiamo positivo, rivolto alle scuole dell'infanzia e primarie, fino alle secondarie di primo grado; Unplugged, rivolto alle secondarie di primo grado; YAPS -Young And Peer School, rivolto alle secondarie di secondo grado; i tre Progetti si riferiscono al modello Life Skills Education (OMS, 1993) declinato in tre metodologie diverse per la stessa sfida, affrontare scelte di Salute.
- Le iniziative formative sulle metodologie di promozione della salute dedicate alle Scuole, agli operatori sanitari e sociosanitari, ad operatori di altre istituzioni e del Terzo settore e, in alcuni casi, ai volontari di associazioni, con l'obiettivo di diffondere la cultura della promozione della salute all'interno delle Aziende Sanitarie, nelle Scuole e nella comunità. In particolare, il Centro Regionale per la Salute Globale-CERSAG ha realizzato le seguenti iniziative formative:
- Progettare la promozione della salute per i grandi temi di Guadagnare Salute: le malattie croniche non trasmissibili – corso avanzato, anno 2017;

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Dalla One Health alla Global Health - I determinanti di salute nel mondo globale fra disuguaglianze, migrazioni, cooperazione e nuove emergenze: interazioni e azioni multidisciplinari, anno 2017;
- La salute della popolazione anziana: profili di rischio e promozione della salute, anno 2017;
- Doping: contrasto, prevenzione e promozione della salute, anno 2017;
- L'approccio biopsicosociale nella salute mentale e nelle dipendenze patologiche: promuovere le risorse sane nella salute e nella malattia, anno 2019;
- La valutazione qualitativa del Programma Impariamo a Resistere del Piano Regionale di Prevenzione, anno 2019;
- Promozione della salute con gli adolescenti nei consultori, anno 2019;
- Prendersi cura del paziente migrante, anno 2019;
- La progettazione partecipata per la promozione della salute nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione, anno 2019;
- Promuovere la salute e la health literacy con biblioteche e luoghi di cultura, anno 2019.
- Il Piano regionale Adolescenti e giovani adulti, approvato con DGR n. 886/2020, che include, accanto alle attività di promozione della salute nelle scuole e in contesti extrascolastici, attività mirate al contatto precoce con le situazioni problematiche, attività di sensibilizzazione rivolte alle famiglie, percorsi di presa in carico specifici per la popolazione target.
- La legge regionale n. 1/2016 in materia di politiche giovanili, che include la realizzazione di un portale rivolto ai giovani e, tra le altre attività, dà attenzione in particolare agli Informagiovani presenti presso i Comuni.
- La Convenzione sottoscritta nel 2019 tra Regione Umbria, CEU e Anci Umbria per la realizzazione di interventi per valorizzare la funzione sociale, educativa e formativa delle parrocchie e degli istituti religiosi cattolici attraverso gli oratori, nell'ambito del percorso formativo rivolto a minori, adolescenti e giovani.
- Il Progetto YAU - Young Angles Umbria, scaturito dal progetto nazionale CCM "Social net skills", ovvero un servizio innovativo di ascolto online dedicato ai giovani tra i 14 e i 29 anni, promosso dalla Regione Umbria in collaborazione con il Comune di Perugia, il Centro Servizi Giovani del Comune di Perugia e le AUSL Umbria 1 e 2, sostenuto da un gruppo di peer, cioè ragazzi formati e supportati da tutor (operatori socio-sanitari).
- Il portale Umbria Giovani e il Magazine Umbria Giovane, realizzati su iniziativa della Regione Umbria in partenariato con il Comune di Perugia in applicazione della legge regionale n. 1/2016 sopra citata, con la finalità di offrire informazioni utili al percorso di crescita, formazione e autonomia dei giovani umbri.
- L'Osservatorio epidemiologico sulle dipendenze, che si avvale della collaborazione con Centri di studio e di ricerca di livello regionale e nazionale, quali il Centro Regionale per la Salute Globale-CERSAG e l'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, con i Servizi di Epidemiologia e i servizi territoriali delle ASL, con l'Università di Perugia ed in particolare l'Istituto di Medicina Legale, con altre istituzioni quali le Prefetture.
- Il sistema informativo a disposizione di tutti i servizi ASL ed attualmente oggetto di un progetto di evoluzione.
- La presenza di servizi per le dipendenze diffusi capillarmente nel territorio regionale.
- La presenza di servizi residenziali e semiresidenziali accreditati afferenti ad un'ampia gamma di tipologie di offerta e caratterizzati da un rapporto consolidato di integrazione con i servizi delle ASL.
- La sperimentazione del sistema di valutazione ICF Recovery, quale strumento a disposizione dei servizi ASL e dei servizi accreditati residenziali e semiresidenziali per supportare la definizione dei programmi terapeutici individuali integrati e monitorare nel tempo il loro andamento; l'utilizzo da parte di tutti i servizi favorisce la costruzione e il consolidamento di un linguaggio comune e di orientamenti fondamentali condivisi, nell'ambito del paradigma bio-psico-sociale;
- Il progetto per la sperimentazione del Budget di salute nell'area delle dipendenze, avviato nel 2020, che si svilupperà nell'arco temporale di 2 anni e prevede l'utilizzo di questo nuovo strumento organizzativo su un gruppo di persone con Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) o altre dipendenze in carico ai SerD; attraverso tale approccio si può intervenire contemporaneamente: sul sistema dei servizi, sul "capitale sociale", perché incentiva il coinvolgimento attivo della comunità; sulla partecipazione della persona utente, per il fatto che dà la possibilità di partecipare direttamente alla definizione del proprio progetto terapeutico;

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Il coordinamento tecnico regionale delle Unità di strada e centri a bassa soglia, costituito nel 2008, e, sempre nell'area della riduzione del danno, il progetto regionale APRIRE, finalizzato a rinnovare e uniformare in ambito regionale le modalità di intervento nei luoghi dell'aggregazione e del divertimento giovanile caratterizzati da elevati consumi di sostanze psicoattive.
- Il Piano regionale per l'eliminazione dell'epatite C, approvato con DGR n. 1564/2018.
- La costante realizzazione di corsi di Formazione sui temi connessi alle dipendenze, nell'ambito dei Piani regionali pluriennali di formazione.
- Le collaborazioni avviate in diversi territori tra i servizi territoriali e associazioni di profilo sociale e culturale, per la realizzazione di iniziative congiunte.

Punti di debolezza

- Reti di promozione della salute delle Aziende USL: Organizzazione della Rete di promozione della salute difforme tra le due ASL; debolezza della struttura organizzativa e della dotazione di personale della Rete di promozione della salute della USL Umbria 1.
- Servizi per le dipendenze delle Aziende USL: Eccessiva differenziazione organizzativa e metodologica tra le due ASL e tra i singoli SerD, con disuguaglianze in alcuni casi significative nella dotazione di personale tra i diversi servizi e nel budget assegnato. Assenza del Dipartimento delle dipendenze in USL Umbria 1, in contraddizione con le disposizioni della DGR n.1115/1999, che individua il modello organizzativo regionale del sistema dei servizi per le dipendenze nel dipartimento di profilo funzionale.
- Insufficienti rapporti di integrazione tra i servizi per le dipendenze e l'area della salute mentale.
- Assenza di indirizzi regionali riguardo all'area della riduzione del danno, peraltro analogamente a quanto avviene in ambito nazionale, nonostante questa tipologia di intervento sia stata inserita nei LEA con il DPCM 12 gennaio 2017.
- Servizi/Unità di riduzione del danno: Assenza di servizi/unità stabili di riduzione del danno nel territorio di Terni, a fronte di fenomeni problematici quali le overdose in incremento, e nel territorio dell'Orvietano; scarsa dotazione di personale nelle realtà di Città di Castello e di Foligno.
- Insufficiente diffusione di approcci orientati alle specificità di genere.
- Insufficiente diffusione di approcci ed interventi specifici per la popolazione immigrata.
- Eccessivo turnover delle equipe e limitato ricorso alle supervisioni.
- Scarsa conoscenza da parte dei cittadini dei Servizi per le dipendenze patologiche (SerD), prevalentemente tra i più giovani e soprattutto riguardo alle unità di riduzione del danno;
- Difficoltà di coinvolgimento e integrazione con il territorio (Zone Sociali, Associazionismo, etc.)
- Ridotta diffusione della cultura del dato e della valutazione (in particolare degli esiti).

Opportunità

- Avvio di una nuova fase di collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, connotata da un più stretto e fattivo rapporto di integrazione.
- Nuovo PRP con una visione di Salute in tutte le politiche e conseguente possibilità di connessione con altri Programmi.
- Partecipazione a tavoli e progetti nazionali/interregionali.
- Accordo con ANCI Umbria e conseguente percorso di integrazione tra servizi sanitari territoriali e servizi dei Comuni, avviato con la costituzione di tavoli integrati in ciascun territorio di Distretto sanitario – Zona sociale; possibilità di ampliare il percorso di integrazione ad altri ambiti tematici oltre al gioco d'azzardo.
- Maggiore dimestichezza con le opportunità offerte dalla tecnologia, a seguito delle necessità imposte dall'emergenza sanitaria da Covid 19. Evoluzione delle dotazioni informatiche in uso presso i servizi.

Minacce

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Persistenza, pur con modalità diverse, della pandemia di COVID 19 e conseguenti ricadute: aumento delle disuguaglianze socioeconomiche comprese le differenti opportunità di accesso alle tecnologie, impatto sui servizi e sulle disponibilità di personale per attività diverse, cambiamenti nei consumi e conseguente necessità di analisi tempestive per ri-orientare l'offerta, eventuale interruzione della didattica in presenza e ricadute sulle scuole in termini di abbandono e dispersione scolastica, necessità di formare nuovi insegnanti e peer alle metodologie dei progetti inclusi nel piano, difficoltà nel realizzare attività formative in presenza.
- Utilizzo di Fondi a termine associati a progetti nazionali o regionali e conseguente precarietà delle realizzazioni; acquisizione di personale con contratti a tempo determinato e conseguente instabilità delle equipe.
- Eccessivo turn over del personale, anche in posizioni apicali, per pensionamenti ed altro, e conseguente difficoltà a garantire la necessaria continuità alle attività programmate. Anche per l'assenza di curricula di studi specifici sui temi delle dipendenze, difficoltà di accompagnare l'inserimento di nuove figure professionali con adeguati percorsi formativi.
- Eventuale attivazione di progettazioni ricadenti sui medesimi temi o sugli stessi contesti-target, ma fuori linea rispetto alle azioni previste dal Programma, con conseguente perdita di coerenza dell'intervento complessivo erogato, dispersione di risorse e, nel caso di azioni non sostenute dalle evidenze scientifiche, rischio di effetti iatrogeni.

Precondizioni per la sostenibilità del Programma

- Garantire dotazioni di personale adeguate all'impegno richiesto dal Programma; laddove si utilizzino fondi a termine, di provenienza nazionale o regionale, per l'acquisizione di personale con contratti a tempo determinato, valutare la possibilità di stabilizzare quelle posizioni di cui sia stato evidenziato il valore aggiunto nella qualità dei servizi erogati.
- Aggiornare i modelli organizzativi delle diverse aree di servizi coinvolti, in coerenza con le esigenze imposte dal Programma; in particolare, garantire solidità e uniformità regionale alle Reti di promozione della salute delle Aziende USL; riorganizzare la rete dei servizi ASL deputati al trattamento delle dipendenze.
- Dare continuità e stabilità, attraverso opportuni percorsi di "messa a regime", alle azioni di provata efficacia.
- Garantire forme di coordinamento efficaci tra i diversi Programmi che compongono il Piano e nell'ambito del presente Programma, dal livello regionale a quello Aziendale e locale, al fine di attuare le opportune sinergie tra azioni similari ed evitare frammentazione o sovrapposizione di interventi.
- Definire/aggiornare atti di indirizzo regionali in riferimento ad azioni non orientate in maniera uniforme nel territorio regionale. Definire con atto regionale indirizzi metodologici e organizzativi e standard quantitativi per le attività e i servizi di riduzione del danno, in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017.

3.4.3 Scheda di programma

3.4.3.1 Descrizione dal PNP

Il Programma è orientato allo sviluppo di funzioni previsionali e strategiche di intervento di prevenzione delle diverse forme di dipendenza da sostanze e comportamenti e in relazione a fenomeni emergenti di particolare rilievo per salute della popolazione generale connessi all'impatto di nuove forme/modalità di diffusione e approccio alle sostanze d'abuso legali e illegali (con particolare riferimento all'eroina e all'alcol), delle nuove tecnologie e dei device, dell'offerta di gioco d'azzardo lecito, anche online.

Il Programma declina pertanto una strategia regionale, fortemente orientata all'intersectorialità, che rinforzi le condizioni di appropriatezza, impatto e sostenibilità nella programmazione di azioni efficaci, sulla base di alcuni presupposti fondamentali, quali:

- il riconoscimento e la valorizzazione della dimensione culturale della prevenzione per orientare e contrastare le reali caratteristiche di fenomeni, assai differenti nelle loro specifiche manifestazioni ma altrettanto omogenei per le dimensioni di vulnerabilità, i fattori di rischio e lo sfondo socioculturale in cui si innestano, riconoscendone la complessità in relazione ai modelli culturali e sociali dominanti rispetto al "consumo" stesso;
- il coinvolgimento e il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali per garantire un sistema di intervento complessivo che consideri e permetta la sinergia costante e continuativa di tutte le risorse umane, professionali, tecniche, organizzative e sociali (oltre

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



che finanziarie) necessarie per una prevenzione efficace che non deleghi il compito di prevenire la diffusione dei fenomeni di consumo esclusivamente al sistema socio-sanitario;

- la partecipazione e la mobilitazione delle risorse e delle capacità presenti all'interno della popolazione di riferimento per permettere che giovani e adulti siano maggiormente responsabilizzati verso i comportamenti di consumo e abuso di sostanze nei propri contesti di vita e per la tutela della propria salute;
- la promozione e l'adozione di programmi basati sulle evidenze di efficacia adattando modalità e contenuti ai contesti e ai destinatari degli interventi, migliorando le capacità e le competenze di programmatori, progettisti e operatori del settore.

Più specificatamente, il Programma punta a:

- sviluppare il coordinamento degli interventi e delle azioni di tutti gli attori del territorio applicando strumenti organizzativi che favoriscano uniformità ed equità nell'erogazione degli interventi preventivi e creando partnership costanti e continuative a livello locale; in tale senso valorizza la collaborazione dei Dipartimenti Dipendenze con i Dipartimenti di Prevenzione, titolari della *governance* multilivello in campo preventivo prevista a livello normativo;
- qualificare le attività di prevenzione, coerentemente agli *European drug prevention quality standards*, aumentando la diffusione e l'adozione di iniziative *Evidence-Based* (azioni raccomandate), coerentemente integrate con gli obiettivi dei Programmi Predefiniti di *setting* (in particolare "Scuola che Promuove Salute");
- sviluppare le capacità del sistema nazionale e regionale di avere e di mettere a disposizione dei decisori ai diversi livelli (politico, tecnico, organizzativo) set informativi integrati per la lettura e l'analisi delle situazioni e dei fenomeni di interesse, dei trend e delle prospettive evolutive che è possibile prevedere in merito a questi stessi fattori (con particolare riguardo a quelli di rischio modificabili) nonché rispetto ai possibili modelli di intervento preventivo maggiormente promettenti;
- promuovere competenze aggiornate e consapevolezza di ruolo dei diversi soggetti, professionali e non, attivi in campo preventivo a livello territoriale, con particolare riferimento agli ambiti sociali, educativi, culturali, istituzionali, associazionistici, ecc.;
- realizzare interventi *evidence based* e/o raccomandati di prevenzione selettiva, prevenzione indicata, riduzione dei rischi/danni connessi all'uso/abuso ricreazionale di sostanze e riduzione dei danni/rischi connessi all'abuso/dipendenza da sostanze;
- promuovere competenze e fornire supporto ai decisori in relazione a modifiche strutturali-ambientali (fisico/organizzativo/sociale) delle comunità locali sostenute da processi partecipati e orientati ai principi dell'*Urban Health* (WHO).

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le linee dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.4.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

La prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamenti ricade nell'ambito di competenza di più organizzazioni/enti e, per questo, deve orientare tutte le politiche¹; da qui discende l'importanza del coordinamento multilivello tra gli attori in gioco. Accanto a questo, la letteratura evidenzia i fattori principali che contribuiscono al successo di azioni preventive ad ampio raggio, quali²:

- ? avere linee programmatiche comuni entro cui operano in partnership gruppi di lavoro locali supportati da un sistema organizzativo formale;
- ? implementare programmi di provata efficacia;³⁻⁴
- ? valutare e monitorare la qualità dell'implementazione e l'efficacia dei risultati;⁵
- ? fornire occasioni di aggiornamento e formazione ai gruppi di lavoro coinvolti.

L'utilità e l'efficacia di un approccio intersettoriale e multilivello è stata verificata da ampi studi⁶⁻⁷. Il lavoro a rete dà l'opportunità di influenzare le politiche attraverso: lo sviluppo di partnership e di relazioni sociali utili allo scopo, l'organizzazione di commissioni e la facilitazione della mobilitazione della comunità. Infine, sono da preferire programmi di prevenzione orientati – sia dal punto di vista strategico sia di contenuto – da un approccio promozionale, che perseguano (*capacity building*) la costruzione di capacità individuali e collettive, declinando anche in questo specifico settore del *know how* di "ricerca e sviluppo" (ad es. in ottica previsionale) proprio di altri campi della moderna produzione di servizi⁸⁻⁹. In particolare, nelle aree urbane, dove l'uso di sostanze legali e illegali si associa a fenomeni di illegalità e tensione sociale, le ricerche¹⁰⁻¹¹ evidenziano l'opportunità di sviluppare interventi preventivi mirati ad attivare le risorse della comunità al fine di promuovere la coesione sociale e potenziare il capitale sociale¹²⁻¹³.

Oltre agli interventi di *empowerment* a livello comunitario, nell'ottica di dare concretezza in un contesto programmatico, strategico e operativo quanto più possibile integrato ai "nuovi LEA" relativi alla riduzione del danno, è valorizzata l'integrazione con programmi specifici di *Outreach* in prossimità dei luoghi e locali dell'aggregazione e del divertimento notturno (discoteche, club, luoghi autorizzati) che – in linea con le indicazioni europee¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶ – hanno come obiettivo la limitazione dei rischi legati al consumo di sostanze psicotrope (overdosi, diffusione di patologie infettive, principalmente HIV, HCV, HBV e IST, incidenti stradali, etc.). In contesti caratterizzati da condizioni di rischio sociale elevato (es. *party* autorizzati, *free party*, *street parade*, *raves*, *free parties*, *goa party*, *teknival*), i programmi di intervento richiedono una modulazione ad hoc¹⁷⁻¹⁸.

Infine, per quanto riguarda i programmi di prevenzione dell'uso problematico di sostanze, le linee guida europee e nazionali raccomandano interventi "a bassa soglia"¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁻²², che permettono il raggiungimento di target di popolazione altrimenti nascosti e sommersi (cd zona grigia) al fine di minimizzare i rischi di un aggravarsi della loro situazione sanitaria nonché della loro marginalità sociale, economica, relazionale.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



1. David V. McQueen, Matthias Wismar, Vivian Lin, Catherine M. Jones, Maggie Davies, *Intersectoral Governance for Health in All Policies, Structures, actions and experiences*, World Health Organization 2012, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
1. Spoth R, Greenberg M, *Am J Community Psychol* (2011) 48:106–119,
2. EDDRA (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>), Nrepp – SAMSHA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices: CMCA program link: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=117>,
3. <https://www.lifeskillstraining.com/>, <http://www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia/>, <http://www.strengtheningfamiliesprogram.org/>
4. EDPQS (<http://prevention-standards.eu/>),
5. <http://www.prosper.ppsi.iastate.edu/>
6. John Kania & Mark Kramer, 2011, *Collective Impact*, Stanford social innovation review, http://c.ymcdn.com/sites/www.lano.org/resource/dynamic/blogs/20131007_093137_25993.pdf
7. Glenn Laverack "Health Promotion Practice. Building Empowered Communities". Ed. McGraw Hill, Berkshire England, 2007
8. Tavolo Tecnico Regionale prevenzione dipendenze di Regione Lombardia, *Linee guida regionali popolazione generale*, 2008
9. Aresi G., Marta E., *Una ricerca-intervento in un quartiere ad alta concentrazione di locali notturni: attivare il territorio per attivare bisogni e risorse*, *Psicologia della Salute* n. 3/2014, Franco Angeli.
10. Hayward K. and Hobbs D., *Beyond the binge in "booze Britain": market-led liminalization and the spectacle of binge drinking*, *The British Journal of Sociology*, 58 (3), 2007.
11. Network conference on reducing youth drinking by law enforcement, Atti, Rotterdam, 27-28 Ottobre 2001. Link: <http://www.stap.nl/nl/nieuws/conference-2011.html>
12. <http://www.yli.org>
13. Manual: Set of standards to improve the health and safety of recreational night life venues, IREFREA, European Union Project, Novembre 2011. Link: http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou%5CSource%5CActivities%5CEXASS%5CGuide_SaferNightLife_en.pdf
14. NEWIP (Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project) Standards European Project. Link: www.safernightlife.org
16. G.Burkhart, EMCDDA, *Evaluation Indicators for Prevention in Recreational Settings. Outcome and recommendations of an expert survey for the related meeting at the EMCDDA*, 2003.
17. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) , *Recreational drug use: a key EU challenge*, *Drugs in focus*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 2002.
18. EMCDDA, *Outreach work among drug users in Europe: concepts, practice and terminology*, *Insights* n.2, 2002
19. EMCDDA, *Data-collection at Low-threshold services for Drug Users: Tools, Quality and Coverage*, 2002
20. EMCDDA, *Harm reduction: evidence, impact and challenges*, *Monography*, 2010.
21. Ministero della Sanità, *Linee guida sugli interventi di riduzione del danno*, 1999. Roma; P. Meringolo, 2001

3.4.3.3 Declinazione a livello regionale del programma

I fenomeni connessi al consumo di sostanze psicoattive e comportamenti assimilabili hanno visto nell'ultimo decennio cambiamenti rilevanti che hanno portato ad un progressivo ampliamento dei problemi di salute ai quali le politiche di sanità pubblica sono chiamate a dare risposta.

Oggi prevale il policonsumo, secondo modelli variegati, e accanto alle sostanze storicamente diffuse si sono affermati nuovi consumi, come le Nuove Sostanze Psicoattive, di varia composizione e spesso non facilmente identificabili, i farmaci psicotropi fuori prescrizione medica, compresi i farmaci oppioidi (fentanili), lo sviluppo di molteplici forme di dipendenza da comportamenti, primo fra tutti il gioco d'azzardo (inserito nei LEA) ma anche altre dipendenze non ancora inserite nei LEA (internet addiction nelle sue diverse forme, ecc.). Si sono ampliate le fasce d'età coinvolte, si sono diffuse nuove modalità di assunzione; anche il mercato si è aggiornato, con canali di commercializzazione, legali e illegali, attraverso internet, utilizzati ampiamente anche nella fase di lockdown.

Anche le sostanze legali sono assunte con nuove modalità: ad esempio, per l'alcol è diminuito il consumo pro capite, soprattutto di vino ai pasti, ma si sono affermati consumi rischiosi come il bere fuori pasto, l'uso di superalcolici, il binge drinking; per il tabacco e la nicotina, si sono diffuse le cosiddette "sigarette elettroniche".

La previsione, nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione, di uno specifico Programma predefinito dedicato alle Dipendenze offre l'opportunità di definire ed attuare in ambito regionale una strategia complessiva di intervento basata sugli orientamenti strategici sintetizzati dalle seguenti parole chiave:

COERENZA - Il Programma ricomprende in un disegno unitario le diverse programmazioni regionali ricadenti nel medesimo ambito operativo, come molte azioni incluse nel *Piano regionale per la prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo*, il *Piano regionale Adolescenti e giovani adulti*, alcune previsioni della Legge regionale in materia di politiche giovanili ed inoltre protocolli e accordi di collaborazione di profilo interistituzionale; la

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



medesima strategia unitaria sarà adottata nelle future programmazioni regionali che potranno derivare da iniziative di livello nazionale o regionale, e costituirà un riferimento anche per i progetti e le iniziative di livello locale.

SCIENTIFICITA' - L'approccio EB è un riferimento ineludibile delle attività del Programma e dovrà costituire il fondamento di tutte le iniziative che coinvolgono il sistema sociosanitario in materia di dipendenze, contrastando il rischio che questo tema sia affrontato in maniera estemporanea ignorando la vasta letteratura scientifica oggi disponibile.

INTEGRAZIONE - A livello metodologico, il Programma si basa sulla costruzione di Reti di territorio, fondate innanzitutto su un rapporto stabile di integrazione tra i servizi sanitari e i Comuni, con il coordinamento ed il supporto degli uffici regionali competenti e di ANCI Umbria; le reti, a partire da Tavoli integrati costituiti in ciascun territorio di Distretto sanitario / Zona sociale, comprenderanno le diverse istituzioni, servizi, realtà del Terzo settore e dell'associazionismo impegnate in ciascun territorio. A livello dei contenuti, ovvero le azioni da co-progettare ed attuare, si prevede l'integrazione, attraverso opportune interconnessioni, tra i diversi Programmi che compongono il Piano regionale, nonché con ulteriori iniziative rivolte ai medesimi temi.

INNOVAZIONE - A fronte di un insieme di fenomeni che cambiano, occorre aggiornare/rinnovare il sistema di intervento sia a livello metodologico che organizzativo, affinché sia maggiormente rispondente ai bisogni attuali; a partire da esperienze efficaci attuate a livello locale o da sperimentazioni attivate dal presente Programma, si prevede la definizione di modelli di intervento da diffondere in maniera uniforme nel territorio regionale, dando continuità e stabilità alle azioni di verificata efficacia.

PARTECIPAZIONE - La progettazione partecipata costituisce la strategia per la declinazione concreta delle azioni del Programma a livello locale, attuata una prima condivisione del Programma a livello regionale con il coinvolgimento di tutti i diversi servizi e soggetti inclusi nella realizzazione. Uno spazio specifico di condivisione, nell'ambito dei percorsi citati, è dedicato agli stessi destinatari delle singole Azioni del Programma.

VALUTAZIONE - L'approccio EB si sostanzia anche nella previsione di un'attività di valutazione rivolta al Programma nel suo insieme e a singole azioni di carattere innovativo o sperimentale, attuata ex ante, in itinere ed ex post, secondo gli indicatori previsti e prevedendo inoltre, ove opportuno, idonei percorsi di valutazione di profilo qualitativo.

Il Programma include **Obiettivi specifici** mirati a:

- Garantire l'attuazione di un articolato sistema di monitoraggio attraverso la riorganizzazione dell'Osservatorio epidemiologico regionale delle Dipendenze, inclusa l'evoluzione del sistema informativo regionale delle dipendenze (SIRD) dedicato ai servizi di cura;
- Dare attuazione, nell'ambito del Programma "Scuole che promuovono salute", alle azioni specifiche mirate alla diffusione della life skills education, del programma Unplugged e della peer education, dando continuità al percorso avviato con il precedente Piano regionale di prevenzione ed accogliendo al contempo i bisogni dei docenti e degli studenti delle scuole di diverso ordine e grado emersi in particolare a seguito dell'impatto della pandemia di Covid 19;
- Favorire l'incremento degli strumenti multimediali di comunicazione e informazione rivolti al target degli adolescenti e giovani adulti (attività multimediali previste dal Progetto YAU-Young Angles Umbria, inclusi il Portale Umbria Giovani e il Magazine associato), diffondere nel territorio regionale le attività in contesti extrascolastici del progetto YAU-Young Angles Umbria, promuovere la connessione con ulteriori attività rivolte al medesimo target (attività di peer education nelle scuole, iniziative delle associazioni giovanili, ecc.);
- Dare attuazione al "Piano regionale Adolescenti e giovani adulti" con particolare riferimento all'Area dell'intercettazione precoce delle manifestazioni di disagio e della presa in carico delle situazioni marcatamente problematiche in contesti e con approccio rispondenti alle esigenze specifiche di questa fascia d'età, attraverso la definizione e l'attuazione di un PPDTA specifico;
- Attuare interventi di ascolto e di sensibilizzazione rivolti alle famiglie con figli adolescenti o preadolescenti, sviluppati a partire da percorsi di progettazione partecipata a livello di ciascun Distretto sanitario / Zona sociale e attuati in contesti extrascolastici;

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Potenziare le azioni rivolte al target degli over 65, con una organizzazione maggiormente coordinata incentrata sul ruolo dei Comuni (Zone sociali) e sul coinvolgimento di soggetti che possano svolgere funzioni di intermediazione (associazioni quali ANCESAO, Università della Terza età, sindacati dei pensionati, centri sociali rivolti a questa fascia di popolazione, patronati, ecc.);
- Sviluppare un intervento articolato rivolto agli immigrati, a partire dalla rilevazione del quadro regionale e locale e dalla ricognizione delle esigenze e dei nodi critici da sciogliere e tenendo conto degli esiti di esperienze precedenti;
- Definire indirizzi regionali e standard minimi per la messa a regime delle attività di riduzione del danno, con conseguente costruzione di una rete che coinvolga in prima battuta i SerD e i servizi specifici di riduzione del danno, allargata quindi a tutti i servizi e le istituzioni che possono svolgere un ruolo di supporto (altri servizi sanitari, come l'area dell'emergenza-urgenza, i servizi comunali, le Forze dell'ordine, ecc.); potenziare le attività delle Unità di strada e dei centri a bassa soglia attuate nei contesti dell'aggregazione e del divertimento giovanile;
- Migliorare ed incrementare le attività dei SerD per lo screening, la diagnosi e la cura delle malattie infettive correlate, con particolare riferimento alle epatiti B e C, all'HIV-Aids e alle malattie trasmesse sessualmente, in connessione e coerenza con i piani nazionali e regionali in materia; definire ed attuare un programma di informazione, sensibilizzazione e facilitazione di accesso allo screening riguardo alle medesime patologie, basato su interventi delle Unità di strada in contesti non sanitari.

L'attuazione degli obiettivi specifici sopra elencati è supportata da azioni mirate ai seguenti **Obiettivi trasversali**:

- Favorire la costituzione di reti integrate, a livello regionale e locale, tra servizi sanitari e servizi comunali, Scuola, altre istituzioni, Terzo settore, realtà associative, a partire da un Accordo formale con ANCI Umbria, che a livello operativo si traduce nella costituzione di Tavoli integrati a livello di ciascun territorio di Distretto sanitario / Zona sociale;
- Programmare attività di formazione rivolte ai bisogni formativi associati alle azioni incluse nel presente Programma e includere i corsi nel Piano regionale pluriennale di formazione o in altri piani di programmazione che supportano l'attuazione di attività formative;
- Realizzare campagne di comunicazione per la popolazione generale e gruppi target specifici, associando azioni sviluppate sui media tradizionali e sui social media ad iniziative on site; attivare piattaforme informatiche e strumenti di comunicazione circolare (newsletter ed analoghi) per la conservazione e la diffusione di dati ed informazioni, con canali differenziati rivolti rispettivamente agli "addetti ai lavori" e ai cittadini.

Infine, il Programma include una linea di azione mirata in maniera specifica a:

- Introdurre correttivi concreti alle disuguaglianze emerse dal profilo di **equità**, con particolare riferimento ai seguenti determinanti: genere, fattori socioeconomici, territorio, considerato che riguardo alle età sono presenti nel Programma linee di azione specifiche per la fascia degli adolescenti e giovani adulti e la fascia degli over 65, come pure è inclusa una linea di azione mirata alle persone immigrate.

AZIONI

AZIONE 1- OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE SULLE DIPENDENZE - SISTEMA DI MONITORAGGIO EPIDEMIOLOGICO PERMANENTE

AZIONE 2 - COMUNICAZIONE CIRCOLARE - INTERVENTI DI COMUNICAZIONE PER LA DIFFUSIONE DI CONOSCENZE, COMPETENZE E CONSAPEVOLEZZE

AZIONE 3 - LABORATORI DI FORMAZIONE – INTERVENTI FORMATIVI PER INCREMENTARE LE COMPETENZE IN MATERIA DI PREVENZIONE

AZIONE 4 - TESSERE INSIEME - INTERVENTI PER LO SVILUPPO DI CONSAPEVOLEZZA E COMPETENZE NELLE FAMIGLIE E NELLA COMUNITA'

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



AZIONE 5 - LA SCUOLA COME PALESTRA DI COMPETENZE PER LA VITA - INTERVENTI DI LIFE SKILLS EDUCATION E PEER EDUCATION NELLE SCUOLE

AZIONE 6 - ARGENTO VIVO – INTERVENTI DI PREVENZIONE UNIVERSALE, SELETTIVA E INDICATA RIVOLTI AGLI OVER 65

AZIONE 7 - MIGRANTI E DIPENDENZE - INTERVENTI DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE, FACILITAZIONE ALL'ACCESSO ALLE CURE RIVOLTI ALLE PERSONE IMMIGRATE

AZIONE 8 - YAU - YOUNG ANGLES UMBRIA – ATTIVITA' DI PROMOZIONE DELLA SALUTE RIVOLTE AI GIOVANI ATTUATE IN CONTESTI EXTRA SCOLASTICI E ON LINE

AZIONE 9 - AZIONE 9 - FARE SISTEMA - COSTRUZIONE DI UN SISTEMA DI ALLEANZE INTERSETTORIALI A PARTIRE DA UNO STRETTO RAPPORTO DI COLLABORAZIONE CON ANCI UMBRIA

AZIONE 10 - PPD TA ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI – DEFINIZIONE, APPLICAZIONE E MONITORAGGIO DI UN PPD TA PER LA PREVENZIONE INDICATA, L'INTERCETTAZIONE PRECOCE E LA PRESA IN CARICO SPECIFICA DI ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI CON MANIFESTAZIONI DI DISAGIO

AZIONE 11 - SERVIZI ED INTERVENTI DI PROSSIMITA' – ATTIVITA' DI RIDUZIONE DEL DANNO IN APPLICAZIONE DEI NUOVI LEA

AZIONE 12 - AZIONE 12 -PREVENZIONE, DIAGNOSI E CURA DELLE MALATTIE INFETTIVE - ATTIVITA' DI SENSIBILIZZAZIONE, DI SCREENING E DI AVVIO AI PERCORSI DI CURA SVOLTE DAI SerD E DAI SERVIZI DI PROSSIMITA'

AZIONE 13 - ORIENTARE GLI INTERVENTI A CRITERI DI EQUITA' AUMENTANDO LA CONSAPEVOLEZZA SUL POTENZIALE IMPATTO IN TERMINI DI DISUGUAGLIANZA DELLE AZIONI PROGRAMMATE

CRONOGRAMMA

Attività					
AZIONE 1 - OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE SULLE DIPENDENZE – SISTEMA DI MONITORAGGIO EPIDEMIOLOGICO PERMANENTE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
a) Riorganizzare e potenziare l'Osservatorio epidemiologico sulle dipendenze, con il supporto metodologico del CERSAG. b) Dare attuazione alla convenzione con l'Istituto di fisiologia clinica del CNR c) Completare il piano di attività affidato ad Umbria Digitale per dotare l'Osservatorio di strumenti informatici di supporto d) Completare il piano di attività affidato ad Umbria Digitale per l'evoluzione del sistema informativo regionale e) Completare la ricerca di taglio antropologico nei contesti del divertimento giovanile ad alta diffusione di sostanze (rave, grandi eventi musicali) affidata al Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università degli studi di Perugia: f) Attivare un sistema di rilevazione regionale delle attività di riduzione del danno, nell'ambito del Progetto APRIRE - Azioni di Prossimità Integrate Regionali g) Definire ed attuare, con il coordinamento operativo del Centro Regionale sulla Salute Globale – CERSAG e della Cabina di regia regionale per il Piano Gioco d'azzardo, un piano di valutazione del Piano regionale 2019-21 per la prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo	Regione				
INDICATORE - PREDEFINITO: Sistema di monitoraggio regionale progettazione/adattamento entro il 2022, disponibilità e utilizzo entro il 2023		X	X		
INDICATORE - AGGIUNTIVO: Report sui dati epidemiologici significativi: 1 report all'anno di sintesi sui dati epidemiologici significativi		X	X	X	X
AZIONE 2 - COMUNICAZIONE CIRCOLARE - INTERVENTI DI COMUNICAZIONE PER LA DIFFUSIONE DI CONOSCENZE, COMPETENZE E CONSAPEVOLEZZE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
a) Realizzare una piattaforma di comunicazione circolare alla quale potranno avere accesso tutti gli attori del sistema welfare e sanitario	Regione				

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



dell'Umbria b) Realizzare attività rivolte alla fascia degli adolescenti e giovani adulti c) Progettare e realizzare attività di comunicazione e informazione rivolte alla popolazione adulta, a partire dal tema del gioco d'azzardo e con attenzione specifica a gruppi connotati da condizioni di particolare vulnerabilità					
INDICATORE - PREDEFINITO: Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022, almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale entro il 2023, realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024		X	X	X	X
AZIONE 3 - LABORATORI DI FORMAZIONE – INTERVENTI FORMATIVI PER INCREMENTARE LE COMPETENZE IN MATERIA DI PREVENZIONE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Formazione e aggiornamento professionale a decisori, policy maker, altri stakeholder, amministratori locali, operatori di tutte le Agenzie e Organizzazioni educative e sociali presenti nel territorio (implementazione di azioni formative rivolte al personale dei Comuni e dei distretti, interventi di formazione congiunta scuola/sanità sui determinanti di salute e sulle metodologie di promozione della salute, potenziamento delle competenze informatiche e digitali dei formatori, interventi formativi sui modelli di intervento e sulle buone pratiche di lavoro nella Riduzione del Danno e dei Rischi rivolti a tutti i soggetti coinvolti nel potenziamento dei servizi di RdD, pubblici (SerD) e privati e alle forze dell'ordine contemplando anche una formazione specifica per chi si rapporta alla popolazione detenuta, con la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma)	Regione				
INDICATORE PREDEFINITO: Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022		X	X	X	X
Formazione in materia di dipendenze basata su European Drug Prevention Quality Standards e EUPC Curriculum (programmi validati)					
INDICATORE PREDEFINITO: Realizzazione di almeno 1 percorso formativo entro il 2022		X			
Formazione sul counseling breve rivolto agli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS)					
INDICATORE PREDEFINITO: Realizzazione di almeno un percorso formativo ogni anno a partire dal 2022		X	X	X	X
Programmazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali : interventi formativi sui temi della progettazione partecipata, project cycle management, marketing sociale, disuguaglianze di salute ed elementi metodologici per l'attuazione dell'Health Equity Audit nella prevenzione, approfondimento e conoscenza delle Nuove Sostanze Psicoattive (NSP)					
INDICATORE - AGGIUNTIVO: Approfondimento e conoscenza delle Nuove Sostanze Psicoattive (NSP) nel 2022, formazione in tema di disuguaglianze di salute nel 2023		X	X		
AZIONE 4 - TESSERE INSIEME - INTERVENTI PER LO SVILUPPO DI CONSAPEVOLEZZA E COMPETENZE NELLE FAMIGLIE E NELLA COMUNITÀ	Responsabile	2022	2023	2024	2025
a) Costituire Gruppi di Coordinamento in ciascun territorio di Distretto sociosanitario / Zona sociale, nell'ambito dei Tavoli integrati descritti nel PP04 – OT01, con tutti gli attori interessati (referenti dei progetti attivati, assistenti sociali, rappresentanti dei servizi, referenti degli ambiti sociali, referenti della promozione della salute, istituzioni educative e formative), con il compito di: - coinvolgere gli stakeholder	Regione - ASL				

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- declinare nel dettaglio le attività in coerenza con i bisogni e le caratteristiche specifiche del territorio, ed in particolare individuare i gruppi target specifici, i temi di maggiore interesse, le sedi da utilizzare, i percorsi per la costruzione di alleanze, eventuali iniziative di supporto - definire idonei percorsi per il coinvolgimento delle famiglie b) Attivare una rete di coordinamento con gli psicologi scolastici (Protocollo MI-CNOP)					
INDICATORE - PREDEFINITO: Copertura N. Aziende Sociosanitarie che adottano Programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in setting extra scolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo) /n° Aziende Sociosanitarie del territorio*100 almeno il 50% entro il 2023, almeno l'80% entro il 2024			X	X	
a) Attivare uno spazio on line di ascolto psicologico per genitori b) Attivare una newsletter e/o analoghi strumenti di comunicazione c) Attuare interventi di sensibilizzazione rivolti alle famiglie	Regione – ASL				
INDICATORE – AGGIUNTIVO: 1 spazio online, 1 newsletter e 1 incontro con le famiglie in 1 distretto nel 2022 (10%), 1 spazio online, 1 newsletters e 1 incontro con le famiglie in 3 distretti nel 2023 (25%), 1 spazio online 1 newsletters e 1 incontro con le famiglie in 6 distretti nel 2024 (50%)		X	X	X	
AZIONE 5 - LA SCUOLA COME PALESTRA DI COMPETENZE PER LA VITA - INTERVENTI DI LIFE SKILLS EDUCATION E PEER EDUCATION NELLE SCUOLE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
a) Costruire/rafforzare l'alleanza tra Scuola, Regione, Servizi sanitari territoriali, Enti locali ed altre istituzioni e realtà significative presenti a livello regionale e territoriale b) Proseguire la realizzazione dei tre progetti e promuovere una maggiore diffusione nelle scuole c) Proseguire l'attività di valutazione dei tre progetti d) Dare visibilità e condividere con la comunità i risultati dei tre progetti: e) Sviluppare, in parallelo alla modalità di fruizione dei progetti in presenza, modalità di fruizione a distanza per fronteggiare l'eventuale prolungamento dell'emergenza sanitaria.	Regione - ASL				
GLI INDICATORI SONO QUELLI FISSATI NEL PP2 SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE					
AZIONE 6 - ARGENTO VIVO - INTERVENTI DI PREVENZIONE UNIVERSALE, SELETTIVA E INDICATA RIVOLTI AGLI OVER 65	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Potenziare le azioni rivolte al target over 65, con particolare riferimento al gioco d'azzardo, con una organizzazione maggiormente coordinata incentrata sul ruolo dei Comuni (Zone sociali), per garantire una diffusione capillare in tutto il territorio regionale - attivare percorsi di progettazione partecipata nell'ambito dei Tavoli integrati - incrementare il numero di associazioni attive nella realizzazione del Piano regionale - acquisire/predisporre prodotti di informazione e comunicazione efficaci da utilizzare nell'ambito di iniziative rivolte a questo gruppo target - attuare iniziative maggiormente coordinate, di livello regionale e locale, in collaborazione con le associazioni - associare il tema del gioco d'azzardo e delle dipendenze in genere alle attività di promozione della salute già incluse nel Piano regionale di prevenzione e mirate a questa fascia di popolazione; - attivare iniziative e percorsi per rispondere al bisogno di relazioni interpersonali e contrastare le condizioni di isolamento sociale e solitudine	Regione - ASL				

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



INDICATORE - PREDEFINITO: N. Aziende Sociosanitarie che adottano programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato/(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100 almeno il 50% entro il 2023, almeno l'80% entro il 2024			X	X	
INDICATORE -AGGIUNTIVO: Iniziative di sensibilizzazione rivolte agli over 65: 1 iniziativa di sensibilizzazione del 2022, 1 iniziativa di sensibilizzazione nel 2024		X		X	
AZIONE 7 - MIGRANTI E DIPENDENZE - IINTERVENTI DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE, FACILITAZIONE ALL'ACCESSO ALLE CURE RIVOLTI ALLE PERSONE IMMIGRATE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Costituire un GdL regionale composto da funzionari della Regione, referenti delle Aziende USL, Anci Umbria, CESVOL, realtà del Terzo settore, associazioni di riferimento dei diversi gruppi etnici, con i seguenti compiti: - effettuare una mappatura del profilo e del fabbisogno di salute per gruppi etnici - accogliere le esigenze, proposte, osservazioni dei gruppi target, anche attraverso l'intermediazione delle associazioni di riferimento e delle realtà del Terzo settore - attivare percorsi di progettazione partecipata nell'ambito dei Tavoli integrati - acquisire/predisporre prodotti di informazione e comunicazione - programmare la formazione degli operatori coinvolti - approfondire il tema delle garanzie alla salute primaria ed alle terapie per gli stranieri e all'accesso alle cure per gli stranieri irregolari - stabilire un confronto, aggiornamento e collaborazione con l'OIM e con l'organizzazione che segue i Ritorni Volontari in seguito a progetti migratori	Regione -ASL				
INDICATORE - PREDEFINITO: N. Aziende Sociosanitarie che adottano programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato/(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100 almeno il 50% entro il 2023, almeno l'80% entro il 2024			X	X	
INDICATORE - AGGIUNTIVO: Costituzione gruppo di lavoro sul tema stranieri nel 2022, 1 iniziativa di prevenzione indicata rivolta agli stranieri nel 2023	-	X	X	-	-
AZIONE 8 - YAU - YOUNG ANGLES UMBRIA - ATTIVITÀ DI PROMOZIONE DELLA SALUTE RIVOLTE AI GIOVANI ATTUATE IN CONTESTI EXTRA SCOLASTICI E ONLINE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
a) Costituire Gruppi di Coordinamento in ciascun territorio di Distretto sociosanitario / Zona sociale, nell'ambito dei Tavoli integrati descritti nel PP04 – OT01, con tutti gli attori interessati (referenti dei progetti attivati, assistenti sociali, rappresentanti dei servizi, referenti degli ambiti sociali, referenti della promozione della salute, istituzioni educative e formative) coordinamento tra i diversi percorsi b) Attuare il Progetto Young Angles Umbria definito dal Protocollo di intesa sottoscritto con il Comune di Perugia, prevedendo la prosecuzione, l'ampliamento e la diffusione nel territorio regionale delle attività c) Aggiornare e potenziare il Portale Umbria Giovani e il Magazine Umbria Giovane, rivolti alla medesima fascia d'età e indirizzati a finalità analoghe d) Diffondere le attività del Progetto YAU-Young Angles Umbria nell'intero territorio regionale, con il supporto di ANCI Umbria per il coinvolgimento dei Comuni e in particolare degli InformaGiovani e dei Centri giovani	Regione -ASL				
INDICATORE - PREDEFINITO: Copertura N. Aziende Sociosanitarie che adottano Programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e			X	X	

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in setting extra scolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo) /n° Aziende Sociosanitarie del territorio*100 almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024					
INDICATORE - AGGIUNTIVO: 1 zona sociale partner del progetto YAU all'anno		X	X	X	X
AZIONE 9 - FARE SISTEMA - COSTRUZIONE DI UN SISTEMA DI ALLEANZE INTERSETTORIALI A PARTIRE DA UNO STRETTO RAPPORTO DI COLLABORAZIONE CON ANCI UMBRIA	Responsabile	2022	2023	2024	2025
a) Dare piena attuazione all'Accordo, coordinare e monitorare i percorsi di integrazione, dal livello regionale al livello locale; b) Supportare, coordinare a livello operativo e monitorare la realizzazione delle attività inserite nel presente Piano che prevedono il coinvolgimento dei Comuni a fianco del sistema sanitario; c) Prevedere il rinnovo dell'Accordo attualmente in vigore, estendendolo a tutta l'Area dell'integrazione socio-sanitaria riferita alle dipendenze, anche attraverso il coinvolgimento di altri attori chiave con i quali l'ANCI Umbria ha già in atto Accordi di collaborazione (Accordo con Federsanità ANCI Umbria e Federfarma Umbria-Unione Sindacale Regionale dei titolari di Farmacie dell'Umbria-Accordo con CEU – Conferenza episcopale Umbra – Accordo con Federsanità ANCI Umbria e CESVOL Umbria- Centro Servizi per il Volontariato Umbria); d) Verificare la possibilità di un accordo tra Regione Umbria, ANCI Umbria, Prefetture di Perugia e Terni e Forze dell'Ordine per coordinare l'attività di controllo degli esercizi commerciali, alla luce delle criticità evidenziate da parte delle Polizie Municipali, favorendo l'affermarsi di un metodo di controllo che non sia meramente vessatorio nei confronti degli esercenti, ma che possa invece favorire una collaborazione al fine di individuare comportamenti a rischio da parte dei singoli fruitori dell'offerta.	Regione				
INDICATORE - PREDEFINITO: Almeno 1 accordo entro il 2022		X			
AZIONE 10 - PPDTA ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI – DEFINIZIONE, APPLICAZIONE E MONITORAGGIO DI UN PPDTA PER LA PREVENZIONE INDICATA, L'INTERCETTAZIONE PRECOCE E LA PRESA IN CARICO SPECIFICA DI ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI CON MANIFESTAZIONI DI DISAGIO	Responsabile	2022	2023	2024	2025
a) Costituire un GdL regionale composto da referenti dei servizi sanitari territoriali (Reti di promozione della salute, servizi per le dipendenze, servizi di salute mentale, neuropsichiatria infantile distretti sanitari, consultori ed altri), dei Comuni (ANCI), dell'Ufficio scolastico regionale e di eventuali ulteriori istituzioni, con il compito di: -acquisire i risultati delle sperimentazioni, verificare i dati relativi agli accessi ai servizi e i dati e le informazioni di agenzie di ricerca regionali e nazionali, analizzare la letteratura scientifica disponibile in materia, definire, sulla base delle conoscenze indicate ai punti precedenti e attivando, ove opportuno, idonei percorsi di partecipazione più allargata, il PPDTA per adolescenti e giovani adulti con manifestazioni di disagio, da formalizzare con atto della Regione e recepire da parte delle Aziende USL, monitorare l'applicazione del PPDTA e procedere, ove necessario, ad opportuni aggiustamenti b) Attivare, nell'ambito del PPDTA, tutta la rete dei servizi che possono intercettare i diversi bisogni degli adolescenti secondo un approccio complesso ed integrato c) Costituire Gruppi di Coordinamento in ciascun territorio di Distretto sociosanitario / Zona sociale, con tutti gli attori interessati (referenti dei progetti attivati, assistenti sociali, rappresentanti dei servizi, referenti degli ambiti sociali,	Regione - ASL				

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



referenti della promozione della salute, istituzioni educative e formative) d) Nell'ambito del PPDTA, attraverso la rete dei servizi dedicati realizzare interventi di promozione della salute e attuare interventi di Primo Livello e) Qualificare e consolidare la rete dei servizi					
INDICATORE - PREDEFINITO: N. Aziende Sociosanitarie che adottano programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato/(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100 almeno il 50% entro il 2023, almeno l'80% entro il 2024			X	X	
INDICATORE - AGGIUNTIVO: 1 punto di ascolto rivolto ad adolescenti e giovani adulti in 2 distretti nel 2022 (15%), 1 punto di ascolto rivolto ad adolescenti e giovani adulti in 4 distretti nel 2023 (30%), 1 punto di ascolto rivolto ad adolescenti e giovani adulti in 6 distretti nel 2024 (50%)	X	X	X		
AZIONE 11 - SERVIZI ED INTERVENTI DI PROSSIMITA' - ATTIVITÀ DI RIDUZIONE DEL DANNO IN APPLICAZIONE DEI NUOVI LEA	Responsabile	2022	2023	2024	2025
a) Definire/formalizzare indicazioni univoche in ambito regionale riguardo alle modalità di attuazione delle attività di riduzione del danno nell'ambito del sistema complessivo di intervento rivolto alle dipendenze; Definire gli standard minimi per la messa a regime delle attività e dei servizi specifici di riduzione del danno. b) Attraverso la prosecuzione del progetto APRIRE, potenziare le attività di unità di strada e unità educative di strada rivolte ai giovani consumatori di sostanze psicoattive, svolte in particolare nel weekend o in occasione di eventi significativi di aggregazione e nei contesti di divertimento giovanile, adottando approcci specifici, aggiornati secondo le più recenti acquisizioni scientifiche e le esperienze attuate in ambito nazionale ed internazionale c) Attuare, attraverso la costituzione di una Unità di strada regionale, interventi di riduzione dei rischi in occasione di eventi aggregativi caratterizzati da alto numero di partecipanti e previsione di ampia diffusione di comportamenti a rischio, come rave e grandi eventi musicali d) Attuare azioni innovative in linea con l'evoluzione dei fenomeni di riferimento ex. attivare canali e strumenti on line per la diffusione di informazioni, instaurare collaborazioni con l'Università, riattivare un intervento complessivo per la prevenzione e il monitoraggio delle overdose, costituire un Sistema regionale di Allerta Precoce e) Completare l'attività di ricerca affidata all'Università di Perugia e sviluppata nei contesti del divertimento giovanile ad alta diffusione di sostanze psicoattive e diffondere i risultati. f) Potenziare e completare la messa a regime delle attività di riduzione del danno attuate negli istituti penitenziari g) Riattivare la strategia per la prevenzione dei decessi per overdose definita con la DGR n. 1439/2006, aggiornandola in relazione ai mutamenti avvenuti h) Qualificare e consolidare la rete dei servizi ed interventi di riduzione del danno	Regione - ASL				
INDICATORE - PREDEFINITO: N° Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di riduzione dei rischi e del danno rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi) /(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100 almeno il 50% entro il 2023, almeno l'80% entro il 2025			X		X
INDICATORE - AGGIUNTIVO: Definizione documento per le linee di indirizzi e gli standard in tema di riduzione del danno nel 2022, 5 unità di strada presenti nel	X	X			

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



territorio nel 2023					
AZIONE 12 - PREVENZIONE, DIAGNOSI E CURA DELLE MALATTIE INFETTIVE - ATTIVITÀ DI SENSIBILIZZAZIONE, DI SCREENING E DI AVVIO AI PERCORSI DI CURA SVOLTE DAI SerD E DAI SERVIZI DI PROSSIMITÀ'	Responsabile	2022	2023	2024	2025
a) Potenziare le attività di screening e diagnosi delle principali patologie infettive (almeno Epatite B e C, HIV-AIDS, MST) nei SerD b) Potenziare le attività riguardanti le patologie infettive svolte dalle Unità di strada nell'ambito degli interventi nei contesti informali e dai Drop in. c) Verificare lo stato dell'arte in merito agli accertamenti di laboratorio riguardanti le principali malattie infettive correlate alle dipendenze, effettuati all'atto dell'ingresso in carcere e durante la detenzione, e promuovere: - L'adozione di prassi e standard uniformi negli Istituti penitenziari regionali, - L'incremento delle attività di screening, - La facilitazione dell'accesso alle terapie, - L'utilizzo del sistema gestionale GEDI (cartella clinica informatizzata per l'area delle dipendenze) per la registrazione dei dati e delle prestazioni effettuate in ambito penitenziario, - La realizzazione di iniziative di formazione rivolte agli operatori del sistema penitenziario sul tema delle malattie infettive correlate alle dipendenze e delle attività di screening e di cura.	Regione - ASL				
INDICATORE - PREDEFINITO: N. Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio) / (n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100 almeno il 50% entro il 2023, almeno l'80% entro il 2025			X		X
INDICATORE - AGGIUNTIVO: 20% nuovi utenti serd tossicodipendenti sottoposti a screening hcv e hiv nel 2022, 50% nuovi utenti serd tossicodipendenti sottoposti a screening hcv e hiv nel 2023		X	X		
AZIONE EQUITY – ORIENTARE GLI INTERVENTI A CRITERI DI EQUITÀ AUMENTANDO LA CONSAPEVOLEZZA SUL POTENZIALE IMPATTO IN TERMINI DI DISUGUAGLIANZA DELLE AZIONI PROGRAMMATE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
a) Realizzare indagini quali-quantitative volte ad una migliore la comprensione della situazione di alcuni target (popolazione immigrata, donne in gravidanza) che la letteratura indica come maggiormente a rischio per il consumo di sostanze, per i quali non si dispone di dati epidemiologici specifici b) Perfezionare la raccolta e la diffusione dei dati sui consumatori di sostanze illegali per darne una lettura attraverso la lente d'equità (istruzione, reddito ecc.) partendo dai sistemi informativi delle Aziende Sanitarie e dalle indagini specifiche c) Con riferimento all'approccio di genere, costituire un gruppo di lavoro (Regione, Aziende Sanitarie e Zone Sociali) d) Potenziare le azioni rivolte ai territori in cui si concentrano maggiormente i consumi, in particolare Perugino e Valnerina, con una organizzazione coordinata con i Comuni (Zone sociali), a partire dalle attività di promozione della salute fino a quelle dei Servizi di cura	Regione- ASL				
INDICATORE - PREDEFINITO: progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021		X	X	X	X
INDICATORE – AGGIUNTIVO: : 3 servizi che adottano un approccio di genere nel 2022, 5 nel 2023, 8 nel 2024, 12 nel 2025		X	X	X	X

AZIONI EQUITY**AZIONI CON INDICATORE**

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.4.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP04_OT01	Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio
PP04_OT01_IT01	Accordi intersettoriali
formula	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni del Programma (es. ANCI; Scuola; Prefetture e Forze dell'Ordine; altre istituzioni; Associazioni di Promozione sociale; Associazioni di categoria; espressioni della società civile; ecc.)
Standard	Almeno 1 accordo entro il 2022
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP04_OT02	Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale a Decisori, Policy maker, Amministratori locali, altri Stakeholder, Operatori di tutte le Agenzie e Organizzazioni educative e sociali presenti nel territorio
PP04_OT02_IT02	Formazione (A)
formula	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione
PP04_OT03_IT03	Formazione (B)
formula	Disponibilità di percorsi formativi per gli attori coinvolti su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum (programmi validati)
Standard	Almeno 1 percorso formativo, entro il 2022
Fonte	Regione
PP04_OT04_IT04	Formazione (C)
formula	Disponibilità di un programma di formazione sul counseling breve rivolto agli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS).
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo ogni anno a partire dal 2022.
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP04_OT06	Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva
PP04_OT06_IT05	Comunicazione ed informazione
formula	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP04_OT07	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate
PP04_OT07_IT06	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.4.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP04_OS01	Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative
PP04_OS01_IS01	Sistema di monitoraggio regionale
formula	Attivazione e implementazione di un sistema di monitoraggio, con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi
Standard	Progettazione /adattamento entro il 2022; Disponibilità e utilizzo entro il 2023
Fonte	Regione
PP04_OS02	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting
PP04_OS02_IS02	Copertura (target raggiunti dal Programma)
formula	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano Programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in setting extra scolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo) /n° Aziende Sociosanitarie del territorio*100
Standard	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Fonte	Regione
PP04_OS03	Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo
PP04_OS03_IS03	Copertura (target raggiunti dal Programma)
formula	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato)/(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100
Standard	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024
Fonte	Regione
PP04_OS04	Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato
PP04_OS04_IS04	Copertura (target raggiunti dal Programma)
formula	(N Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di riduzione dei rischi e del danno rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi) /(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100
Standard	almeno il 50% entro il 2023 , almeno l'80% entro il 2025
Fonte	Regione
PP04_OS05	Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA
PP04_OS05_IS05	Copertura (target raggiunti dal Programma)
formula	(N Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio) /(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100
Standard	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2025
Fonte	Regione
PP04_OS01	Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative
PP04_OS01_IS06	7.1 REPORT SUI DATI EPIDEMIOLOGICI SIGNIFICATIVI
formula	NUMERO REPORT PRODOTTI
Standard	1 REPORT ALL'ANNO DI SINTESI DUI DATI EPIDEMIOLOGICI SIGNIFICATIVI
Fonte	REGIONE - OSSERVATORIO EPIMEDIOLOGICO DIPENDENZE
PP04_OS03	Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo
PP04_OS03_IS07	8.1 ESTENSIONE DEL PROGETTO YAU
formula	NUMERO ZONE SOCIALI PARTNER DEL PROGETTO YAU
Standard	1 ZONA SOCIALE PARTNER ALL'ANNO
Fonte	REGIONE-ANCI
PP04_OS03_IS08	8.2 INTERVENTI DI PREVENZIONE IN AMBITO FAMILIARE
formula	NUMERO DISTRETTI CHE REALIZZANO 1 SPAZIO ON LINE, 1 NEWSLETTER E 1 INCONTO CON LE FAMIGLIE
Standard	1 SPAZIO ON LINE, 1 NEWSLETTERS E 1 INCONTRO CON LE FAMIGLIE IN 1 DISTRETTO NEL 2022 (10%), 1 SPAZIO ON LINE, 1 NEWSLETTERS E 1 INCONTRO CON LE FAMIGLIE IN 3 DISTRETTI NEL 2023 (25%), 1 SPAZIO ON LINE E 1 NEWSLETTERS E 1 INCONTRO CON LE FAMIGLIE IN 6 DISTRETTI NEL 2024 (50%)
Fonte	REGIONE - ASL
PP04_OS04	Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato
PP04_OS04_IS09	9.1 INTERVENTI DI PREVENZIONE RIVOLTI AGLI ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI
formula	NUMERO DISTRETTI CHE REALIZZANO 1 PUNTO DI ASCOLTO RIVOLTO AD ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI
Standard	1 PUNTO DI ASCOLTO RIVOLTO AD ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI IN 2 DISTRETTI NEL 2022 (15%), 1 PUNTO DI ASCOLTO RIVOLTO AD ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI IN 4 DISTRETTI NEL 2023 (30%), 1 PUNTO DI ASCOLTO RIVOLTO AD ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI IN 6 DISTRETTI NEL 2024 (50%)
Fonte	REGIONE - ASL
PP04_OS06	Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari
PP04_OS06_IS10	11.1 ESTENSIONE SCREENING HCV E HIV
formula	NUOVI UTENTI SERD TOSSICODIPENDENTI SOTTOPOSTI A SCREENING HCV E HIV
Standard	20% NUOVI UTENTI SERD TOSSICODIPENDENTI SOTTOPOSTI A SCREENING HCV E HIV NEL 2022, 50% NUOVI UTENTI SERD TOSSICODIPENDENTI SOTTOPOSTI A SCREENING HCV E HIV NEL 2023
Fonte	REGIONE E ASL
PP04_OS05	Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA
PP04_OS05_IS11	10.1 INTERVENTI IN TEMA DI RIDUZIONE DEL DANNO
formula	DEFINIZIONE INDIRIZZI E STANDARD E ATTIVAZIONE SERVIZI SPECIFICI
Standard	DEFINIZIONE DOCUMENTO PER LE LINEE DI INDIRIZZI E GLI STANDARD IN TEMA DI RIDUZIONE DEL DANNO NEL 2022, 5 UNITA' DI STRADA PRESENTI NEL TERRITORIO NEL 2023

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Fonte	REGIONE
PP04_OS04	Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato
PP04_OS04_IS12	9.2 INTERVENTI DI PREVENZIONE INDICATA RIVOLTA AGLI STRANIERI
formula	INIZIATIVE DI PREVENZIONE INDICATA RIVOLTA AGLI STRANIERI
Standard	COSTITUZIONE GRUPPO DI LAVORO SUL TEMA STRANIERI NEL 2022, 1 INIZIATIVA DI PREVENZIONE INDICATA RIVOLTA AGLI STRANIERI NEL 2023
Fonte	REGIONE
PP04_OS04_IS13	9.3 INIZIATIVE DI SENSIBILIZZAZIONE RIVOLTE AGLI OVER 65
formula	NUMERO INIZIATIVE REALIZZATE CON IL SUPPORTO DELLE ASSOCIAZIONI
Standard	1 INIZIATIVA DI SENSIBILIZZAZIONE DEL 2022, 1 INIZIATIVA DI SENSIBILIZZAZIONE NEL 2024
Fonte	REGIONE

3.4.6 Azioni

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (1 di 13)	OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE SULLE DIPENDENZE - SISTEMA DI MONITORAGGIO EPIDEMIOLOGICO PERMANENTE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.4 Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi (quantitativi e qualitativi) regionali
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Questa azione si riferisce all'obiettivo specifico **PP04-OS01 "Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative"**.

RAZIONALE

La raccolta sistematica di informazioni inerenti i fenomeni connessi all'uso di sostanze psicotrope e alle dipendenze costituisce non solo uno strumento indispensabile per comprendere le dinamiche che caratterizzano tali fenomeni, notoriamente complessi ed in continua evoluzione, ma anche la base necessaria per individuare adeguate misure di prevenzione e contrasto e valutare nel tempo gli esiti che esse producono. E' necessario, infatti, che si affermi anche in questo settore un approccio di *policy making* basato sull'evidenza come standard di gestione dell'intervento pubblico.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



L'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, la cui *mission* consiste proprio nell'offrire all'Unione Europea e agli Stati membri informazioni utili ad una valutazione costante delle politiche in materia, ha identificato quale obiettivo prioritario la disponibilità di informazioni attendibili e comparabili rispetto ad una serie di macro indicatori, che disegnano nel loro complesso l'andamento dei fenomeni connessi alla diffusione delle sostanze stupefacenti.

Tale obiettivo è stato recepito anche dall'Italia, che partecipa ormai da anni alla rete ReitoX, cioè una rete di "punti focali nazionali" costituita dall'Osservatorio europeo al fine di garantire la rilevazione dei dati secondo standard omogenei, e, attraverso un lungo lavoro che ha coinvolto sia il livello nazionale che le Regioni, ha istituito con il Decreto del Ministero della Salute 11 giugno 2010 il Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND), obiettivo strategico del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Con il SIND vengono innovate le modalità di rilevazione dei dati in materia di dipendenze, viene attivata una serie di flussi permanenti riferiti ai servizi territoriali delle Aziende USL e vengono definiti gli obblighi informativi ai quali le Regioni debbono rispondere.

All'interno di questa cornice nazionale ed internazionale, la Regione Umbria già da anni ha posto tra i propri obiettivi la costituzione di un sistema regionale permanente di osservazione epidemiologica, per monitorare sia i fenomeni connessi all'uso di sostanze psicotrope e alle dipendenze sia le risposte attivate sul versante preventivo e terapeutico-riabilitativo e di conseguenza ha attivato, con la DGR n. 1487/2011, un Osservatorio Epidemiologico regionale specifico per l'area delle Dipendenze.

Con il PRP attuale si intende procedere ad una riorganizzazione complessiva dell'Osservatorio, sia a livello organizzativo che metodologico, compresa l'evoluzione qualitativa e l'estensione del Sistema informativo regionale sulle dipendenze (SIRD) e il consolidamento della rete informativa che supporta l'Osservatorio stesso. Un aspetto fondamentale su cui si ritiene di lavorare è la fase di restituzione dei dati, attraverso la pubblicazione di report e l'organizzazione di iniziative di presentazione e di analisi condivisa delle informazioni rilevate.

STATO DELL'ARTE

L'Osservatorio prende in considerazione innanzitutto le aree tematiche indicate dall'EMCDDA, Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, riferite però a tutte le varie tipologie di fenomeni ricompresi nell'area delle dipendenze, ovvero:

- Prevalenza dell'uso di sostanze e dei comportamenti a rischio di indurre dipendenza (es. gioco d'azzardo),
Prevalenza dell'uso problematico,
- Domanda di trattamento,
- Malattie correlate,
- Mortalità correlata

Indaga inoltre ulteriori macro indicatori sulla base di specifiche esigenze regionali, quali:

- La risposta penale al consumo di sostanze; carcere e dipendenze;
- Le strategie di risposta, con riferimento ai cosiddetti "4 pilastri" della strategia europea: contrasto dell'offerta (lotta al narcotraffico); riduzione della domanda (prevenzione); trattamento ed inclusione sociale; riduzione del danno;
- La valutazione degli esiti dei trattamenti.

L'operatività dell'Osservatorio si basa su una "rete informativa" comprendente tutti i soggetti in grado di fornire informazioni utili in materia di abuso di sostanze e dipendenze. La costruzione, il mantenimento ed il progressivo ampliamento della rete informativa, associati ad un continuo lavoro comune mirato al miglioramento della qualità delle informazioni, costituisce una parte essenziale delle attività.

L'Osservatorio accanto ad indagini e rilevazioni di profilo quantitativo, promuove e/o realizza studi e approfondimenti basati su metodologie di tipo qualitativo.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Per il prossimo periodo si prevede un'attività complessiva di riorganizzazione e potenziamento dell'Osservatorio, rispetto alla quale sono stati attuati i primi passaggi:

- Affidamento al Centro Regionale sulla Salute Globale - CERSAG di attività di supporto all'azione di riorganizzazione e potenziamento, in particolare sul piano metodologico (DD n. 8759/2020),
- Convenzione della Regione con l'Istituto di fisiologia clinica del CNR, che rappresenta l'ente con la maggior expertise scientifica esistente in Italia nell'ambito del monitoraggio e dello studio della diffusione di comportamenti a rischio, principalmente l'uso di sostanze psicoattive e il gioco d'azzardo, sottoscritta in data 16.3.2021,
- Affidamento ad Umbria Digitale della realizzazione di strumenti informatici di supporto alle attività dell'Osservatorio (DD n. 10169/2020),
- Affidamento ad Umbria Digitale delle attività per l'evoluzione del sistema informativo regionale (DD n. 10169/2020),
- Affidamento al Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università degli studi di Perugia di una ricerca di taglio antropologico nei contesti del divertimento giovanile ad alta diffusione di sostanze (rave, grandi eventi musicali), con DGR n. 893/2019;
- Nell'ambito del Progetto APRIRE - Azioni di Prossimità Integrate Regionali, approvato con DD n. 13045/2019, inserimento di un'azione mirata alla costruzione di un sistema di rilevazione regionale delle attività di riduzione del danno,
- Affidamento al Centro Regionale sulla Salute Globale – CERSAG dell'elaborazione di un Piano di valutazione del piano regionale 2019-21 per la prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo, anche ai fini della sperimentazione di un metodo di valutazione da estendere ad altre programmazioni strategiche regionali.

ATTIVITA'**1. Riorganizzare e potenziare l'Osservatorio epidemiologico sulle dipendenze, con il supporto metodologico del CERSAG:**

- Verificare le banche dati in uso e, qualora necessario, ottimizzare la qualità delle informazioni, attraverso la collaborazione con le fonti di invio (rete informativa regionale);
- Selezionare ulteriori banche dati ai fini della completezza del monitoraggio del quadro epidemiologico regionale, valutare la loro accessibilità, definire attraverso opportuni strumenti di formalizzazione le modalità di collaborazione con le fonti di invio;
- Monitorare e analizzare i dati disponibili,
- Realizzare attività e progetti specifici di ricerca, di profilo sia quantitativo che qualitativo,
- Pubblicare report periodici e darne adeguata diffusione.

2. Dare attuazione alla convenzione con l'Istituto di fisiologia clinica del CNR, ed in particolare alle seguenti attività:

- Realizzare le indagini ESPAD e IPSAD con sovracampionamento, per avere dati con dettaglio territoriale, e pubblicare i conseguenti rapporti,
- Sviluppare gli indicatori in modo da descrivere e permettere il monitoraggio delle differenti dimensioni del fenomeno del gioco d'azzardo a livello di distretto sanitario/Zona sociale,
- Approfondire il monitoraggio dei fattori di rischio nella popolazione studentesca (15-19 anni), completato con l'analisi dei cambiamenti dei pattern nel tempo,
- Organizzare incontri tecnici tra i ricercatori di IFC-CNR e i professionisti che collaborano all'Osservatorio epidemiologico regionale delle dipendenze, finalizzati a condividere la conoscenza acquisita e discutere gli elementi necessari alla comprensione degli indicatori di monitoraggio del fenomeno e degli altri risultati del progetto,

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Organizzare seminari ed altre iniziative di diffusione dei risultati, rivolti agli operatori dei Servizi sanitari, all'Ufficio scolastico regionale, ai Dirigenti scolastici e ai docenti, agli amministratori, ai funzionari e agli operatori dei Comuni, ai professionisti e ai referenti di altre istituzioni interessate, ai componenti delle reti locali, ai cittadini.

3. Completare il piano di attività affidato ad Umbria Digitale per dotare l'Osservatorio di strumenti informatici di supporto, e precisamente:

- Censire le fonti dati, creare gli automi di interscambio dati e popolamento del Data Warehouse con tutti i dati di interesse in modo che gli stessi possano essere integrati e correlati,
- Implementare un ambiente di business intelligence regionale, nel quale disporre di cruscotti con analisi e reportistica di supporto alle verifiche e alle decisioni strategiche e che consenta la pubblicazione dei dati di interesse nei siti istituzionali di Regione Umbria e delle ASL.

4. Completare il piano di attività affidato ad Umbria Digitale per l'evoluzione del sistema informativo regionale, comprendente le seguenti attività:

- Aggiornare il software in uso nei servizi ASL (cartella clinica informatizzata), estendendolo alle tipologie di utenza non inserite attualmente nel SIND (disturbo da gioco d'azzardo, alcol, tabacco, dipendenze comportamentali),
- Estendere il sistema informativo regionale ai servizi residenziali e semiresidenziali pubblici e privati accreditati,
- Definire linee guida regionali riguardanti le modalità di utilizzo del software per migliorare qualità e comparabilità dei dati,
- Consolidare/completare gli organismi di coordinamento operativo di livello regionale.

5. Completare la ricerca di taglio antropologico nei contesti del divertimento giovanile ad alta diffusione di sostanze (rave, grandi eventi musicali) affidata al Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università degli studi di Perugia:

- Completare le attività di ricerca nel contesto degli eventi aggregativi oggetto dello studio, basate sul metodo dell'osservazione antropologica,
- Completare le attività di approfondimento basate su focus group e interviste a testimoni privilegiati,
- Analizzare i materiali derivati dalle attività di ricerca,
- Pubblicare e diffondere i risultati dello studio.

6. Attivare un sistema di rilevazione regionale delle attività di riduzione del danno, nell'ambito del Progetto APRIRE - Azioni di Prossimità Integrate Regionali:

- Acquisire le schede di rilevazione attualmente in uso da parte dei servizi di riduzione del danno,
- Acquisire le indicazioni e le modalità di rilevazione definite dagli istituti di ricerca di livello nazionale ed europeo (EMCDDA, Punto focale italiano presso il Dipartimento Politiche Antidroga),
- Elaborare nuove schede di rilevazione, comuni a tutti i servizi di riduzione del danno attivi nel territorio regionale, e formalizzarle con atto regionale.

7. Definire ed attuare, con il coordinamento operativo del Centro Regionale sulla Salute Globale – CERSAG e della Cabina di regia regionale per il Piano Gioco d'azzardo, un piano di valutazione del Piano regionale 2019-21 per la prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo:

- Elaborare il piano di valutazione,
- Condividerlo con la Cabina di regia regionale per il Piano Gioco d'Azzardo,
- Realizzare il piano di valutazione,
- Verificare l'esportabilità del metodo ad altre programmazioni strategiche regionali.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (2 di 13)	COMUNICAZIONE CIRCOLARE - INTERVENTI DI COMUNICAZIONE PER LA DIFFUSIONE DI CONOSCENZE, COMPETENZE E CONSAPEVOLEZZE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Questa linea di azione si riferisce all'obiettivo **PP04_OT06 "Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva"**

RAZIONALE

Nell'ambito del Piano regionale 2019-2021 per la prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo è prevista, quale elemento centrale dell'intervento complessivo, l'attuazione di programmi mirati alla prevenzione; l'approccio generale dell'area informativa e promozionale è quello definito "di comunità", ovvero una serie di interventi sviluppati su più livelli e diretti a target diversificati, sulla base di una alleanza sviluppata in primo luogo tra i servizi sanitari territoriali e i Comuni (Tavoli integrati locali) e quindi su reti di territorio che coinvolgano, accanto alle istituzioni locali, le realtà associative e le diverse forme di cittadinanza attiva. Anche riguardo alle attività di comunicazione ed informazione si è ritenuto opportuno avvalersi dell'intermediazione di ANCI UMBRIA, includendo nell'Accordo sottoscritto in data 1.3.2021, già indicato nell'area di azione "Intersettorialità", attività specifiche con queste finalità. Si intende pertanto, partendo dall'attuazione del "Piano regionale per la prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo", estendere a tutta l'Area delle Dipendenze l'Accordo nel suo complesso.

A partire da questa base di cooperazione interistituzionale e nell'ottica della messa a sistema delle azioni fin qui realizzate, in integrazione con altre progettualità regionali, appare opportuno in primo luogo valorizzare le **attività di comunicazione rivolte alla fascia degli adolescenti e giovani adulti**, attuate con i progetti YAU-YOUNG ANGLES UMBRIA e le altre progettualità regionali ad esso collegate (Piano regionale adolescenti e giovani, Progetto CONNESSI: Peer education per il contrasto al bullismo, Progetto YAPS attuato nelle scuole secondarie di secondo grado, Portale Umbria Giovani e Magazine associato, come descritto nel modulo **PP04_OS03**). In particolare, le attività informative realizzate dagli adolescenti e giovani adulti coinvolti, con il tutoraggio degli adulti quando necessario, costituiscono un'esperienza preziosa che si configura insieme come un'attività di divulgazione tra pari e anche come un'attività di empowerment dei ragazzi e ragazze e delle comunità scolastiche e/o extrascolastiche (contesti dello sport, del tempo libero, ecc.) coinvolte. La sinergia creata tra i vari progetti e le diverse istituzioni è un primo anello di congiunzione tra la scuola e i setting extrascolastici, tra il mondo adolescenziale e i giovani adulti, che

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



ci permette di avere contatti e raggiungere anche fasce di popolazione altrimenti non raggiungibili (adolescenti non inseriti in percorsi scolastici o usciti precocemente, che sappiamo dalla letteratura essere a maggior rischio rispetto ai coetanei che frequentano la scuola).

Per la **popolazione adulta, con attenzione specifica a gruppi connotati da condizioni di particolare vulnerabilità**, si prevedono campagne di comunicazione e informazione, a partire dalla replica della campagna Umbria NO SLOT attuata negli anni scorsi e considerando gli elementi scaturiti dalla sua valutazione. La diffusione capillare di materiali informativi si associa ad iniziative on site realizzate in collaborazione con le associazioni di riferimento per questo target specifico, già attivate peraltro in azioni sviluppate in diversi territori della regione.

Questo modello sarà replicato per ulteriori temi riferiti all'area delle dipendenze e altri comportamenti a rischio.

A supporto di queste attività, l'Accordo con ANCI Umbria prevede l'**attivazione di piattaforme e strumenti di comunicazione circolare** (newsletter ed analoghi) per la conservazione e la diffusione di dati ed informazioni sui diversi temi di interesse sociosanitario.

STATO DELL'ARTE

L'Accordo tra la Regione Umbria e l'ANCI Umbria, sottoscritto in data 1-3-2021 per l'area della comunicazione, ha per oggetto, tra le altre, le seguenti aree di attività:

- Realizzazione di campagne di comunicazione per la popolazione generale e gruppi target specifici:

- Replica della campagna di comunicazione Umbria No Slot, con focus particolare sul ruolo dei Comuni, tenendo conto di elementi di valutazione della campagna 2017/2019;
- Progettazione e realizzazione di nuove iniziative di comunicazione e informazione in risposta all'evoluzione dei fenomeni di interesse, con focus particolare sul ruolo dei Comuni.

- Attivazione di piattaforme e strumenti di comunicazione circolare (newsletter ed analoghi) per la conservazione e la diffusione di dati ed informazioni:

- Progettazione e attivazione di piattaforma e newsletter sul tema del contrasto al gioco d'azzardo, per favorire la circolazione di informazioni tra Comuni, associazioni, cittadini;
- Progettazione e attivazione di piattaforma e/o newsletter sui temi dell'integrazione socio-sanitaria, per favorire la circolazione di informazioni e la collaborazione tra servizi sanitari delle ASL e servizi sociali dei Comuni;
- Pubblicazione periodica delle informazioni di interesse del periodo, attraverso un'adeguata rete informativa.

Il Protocollo di intesa tra la Regione Umbria e il Comune di Perugia, sottoscritto in data 23-3-2021 per l'attuazione di attività nell'ambito del Piano regionale "Adolescenti e giovani adulti", prevede per l'area della comunicazione le seguenti attività:

- Evoluzione e potenziamento del Portale Umbria Giovani e del Magazine Umbria Giovane (MUG) associato;

- Diffusione dell'iniziativa e scambio di informazioni con l'intero territorio regionale, promuovendo il coinvolgimento dell'ANCI Umbria per favorire l'interazione con altri Comuni e in particolare con gli InformaGiovani e i Centri giovani di altri territori.

ATTIVITA'

1. Realizzare una piattaforma di comunicazione circolare alla quale potranno avere accesso tutti gli attori del sistema welfare e sanitario dell'Umbria.

La piattaforma sarà strutturata in sezioni tematiche su tutti gli argomenti che riguardano ed interessano l'integrazione socio-sanitaria. La piattaforma avrà pertanto un ruolo centrale per la diffusione delle informazioni, con l'obiettivo di diventare nodo centrale del Programma e di conseguenza patrimonio di tutto il tessuto regionale. La piattaforma stessa diventerà anche luogo di incontro e redazione di documenti e di focus specifici sui temi riguardanti tutta l'integrazione socio-sanitaria e pertanto anche la tematica del contrasto alle dipendenze, mettendo a disposizione documenti di carattere nazionale e database di contatti di tutti gli

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



stakeholders. L'operatività e l'efficacia della piattaforma saranno garantite da una costante alimentazione da parte di tutti gli Enti, che provvederanno ad aggiornare i database.

2. Realizzare attività rivolte alla fascia degli adolescenti e giovani adulti:

- Sviluppare ed incrementare le attività di profilo informativo incluse nel progetto YAU-YOUNG ANGLES UMBRIA;
- Riattivare e sviluppare il Portale Umbria Giovani e il Magazine associato;
- Estendere al territorio regionale il progetto YAU, attualmente centrato sul territorio di Perugia, non solo come possibile fruizione online ma anche come luogo di progettazione e di incontro e di elaborazione di materiali informativi tra ragazzi e ragazze, come previsto dal Piano regionale Adolescenti e giovani adulti;
- Realizzare attività di profilo informativo basate su percorsi integrati di attivazione dei giovani con la metodologia della peer education, connettendo le attività di promozione della salute attuate a scuola con iniziative nell'extrascuola, attraverso la valorizzazione del ruolo dei peer nei contesti del tempo libero ed anche dopo l'uscita dei ragazzi e ragazze dal percorso scolastico.

3. Progettare e realizzare attività di comunicazione e informazione rivolte alla popolazione adulta, a partire dal tema del gioco d'azzardo e con attenzione specifica a gruppi connotati da condizioni di particolare vulnerabilità:

- - Predisporre e diffondere i materiali informativi della campagna UMBRIA NO SLOT, con miglioramento dei flussi comunicativi lì dove, soprattutto nelle piccole realtà territoriali, le amministrazioni locali hanno difficoltà ad attivare opportuni canali comunicativi
- Promuovere attività specifiche che rinforzino la comunicazione attuata con la diffusione dei materiali, realizzate attraverso il coinvolgimento delle reti di territorio ed in particolare delle associazioni in grado di facilitare il contatto con i gruppi specifici di popolazione individuati;
- Monitorare la campagna di comunicazione al fine di evidenziare necessità non previste e creare sviluppi ad hoc;
- Monitorare i livelli di accesso dal Numero verde regionale per il gioco d'azzardo e ai servizi di cura; verificare i risultati della campagna di promozione del marchio No Slot tra gli esercenti per poter rilevare i reali effetti della comunicazione;
- Replicare il modello della campagna di comunicazione per altri temi dell'area delle dipendenze, tenendo conto dei risultati della valutazione delle attività sopra descritte.

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (3 di 13)	LABORATORI DI FORMAZIONE – INTERVENTI FORMATIVI PER INCREMENTARE LE COMPETENZE IN MATERIA DI PREVENZIONE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta “operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	comunità;scuola;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Questa linea di azione si riferisce ai seguenti obiettivi:

PP04-OT02 “Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale a Decisori, Policy maker, Amministratori locali, altri Stakeholder, Operatori di tutte le Agenzie e Organizzazioni educative e sociali presenti nel territorio”

PP04-OT03 “Svolgere attività di formazione rivolta ai referenti istituzionali in materia di dipendenze basati su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum”

PP04-OT04 “Svolgere attività di formazione sul counseling breve rivolte agli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari (inclusi MMG e PLS)”

PP04-OT05 “Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali”

RAZIONALE

Per l'organizzazione e l'attuazione di percorsi formativi nell'Area delle Dipendenze la Regione Umbria si avvale della collaborazione della Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica; i percorsi vengono programmati nell'ambito del Piano triennale delle attività formative rivolte agli operatori del Servizio Sanitario Regionale. Inoltre, attività di formazione specifiche sono inserite nell'ambito di Piani regionali di programmazione, come il Piano per la prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo, che contempla la formazione tra gli obiettivi strategici con la finalità di supportare la costituzione e il consolidamento di tavoli integrati che coinvolgono in prima battuta servizi sanitari territoriali per le dipendenze, Reti ASL di promozione della salute, Comuni e servizi afferenti, e successivamente reti di territorio che includono inoltre MMG e PLS, altre istituzioni, terzo settore e realtà associative coinvolte nelle azioni programmate.

Nel 2021 sono stati realizzati/programmati laboratori formativi sui temi della promozione della salute, del quadro epidemiologico regionale, del Budget di salute.

In integrazione con la programmazione regionale “Transizione culturale ed esperienziale: One, Eco e Global Health, Global Burden of Disease, Schools for Health in Europe Network Foundation”, si ritiene utile prevedere inoltre programmi formativi che aiutino ad inquadrare la salute e le metodologie per la sua promozione, secondo un approccio globale alla comunità orientato ai principi di equità, sostenibilità, inclusione, empowerment e capacity building. Questa linea di azione consente di diffondere una cultura della programmazione sempre più attenta e basata sulle evidenze e di costruire una sempre maggiore integrazione di vision e di operatività condivise tra servizi, enti e stakeholder, considerato che la comune cornice teorico metodologica è un prerequisito per una fattiva integrazione.

Inoltre in integrazione con il Programma regionale “Scuole che promuovono salute”, la formazione congiunta tra operatori sanitari e della scuola è una delle linee di azione caratterizzanti il progetto stesso. I temi previsti dal modello SHE spaziano in maniera molto ampia sui diversi fattori di salute, tra cui anche, in maniera più specifica, i fattori di rischio individuali e comunitari per le dipendenze. Il periodo pandemico ha reso evidente la necessità di aggiornare le competenze informatiche degli operatori socio sanitari, non solo come necessità tecnico-operativa per la gestione delle attività, ma anche come approfondimento di un linguaggio, di un ambiente di vita dei cittadini più giovani, la cui esplorazione va accompagnata dagli adulti di riferimento.

STATO DELL'ARTE

Nell'ambito del Piano annuale delle attività formative rivolte agli operatori del Servizio Sanitario Regionale sono stati proposti i seguenti percorsi formativi:

- Prosecuzione dei corsi di formazione associati ai progetti di promozione della salute nelle Scuole dell'infanzia e primarie, nelle Scuole secondarie di primo grado e nelle Scuole secondarie di secondo grado regionali;
- Riattivazione nel territorio dell'Assisano, nella prospettiva della successiva estensione ad ulteriori territori, della formazione associata al Progetto GEPPI, già sperimentata negli anni scorsi e basata sulla connessione tra il Progetto Pensiamo Positivo ed il Progetto PIPPI; entrambi i progetti fanno riferimento ad un paradigma di tipo “promozionale” e sono rivolti alle scuole dell'infanzia e primarie;

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Presentazione di rapporti epidemiologici su consumi di sostanze, gioco d'azzardo e altri comportamenti a rischio;
- Rafforzamento e miglioramento delle relazioni nell'ambito del lavoro di equipe e di rete.
- Nell'ambito del Piano per la prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo sono stati affidati alla Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica i seguenti percorsi formativi:
- Attività di formazione a supporto della costruzione di una Rete di primo contatto (MMG, PLS, servizi sanitari, servizi dei comuni, associazioni);
- Formazione congiunta operatori ASL – Zone Sociali per favorire il lavoro dei Tavoli integrati.

Nell'ambito del Piano per la prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo, rispetto al quale ANCI Umbria e Regione Umbria hanno stipulato uno specifico accordo in data 1.03.2021, sono stati realizzati incontri che hanno coinvolto gli Enti locali e il personale dei diversi distretti sanitari; nel corso degli incontri è emersa da parte degli amministratori e dei tecnici dei comuni umbri la necessità di formazione, conoscenza e aggiornamento sia rispetto alla tematica specifica, sia più in generale rispetto alle tematiche riguardanti la prevenzione e promozione della salute e le dipendenze nel loro complesso.

Sono pertanto state organizzate, in collaborazione con la Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica, alcune giornate formative rivolte sia al personale degli Enti locali che al personale dei Distretti sanitari.

I funzionari dell'Area Dipendenze hanno preso parte al Corso ASAP Training di Introduzione al Curriculum EUCP, con i seguenti contenuti: scienza della prevenzione, interventi di prevenzione efficaci nel contesto dell'UE, strumenti per l'implementazione e la valutazione, interventi di prevenzione in ambito ambientale, scolastico, familiare, lavorativo, comunitario e dei media.

Ad oggi nelle due aziende sanitarie sono stati realizzati diversi percorsi di formazione comuni, rivolti in particolare agli operatori delle reti di promozione della salute, centrati sulle metodologie della progettazione partecipata e sulle tecniche di ricerca qualitativa per le attività di valutazione. Si ritiene necessario consolidare tali competenze e diffonderle ad un numero sempre maggiore di operatori sanitari anche di altri servizi, nonché ad altri attori di altri enti (decisori nel mondo della scuola, delle associazioni, degli enti locali) che lavorano in partnership per le attività di promozione della salute e di prevenzione universale e selettiva.

Infine, è in corso un intervento formativo sul Budget di Salute, che contempla al suo interno l'attivazione di una Comunità di pratica per realizzare un periodico scambio di conoscenze e di esperienze tra i territori, nella prospettiva più ampia di una programmazione di sistema degli interventi.

ATTIVITA'**1. FORMAZIONE DECISORI, POLICY MAKER, ALTRI STAKEHOLDER**

- Continuare, con il supporto di ANCI Umbria ed in collaborazione con Federsanità ANCI Umbria, ad implementare azioni formative rivolte al personale dei Comuni e dei Distretti Sanitari, anche attraverso la valorizzazione e collaborazione con la propria rete di riferimento, costituita dalle altre ANCI e Federsanità, nonché attraverso la costituenda Federsanità Academy, organismo di Federsanità Nazionale preposto all'organizzazione di corsi di formazione sui temi dell'integrazione socio-sanitaria.
- Prevedere interventi di formazione congiunta Scuola/Sanità sui determinanti di salute e sulle metodologie di promozione della salute.
- Potenziare le competenze informatiche e digitali degli operatori che svolgono il ruolo di formatori, per un migliore utilizzo delle potenzialità della rete e per ridurre, almeno in parte, il gap esistente con i giovani destinatari dei progetti; in particolare, approfondire la tematica delle nuove tecnologie on line e degli strumenti interattivi (multimediali interattivi per le classi, esperienze di problem based learning, ipotesi di role play e situated learning, serious game, piattaforme digitali di condivisione, pratiche di edutainment).

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Prevedere interventi formativi sui modelli di intervento e sulle buone pratiche di lavoro nella Riduzione del Danno e dei Rischi rivolti a tutti i soggetti coinvolti nel potenziamento dei servizi di RdD, pubblici (SerD) e privati, alle forze dell'ordine, contemplando anche una formazione specifica per chi si rapporta con la popolazione detenuta.

2. FORMAZIONE IN MATERIA DI DIPENDENZE BASATA SU EUROPEAN DRUG PREVENTION QUALITY STANDARDS E EUPC

- Programmare interventi formativi incentrati sul modello dell'European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum per il potenziamento delle competenze e delle abilità sugli standard di qualità e sulla scienza della prevenzione, articolato su due livelli: il primo relativo alla formazione dei formatori, il secondo che, "a cascata", coinvolge questi ultimi come formatori di una più ampia platea di destinatari.

3. FORMAZIONE SUL COUNSELING BREVE

- Prevedere interventi di formazione incentrati sul trasferimento di competenze sulla tecnica del counseling breve, sviluppando ulteriormente la diffusione di corsi di formazione rivolti al personale sanitario.

4. PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA DI INTERVENTI INTERDISCIPLINARI E INTERSETTORIALI

- Prevedere interventi formativi sui temi della progettazione partecipata, project cycle management, marketing sociale, disuguaglianze di salute ed elementi metodologici per l'attuazione dell'Health Equity Audit nella prevenzione.
- Promuovere percorsi formativi di approfondimento e conoscenza delle Nuove Sostanze Psicoattive (NPS) aperti a più servizi e su tutto il territorio regionale, con l'intervento di Istituti già in rete sul territorio nazionale come il Centro Antiveleni di Pavia, Forze dell'Ordine, ISS.
- Programmare iniziative di formazione specifica come indicato nell'ambito di ciascuna azione del Programma Dipendenze.

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (4 di 13)	YAU - YOUNG ANGLES UMBRIA - ATTIVITA' DI PROMOZIONE DELLA SALUTE RIVOLTE AI GIOVANI ATTUATE IN CONTESTI EXTRA SCOLASTICI E ONLINE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.5 Supporto ai Settori responsabili di un "ambiente organizzato" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per il contrasto a comportamenti additivi (alcol, sostanze, gap, doping, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Questa linea di azione si riferisce all'obiettivo specifico **PP4 – OS03 “Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze**

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo"

RAZIONALE

L'adolescenza è una fase di grandi cambiamenti, sia sul piano della maturazione biologica che per il processo di svincolo dai legami familiari infantili e di costruzione della propria autonoma identità; si può considerare connaturata a questa età, pertanto, un'esperienza di malessere/disagio legata alla fase evolutiva, ma allo stesso tempo essa costituisce anche un'età di scoperte, di apertura al mondo, di conquista dell'autonomia.

Studi epidemiologici e ricerche sociologiche pongono l'attenzione sui comportamenti a rischio e sui problemi che si rilevano in questa età, tuttavia occorre mantenere uno sguardo completo ed equilibrato, cogliendo sia i segnali di fragilità che le risorse e le energie positive che emergono da un'osservazione a tutto campo, rivolta anche al contesto familiare e ambientale, per costruire interventi che forniscano un supporto adeguato al processo di maturazione mirando a contenere i fattori di rischio e a potenziare i fattori di protezione.

Dai sistemi di sorveglianza HBSC 2019 si rileva un consumo di alcol negli adolescenti umbri, senza significative differenze legate al genere, caratterizzato da un consumo "binge", ovvero di oltre 5 unità alcoliche in un'unica occasione (il 44% dei 15enni ha bevuto «binge» almeno una volta). Il 42% degli studenti di 15 anni si è ubriacato almeno una volta nella vita, con un consumo prevalente di birra. Inoltre il 20% del campione ha consumato alcol negli ultimi 30 giorni (15enni 42%).

Per quanto riguarda l'abitudine al fumo, la percentuale di fumatori negli adolescenti in Umbria è piuttosto elevata: ci sono punte del 44% fra i quindicenni e del 18% fra i tredicenni. Non si rilevano fenomeni di disuguaglianza particolarmente significativi, se non nell'aumento dell'abitudine nelle ragazze.

Tra i comportamenti a rischio, richiede particolare attenzione il consumo di sostanze psicoattive legali e illegali, che accanto al rischio di indurre dipendenza generato da un uso continuativo, comporta rischi connessi alla singola assunzione, quali intossicazioni acute, overdose, episodi psicotici indotti, incidenti. Lo studio ESPAD, realizzato annualmente dall'Istituto di Fisiologia clinica del CNR e riguardante la popolazione studentesca di 15-19 anni, documenta in Umbria nel 2019 una quota di utilizzatori di "almeno una sostanza illegale" pari al 27,7% del campione. La stessa indagine mostra come nei comportamenti di gioco d'azzardo l'istruzione dei genitori sia un fattore protettivo (i genitori dei ragazzi giocatori hanno titoli di studio più bassi rispetto ai genitori dei non giocatori), mentre la condizione lavorativa degli stessi vada nella direzione opposta (sono maggiormente occupati entrambi i genitori dei ragazzi giocatori rispetto ai non giocatori).

Per quanto riguarda l'uso di internet si evidenzia che tra gli utilizzatori "a rischio" (prevalentemente femmine) è superiore la quota con un andamento scolastico medio/basso, che riferisce di avere genitori che non sanno con chi e dove trascorre le serate, che non monitora le attività del sabato sera, che non fissa regole dentro/fuori casa, che non sostiene affettivamente ed emotivamente i propri figli. Inoltre, quote superiori di utilizzatori "a rischio" di Internet si rilevano tra coloro che si sentono insoddisfatti delle relazioni familiari e/o amicali e con sé stessi, delle proprie condizioni di salute e/o della condizione economica familiare.

Seppure non riconducibile direttamente ai comportamenti a rischio e alle dipendenze, preme ricordare i dati relativi all'abbandono scolastico già inseriti nel profilo di salute, poiché è noto come l'istruzione sia un fattore protettivo per la salute. In Umbria nel 2020 è da notare il dato di genere, che mostra una prevalenza di maschi minore (10,5%) del dato nazionale (15,6%) e un valore maggiore delle femmine (12,0%) con livelli superiori al dato nazionale (10,4%); il volume degli abbandoni in Umbria è inoltre in aumento (da 9,5% a 11,2%), soprattutto nella componente femminile (da 8,4% al 12,0%).

Dalle informazioni raccolte dai servizi per le dipendenze delle Aziende USL regionali, risulta che essi accolgono percentuali maggiori di giovani sotto i 24 anni di età rispetto al passato, sia per una maggiore diffusione del fenomeno, sia per una maggiore capacità di accogliere i bisogni dei più giovani e delle loro famiglie. Tra gli utenti dei servizi per le dipendenze dell'Azienda USL Umbria 1, questa fascia di età nel 2018 era pari al 12,3% dell'utenza complessiva, nel 2019 all'11,2%, nei primi 6 mesi del 2020 al 9,8%; entro questa quota, la fascia di età 14-19 anni ha visto un aumento progressivo nel periodo considerato. Tra gli utenti dei servizi per le dipendenze dell'Azienda USL

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Umbria 2, questa fascia di età nel 2018 era pari al 17,8% dell'utenza complessiva, nel 2019 al 19,6%, nei primi 6 mesi del 2020 al 19,5%; anche in questi servizi, la fascia di età 14-19 anni ha visto un aumento progressivo nel periodo considerato.

Questo quadro complesso orienta le azioni progettuali verso un potenziamento delle capacità di vita degli adolescenti e dei giovani adulti, e verso la costruzione di opportunità di salute. Tanto più vengono potenziate le reti sociali formali (scuole ed associazioni, ad esempio) ed informali che “sostengono” i ragazzi, tanto più sarà semplice per loro compiere scelte salutari. E in questo senso appare particolarmente prezioso quel terreno a metà strada tra il formale e l'informale, in cui un accompagnamento adulto è presente ma è “leggero”. In questo terreno poco definito e quindi poco connotato è possibile incontrare i ragazzi compiendo due funzioni salutogeniche: offrire luoghi di incontro e di creatività tra ragazzi, ancora più preziosi in seguito alla pandemia, assolvendo quindi alla funzione di socialità, e essere presenti come adulti significativi, assolvendo ad un'altra funzione ancora necessaria in adolescenza, che è quella di accompagnare alcuni frangenti cruciali e alcune volte critici. Una funzione adulta non genitoriale né pedagogica in senso stretto, ma capace di essere presente se necessario e distante quando non occorre. Questo contesto è uno dei livelli del PPDTA rivolto agli adolescenti che si situa a metà tra la promozione della salute e dell'intercettazione precoce del disagio, tra i più importanti, perché tiene conto sia del bisogno di autonomia che del bisogno di accompagnamento. Inoltre promuove le skills sociali, che preparano il terreno della cittadinanza attiva. Questo segmento non si sostituisce ma si integra con le attività di peer education realizzate in questi anni, che hanno evidenziato le capacità di impegno, creatività, assunzione di responsabilità, che connotano moltissime esperienze di questa fascia di età. Pertanto questa linea di azione è basata essenzialmente su metodologie peer to peer, con il supporto di educatori, e punta a valorizzare e potenziare i fattori di protezione. Rispetto alle attività scolastiche di peer education viene aggiunto un altro step: l'impegno peer nell'extrascuola, con il duplice vantaggio di spendere le competenze apprese a scuola in altri contesti di vita e di superare il limite più volte evidenziato dagli operatori e dai ragazzi stessi di interrompere un percorso di cittadinanza attiva con il termine degli studi. Questo ultimo filone è quello che si vuole perseguire con questa linea di azione.

STATO DELL'ARTE

Il Piano Regionale di Prevenzione 2014-19 includeva azioni volte a diffondere una corretta informazione nella fascia adolescenziale e giovanile, anche con l'utilizzazione del web e dei social network, in quanto questi costituiscono ambienti familiari ai giovanissimi e strumenti efficaci per rinforzare i messaggi e le finalità perseguite con le attività nelle scuole e per raggiungere ulteriori target. Attraverso il Progetto *Spazio ai giovani, tra reale e virtuale*, sono state realizzate attività informative e di sensibilizzazione rivolte ad adolescenti e giovani, sviluppate nel territorio e on line, sui temi della salute di maggiore interesse per la fascia giovanile, con metodologia peer to peer. Il progetto, attuato nell'ambito di un Protocollo di intesa sottoscritto nel 2017 tra la Regione e il Comune di Perugia, trae origine da un progetto nazionale CCM, denominato “Social net skills”, che alla sua conclusione ha avuto seguito in Italia in diversi territori; è stato sostenuto da un gruppo di ragazzi di età 15-25 anni, con funzione di peer, e da un gruppo di professionisti sanitari e sociali con funzione di tutor ed è condotto attraverso l'impegno costante di educatori del Centro Servizi Giovani di Perugia.

Il Protocollo con il Comune di Perugia è stato rinnovato nel 2021 con l'obiettivo di proseguire ed ampliare le attività precedenti. Il progetto definito dal nuovo Protocollo, denominato **Young Angles Umbria 2.0. Reloaded** - *Interventi informativi, educativi, preventivi in presenza e on line, attraverso i social network, il Portale regionale Giovani e il Magazine associato* -, declina le seguenti attività:

- o La gestione da parte dei peer di una chat di ascolto e informazione, rivolta a ragazze/i che vogliano esprimere bisogni, problemi, richieste, che si svolge a cadenza prestabilita, col supporto dei tutor esperti (operatori sanitari); si tratta di un intervento che si situa al confine tra la prevenzione universale e la prevenzione indicata, che ha permesso anche di intercettare ragazzi in condizioni di vulnerabilità e di inviarli con il supporto dei tutor ai servizi socio-sanitari competenti;

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- La gestione da parte dei peer, in un'ottica di promozione della salute, di pagine informative sui principali social network (Facebook, Instagram), con pubblicazione di post static e video dedicati all'approfondimento di tematiche di interesse del mondo giovanile, legate all'attualità, ai servizi e alle opportunità del territorio, alla salute e al benessere;
- La prosecuzione del Portale Umbria Giovani e del Magazine Umbria Giovane (MUG), attivati negli anni scorsi in attuazione della legge regionale in materia di politiche giovanili e affidati a livello operativo al Centro Servizi Giovani del Comune di Perugia; le attività hanno la finalità di assicurare alle giovani generazioni un sistema di accesso alle opportunità e alle informazioni utili per il proprio percorso di crescita, formazione e autonomia e a promuovere, secondo la metodologia dello scambio tra pari, un più ampio coinvolgimento dei giovani nella produzione e divulgazione delle informazioni che li riguardano.

ATTIVITA'

- 1. Costituire Gruppi di Coordinamento in ciascun territorio di Distretto sociosanitario / Zona sociale, nell'ambito dei Tavoli integrati descritti nel PP04 – OT01, con tutti gli attori interessati (referenti dei progetti attivati, assistenti sociali, rappresentanti dei servizi, referenti degli ambiti sociali, referenti della promozione della salute, istituzioni educative e formative) con il compito di:**
 - promuovere attraverso il confronto tra professionisti una tempestiva conoscenza e interpretazione dei cambiamenti negli stili di vita degli adolescenti, dei nuovi bisogni e delle nuove emergenze;
 - promuovere interventi e servizi che prevedano facilità di accesso, flessibilità, ascolto, prossimità e coordinamento tra i diversi percorsi.
- 2. Attuare il Progetto Young Angles Umbria definito dal Protocollo di intesa sottoscritto con il Comune di Perugia, prevedendo la prosecuzione, l'ampliamento e la diffusione nel territorio regionale delle attività:**
 - costituire/mantenere/potenziare i gruppi di peer e di tutor alla base delle attività,
 - incrementare gli strumenti multimediali di comunicazione e informazione rivolti al target degli adolescenti e giovani adulti gestiti attraverso il progetto,
 - attivare/gestire e aggiornare pagine informative sui principali social network, con finalità di informazione e di confronto sui temi della salute e del benessere, sull'offerta di servizi e di opportunità per i giovani e in generale su temi di interesse della fascia degli adolescenti e giovani adulti,
 - gestire uno spazio di ascolto e interazione attraverso chat,
 - realizzare iniziative su web radio,
 - partecipare con propri spazi informativi ad eventi sportivi, musicali, ludici, e/o realizzare iniziative on site con finalità di informazione e sensibilizzazione sui temi sopra indicati, tra cui attività specifiche di informazione e sensibilizzazione per la prevenzione dei problemi derivati dal gioco d'azzardo identificate dallo slogan SLOT-TA,
 - realizzare e/o partecipare ad iniziative di socializzazione di profilo culturale, artistico, ludico, sportivo, con la finalità di promuovere e valorizzare spazi positivi di aggregazione giovanile,
 - collaborare e interagire con il Progetto YAPS rivolto alle scuole secondarie di secondo grado,
 - collaborare con altre iniziative di analoghe finalità e rivolte al medesimo target,
 - attivare scambi permanenti con tutto il territorio regionale, in particolare con Informagiovani e Centri giovani di altri territori e con le reti di promozione della salute e altri servizi delle aziende USL, avvalendosi del supporto della Regione e di ANCI Umbria, anche per acquisire contenuti e proposte da trasmettere attraverso i canali di comunicazione gestiti dai peer.
- 3. Aggiornare e potenziare il Portale Umbria Giovani e il Magazine Umbria Giovane, rivolti alla medesima fascia d'età e indirizzati a finalità analoghe:**
 - Aggiornare costantemente il Portale regionale Umbria Giovani, attraverso attività di back office per il reperimento di informazioni e notizie ed elaborazione e pubblicazione dei contenuti,
 - Rilanciare il Magazine Umbria Giovane: riorganizzare la redazione, organizzare un percorso formativo ad hoc, organizzare attività di back office per il reperimento di notizie e la pubblicazione,

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Attivare opportuni collegamenti ai portali internazionali, europei e nazionali che si occupano di politiche giovanili,
- Attivare uno spazio di promozione dei servizi sociosanitari territoriali rivolti alla fascia d'età target e più in generale delle opportunità offerte dal territorio.

4. Diffondere le attività del Progetto YAU-Young Angles Umbria nell'intero territorio regionale, con il supporto di ANCI Umbria per il coinvolgimento dei Comuni e in particolare degli InformaGiovani e dei Centri giovani.

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (5 di 13)	TESSERE INSIEME - INTERVENTI PER LO SVILUPPO DI CONSAPEVOLEZZA E COMPETENZE NELLE FAMIGLIE E NELLA COMUNITA'
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.5 Supporto ai Settori responsabili di un "ambiente organizzato" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per il contrasto a comportamenti additivi (alcol, sostanze, gap, doping, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Questa linea di azione si riferisce all'obiettivo strategico 2.2 del MO Dipendenze, "Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui, delle famiglie e del territorio", e contribuisce pertanto all'obiettivo specifico **PP4 – OS03 "Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo"**.

RAZIONALE

Con questa linea di azione si intende informare e sensibilizzare la comunità locale, con un'attenzione specifica alle famiglie, sul mondo del consumo di sostanze e delle dipendenze e creare empowerment di comunità nel territorio regionale.

La famiglia, infatti, è il centro dell'organizzazione sociale, luogo primario di socializzazione e matrice dell'identità; ne consegue che le funzioni genitoriali, la "genitorialità", costituiscono il contenitore educativo-formativo nel quale il bambino e poi l'adolescente impatta i più significativi fattori di rischio e di protezione. Fornire un supporto alla genitorialità in una fase storica-sociale caratterizzata da rapide e imprevedibili trasformazioni e dal venir meno delle reti sociali diventa un obiettivo prioritario, tanto più riguardo ad un problema, il consumo e la dipendenza da sostanze, che tende attualmente ad assumere forme in continuo cambiamento, sfumate, di difficile riconoscimento ed interpretazione.

L'intervento è basato su un approccio di promozione della salute di tipo salutogenico, che tiene conto anche dei determinanti sociali della salute di popolazione, e adegua le proprie metodologie in relazione alle caratteristiche ed esigenze del gruppo target specifico di ciascun intervento e alle specifiche condizioni di contesto.

Con le azioni programmate si intende:

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Diffondere corrette informazioni e sensibilizzare le famiglie riguardo al tema del consumo di sostanze e delle dipendenze,
- Aumentare la conoscenza dei fattori di rischio e di protezione che intervengono a livello individuale, familiare e comunitario, con particolare attenzione ai bisogni e alle situazioni riportate dalle famiglie e alle caratteristiche specifiche dei singoli territori,
- Aumentare la conoscenza, da parte delle famiglie, dei servizi e, più in generale, delle iniziative ed opportunità offerte dal territorio,
- Facilitare l'avvio di processi di empowerment di comunità, coinvolgendo le istituzioni locali, il Terzo settore e le realtà associative presenti a livello locale, con attenzione agli elementi di rischio e di protezione rilevati nei singoli territori,
- Sviluppare percorsi di advocacy a favore delle famiglie nell'ambito delle comunità locali e a livello regionale.

L'intervento si rivolge a due versanti fondamentali:

- La comunità locale** - Si prevede il coinvolgimento delle istituzioni locali, in particolare dei Comuni e delle Scuole, nonché delle realtà del Terzo settore e delle associazioni attive nei singoli territori, come previsto anche dalle altre azioni del programma PP04 Dipendenze del PRP;
- Le famiglie con figli adolescenti e preadolescenti, prevedendo attività di profilo informativo/formativo, che integrino:**
 - Incontri finalizzati ad incrementare la consapevolezza dei processi di sviluppo cognitivo, emotivo e fisiologico caratteristici della fase adolescenziale, a migliorare la conoscenza dei fattori protettivi e di rischio correlati all'uso di sostanze stupefacenti e a promuovere un clima di fiducia nella relazione con i figli;
 - Un servizio di consulenza psicologica on line, ovvero uno spazio a cui i genitori possano rivolgersi, facilitando l'accesso di chi lavora o si trova distante dai servizi, nonché quelle famiglie che provano difficoltà ad attuare un contatto diretto.

Le metodologie individuate sono particolarmente centrate sullo sviluppo dell'Empowerment di gruppo, la capacità cioè di accrescere potenzialità e risorse relazionali, il senso di autoefficacia, la possibilità di percepirsi protagonisti attivi nei processi decisionali e di cambiamento della comunità. A supporto delle attività, si utilizzano materiali informativi cartacei e online, rivolti in maniera specifica alle famiglie. Si prevede inoltre, per una maggiore diffusione di informazioni, la realizzazione di una Newsletter comprensiva di aggiornamenti su iniziative delle associazioni, attività svolte, nuove proposte di collaborazione.

Inoltre, l'utilizzo della rete (newsletter ed e-mail) rappresenta un canale d'ingresso che per le sue caratteristiche di maggiore anonimato, flessibilità e facilità d'accesso può agevolare l'intercettazione di quelle famiglie vulnerabili che difficilmente arrivano ai servizi informativo-supportivi tradizionali, come quelli offerti dalle scuole.

STATO DELL'ARTE

La Regione Umbria ha previsto, nell'ambito del "Piano regionale Adolescenti e giovani adulti", integrato con il Piano regionale Gioco d'azzardo, di attivare interventi di prevenzione universale/selettiva con riferimento alle famiglie. In questa fase storica caratterizzata da una forte complessità, da un'accelerazione dei cambiamenti socio-culturali, legata anche al rapido sviluppo tecnologico, gli adulti appaiono disarmati, sempre meno in grado di costituire punti di orientamento e sempre più distanti per linguaggio, valori, riti e stili di vita dall'universo giovanile. E' emersa quindi la necessità di prevedere percorsi che potessero coinvolgere le famiglie, in quanto il contesto familiare costituisce il contenitore educativo-formativo nel quale l'adolescente impatta i più significativi fattori di rischio e di protezione. E' stato messo a punto da parte delle due Aziende sanitarie territoriali un progetto congiunto finalizzato in maniera specifica all'attuazione di iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte alle famiglie con figli adolescenti o preadolescenti che prevede le seguenti attività:

- **GIORNATE DI INCONTRO CON LE FAMIGLIE**, secondo le modalità specifiche concordate per ciascun territorio nella fase di progettazione partecipata, coinvolgendo, oltre ai servizi ASL, i Comuni, altre istituzioni e le realtà associative attive nel territorio. I destinatari sono le famiglie con figli adolescenti o preadolescenti, con

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



particolare attenzione alle famiglie in condizioni di vulnerabilità in riferimento a determinanti di salute di natura socio-economica quali reddito, livello d'istruzione, immigrazione;

- **ATTIVITA' ON LINE**, con attivazione di uno spazio virtuale di ascolto psicologico, tramite e-mail dedicata, per genitori con figli adolescenti o preadolescenti e di una newsletter e/o analoghi strumenti di comunicazione, per la diffusione delle iniziative, dei contenuti elaborati e di ogni altra informazione utile a supportare la partecipazione delle famiglie e la loro sensibilizzazione sui temi oggetto della progettazione.

ATTIVITA'

- 1. Costituire Gruppi di Coordinamento in ciascun territorio di Distretto sociosanitario / Zona sociale, nell'ambito dei Tavoli integrati descritti nel PP04 – OT01, con tutti gli attori interessati (referenti dei progetti attivati, assistenti sociali, rappresentanti dei servizi, referenti degli ambiti sociali, referenti della promozione della salute, istituzioni educative e formative), con il compito di:**
 - coinvolgere gli stakeholder - A partire dalle alleanze già costruite a livello regionale e locale con le istituzioni impegnate a vario titolo nel campo di interesse, quali i Comuni, la Scuola, le Prefetture, si prevede l'allargamento della collaborazione alle realtà del Terzo settore e dell'associazionismo interessate, con l'obiettivo di sviluppare forme di collaborazione e di lavoro integrato a favore delle comunità locali e della comunità regionale nel suo insieme;
 - declinare nel dettaglio le attività in coerenza con i bisogni e le caratteristiche specifiche del territorio, ed in particolare individuare i gruppi target specifici, i temi di maggiore interesse, le sedi da utilizzare, i percorsi per la costruzione di alleanze, eventuali iniziative di supporto;
 - definire idonei percorsi per il coinvolgimento delle famiglie - Le istituzioni locali, comprese le scuole che in Umbria sono oggetto di attività di promozione della salute consolidate negli anni, e le associazioni svolgono il ruolo di facilitatori nell' "ingaggio" delle famiglie con figli adolescenti o preadolescenti; il coinvolgimento delle famiglie costituisce infatti un passaggio centrale e comporta la necessità di definire per ciascun territorio strategie ed alleanze adeguate.
- 2. Attuare interventi di sensibilizzazione rivolti alle famiglie:**
 - Realizzare incontri con le famiglie con figli adolescenti o preadolescenti, secondo le modalità specifiche concordate per ciascun territorio nella fase di progettazione partecipata, con particolare attenzione alle famiglie in condizioni di vulnerabilità in riferimento a determinanti di salute di natura socio-economica quali reddito, livello d'istruzione, immigrazione;
- 3. Attivare uno spazio on line di ascolto psicologico per genitori con figli adolescenti o preadolescenti, tramite e-mail dedicata;**
- 4. Attivare una newsletter e/o analoghi strumenti di comunicazione, per la diffusione delle iniziative, dei contenuti elaborati e di ogni altra informazione utile a supportare la partecipazione delle famiglie e la loro sensibilizzazione sui temi oggetto della progettazione.**

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (6 di 13)	LA SCUOLA COME PALESTRA DI COMPETENZE PER LA VITA - INTERVENTI DI LIFE SKILLS EDUCATION E PEER EDUCATION NELLE SCUOLE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.5 Supporto ai Settori responsabili di un "ambiente organizzato" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per il contrasto a comportamenti addittivi (alcol,

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	sostanze, gap, doping, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	scuola

DESCRIZIONE

Questa linea di azione si colloca entro l'obiettivo specifico **PP04 – OS02, “Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting” ed è allo stesso tempo compresa nel PP01, “Scuole che promuovono salute”.**

Comprende azioni mirate a prevenire comportamenti a rischio tra i quali il consumo di sostanze psicoattive, e per questo motivo viene inserita, con la descrizione di un percorso dettagliato, nell'ambito di questo Programma predefinito. Viene monitorata attraverso gli indicatori già definiti per il PP01.

RAZIONALE

Il PRP 2014-2019 della Regione Umbria conteneva il Programma “Impariamo a resistere”, finalizzato a mettere in campo più progetti, con l'obiettivo generale di potenziare i fattori di protezione e contenere i fattori di rischio, al fine di promuovere lo sviluppo armonico della persona in tutte le fasi della crescita, sviluppare la capacità di riconoscere i comportamenti a potenziale rischio e resistere ai fattori di “aggressione” esterni.

In particolare il Programma includeva i seguenti tre progetti realizzati nel setting scolastico (dai 3 ai 18 anni), che la presente linea di azione prevede di proseguire:

- **Progetto Pensiamo positivo**, volto a favorire ed accompagnare il processo di costruzione dell'identità individuale e lo sviluppo delle competenze personali e relazionali (Life Skills) fin dalle età più precoci, attraverso percorsi di educazione socioaffettiva attivati nelle scuole dell'infanzia e primarie, fino alle secondarie di primo grado, formando gli insegnanti all'utilizzazione della metodologia individuata;
- **Progetto Unplugged**, basato su uno standard riferito al modello dell'influenza sociale e validato a livello internazionale, volto alla prevenzione dell'utilizzo di sostanze psicoattive, quali fumo, alcol e cannabis, e applicato nelle scuole secondarie di primo grado; prevede in prima battuta la formazione dei “formatori locali”, ovvero un nucleo di operatori sociosanitari della promozione della salute, e poi, a cascata, la formazione degli insegnanti;
- **Progetto YAPS – Young And Peer School**, volto a diffondere la promozione di stili di vita salutari attraverso la metodologia della peer education nelle scuole secondarie di secondo grado, formando gli insegnanti e gli studenti

La metodologia dell'educazione socio affettiva, quella dell'influenza sociale e la peer education sono tre vie differenti per accompagnare i cittadini più giovani nelle scelte di salute, di stili vita sani, con un bagaglio ben nutrito di abilità cognitive e psicosociali, le Life Skills. Sono le metodologie che ad oggi la ricerca suggerisce come efficaci per le tre fasce d'età.

L'educazione socio affettiva è elettiva per i bambini e le bambine della scuola dell'infanzia e della scuola primaria, sebbene possa essere utilizzata anche nella fascia d'età della preadolescenza e dell'adolescenza. E' nata negli anni '80 negli Stati Uniti, adattata poi al contesto italiano con un approccio più olistico dalla cattedra di Psicologia di Comunità dell'Università degli Studi La Sapienza di Roma (Francescato D. et al, 1986).

I percorsi basati sul modello dell'influenza sociale, invece, lavorano in maniera più specifica sulla prevenzione dell'uso di sostanze legali e illegali; il progetto è pertanto utile nella fascia d'età delle scuole secondarie di I grado, mentre ha

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



minor efficacia se attuato quando l'incontro con le sostanze è già avvenuto, poiché più che favorire la cessazione è efficace nel ritardare l'iniziazione; questo ha una forte rilevanza dal momento che, per esempio, il rischio di diventare dipendenti dall'alcol si riduce del 14% per ogni anno di ritardo dell'inizio dell'uso (Grant, 1997). Per questi motivi un team europeo, coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico per le Dipendenze del Piemonte, basandosi sulle evidenze teorico-metodologiche più recenti, ha elaborato e validato il progetto Unplugged (2007) attraverso un ampio studio multicentrico.

L'educazione tra pari (Peer Education) è la metodologia elettiva per le scuole secondarie di II grado, con la premessa che nell'adolescenza l'influenza sociale reciproca è molto forte e il gruppo è il contesto in cui maggiormente si condividono esperienze e si trasmettono saperi, competenze, atteggiamenti e stili di vita; inoltre i pari godono di una credibilità che difficilmente gli adulti riescono ad avere, credibilità che è sostenuta dalla condivisione di linguaggi e valori e da un abbassamento delle difese in quanto la relazione è vissuta come meno giudicante e carica di aspettative.

Tutti i progetti compresi nel Programma vedono nello sviluppo delle competenze sociali o "Life Skills", un aspetto fondamentale per la Promozione della Salute nelle scuole; le evidenze indicano la Life Skills Education come uno dei modelli di intervento della promozione della salute che ha ricevuto negli ultimi anni il maggior numero di validazioni, evidenziando effetti positivi sia a breve che a lungo termine.

Con il termine "Life Skills" si fa riferimento, in termini generali, ad una serie di abilità cognitive, emotive, relazionali di base che permettono all'individuo di operare con competenza sia sul piano individuale che sociale. L'apprendimento delle Life Skills si verifica quando le motivazioni alla conoscenza, le potenzialità e le diverse capacità possedute da una persona si traducono in comportamenti positivi e prosociali, ovvero quando si arriva a sapere che cosa fare e come farlo e, soprattutto, a essere consapevoli di saperlo fare. Per questo motivo, un buon livello di acquisizione delle Life Skills contribuisce alla costruzione del senso di autoefficacia e gioca un ruolo importante nello sviluppo dell'individuo, nella tutela della salute, nella motivazione a prendersi cura di sé stessi e degli altri e nella costruzione dell'autostima.

Le Life Skills costituiscono un elemento di connessione tra i fattori motivanti di conoscenza, atteggiamenti, valori e comportamenti sani, contribuendo in questo modo alla prevenzione e alla promozione della salute. Sono quei fattori di protezione che permettono di affrontare le difficoltà della vita (distress) in modo adattativo favorendo i processi di resilienza ed empowerment.

In quanto strettamente intrecciate con i processi di apprendimento e di crescita, le competenze psicosociali costituiscono, quindi, una componente essenziale dei processi educativi. La letteratura internazionale mostra come le numerose iniziative di ricerca-intervento secondo l'approccio della Life Skills Education siano state per lo più realizzate nell'ambito delle strategie di prevenzione, in un quadro di riferimento culturale sostanzialmente legato al modello "malattia"; altri studi (Bertini, Braibanti, Gagliardi, 2006) ritengono, invece, che le Life Skills debbano essere sviluppate a tutto campo nel nuovo quadro culturale della promozione della salute, in quanto sono considerate "premesse" per il conseguimento di obiettivi fondamentali della promozione stessa, che, attraverso il coinvolgimento diretto degli alunni in un processo dinamico di insegnamento e apprendimento, mira a mettere il soggetto in grado di tradurre conoscenze, atteggiamenti e valori in vere e proprie abilità.

Dal momento che lo sviluppo delle Life Skills può contribuire all'instaurarsi di un comportamento sano e di relazioni interpersonali positive e al raggiungimento del benessere mentale, tale processo di sviluppo dovrebbe idealmente essere attivato in giovane età, prima che si vengano ad instaurare modelli comportamentali negativi.

Lo sviluppo delle Life Skills prevede che i bambini e i ragazzi siano attivamente impegnati in un processo dinamico di apprendimento, coerente con la metodologia espressa dalle Life Skills e in grado di facilitarne il processo di sviluppo. A tal fine si prediligono metodologie quali il lavoro in piccoli gruppi, brainstorming, role playing, giochi, dibattiti. Per tali ragioni, l'OMS raccomanda che venga fatta una formazione specifica per gli insegnanti, con l'aggiunta di supervisor esperti nelle varie fasi di attuazione dei progetti, come realizzato in Umbria.

Lo sviluppo delle Life Skills prevede inoltre un rapporto di mutualità tra le parti coinvolte, insegnanti, alunni, genitori, formatori, ambiente, dove anche gli alunni stessi sono coinvolti e responsabilizzati. In particolare l'OMS prevede che si realizzi un lavoro di rete tra gli enti, le associazioni che si occupano della salute dei giovani; il lavoro di rete integrato e multi-professionale è l'unica garanzia per progetti significativi e di ampio respiro.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Tutti e tre i progetti prevedono che siano i Docenti a condurre concretamente le attività nelle scuole, mentre agli Operatori Sanitari sono affidate funzioni nella co-progettazione degli interventi e nella formazione, nel supporto e supervisione degli insegnanti stessi.

STATO DELL'ARTE

I tre progetti descritti sono stati attivati nella quasi totalità dei territori della regione a partire dal 2016.

Per il progetto Pensiamo positivo, dal 2016 al 2020 sono stati formati 839 insegnanti tra scuola dell'infanzia, primaria e alcune scuole secondarie di primo grado, in 33 edizioni svolte localmente in tutta l'Umbria. Per il progetto Unplugged, rivolto specificamente al consumo di sostanze e analoghi comportamenti a rischio, dal 2017 al 2020 sono stati formati 547 insegnanti delle scuole secondarie di primo grado, in 26 edizioni. Per il progetto YAPS, in 30 edizioni, dal 2016 al 2020, sono stati formati 387 insegnanti delle scuole secondarie di secondo grado, 865 ragazzi peer, 168 operatori sanitari. Il percorso formativo prevede, oltre a giornate in aula finalizzate all'apprendimento delle metodologie con un approccio esperienziale, momenti successivi di supervisione e confronto riguardo agli interventi attivati nelle classi.

L'emergenza sanitaria da Covid-19 ha comportato conseguenze impreviste anche nella realizzazione del Programma "Impariamo a Resistere". In tutti i territori dei Distretti umbri sono state concluse le attività formative previste. Gli incontri di confronto e supervisione inclusi nel percorso formativo sono stati effettuati in modalità FAD sincrona e da essi è emerso che una piccola parte dei docenti ha continuato ad effettuare le attività in modalità FAD, mentre altri hanno riutilizzato le competenze e le tecniche acquisite per gestire il clima emotivo della classe; in ogni caso è emerso forte da parte dei docenti il bisogno di essere ascoltati, in particolare sulla propria situazione professionale e sulla difficoltà di lavorare in FAD con i bambini/ragazzi. Sono state pertanto realizzate due rilevazioni per l'analisi dei bisogni degli insegnanti per orientare la riprogrammazione delle attività, una nel 2020 e una a giugno 2021; è stato proposto un questionario anonimo agli insegnanti coinvolti nei tre Progetti in tutta la regione, arruolati per la formazione 2019-2020, con l'obiettivo sia di comprendere il nuovo contesto da cui partire per una riprogettazione condivisa, sia di cogliere spunti e suggerimenti per avviare le attività del prossimo anno scolastico.

ATTIVITA'

L'approccio centrato sulle life skills e sulla peer education, anticipato dalla Regione già nel precedente PRP con il Programma "Impariamo a resistere", viene ripreso e valorizzato all'interno del PP01 "Scuole che promuovono salute", del quale costituisce un obiettivo specifico. Dovrà quindi essere redatto un Documento sulle pratiche raccomandate e, sulla base di tali indicazioni, saranno eventualmente ri-orientate le azioni di dettaglio riportate di seguito, che costituiscono tutte un'area specifica all'interno del Programma Scuole che promuovono salute e delle azioni di sistema ad esso collegate:

1. Costruire/rafforzare l'alleanza tra Scuola, Regione, Servizi sanitari territoriali, Enti locali ed altre istituzioni e realtà significative presenti a livello regionale e territoriale:

- Nell'ambito del Protocollo di intesa Regione/USR già indicato nel PP01, valorizzare le attività di life skills education e peer education e prevedere il proseguimento dei tre progetti attivati negli anni scolastici precedenti;
- Coinvolgere ANCI Umbria e, con il suo supporto, le Zone sociali e i Comuni ad esse afferenti in un ruolo di supporto alle scuole, nella prospettiva di costruire "comunità educanti" dal livello regionale a quello locale;
- Formalizzare protocolli locali che, riproducendo a cascata il Protocollo di livello regionale, ne articolino le finalità al livello di ciascun territorio di Distretto sanitario / Zona sociale, compresa la realizzazione dei tre progetti;
- Attraverso i Tavoli integrati descritti nel PP04 – OT01, attuare percorsi di progettazione partecipata per favorire la diffusione dei tre progetti nelle scuole del territorio e per sviluppare azioni a supporto delle scuole e azioni di livello extra-scolastico che possano essere utilmente connesse con quelle attuate nel setting scolastico.

2. Sulla base dell'alleanza di cui al punto precedente, proseguire la realizzazione dei tre progetti e promuovere una maggiore diffusione nelle scuole:

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Realizzare in ciascun anno scolastico i corsi di formazione su ciascuno dei tre progetti in maniera diffusa nei territori distrettuali, aggiornando il programma formativo in base ai bisogni espressi da parte degli insegnanti, con particolare riferimento agli elementi emersi in conseguenza dell'emergenza da Covid 19; in particolare, approfondire il tema delle competenze digitali per la salute con i bambini-ragazzi;
- Completare la predisposizione di manuali per i formatori, materiali formativi da mettere a disposizione dei corsisti, materiali idonei per la presentazione della proposta formativa e progettuale ai Dirigenti scolastici e ai Docenti;
- Coinvolgere nel ruolo di formatori docenti con esperienza/competenza consolidata nella attuazione delle metodologie proposte dal progetto Pensiamo positivo e YAPS-Young And Peer School, ovvero rispettivamente l'educazione socioaffettiva per lo sviluppo delle life skills e la peer education;
- Favorire "l'assunzione di titolarità" da parte delle scuole promuovendo l'inserimento dei tre progetti nel piano degli istituti scolastici e declinando nei diversi livelli della programmazione le attività di promozione della salute, a partire dal Collegio docenti e dal Consiglio d'istituto;
- Potenziare le competenze informatiche e digitali dei formatori per un migliore utilizzo delle potenzialità della rete per la promozione della salute e per superare, almeno in parte, il gap esistente con i giovani destinatari dei progetti.

3. Proseguire l'attività di valutazione dei tre progetti:

- Definire/aggiornare il piano di valutazione,
- Realizzare il piano di valutazione,
- Pubblicare report periodici e diffondere i risultati della valutazione come stimolo per un confronto costruttivo.

4. Dare visibilità e condividere con la comunità i risultati dei tre progetti:

- Realizzare iniziative di presentazione delle attività realizzate,
- Condividere e diffondere i report realizzati,
- Mettere a disposizione, attraverso idonea piattaforma e/o canali di comunicazione on line, tutti i materiali riguardanti queste attività, i prodotti realizzati dalle Scuole, i report pubblicati.

5. Sviluppare, in parallelo alla modalità di fruizione dei progetti in presenza, modalità di fruizione a distanza per fronteggiare l'eventuale prolungamento dell'emergenza sanitaria.

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (7 di 13)	ARGENTO VIVO - INTERVENTI DI PREVENZIONE UNIVERSALE, SELETTIVA E INDICATA, RIVOLTI AGLI OVER 65
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.5 Supporto ai Settori responsabili di un "ambiente organizzato" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per il contrasto a comportamenti additivi (alcol, sostanze, gap, doping, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	terza età
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Questa linea di azione si riferisce all'obiettivo **PP04-OS04 "Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all' intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato"**.

RAZIONALE

Tra i gruppi di popolazione connotati da particolare vulnerabilità, l'analisi del quadro epidemiologico pone in evidenza quello degli over 65, individuando in particolare la solitudine come fattore predisponente a comportamenti a rischio quali il fumo di tabacco; la popolazione over 65 è individuata inoltre dal Piano regionale di contrasto al gioco d'azzardo come uno dei gruppi target di interesse prioritario rispetto alla realizzazione di attività di prevenzione mirate, sulla base della particolare vulnerabilità di questo gruppo rispetto al rischio di incorrere in forme problematiche di gioco d'azzardo, con conseguenze negative come debiti, marginalità sociale, rischio di comportamenti illegali, autolesionismo; anche tra i fattori che sostengono questa specifica vulnerabilità, sono da sottolineare le frequenti condizioni di solitudine e, inoltre, di deprivazione economica.

STATO DELL'ARTE

Con riferimento al target over 65, la campagna di comunicazione Umbria No slot ha consentito la diffusione di informazioni sia riguardo ai rischi connessi al gioco d'azzardo, sia riguardo al Numero verde regionale e ai servizi disponibili, raggiungendo questo target specifico soprattutto attraverso la diffusione capillare di materiali informativi presso gli studi medici, le farmacie, gli uffici comunali, i servizi sanitari. Inoltre, sono state coinvolte nell'azione del Piano regionale associazioni rivolte a questa fascia di età, che hanno realizzato iniziative mirate, con la collaborazione dei servizi ASL.

Nel prossimo periodo si intende potenziare le azioni rivolte a questo obiettivo, con una organizzazione maggiormente coordinata incentrata sul ruolo dei Comuni (Zone sociali) e un ruolo di coordinamento operativo affidato ad ANCI Umbria, la costruzione e/o il consolidamento di una rete di supporto comprendente le numerose associazioni di riferimento, i sindacati dei pensionati, l'Università della Terza Età, patronati, centri sociali ed altri soggetti formali ed informali, la realizzazione di iniziative di formazione, anche rivolte ai volontari. A partire da questo tema, si prevede poi un ampliamento delle attività su altri temi di salute connessi alle dipendenze e, in senso più generale, alle scelte di salute.

ATTIVITA'

Potenziare le azioni rivolte al target over 65, con particolare riferimento al gioco d'azzardo, con una organizzazione maggiormente coordinata incentrata sul ruolo dei Comuni (Zone sociali), per garantire una diffusione capillare in tutto il territorio regionale:

- o Attivare percorsi di progettazione partecipata nell'ambito dei Tavoli integrati descritti nel PP04 – OT01, coinvolgendo tutti gli attori interessati, comprese le associazioni rappresentative di questa fascia di età;
- o Incrementare il numero di associazioni attive nella realizzazione del Piano regionale, ed in particolare associazioni in grado di intercettare la fascia di popolazione over 65, e sviluppare metodologie e strumenti per un fattivo e dinamico coinvolgimento in fase di progettazione e nei percorsi operativi;
- o Acquisire/predisporre prodotti di informazione e comunicazione efficaci da utilizzare nell'ambito di iniziative rivolte a questo gruppo target;
- o Attuare iniziative maggiormente coordinate, di livello regionale e locale, in collaborazione con le associazioni;
- o Associare il tema del gioco d'azzardo e delle dipendenze in genere alle attività di promozione della salute già incluse nel Piano regionale di prevenzione e mirate a questa fascia di popolazione;
- o Attivare iniziative e percorsi per rispondere al bisogno di relazioni interpersonali e contrastare le condizioni di isolamento sociale e solitudine.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (8 di 13)	MIGRANTI E DIPENDENZE - INTERVENTI DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE, FACILITAZIONE DELL'ACCESSO ALLE CURE RIVOLTI ALLE PERSONE IMMIGRATE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.5 Supporto ai Settori responsabili di un "ambiente organizzato" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per il contrasto a comportamenti additivi (alcol, sostanze, gap, doping, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Questa linea di azione si riferisce all'obiettivo **PP04-OS04 "Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato"**

RAZIONALE

Tra i gruppi di popolazione in condizioni di particolare vulnerabilità sono da includere gli immigrati, rispetto ai quali tuttavia occorre delineare con precisione le differenti situazioni presenti nel territorio regionale. L'individuazione di questo target nasce dall'esigenza di declinare in un'ottica transculturale le azioni inerenti la prevenzione delle dipendenze e delle patologie correlate e l'accesso ai servizi di cura, al fine di rimuovere gli ostacoli all'informazione, sensibilizzazione ed effettiva fruizione dei servizi di tutela della salute, determinati dai peculiari fattori socio – economici e culturali che possono essere propri della popolazione immigrata. Si ritiene opportuno, pertanto, procedere ad una analisi approfondita del quadro regionale relativamente ai gruppi etnici presenti in ciascun territorio, le caratteristiche salienti, i bisogni di salute, e delineare quindi un piano dettagliato di attività finalizzato a contrastare le difficoltà che si frappongono all'accesso ai servizi e agli interventi di prevenzione e di cura, coinvolgendo in tutto il percorso le associazioni rappresentative dei diversi gruppi etnici.

STATO DELL'ARTE

Nel territorio regionale sono state implementate alcune progettualità inerenti in particolare la tutela della salute di rifugiati e richiedenti asilo; nell'ambito dei progetti realizzati è stata trattata anche la tematica delle dipendenze. Il Progetto FAMI 2014-2020 PROG– 2059 For.MIGRANTS – “For.mazione e servizi per MIGliorare la Risposta degli Attori del territorio alle Necessità di Tutela della Salute dei rifugiati e richiedenti asilo”, realizzato dalla USL Umbria 1 in partenariato con la USL Umbria 2 e ANCI Umbria ed in corso di svolgimento, ha consentito di realizzare una serie di attività quali la formazione del personale sanitario, l'alfabetizzazione sanitaria dei rifugiati e richiedenti asilo presenti nel territorio regionale, l'implementazione di quattro equipe di mediazione etnoclinica a supporto dei servizi sociosanitari.

Il Progetto FAMI 2014-2020 PROG – 2806 “Réseaux: Reti di sostegno alla vulnerabilità psicosociale”, realizzato dalla Prefettura di Perugia in collaborazione con USL Umbria 1, USL Umbria 2, ANCI Umbria e Azienda Ospedaliera di Perugia, concluso a giugno 2021, ha contribuito a migliorare la capacità del territorio di intercettare il disagio psicologico e di gestire le acuzie psichiatriche dei rifugiati e richiedenti asilo. Il progetto ha consentito di sviluppare

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



una modalità di lavoro sinergica tra i soggetti pubblici e del Terzo settore coinvolti nell'accoglienza, con la finalità di definire una proposta di modello operativo per il coordinamento a regime di tutti gli attori che intervengono nella prevenzione e gestione di acuzie e post-acuzie psichiatriche. Nel progetto è stato coinvolto il personale sanitario dei servizi di salute mentale, dell'SPDC, dei SERT/SERD, dell'Ambulatorio per Immigrati.

ATTIVITA'

Costituire un gruppo di lavoro regionale composto, oltre che da funzionari della Regione, da referenti delle Aziende USL, Anci Umbria, CESVOL, realtà del Terzo settore, associazioni di riferimento dei diversi gruppi etnici, con i seguenti compiti:

- Effettuare una mappatura del profilo e del fabbisogno di salute per gruppi etnici, con particolare attenzione ai temi connessi alle dipendenze,
- Accogliere, attraverso percorsi partecipati di profilo qualitativo, le esigenze, proposte, osservazioni dei gruppi target, anche attraverso l'intermediazione delle associazioni di riferimento e delle realtà del Terzo settore,
- Fare una ricognizione degli interventi di prevenzione e di cura che già considerano la variabile etnica,
- Potenziare le iniziative già esistenti o progettare, anche sulla base di precedenti sperimentazioni, ulteriori attività finalizzate all'informazione sui servizi disponibili nel territorio e sui rischi connessi al consumo di sostanze psicoattive e a comportamenti assimilabili (es. gioco d'azzardo), alla prevenzione delle dipendenze e delle patologie correlate, alla facilitazione dell'accesso ai servizi e alle cure, all'incremento delle attività di mediazione culturale, con attenzione specifica anche al contesto penitenziario,
- Attivare a tal fine percorsi di progettazione partecipata nell'ambito dei Tavoli integrati descritti nel PP04 – OT01, coinvolgendo tutti gli attori del territorio interessati comprese rappresentanze dei gruppi target, al fine di declinare le attività in coerenza con il quadro specifico che caratterizza ciascun territorio e con i bisogni effettivamente rilevati;
- Acquisire/predisporre prodotti di informazione e comunicazione specifici da utilizzare nell'ambito delle attività programmate;
- Programmare la formazione degli operatori coinvolti nell'attuazione delle attività rivolte agli immigrati,
- Approfondire il tema delle garanzie alla salute primaria ed alle terapie per gli stranieri, a partire dalle modalità di assegnazione e funzionamento del Codice STP, non universalmente note e diffuse, e all'accesso alle cure per gli stranieri irregolari;
- Stabilire un percorso di confronto, aggiornamento e collaborazione con l'OIM e con l'organizzazione che segue i Ritorni Volontari in seguito a progetti migratori.

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (9 di 13)	FARE SISTEMA - COSTRUZIONE DI UN SISTEMA DI ALLEANZE INTERSETTORIALI A PARTIRE DA UNO STRETTO RAPPORTO DI COLLABORAZIONE CON ANCI UMBRIA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.1 Sottoscrizione di accordi di collaborazione – protocolli d'intesa, convenzioni con Istituzioni e/o titolari di policy (es. USR, Prefetture, Assessorati regionali Sport, Formazione, Turismo, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	comunità; comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Questa linea di azione si riferisce all'obiettivo **PP04-OT01 "Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio"**.

RAZIONALE

Le attività di promozione della salute e di prevenzione nell'area delle Dipendenze si caratterizzano per l'indispensabile coinvolgimento, al fianco dei Servizi sanitari, di numerosi altri attori istituzionali fra i quali in particolare i Comuni, nella logica dell'integrazione socio-sanitaria. Tale integrazione, ricompresa nei LEA così come definita dagli articoli 21 e ss. del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, si fonda sul coordinamento in via prioritaria, ma non esclusiva, tra servizi sociali e servizi sanitari nell'attivazione di interventi socio-sanitari a favore dei cittadini.

La vigente normativa riconosce inoltre specifiche competenze e funzioni ai Comuni nell'ambito delle attività sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali; ANCI UMBRIA, Associazione nazionale dei Comuni Italiani dell'Umbria, per statuto è titolare della rappresentanza istituzionale dei Comuni dell'Umbria e degli altri enti di derivazione comunale nei rapporti con la Regione e con gli altri enti istituzionali. In ambito sanitario e sociale si avvale di FEDERSANITÀ ANCI UMBRIA, una federazione di Aziende Sanitarie Locali, di Aziende Ospedaliere e di Comuni rappresentati dalla Conferenza dei Sindaci, che ha tra i principali obiettivi proprio quello di perseguire lo sviluppo della qualità ed efficacia dei servizi di integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale insieme agli organi dello Stato, delle Regioni e degli EE.LL. e alle parti sociali.

Per favorire il coinvolgimento dei Comuni nelle attività di profilo sociosanitario, incluse le attività di promozione della salute e prevenzione, si è ritenuto opportuno avvalersi dell'intermediazione di ANCI UMBRIA, formalizzando la collaborazione con la stipula di un Accordo che, partendo nello specifico dall'attuazione del "Piano regionale 2019-2021 per la prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo", si possa estendere a tutto il tema dell'integrazione socio-sanitaria nell'Area delle Dipendenze.

Questo primo livello di cooperazione interistituzionale costituisce il tessuto su cui si intende fondare la costruzione di reti di territorio, che si articolino dal livello regionale a quello locale e includano progressivamente ulteriori istituzioni e le diverse realtà del Terzo settore e dell'associazionismo.

STATO DELL'ARTE

Tra la Regione Umbria e l'ANCI Umbria è stato formalizzato, in data 1.3.2021, uno specifico Accordo, che prevede una durata di due anni a decorrere dalla stipula e che potrà essere rinnovato per dare continuità alle attività avviate.

L'Accordo ha per oggetto, tra le altre, le seguenti finalità specifiche:

Realizzazione di attività di prevenzione rivolte alla popolazione generale e a gruppi target specifici:

- Partecipazione e supporto alla costituzione di reti integrate, a livello regionale e locale, tra servizi comunali, servizi sanitari, Scuola, altre istituzioni, realtà associative, a sostegno delle attività di promozione della salute e prevenzione rivolte ad adolescenti e giovani e realizzate nelle scuole, nei contesti extrascolastici e *on line*, già attivate con il Piano regionale di prevenzione 2014-19 e sviluppate ulteriormente nel presente Programma;
- Partecipazione e supporto alla costruzione di percorsi di confronto e collaborazione con le associazioni, di livello regionale e locale, e alla realizzazione di iniziative di informazione, sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla fascia degli over 65 e ad altri gruppi di popolazione ad elevata vulnerabilità, definite dal Piano regionale di contrasto al gioco d'azzardo.

Coinvolgimento delle associazioni di categoria rappresentative dei gestori dei locali con offerta di giochi d'azzardo leciti:

Partecipazione e supporto alla costruzione di percorsi di confronto e collaborazione con le associazioni di categoria, di livello regionale e locale, e alla realizzazione di iniziative di carattere preventivo.

Promozione delle attività di controllo in capo ai Comuni:

Promozione di un maggiore volume di controlli, attraverso le Polizie municipali e altre Forze dell'Ordine

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



ATTIVITA'

1. Dare piena attuazione all'Accordo, coordinare e monitorare i percorsi di integrazione, dal livello regionale al livello locale;
2. Supportare, coordinare a livello operativo e monitorare la realizzazione delle attività inserite nel presente Piano che prevedono il coinvolgimento dei Comuni a fianco del sistema sanitario;
3. Prevedere il rinnovo dell'Accordo attualmente in vigore, estendendolo a tutta l'Area dell'integrazione socio-sanitaria riferita alle dipendenze, anche attraverso il coinvolgimento di altri attori chiave con i quali l'ANCI Umbria ha già in atto Accordi di collaborazione (Accordo con Federsanità ANCI Umbria e Federfarma Umbria-Unione Sindacale Regionale dei titolari di Farmacie dell'Umbria; Accordo con CEU – Conferenza episcopale Umbria; Accordo con Federsanità ANCI Umbria e CESVOL Umbria- Centro Servizi per il Volontariato Umbria);
4. Verificare la possibilità di un accordo tra Regione Umbria, ANCI Umbria, Prefetture di Perugia e Terni e Forze dell'Ordine per coordinare le attività di controllo degli esercizi commerciali, alla luce delle criticità evidenziate da parte delle Polizie Municipali, favorendo l'affermarsi di un metodo di controllo che non sia meramente vessatorio nei confronti degli esercenti, ma che possa invece favorire una collaborazione al fine di individuare comportamenti a rischio da parte dei singoli fruitori dell'offerta.

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (10 di 13)	PPDTA ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI - DEFINIZIONE, APPLICAZIONE E MONITORAGGIO DI UN PPDTA PER LA PREVENZIONE INDICATA, L'INTERCETTAZIONE PRECOCE E LA PRESA IN CARICO SPECIFICA DI ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI CON MANIFESTAZIONI DI DISAGIO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.3 Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;terza età
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Questa linea di azione si riferisce all'obiettivo PP04-OS04 "Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato".

RAZIONALE

L'adolescenza rappresenta un passaggio sociale tipico di molte società, che offre ai giovani la possibilità di sperimentare il comportamento adulto all'interno del ciclo vitale dell'individuo; questa fase di esplorazione e di ricerca di identità è connotata ad una discreta accettabilità del rischio, che viene percepito dall'adolescente come l'opportunità di mettersi alla prova, da un lato rispetto alle potenzialità corporee e cognitive, e dall'altro rispetto ai

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



limiti insiti nel processo d'integrazione della fragilità del corpo e della sua mortalità; ciò avviene oggi in un contesto caratterizzato da una molteplicità di modelli identificativi spesso contraddittori, dalla perdita di credibilità delle istituzioni deputate a svolgere un ruolo educativo, in primis la Scuola e la famiglia, e dalla conseguente difficoltà da parte delle nuove generazioni di assumersi responsabilità e di tollerare le inevitabili frustrazioni che il crescere comporta. La pandemia e le prescrizioni normative per fronteggiarla sembrano aver acuito queste difficoltà e i servizi del SSR documentano un incremento degli accessi di adolescenti e giovani adulti sia per problemi di salute mentale che per disturbi da uso di sostanze o comportamenti, quali le dipendenze da internet e dalle tecnologie.

Da queste considerazioni scaturisce l'individuazione del target giovanile come gruppo di popolazione prioritario cui indirizzare attività specifiche di prevenzione indicata, ovvero attività focalizzate sul singolo individuo e sul suo contesto relazionale e rivolte a quelle persone cui è stato riconosciuto un alto rischio di sviluppare un disturbo patologico; attraverso attività svolte prevalentemente in contesti informali, si prevede di facilitare il contatto dei giovani portatori di vissuti di disagio di diversa origine e tipologia, compreso l'abuso di sostanze psicoattive legali e illegali e comportamenti assimilabili, con professionisti della salute, al fine di attivare interventi di presa in carico leggera o, ove, appropriato, l'accesso a percorsi diagnostici e terapeutici; considerato che i servizi territoriali tradizionali risultano poco attrattivi per i ragazzi e per le famiglie e tarati sostanzialmente sul target degli adulti, cosicché la gran parte dei problemi considerati rimane sommerso e accede soltanto quando assume un profilo di gravità eclatante, si ritiene necessario completare l'azione con la realizzazione di punti di accesso specifici per caratteristiche logistiche e modalità di approccio.

Lo strumento organizzativo e programmatico individuato per ridefinire l'offerta verso questo gruppo specifico di popolazione è quello del Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico, che attraverso questa Linea di azione ci si propone di definire, attuare e monitorare, con l'obiettivo di costruire una "filiera" di aree di intervento tra loro interconnesse, dalla prevenzione indicata, all'intercettazione precoce dei casi problematici fino alla diagnosi e presa in carico (leggera, per i casi di disagio adolescenziale; completa, per i casi contraddistinti da forme di vera e propria patologia), ciascuna delle quali individuata in maniera chiara in quanto a modelli organizzativi, sistemi di integrazione tra servizi diversi, modalità di approccio adeguate alla fascia di età e sostenute dalla letteratura scientifica.

STATO DELL'ARTE

Con riferimento al target giovanile è stato approvato con DGR n. 886/2020 il "Piano regionale Adolescenti e giovani adulti", che si integra con il Piano regionale 2019-21 per la prevenzione, cura e riabilitazione del disturbo da Gioco d'azzardo. Per l'attivazione delle Aree dedicate all'intercettazione precoce, all'accoglienza e alla presa in carico, il punto di partenza è costituito dagli esiti della sperimentazione di interventi innovativi in ambito sociosanitario nei confronti di adolescenti e giovani adulti realizzate dalle Aziende USL nel biennio precedente, in attuazione della DGR n. 888/2017. Le due Aziende USL hanno rivolto le proprie attività principali verso due diverse direzioni, complementari tra loro: l'Azienda USL Umbria 1 ha realizzato centri di ascolto diffusi nel territorio aziendale, collocati in contesti prevalentemente informali e, successivamente, in risposta all'emergenza sanitaria da Covid 19, ha attivato uno spazio di supporto psicologico on line attraverso una chat sincrona; l'Azienda USL Umbria 2 ha invece realizzato punti specifici di accoglienza e presa in carico per adolescenti e giovani adulti con problemi di salute mentale e/o dipendenze, coinvolgendo le famiglie e utilizzando un approccio metodologico modulato specificamente sulle caratteristiche, i bisogni e i linguaggi del target individuato, gestiti da professionisti con profilo adeguato. Il "Piano regionale Adolescenti e giovani adulti", cogliendo le buone prassi e le criticità emerse dalla sperimentazione, ha inteso delineare un percorso finalizzato alla definizione e diffusione di un modello di intervento integrato e uniforme su tutto il territorio regionale.

ATTIVITA'

1. **Costituire un Gruppo di lavoro regionale composto da referenti dei servizi sanitari territoriali (Reti di promozione della salute, servizi per le dipendenze, servizi di salute mentale, neuropsichiatria infantile, consultori ed altri), dei Comuni (ANCI), dell'Ufficio scolastico regionale e di eventuali ulteriori istituzioni, con il compito di:**

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Acquisire i risultati delle sperimentazioni attuate a seguito della DGR n. 888/2017 e di ulteriori esperienze realizzate in ambito ASL,
 - Verificare i dati relativi agli accessi ai servizi e i dati e le informazioni di agenzie di ricerca regionali e nazionali,
 - Analizzare la letteratura scientifica disponibile in materia,
 - Definire, sulla base delle conoscenze indicate ai punti precedenti e attivando, ove opportuno, idonei percorsi di partecipazione più allargata, il PPDTA per adolescenti e giovani adulti con manifestazioni di disagio, da formalizzare con atto della Regione e con recepimento da parte delle Aziende USL, prevedendo una prima fase di applicazione sperimentale,
 - Monitorare l'applicazione del PPDTA e procedere, ove necessario, ad opportuni aggiustamenti.
- 2. Attivare, nell'ambito del PPDTA, tutta la rete dei servizi che possono intercettare i diversi bisogni degli adolescenti secondo un approccio complesso ed integrato (vedi tabella sottostante - breve descrizione della filiera del sistema sociosanitario):**
- Promuovere interventi e servizi che prevedano facilità di accesso, accoglienza specifica, flessibilità, ascolto, prossimità, tempestività della risposta e coordinamento tra i diversi percorsi di accesso;
 - Standardizzare un modello operativo comune, con percorsi condivisi tra i diversi servizi sanitari, per dare risposte appropriate agli adolescenti;
 - Individuare spazi specifici ed idonei per l'accoglienza, la valutazione diagnostica e la presa in carico integrata con focus sulla fascia d'età e non sulla sintomatologia.
- 3. Costituire Gruppi di Coordinamento in ciascun territorio di Distretto sociosanitario / Zona sociale, nell'ambito dei Tavoli integrati descritti nel PP04 – OT01, con tutti gli attori interessati (referenti dei progetti attivati, referenti dei servizi sanitari e sociali, istituzioni educative e formative), con il compito di:**
- Promuovere, attraverso il confronto tra professionisti, una tempestiva conoscenza e interpretazione dei cambiamenti negli stili di vita degli adolescenti, dei nuovi bisogni e delle nuove emergenze;
 - Attivare interventi per ampliare la rete dei professionisti che intercetta la domanda degli adolescenti, utilizzando luoghi non connotati e familiari ai giovani come centri di ascolto, spazi polivalenti, associazioni sportive e luoghi virtuali attraverso il web e la chat;
 - Implementare le competenze della rete nella identificazione precoce degli indicatori di disagio e dei fattori di rischio;
 - attivare progetti di sostegno alla genitorialità al fine di lavorare alla co-costruzione di un nuovo “contenitore relazione”.
- 4. Nell'ambito del PPDTA, attraverso la rete dei servizi dedicati:**
- Realizzare interventi di promozione della salute e interventi di carattere sociale
 - Attuare interventi di Primo livello così declinati:
 - a. attivare punti di ascolto, analogamente a quanto sperimentato nell'Azienda USL Umbria n. 1, con l'obiettivo di facilitare l'accesso ai servizi, promuovere l'empowerment degli adolescenti aumentando il loro livello di consapevolezza sulle strategie relative alla propria salute ed al proprio benessere attraverso l'attivazione di iniziative che li vedano protagonisti,
 - b. intercettare la domanda in luoghi non orientati sulla patologia, non connotati come sanitari, attraverso modalità d'ingaggio informali e non strutturate;
 - c. attivare/implementare la rete con le altre istituzioni per costruire modalità condivise di intercettazione precoce del bisogno e di presa in carico multidisciplinare;
 - d. promuovere la messa in rete dei MMG, dei PLS, degli psicologi delle cure primarie, dei consultori, della psicologia ospedaliera e della psicologia distrettuale (anche in ottemperanza a quanto previsto dai nuovi LEA art.24).
 - e. attivare una rete di coordinamento con gli psicologi scolastici (Protocollo MI-CNOP) al fine di potenziare la rete interistituzionale e costruire modalità condivise di intercettazione precoce del bisogno e di eventuale invio/presa in carico presso i servizi sanitari.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Attuare interventi di secondo livello così declinati:
 - a. Costituire una rete di servizi che prevedano interventi di tipo ambulatoriale rivolti al target identificato, per la presa in carico di condizioni patologiche conclamate,
 - b. Definire e sperimentare in maniera diffusa nella rete dei servizi sopra indicata modalità di intervento specifiche per il target considerato, a partire dai risultati della sperimentazione effettuata dalla USL Umbria 2 attraverso il progetto Giovani 2.0, attuato a seguito della DGR n. 888/2017, e considerando le procedure previste nei diversi servizi specialistici (Servizi per l'età evolutiva, NPI, CSM, Ser.D).
- Definire le modalità di attuazione degli interventi di terzo livello, riguardanti i servizi residenziali e i ricoveri ospedalieri, promuovendo maggiore integrazione con i servizi deputati ai livelli precedenti di intervento.

5. Qualificare e consolidare la rete dei servizi:

- Realizzare un percorso formativo di tipo esperienziale rivolto a tutti i servizi coinvolti e alle diverse figure professionali, con la finalità di promuovere una comunanza di linguaggi e di obiettivi,
- Attraverso la formazione e adottando la metodologia della programmazione partecipata, definire percorsi condivisi rendendo concretamente permeabili i confini della filiera e favorendo la formazione di un gruppo di lavoro coeso,
- Sviluppare connessioni e sinergie interistituzionali con le diverse agenzie educative del territorio e con associazioni laiche o religiose al fine di raggiungere obiettivi comuni.

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (11 di 13)	PREVENZIONE, DIAGNOSI E CURA DELLE MALATTIE INFETTIVE - ATTIVITA' DI SENSIBILIZZAZIONE, DI SCREENING E DI AVVIO AI PERCORSI DI CURA SVOLTE DAI SERD E DAI SERVIZI DI PROSSIMITA'
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.9 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", reportistica, ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Questa linea di azione si riferisce all'obiettivo specifico **PP04-OS06** "Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari".

RAZIONALE

Le malattie infettive continuano ad essere una delle più rilevanti cause di malattia, disabilità e morte, con forte impatto sulla sostenibilità dei sistemi sanitari. Il contrasto alla diffusione delle malattie richiede un complesso integrato di interventi che comprendono, in varia misura: la corretta informazione e educazione dei soggetti, l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione, la promozione della immunizzazione attiva e la profilassi dei soggetti

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



esposti, la tempestività e la qualità delle diagnosi, l'appropriatezza e la completezza dei trattamenti terapeutici, il monitoraggio degli esiti degli interventi e dei loro eventuali eventi avversi. In particolare, occorre promuovere il concetto di adesione consapevole, da parte della popolazione, all'offerta dei diversi interventi preventivi; il superamento delle differenze territoriali in termini sia di standard di copertura che di qualità dell'offerta; la promozione dell'equità potenziando le azioni di prevenzione rivolte ai soggetti più a rischio e ai gruppi più difficili da raggiungere.

Nel contesto delle Dipendenze, le malattie infettive la cui trasmissione può impattare particolarmente sono l'HIV-Aids, l'Epatite B e l'Epatite C ed inoltre le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST).

Il Rapporto del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) relativo ai dati 2018, pubblicato dal Ministero della Salute, riporta che i Servizi umbri hanno sottoposto al test HIV il 40% degli utenti, riscontrando un esito positivo in 40 casi, corrispondenti all'1,4% degli utenti tossicodipendenti in carico nell'anno; hanno sottoposto al test HBV il 36% degli utenti, riscontrando un esito positivo in 17 casi, corrispondenti allo 0,6% degli utenti tossicodipendenti in carico nell'anno; hanno sottoposto al test HCV il 32,5% degli utenti, riscontrando un esito positivo in 523 casi, corrispondenti al 18,4% degli utenti tossicodipendenti in carico nell'anno. E' evidente, pertanto, la sussistenza di un ampio margine di miglioramento, pur se le quote di utenti testate collocano l'Umbria, nel confronto con le altre regioni, al di sopra della media nazionale.

Una prima area di azione riguarda quindi il potenziamento delle attività nell'ambito dei SerD rivolte alle principali patologie infettive (almeno Epatite B e C, HIV-AIDS, MST), prevedendo modalità di attuazione coerenti con le *Linee di indirizzo per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze nei servizi per le dipendenze*, realizzate dall'ISS e pubblicate nel 2017 in esito ad un progetto finanziato dal Dipartimento Politiche Antidroga.

Una ulteriore area di azione riguarda il potenziamento delle attività con focus sulle malattie infettive realizzate da unità di strada e drop in, che intervengono in luoghi e contesti informali attivando occasioni di contatto con persone utilizzatrici di sostanze psicoattive ad alto rischio di incorrere in patologie infettive correlate e in gran parte non seguiti dai servizi di cura.

Per quanto riguarda le epatiti, questa linea di azione fa riferimento al Piano nazionale per la prevenzione delle epatiti virali da virus B e C, del 2015, e si interseca, relativamente all'epatite C, con lo "Screening nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV", stabilito dal decreto legge del 30 dicembre 2019, n. 162, all'art. 25 sexies; l'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 17.12.2020 ha previsto un finanziamento alle Regioni per le attività di screening, destinate ai nati negli anni dal 1969 al 1989, ai soggetti che sono seguiti dai servizi pubblici per le tossicodipendenze (SerT), nonché ai soggetti detenuti in carcere; con il decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze sottoscritto in data 14 maggio 2021 sono state definite le modalità di attuazione, compreso il target degli utenti dei SerD.

Per quanto riguarda l'HIV-AIDS, il riferimento principale è individuato nel Piano nazionale di interventi contro HIV e AIDS, del 2016.

STATO DELL'ARTE

La Regione Umbria ha partecipato con un referente individuato tra i professionisti dei SerD, con esperienza peculiare in materia, ai lavori per la definizione delle Linee di indirizzo realizzate dall'ISS, citate in premessa, e tale pubblicazione è stata a suo tempo diffusa e condivisa con l'insieme dei servizi; pertanto, le Linee di indirizzo costituiscono nel contesto regionale un riferimento riconosciuto e ritenuto complessivamente valido a tutt'oggi.

La Regione con le DGR n. 771 e n. 1564 del 2018 ha attivato il "Programma regionale per l'eliminazione del virus dell'epatite C", che ha definito le modalità per il potenziamento delle attività di screening e degli accessi alle terapie farmacologiche per l'epatite C, individuando gli utenti dei servizi per le dipendenze e i detenuti negli Istituti penitenziari quali gruppi di popolazione di interesse prioritario. I servizi per le dipendenze regionali hanno

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



partecipato alle attività avviate con tali deliberazioni e successivamente hanno anticipato le indicazioni ministeriali relative allo screening del virus HCV aderendo, a partire dal 2020, al progetto HAND, patrocinato dalle quattro società scientifiche di settore (SIMIT, FeDerSerD, SIPaD e SITD) e supportato dalla sponsorizzazione non condizionante di AbbVie Srl. La Regione sta approntando il Piano regionale di screening, tenendo conto degli elementi emersi dalle esperienze pregresse.

ATTIVITA'**1. Potenziare le attività di screening e diagnosi delle principali patologie infettive (almeno Epatite B e C, HIV-AIDS, MST) nei SerD:**

- Realizzare una ricognizione del quadro di partenza riguardo alle attività svolte dai singoli SerD, alla quota di utenti testati per ciascuna patologia ed esito dei controlli, alle modalità organizzative e ai percorsi adottati;
- Individuare attraverso un percorso partecipato le prassi maggiormente efficaci;
- Definire un modello operativo da applicare in ambito regionale, coerente con le Linee di indirizzo dell'ISS e con le indicazioni e i piani di iniziativa nazionale e regionale;
- Rafforzare l'aderenza degli utenti alle attività attuate presso i SerD per la sorveglianza delle malattie infettive, prevedendo inoltre adeguato counselling pre e post test;
- Monitorare l'attuazione delle attività e i risultati;
- Definire un percorso di accesso ai Consultori per un efficace controllo delle malattie sessualmente trasmissibili;
- Promuovere iniziative per favorire l'adesione alle Vaccinazioni per la profilassi delle infezioni da Covid 19, HBV e HPV.

2. Potenziare le attività riguardanti le patologie infettive svolte dalle Unità di strada nell'ambito degli interventi nei contesti informali e dai Drop in:

- Interventi di counseling mirati, sul tema delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) e delle patologie correlate a stili di vita a rischio (HIV, epatite, ecc.), con finalità informative e di ingaggio per l'invio agli interventi di screening, di approfondimento diagnostico e/o di vaccinazione;
- Interventi di counseling per l'acquisizione di abilità preventive rispetto ai rischi infettivi connessi a pratiche iniettive non sterili;
- Invio ed accompagnamento ai servizi sanitari per le attività di diagnosi e cura;
- Interventi di sostegno finalizzati a favorire l'aderenza alle prescrizioni preventive, diagnostiche e terapeutiche;
- Ove possibile, somministrazione di test salivari per HIV e HCV.

3. Verificare lo stato dell'arte in merito agli accertamenti di laboratorio riguardanti le principali malattie infettive correlate alle dipendenze, effettuati all'atto dell'ingresso in carcere e durante la detenzione, e promuovere:

- L'adozione di prassi e standard uniformi negli Istituti penitenziari regionali,
- L'incremento delle attività di screening,
- La facilitazione dell'accesso alle terapie,
- L'utilizzo del sistema gestionale GEDI (cartella clinica informatizzata per l'area delle dipendenze) per la registrazione dei dati e delle prestazioni effettuate in ambito penitenziario,
- La realizzazione di iniziative di formazione rivolte agli operatori del sistema penitenziario sul tema delle malattie infettive correlate alle dipendenze e delle attività di screening, di vaccinazione e di cura.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (12 di 13)	SERVIZI ED INTERVENTI DI PROSSIMITÀ' - ATTIVITÀ DI RIDUZIONE DEL DANNO IN APPLICAZIONE DEI NUOVI LEA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.9 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", reportistica, ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Questa linea di azione fa riferimento all'obiettivo **PP04-OS05 "Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA"**.

RAZIONALE

Con il DPCM 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, c. 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", è stata introdotta una novità importante riguardo al riconoscimento e alla valorizzazione della strategia di riduzione del danno e dei rischi, ovvero il suo inserimento a pieno titolo tra gli ambiti di attività rispetto ai quali il servizio sanitario nazionale garantisce "le prestazioni necessarie ed appropriate, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche".

Gli interventi di Riduzione del danno/ Limitazione dei rischi (RdD/LdR) si caratterizzano per il ruolo di centralità conferito alle persone coinvolte e alle loro competenze di autoprotezione e responsabilità, e per la valorizzazione del contesto sociale come fattore di contenimento dei rischi. Essi si integrano, e sono interconnessi, sia con gli interventi di cura che di prevenzione. Per quanto concerne il trattamento, il lavoro delle Unità di strada e dei drop-in funge spesso da "ponte" nel raccogliere la motivazione e sostenere l'accesso a programmi riabilitativi, fornendo un contributo iniziale alla modificazione degli stili di vita. Rispetto all'ampio arco degli interventi di prevenzione, tutte le azioni di outreach, proiettate nelle diverse realtà territoriali, costituiscono una insostituibile componente all'interno di un articolato continuum di azioni. Il mutamento del mercato delle sostanze psicoattive (ad es. le NPS, tramite internet) e delle modalità e stili di consumo, richiedono un periodico aggiornamento delle metodologie degli interventi di RdD/LdR e una continua attività di ricerca.

La RdD/LdR si realizza pertanto attraverso l'associazione di più interventi combinati, attuati dai SerD e dai servizi specifici di riduzione del danno (Unità di strada, Drop in) in connessione con una rete di ulteriori servizi non specifici (altri servizi sanitari territoriali, come i consultori, gli ambulatori specialistici, e ospedalieri, compresa la rete dell'emergenza-urgenza, i reparti di infettivologia, ecc.; i servizi sociali dei Comuni, ed altri). Di seguito, si riporta l'elenco delle principali attività specifiche di questa area:

- La creazione di relazioni significative con gruppi di popolazione che non accedono ai servizi socio-sanitari;

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- La trasmissione di corrette informazioni sui rischi connessi all'assunzione delle diverse sostanze psicoattive, con l'obiettivo di accrescere, individualmente e in gruppo, le conoscenze dei fruitori e stimolare scelte consapevoli e responsabili;
- L'informazione e l'orientamento riguardo alle risorse sanitarie e sociali del territorio e alle modalità di accesso;
- Azioni di counselling, attuate con modalità tipicamente informali, che consentono di individualizzare l'approccio e utilizzare le modalità più efficaci nei confronti delle differenti soggettività e dei diversi riferimenti culturali dei consumatori;
- Counseling mirato a temi specifici quali le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) e le patologie correlate a stili di vita a rischio (HIV, epatite, ecc.);
- Il coinvolgimento e la valorizzazione delle competenze dei consumatori, che possono essere utilemente ingaggiati anche nel supporto tra pari;
- La messa a disposizione di presidi sanitari (es. siringhe sterili, profilattici, naloxone...), associati a materiali informativi e interventi di counselling o altre azioni con finalità informative;
- L'accompagnamento presso ambulatori medici e laboratori analisi per verificare e facilitare l'adesione ai percorsi clinici concordati;
- L'accompagnamento presso strutture comunitarie di soggetti senza supporti familiari per facilitarne l'accesso;
- L'accompagnamento presso i Servizi sociali di territorio, per facilitare l'accesso e la formulazione di interventi di sostegno;
- L'osservazione, il monitoraggio e la reportistica periodica (da trasmettere ai Servizi e agli enti interessati) su quanto avviene nel territorio (luoghi di concentrazione del fenomeno di consumo, spostamenti, etc.);
- Individuazione della tipologia di sostanze usate e della modalità di uso attraverso sia il contatto diretto con l'utenza che il raffronto periodico con quanto osservato dal Ser.T;
- La realizzazione di "corsi di sopravvivenza" per l'acquisizione da parte dell'utenza di abilità preventive rispetto ai rischi infettivi connessi a pratiche iniettive non sterili e ai rischi di overdose;
- Realizzazione di colloqui individuali e costituzione di gruppi ad hoc di informazione sui danni provocati dall'uso di sostanze e sulle misure per prevenire l'overdose;
- Risposta a bisogni primari dell'utenza (igiene personale, con possibilità di fruire ad es. di docce, lavatrici, deposito vestiti, somministrazione di alimenti e bevande, consegna di coperte, ecc.).
- La Linea di azione si sostanzia essenzialmente nella definizione di indirizzi regionali e relativi standard quantitativi, nella costituzione e consolidamento di servizi specifici (es. Drop in, Unità di strada...) diffusi nel territorio regionale secondo criteri predefiniti, con una piena integrazione all'interno del sistema dei servizi preposto alla prevenzione e alla cura delle dipendenze patologiche e delle patologie correlate, nella costruzione/potenziamento di rapporti di integrazione con gli interventi di altre istituzioni e servizi, in primo luogo dei servizi sociali e per gli adulti in difficoltà, nell'attuazione di un percorso costante di coordinamento, verifica e ridefinizione degli interventi, sostenuto attraverso incontri periodici del Coordinamento tecnico regionale costituito presso la Direzione Salute e Welfare e l'aggiornamento e la formazione continua degli operatori.

STATO DELL'ARTE

La Regione Umbria ha riconosciuto la validità di questo approccio e ne ha introdotto l'applicazione fin dal Piano sanitario regionale 1999/2001, al quale ha fatto seguito l'attivazione di equipe di strada e altri servizi di prossimità distribuiti nel territorio regionale, associata ad una formazione degli operatori di ambito regionale. Negli anni scorsi è stato realizzato un progetto specifico mirato a sperimentare assetti organizzativi ed approcci metodologici innovativi, rivolti in particolare alla prevenzione della mortalità per overdose e dei rischi connessi al policonsumo, in considerazione della rapida trasformazione che aveva interessato i fenomeni di consumo delle sostanze psicoattive e la conseguente necessità di adeguare le modalità di intervento.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



In questo periodo è in atto una sperimentazione di modelli di intervento per un nuovo aggiornamento delle metodologie di approccio, in riferimento all'evoluzione dei fenomeni e alla recente inclusione della Riduzione del danno nei LEA, attraverso il Progetto regionale denominato "A.PR.I.RE - Azioni di Prossimità Integrate Regionali" in corso di realizzazione, che prevede in particolare l'avvio e/o il potenziamento di attività svolte da unità di strada con finalità di informazione, sensibilizzazione, accoglienza e contatto precoce, nei contesti di divertimento e aggregazione giovanile ad alto rischio di diffusione di sostanze psicoattive legali e illegali; il progetto prevede la realizzazione di attività nei contesti locali attuate dalle singole unità di strada, nei territori di Città di Castello e comuni limitrofi, Perugia, Foligno, Terni, Orvieto, e al contempo la costituzione di una équipe di prossimità regionale per l'attuazione di interventi nei grandi eventi di aggregazione, soprattutto musicali, che rivestono tale profilo.

Al Progetto APRIRE è affiancata un'attività di ricerca sul consumo di sostanze psicoattive nei contesti di divertimento giovanile, affidata al Dipartimento di Scienze politiche dell'Università di Perugia, che intende approfondire la conoscenza dei contesti e delle modalità di consumo, aggiungendo ai dati quantitativi rilevati attraverso le indagini epidemiologiche informazioni di tipo qualitativo.

A supporto delle attività e per sostenere la definizione e la diffusione di un modello uniforme di intervento in questa area, è attivo il Coordinamento tecnico regionale delle Unità di strada e Centri a bassa soglia.

Una importante area di attività di riduzione del danno è quella svolta in carcere, avviata anni fa con una prima sperimentazione presso l'Istituto penitenziario Capanne, di Perugia, e successivamente diffusa in tutti gli IIPP dell'Umbria, presso i quali è attiva una rete di operatori di prossimità che vi intervengono con le seguenti finalità:

- Accrescere le conoscenze dei consumatori sui rischi connessi all'assunzione delle diverse sostanze psicoattive legali e illegali e stimolare scelte consapevoli e responsabili;
- Ridurre i rischi ed i danni potenzialmente correlati all'uso e alle diverse modalità di assunzione;
- Stimolare, valorizzare e rafforzare la fiducia nelle capacità personali degli utenti per avviare reali percorsi di modifica dei comportamenti individuali che possono esporre ai rischi di ricaduta;
- Informare sulle attività e le prestazioni offerte dai servizi socio-sanitari all'interno dell'Istituto penitenziario;
- Facilitare l'accesso ai Servizi per le Dipendenze;
- Nella fase di uscita dal carcere, fornire interventi di orientamento e supporto, anche attivando, dove possibile, la rete familiare, amicale e sociale.

Riguardo al problema delle overdose, che ha costituito per anni in Umbria un grave problema di salute pubblica, con la DGR n. 1439 del 2006 sono stati definiti indirizzi regionali per la prevenzione dei decessi correlati, basati su una serie di attività che coinvolgevano, accanto alle Unità di strada e drop in, tutto il sistema delle dipendenze e una rete di servizi e istituzioni diverse. Accanto alle nuove emergenze ed esigenze legate alle più recenti manifestazioni dei fenomeni di consumo, i dati epidemiologici evidenziano un incremento della mortalità per overdose, per cui si ritiene necessario riattivare, con eventuali opportuni aggiornamenti, la strategia a suo tempo definita dalla deliberazione regionale.

ATTIVITA'

1. **Definire/formalizzare, anche sulla base delle sperimentazioni in atto ed in coerenza con gli indirizzi di livello nazionale, indicazioni univoche in ambito regionale riguardo alle modalità di attuazione delle attività di riduzione del danno nell'ambito del sistema complessivo di intervento rivolto alle dipendenze; Definire gli standard minimi per la messa a regime delle attività e dei servizi specifici di riduzione del danno.**
2. **Attraverso la prosecuzione del progetto APRIRE, potenziare le attività di unità di strada e unità educative di strada rivolte ai giovani consumatori di sostanze psicoattive, svolte in particolare nel weekend o in occasione di eventi significativi di aggregazione e nei contesti di divertimento giovanile, adottando approcci specifici, aggiornati secondo le più recenti acquisizioni scientifiche e le esperienze attuate in ambito nazionale ed internazionale, con le seguenti finalità:**
 - l'individuazione di persone e gruppi a rischio,
 - la diffusione di informazioni sui rischi connessi al consumo delle sostanze psicoattive legali e illegali, comprese le NPS e i farmaci fuori prescrizione medica,

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- l'aggancio attraverso le modalità relazionali proprie dell'approccio di prossimità.
- 3. Attraverso la prosecuzione del progetto APRIRE, accanto alle attività svolte dalle singole Unità di strada a livello di ciascun territorio, attuare, attraverso la costituzione di una Unità di strada regionale, interventi di riduzione dei rischi in occasione di eventi aggregativi caratterizzati da alto numero di partecipanti e previsione di ampia diffusione di comportamenti a rischio, come rave e grandi eventi musicali, prevedendo le seguenti attività specifiche:**
 - allestimento di uno spazio sanitario per la prevenzione e/o il primo trattamento di episodi di overdose, crisi psicotiche, perdita coscienza, ecc,
 - distribuzione di materiali informativi,
 - distribuzione di beni di consumo a fini preventivi (acqua, ecc.) e di presidi sanitari,
 - allestimento di uno spazio di tregua e di relazione con gli operatori, anche per l'effettuazione di colloqui di counselling,
 - quando possibile e opportuno, allestimento di uno spazio idoneo per l'analisi delle sostanze,
 - attività di mediazione/interrelazione con servizi sanitari, FF.OO., organizzatori.
- 4. Accanto alle attività usuali e consolidate di riduzione del danno, attuare le seguenti azioni innovative in linea con l'evoluzione dei fenomeni di riferimento:**
 - Attivare canali e strumenti on line per la diffusione di informazioni, attività di counseling, invio a servizi, proposte di attività creative/ricreative, ascolto, collegamento alle opportunità offerte dal territorio, orientamento al lavoro ecc.;
 - Instaurare collaborazioni con l'Università, l'ADISU e le associazioni studentesche per la realizzazione di workshop a tema e possibili interventi informativi rivolti agli studenti universitari;
 - Instaurare collaborazioni con l'Università (Medicina Legale, Chimica) per il monitoraggio ed anche, ove possibile, per l'analisi delle sostanze in uso nei luoghi del divertimento ed in strada, in collegamento con reti nazionali e internazionali (Rete europea TEDI);
 - Riattivare un intervento complessivo per la prevenzione e il monitoraggio delle overdose coerente con la strategia definita dalla DGR , promuovendo la ricostituzione di una rete operativa che comprenda tutte le istituzioni e i servizi coinvolti a vario titolo su questo tema;
 - Costituire un Sistema regionale di Allerta Precoce, sviluppato a partire dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce gestito dall'Istituto Superiore di Sanità su mandato del Dipartimento Politiche Antidroga e con esso strettamente interconnesso.
- 5. Completare l'attività di ricerca affidata all'Università di Perugia e sviluppata nei contesti del divertimento giovanile ad alta diffusione di sostanze psicoattive e diffondere i risultati.**
- 6. Potenziare e completare la messa a regime delle attività di riduzione del danno attuate negli istituti penitenziari:**
 - Strutturare un coordinamento regionale delle varie equipe, con momenti dedicati alla formazione e al confronto tra le diverse esperienze, con l'obiettivo di perfezionare il modello di intervento e garantirne una sufficiente uniformità in ambito regionale;
 - Garantire la presenza continuativa di operatori dei servizi di prossimità in ogni istituto penitenziario della regione, con accesso almeno settimanale per colloqui con i detenuti e interazione col personale in servizio;
 - Realizzare attività di formazione sia rivolti ai detenuti che indirizzati al personale di varia tipologia operante negli istituti, con focus sulle sostanze psicoattive, sulla riduzione del danno, sui servizi sanitari, anche con l'ausilio di materiali informativi aggiornati;
 - Definire ed attuare un modello di intervento per la scarcerazione protetta delle persone individuate come casi a rischio, con la collaborazione delle istituzioni pertinenti, dei servizi interni al carcere e dei servizi esterni che vi intervengono, (realizzazione di momenti di coordinamento tra i vari servizi, predisposizione e distribuzione di materiali informativi per i detenuti in uscita, specie i più fragili, formazione degli operatori di prossimità per questa attività specifica, definire protocolli operativi per garantire la continuità terapeutica);

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Potenziare la rete dell'accoglienza per i detenuti in uscita temporanea o definitiva, specie per persone ad elevata vulnerabilità (ad es., case per fruire dei permessi da parte dei detenuti sprovvisti di dimora, strutture di prima accoglienza per il reingresso sul territorio).

7. Riattivare la strategia per la prevenzione dei decessi per overdose definita con la DGR n. 1439/2006, aggiornandola in relazione ai mutamenti avvenuti.

8. Qualificare e consolidare la rete dei servizi ed interventi di riduzione del danno, attraverso:

- Attività di formazione sul tema dei modelli di intervento e delle buone pratiche di lavoro nella Riduzione del Danno e dei Rischi, rivolti a tutti i soggetti coinvolti direttamente nell'attuazione degli interventi di riduzione del danno,
- Iniziative di formazione sulla Riduzione del Danno e dei Rischi rivolti alle forze dell'ordine e altre istituzioni interessate,
- Attività di formazione sul tema dei modelli di intervento e delle buone pratiche di lavoro nella Riduzione del Danno e dei Rischi applicata in maniera specifica nel contesto del carcere, rivolti ai professionisti che entrano in rapporto con la popolazione detenuta.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (13 di 13)	EQUITÀ - ORIENTARE GLI INTERVENTI A CRITERI DI EQUITÀ AUMENTANDO LA CONSAPEVOLEZZA SUL POTENZIALE IMPATTO IN TERMINI DI DISUGUAGLIANZA DELLE AZIONI PROGRAMMATE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.12 Attività di "Ricerca - Azione" finalizzata a processi partecipati, HEA, ecc
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Questa linea di azione si riferisce all'obiettivo **PP04 - OT07 "Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate"**

RAZIONALE

Lo studio GAPS Umbria - Gambling Adult Population Survey (2019) del CNR rileva che tra i consumatori abituali di cannabis (indicatore consumo nell'anno e negli ultimi 30 giorni), la porzione di consumatori frequenti (chi ha detto di aver fatto 10 volte o più) è maggiore tra le femmine (41,9% vs. 29,3% dei maschi per il consumo nell'anno; 18,3% vs. 14,0% dei maschi per il consumo negli ultimi 30 giorni).

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



A livello generale, la quota di femmine consumatrici di cannabis è doppia nella Provincia di Perugia (6,7%) rispetto a quella di Terni (3,0%), mentre per i maschi, che mostrano i livelli di consumo generale maggiori, le quote sono identiche tra le due Province (7,9%).

Attenzionando le differenze di genere nel consumo di sostanze illegali, eccetto la cannabis, nelle due Province, si evidenzia come i consumi siano prevalenti nella Provincia di Perugia (8,6% vs. 6,1% Terni) con una maggiore porzione di maschi in entrambe le Province (9,9% Perugia; 7,9% Terni) rispetto alle femmine che, però, vedono una prevalenza dei consumi nella Provincia di Perugia (7,55) superiore di un terzo a quella di Terni (4,6%).

Rispetto al gioco d'azzardo, comportamento prevalentemente maschile, l'indagine ESPAD®Italia 2019 fornisce importanti indicazioni rispetto alla condizione lavorativa dei genitori, che vede maggiormente occupati entrambi i genitori dei ragazzi giocatori (83,0% padre; 69,3% madre) rispetto ai non giocatori (77,0% padre; 62,4% madre). Per quel che riguarda il titolo di studio, i genitori dei ragazzi giocatori hanno titoli di studio più bassi (56,6% tra licenza elementare e media del padre e 36,7% della madre) rispetto ai genitori dei non giocatori che mostrano titoli più elevati (36,4% tra licenza elementare e media del padre e 28,2% della madre). I ragazzi giocatori, in ultimo, mostrano una percezione leggermente migliore della condizione economica familiare (24,3% la considerano sopra alla media) rispetto ai non giocatori (21,2% la considerano sopra alla media).

Rispetto all'uso di internet "a rischio", l'indagine ESPAD®Italia 2019 evidenzia che tra gli utilizzatori "a rischio" (prevalentemente femmine) è superiore la quota con un andamento scolastico medio/basso, che riferiscono di avere genitori che non sanno con chi e dove trascorrono le serate, che non monitorano le attività del sabato sera, che non fissano regole dentro/fuori casa; non si sentono inoltre affettivamente ed emotivamente sostenuti dai propri genitori. Quote superiori di utilizzatori "a rischio" di Internet si rilevano tra coloro che si sentono insoddisfatti delle relazioni familiari e/o amicali, con sé stessi, delle proprie condizioni di salute e/o della condizione economica familiare. In tal senso, vale la pena ricordare l'andamento dell'abbandono scolastico e della popolazione NEET in Umbria, che vede le maggiori prevalenze tra le femmine, aspetto che spinge ad approfondire l'argomento e ad individuare azioni specifiche, considerato quanto il livello di istruzione sia un fattore protettivo cruciale rispetto alla salute e anche perché questo fattore rischia di sommarsi alle maggiori difficoltà di accesso delle donne al lavoro.

Secondo la Sorveglianza PASSI, il consumo alcolico a maggior rischio ed il binge drinking sono maggiormente diffusi tra gli uomini della fascia d'età 18-24, con un titolo di studio medio alto e senza difficoltà economiche. I fumatori, invece, anch'essi prevalentemente uomini, riferiscono di vivere con molte difficoltà economiche.

Secondo la Sorveglianza PASSI d'Argento, il consumo di alcol in tutte le sue forme tra gli anziani, è maggiore tra gli uomini, tra le persone con titoli di studio più elevati e con minori difficoltà economiche. Il consumo di tabacco tra gli anziani è maggiore tra gli uomini, nelle persone con maggiori difficoltà economiche e tra coloro che vivono da soli.

Le differenze di genere nei consumi, rilevate dall'indagine ESPAD®Italia 2019 per la popolazione giovanile e dall'indagine GAPS per la popolazione generale nonché dai Sistemi di Sorveglianza, si stanno progressivamente assottigliando sia nelle sostanze lecite, di cui le femmine umbre risultano maggiormente consumatrici soprattutto tra i giovani, sia nelle sostanze illegali, in cui i maschi mantengono le prevalenze più elevate, ma con fenomeni da attenzionare per quel che riguarda le femmine.

Il Report regionale "La geografia del gioco d'azzardo in Umbria - Indagine 2020 - Dati anno 2019" redatto dal CERSAG – Centro Regionale per la Salute Globale, analizza lo status dei determinanti socioeconomici del gioco d'azzardo a livello regionale. In particolare, i territori del Perugino, Terni, Alto Tevere e Alto Chiascio mostrano i livelli più elevati di giocate totali. L'Assisano si aggiunge per i livelli di giocate in AWP e VLT. Le giocate sono maggiori nelle zone a più alto reddito, confermando quanto affermato dalla letteratura in merito al gioco della popolazione generale; con alcune eccezioni, però, come la Valnerina e l'Alto Chiascio che mostrano i livelli più bassi di reddito ma hanno anche valori elevati nelle giocate. Inoltre, dai dati dello studio GAPS Umbria - Gambling Adult Population Survey (2019) del CNR, la distribuzione territoriale dei profili di rischio rivela percentuali particolarmente elevate di gioco a rischio nei territori della Valnerina, Alta Valle del Tevere e Media Valle del Tevere. In tal senso è importante ricordare che l'esposizione al gioco comporta un rischio maggiore per le fasce di popolazione meno abbienti che risultano più soggette a sviluppare forme di gioco a rischio. Infatti, nonostante i gruppi a più alto reddito presentino tassi più elevati di partecipazione al gioco, le conseguenze negative del gioco sono maggiori per i gruppi a basso reddito.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Secondo lo studio GAPS Umbria 2019, la maggior parte dei giocatori possiede un diploma di scuola secondaria di secondo grado, sia tra quelli a rischio (52,7%) che non (43,3%). Il 28% dei giocatori non a rischio è laureato o ha terminato un percorso post-laurea, contro il 20% di quelli con profilo a rischio. Relativamente alla condizione lavorativa, la maggior parte dei giocatori riferisce di avere un'occupazione (64% a rischio; non a rischio 61%). Oltre a questo dato, i giocatori a rischio sono maggiormente studenti (12,1% vs. 5,9% non a rischio) e casalinghe/i (11,5% vs. 7,2%).

Lo studio GAPS Umbria - Gambling Adult Population Survey (2019) del CNR presenta una sezione in cui viene indagata la conoscenza e la percezione dei Servizi Sanitari da parte della popolazione umbra di 18-84 anni. Nello specifico, il 43% dei rispondenti riferisce di essere "per niente/poco" informato sulle modalità di accesso ai Servizi Sanitari. In particolar modo la scarsa informazione si osserva tra i maschi (48% vs. 39% delle femmine) e aumenta progressivamente passando dalle fasce di età più anziane alle più giovani. Stringendo il focus sui Servizi Sanitari per le dipendenze patologiche (SerD), il livello di informazione sembra diminuire ancora, soprattutto tra i rispondenti di genere maschile e più giovani.

Un ulteriore gruppo vulnerabile è rappresentato dalle donne in stato di gravidanza, in quanto fumare e consumare alcol in gravidanza o durante l'allattamento al seno è particolarmente dannoso per la salute del nascituro e del neonato.

Per quel che riguarda la popolazione immigrata, il fallimento del "progetto migratorio" rappresenta un elemento d'innescio centrale per i problemi di dipendenza e della criminalità. La deprivazione, l'isolamento e l'esclusione creano situazioni di scarsa coesione sociale le quali, associate allo stress e alla violenza che fanno da radici alla dipendenza da alcol e da droghe, intensificano i fattori che hanno portato a farne uso.

STATO DELL'ARTE

Dal profilo di equità emerge che:

- Esistono significative differenze nei consumi di sostanze lecite e illecite tra maschi e femmine, per cui è necessario sviluppare una maggiore attenzione soprattutto ai consumi femminili, in crescita negli ultimi anni per molte tipologie di sostanze, con una tendenza all'omologazione tra i consumi di maschi e femmine;
- La popolazione giovanile è un target centrale, vista la maggiore diffusione dei consumi in questa fascia d'età;
- Il consumo di alcol, di tabacco, di cannabis ed il ricorso al gioco d'azzardo sono i più diffusi in Umbria; l'alcol è il maggiore in tutte le fasce d'età, soprattutto per la popolazione giovanile;
- Esistono differenze territoriali importanti connesse sia al tessuto urbano di alcune zone (come, ad esempio, il Perugino) sia alle complesse situazioni socioeconomiche di altre (come, ad esempio, la Valnerina);
- Alcuni consumi sono maggiormente diffusi nelle fasce di popolazione meno abbienti, mentre altri in quelle più benestanti, confermando dati nazionali e letteratura;
- Nel 2020 si è assistito ad un aumento dell'abbandono scolastico e della popolazione NEET, soprattutto tra le ragazze;
- È necessario comprendere meglio la condizione della popolazione immigrata umbra in relazione ai consumi di sostanze;
- È necessario comprendere meglio la condizione delle donne in gravidanza in relazione al consumo di alcol e fumo, con un focus specifico sulle donne con disturbo da uso di sostanze o da comportamenti;

ATTIVITA'

1. Realizzare indagini quali-quantitative volte ad una migliore comprensione della situazione di alcuni gruppi target (popolazione immigrata, donne in gravidanza) che la letteratura indica come maggiormente a rischio per il consumo di sostanze, per i quali non si dispone di dati epidemiologici specifici (come previsto anche nel PP04_OS04_3 MIGRANTI E DIPENDENZE);
2. Perfezionare la raccolta e la diffusione dei dati sui consumatori di sostanze illegali per darne una lettura attraverso la lente d'equità (istruzione, reddito ecc.) partendo dai sistemi informativi delle Aziende Sanitarie e dalle indagini specifiche;

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3. Con riferimento all'approccio di genere, costituire un gruppo di lavoro (Regione, Aziende Sanitarie e Zone Sociali) con i seguenti compiti:

- Approfondire la mappatura del profilo e del fabbisogno di salute in tema di dipendenze secondo la variabile "genere", tenendo conto dei dati illustrati nel razionale (abbandono scolastico, popolazione NEET, fumo di tabacco, modalità di consumo di alcol, ecc.).
- Fare una ricognizione degli interventi di promozione della salute e di prevenzione che già considerano la variabile "genere".
- Potenziare le iniziative già esistenti e/o progettare ulteriori interventi di promozione della salute e di prevenzione orientati ad un approccio di genere.
- Programmare la formazione degli operatori da coinvolgere nell'attuazione dei progetti.

4. Potenziare le azioni rivolte ai territori in cui si concentrano maggiormente i consumi, in particolare Perugino e Valnerina, con una organizzazione coordinata con i Comuni (Zone sociali), a partire dalle attività di promozione della salute fino a quelle dei Servizi di cura.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	INCREMENTARE GLI INTERVENTI RIVOLTI IN MANIERA SPECIFICA ALLE DONNE NELL'AMBITO DEI SERD
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	APPROFONDIMENTO DELLA MAPPATURA DEL PROFILO E DEL FABBISOGNO DI SALUTE IN TEMA DI DIPENDENZE SECONDO LA VARIABILE DEL GENERE, ATTIVITA' IN COLLABORAZIONE CON I CONSULTORI, INTERVENTI TERAPEUTICI INDIVIDUALI E DI GRUPPO SULLA SESSUALITA', FORMAZIONE DEGLI OPERATORI, COLLABORAZIONE CON L'UNIVERSITA' E CENTRI STUDIO
ATTORI COINVOLTI	SERD, CERSAG, CONSULTORI,
INDICATORE	SERVIZI CHE ADOTTATO UN APPROCCIO DI GENERE • Formula: NUMERO DI SERVIZI CHE ADOTTANO UN APPROCCIO DI GENERE SUL TOTALE DEI SERVIZI • Standard SERVIZI CHE ADOTTANO UN APPROCCIO DI GENERE NEL 2022, 5 SERVIZI CHE ADOTTANO UN APPROCCIO DI GENERE NEL 2023, 8 SERVIZI CHE ADOTTANO UN APPROCCIO DI GENERE NEL 2024, 12 SU 12 NEL 2025 • Fonte REGIONE - ASL- SISTEMA INFORMATIVO DELLE DIPENDENZE

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.5 PP05 Sicurezza negli ambienti di vita

3.5.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP05
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Stefania Prandini
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO3 Incidenti domestici e stradali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti - MO3 Incidenti domestici e stradali - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane - MO1-19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità - MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO3-01 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) - MO3-02 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici - MO3-03 Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno nella comunità - MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente - MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	- MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO3LSa Sviluppo di programmi per la promozione di corretti stili vita con particolare riguardo all'attività fisica e al corretto utilizzo dei farmaci nell'anziano - MO3LSb Sviluppo di programmi per accrescere le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile - MO3LSc Attivazione di percorsi di formazione sulla sicurezza domestica rivolti ai collaboratori familiari, agli insegnanti, agli operatori sanitari e socio-sanitari, a MMG e PLS - MO3LSd Implementazione di percorsi di interoperabilità fra i servizi coinvolti - MO3LSe Sostegno ai flussi informativi correnti per migliorarne la funzionalità (es. riduzione del tempo di comunicazione dell'esito di trattamento tra PS e CAV e tra PS e Centri Ustionati), la fruibilità, l'uso integrato e la comunicazione sistematica dei dati - MO3LSf Promozione di stili di vita corretti nella popolazione con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate - MO3LSH Informazione/comunicazione sul rischio di incidente stradale correlato a comportamenti a rischio
LEA	- B05 Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni - B06 Promozione della sicurezza stradale - B07 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica - F09 Prevenzione delle dipendenze

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.5.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed analisi di contesto

Nel 2019 si sono verificati in Umbria 2.306 incidenti stradali che hanno causato la morte di 51 persone e il ferimento di altre 3.222. Rispetto al 2018 diminuiscono sia gli incidenti (-3,3%) che i feriti (-5,2%), con decrementi maggiori di quelli rilevati nell'intero Paese (rispettivamente -0,2% e -0,6%); il numero delle vittime della strada, invece, aumenta del 6,3%. Tra il 2018 e il 2019 l'indice di lesività diminuisce da 142,6 feriti ogni 100 incidenti a 139,7 mentre l'indice di gravità (rapporto tra il numero dei decessi e somma di decessi e feriti moltiplicato 100) aumenta da 1,4 a 1,6.

I Programmi d'azione europei per la sicurezza stradale impegnano i Paesi membri al dimezzamento dei morti per incidente stradale con una particolare attenzione, nel decennio in corso, agli utenti vulnerabili. Nel periodo 2010-2019 le vittime della strada si sono ridotte del 35,4% e l'indice di mortalità sul territorio regionale è passato da 2,7 a 2,2 deceduti ogni 100 incidenti mentre quello medio nazionale diminuisce lievemente (da 1,9 a 1,8).

Nel 2019, l'incidenza degli utenti vulnerabili per età (bambini, giovani e anziani), deceduti in incidente stradale, in Umbria è in linea con la media nazionale (45,1% contro 45,2%). Guardando invece agli utenti vulnerabili secondo il ruolo svolto nell'incidente (conducenti/passeggeri di veicoli a due ruote e pedoni) il loro peso relativo (sul totale dei deceduti) è inferiore nel 2019 a quello nazionale (43,1% contro 49,6%). Negli ultimi nove anni (2010-2019) l'incidenza di pedoni deceduti è rimasta stabile (da 15,2% a 15,7%) mentre nel resto del Paese è aumentata da 15,1% a 16,8% (Figura 1).

L'incidentalità rimane alta nelle aree più abitate e nei principali assi della rete stradale regionale (E45, RA06 Raccordo autostradale Bettolle-Perugia, SS 075 Centrale Umbra, SS 003 Via Flaminia). Gli incidenti più pericolosi si verificano, invece, nei centri minori: l'indice di mortalità è pari a 2,1 nei comuni con più di 15.000 abitanti e a 2,7 negli altri. L'indice di mortalità, nel periodo 2018-2019, aumenta di poco nel comune di Perugia (da 1,2 decessi ogni 100 incidenti del 2018 a 1,3 nel 2019) e diminuisce nel comune di Terni (da 1,8 a 1,0).

Gli incidenti più gravi avvengono sulle strade extraurbane (4,2 decessi ogni 100 incidenti) e sulle autostrade e raccordi (2,3 ogni 100). Sulle strade urbane il 50,5% dei sinistri stradali avviene lungo un rettilineo. Sulle strade extraurbane tale percentuale sale al 57,6%. In ambito urbano gli incidenti che avvengono in corrispondenza degli incroci rappresentano il 19,5% del totale, seguono quelli che si verificano nei pressi di una intersezione (14,5%) e in curva (8,4%). Lungo le strade extraurbane il 25,9% degli incidenti si verifica in curva, il 6,1% nei pressi di una intersezione.

Oltre il 78% degli incidenti ha luogo tra le 8 e le 20 ma l'indice di mortalità raggiunge i valori più elevati nella fascia oraria tra le tre e le quattro della notte (15,0 morti ogni 100 incidenti) con un valore di molto superiore alla media giornaliera (2,2). Il venerdì e il sabato notte si concentrano il 43,5% degli incidenti notturni, il 60,0% delle vittime e il 43,8% dei feriti. L'indice di mortalità dei soli incidenti notturni è pari a 3,7 decessi ogni 100 incidenti.

La maggior parte degli incidenti stradali avviene tra due o più veicoli (66,6%); la tipologia di incidente più diffusa è lo scontro frontale-laterale, seguita dal tamponamento. Lo scontro frontale è anche la tipologia più pericolosa (6,8 decessi ogni 100 incidenti), seguono l'urto con ostacolo accidentale (4,4), l'urto con veicolo in momentanea fermata o arresto e la caduta da veicolo. Gli incidenti a veicoli isolati risultano più rischiosi, con una media di 3,4 morti ogni 100 incidenti, rispetto a quelli che vedono coinvolti più veicoli (1,6 decessi).

Nell'ambito dei comportamenti errati di guida, la guida distratta, la velocità troppo elevata e il mancato rispetto delle regole di precedenza sono le prime tre cause di incidente, costituendo complessivamente il

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



44,0% dei casi.

Il tasso di mortalità standardizzato è più alto per la classe di età 65+ anni (7,3 per 100mila abitanti). I conducenti dei veicoli coinvolti rappresentano il 72,5% delle vittime e il 69,1% dei feriti in incidenti stradali, le persone trasportate l'11,8% dei morti e il 22,1% dei feriti, i pedoni il 15,7% dei deceduti e l'8,8% dei feriti. Il 75,0% dei pedoni rimasti vittima di incidente stradale e il 41,9% dei pedoni feriti appartiene alla classe di età 65+. L'indice di lesività standardizzato è pari a 669,5 per la classe di età 15-29 anni e a 457,0 per quella 30-44 anni.

In Umbria tra i bevitori di 18-69 anni che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi, circa il 7% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol e il 6% dichiara di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è un comportamento riferito più spesso dagli uomini (12%) che dalle donne (3%), dai 25-34enni e da coloro che hanno un maggior livello di istruzione. I neopatentati (18-24enni) hanno minor propensione alla guida sotto l'effetto dell'alcol. Dall'analisi dell'ultimo triennio disponibile emerge che il dato umbro è superiore alla media nazionale. In Umbria, dal 2008 si osserva una riduzione, seppur non significativa, della quota di persone che si sono messe alla guida sotto l'effetto dell'alcol. Dato confermato dal trend nazionale.

In Umbria, così come in Italia, l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuale è nel tempo in significativo aumento. Complessivamente l'uso dei dispositivi di sicurezza è meno frequente fra le persone più svantaggiate, per istruzione e/o per reddito. I neopatentati si confermano essere coloro che hanno una maggiore attenzione verso una guida sicura sia per il maggior uso delle cinture anteriori che per la minor propensione alla guida sotto l'effetto dell'alcol.

Tra i 18-69enni umbri l'uso della cintura di sicurezza anteriore è abbastanza diffuso anche se lontano da una copertura totale dettata dall'obbligo di legge: nel quadriennio 2016-2019, l'85% degli intervistati che hanno viaggiato in auto, come guidatori o passeggeri sul sedile anteriore, dichiarano di indossare sempre la cintura di sicurezza. L'uso della cintura di sicurezza anteriore è più frequente tra le donne, tra i neopatentati (18-24enni), tra coloro che hanno un maggior livello di istruzione e minori difficoltà economiche e tra i cittadini stranieri. Il dato umbro è in linea con quello medio nazionale.

Molto meno frequente è l'uso della cintura posteriore: appena il 17% degli intervistati dichiara di indossarla sempre.

Il dispositivo di sicurezza individuale è utilizzato maggiormente dai 18-24enni e dai cittadini stranieri. L'Umbria mostra percentuali di utilizzo delle cinture di sicurezza posteriori più basse della media nazionale. Una pratica ormai consolidata sembra essere l'uso del casco in moto: circa il 98% degli intervistati, che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno viaggiato su una moto come guidatori o passeggeri, dichiara di aver indossato sempre il casco. Il comportamento è più frequente in coloro che hanno un maggior livello di istruzione. In questo caso i cittadini stranieri sembrano usare meno questo dispositivo di sicurezza.

Dai dati Passi rispetto all'utilizzo di seggiolini e/o adattatori per il trasporto in auto di bambini emerge che, in Umbria, tra coloro che viaggiano in auto con bimbi di 0-6 anni di età, il 15% dichiara di avere difficoltà a far uso di questi dispositivi, di non utilizzarli affatto o perfino di non avere alcun dispositivo di sicurezza per il bambino. Il dato umbro è in linea con il valore medio nazionale.

L'Umbria è tra le regioni con la maggiore percentuale di controlli da parte delle forze dell'ordine. Risultano ancora poco diffusi i controlli sistematici con etilotest: solo il 8% tra coloro che sono stati fermati riferisce infatti di essere stato sottoposto a questo controllo.

Gli incidenti domestici (ID) sono eventi accidentali che avvengono nelle abitazioni, comportando la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona a causa di lesioni di vario

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



tipo. Accadono prevalentemente in conseguenza di cadute, avvelenamenti, ustioni, tagli e ferite. Le persone maggiormente esposte al rischio di ID sono quelle che trascorrono molto tempo in casa, come casalinghe, bambini e anziani. Definire strategie di prevenzione mirate al contenimento di questo fenomeno è complesso, sia per la difficoltà nel raggiungere le categorie target di un potenziale intervento che per la mancanza di dati e statistiche.

In Umbria sempre nel 2019 gli incidenti domestici stimati sono stati circa 52.000 con un trend in lieve flessione ma sostanzialmente stabile negli ultimi 5 anni; aumenta invece la quota di persone che dichiarano di essere state coinvolte in incidenti domestici.

Dai dati rilevati attraverso i bilanci di salute dai pediatri, nell'ambito del progetto Salute Infanzia, mostrano che nel periodo 2017-2020 circa il 9% dei bambini ha avuto un incidente (in casa o all'aperto) nel terzo anno di vita dei quali il 40% ha determinato un accesso al PS; la tipologia di incidente prevalente è il trauma (90%), anche se è lievemente aumentata la percentuale di ustioni.

Secondo i dati PASSI, nella popolazione 18-69enne la consapevolezza del rischio di infortunio domestico è scarsa: solo il 6% degli umbri intervistati considera alta la possibilità di avere un infortunio in casa (facendo riferimento a loro stessi o ai propri familiari). Questa consapevolezza è maggiore tra i 35-49enni, tra le donne, tra chi riferisce maggiori difficoltà economiche e tra chi vive con anziani o bambini. In Umbria si osserva una minor consapevolezza del rischio di infortunio domestico rispetto al dato medio nazionale.

L'analisi dell'andamento temporale mostra una tendenza alla diminuzione della consapevolezza del rischio di infortunio domestico fino al 2014, per poi mostrare una sostanziale stabilità.

Meno di 3 intervistati su 100 riferiscono di aver avuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, un infortunio in casa tale da richiedere il ricorso a cure mediche (medico di famiglia, pronto soccorso o ospedale). Il dato umbro è in linea con il valore medio nazionale.

In Umbria l'andamento nel tempo degli infortuni domestici che hanno previsto il ricorso a cure mediche è in diminuzione, coerentemente con il dato nazionale.

Il problema delle cadute nell'anziano è particolarmente rilevante non solo per frequenza e per la gravità degli esiti nel caso di fratture, ma anche per le conseguenze sul benessere psico-fisico della persona. Nel biennio 2016-2019 il 9% degli intervistati ha dichiarato di essere caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista. Di questi il 19% ha avuto necessità di un ricovero ospedaliero di almeno un giorno. Le cadute sono più frequenti con l'avanzare dell'età e non si osservano differenze di genere. Una quota più elevata di cadute si osserva fra le persone che riferiscono molte difficoltà economiche. L'Umbria mostra valori in linea con la media nazionale.

La caduta incute timore: il 44% degli over 64enni umbri ha paura di cadere, valore significativamente superiore rispetto al dato medio nazionale.

La paura di cadere cresce con l'età, è maggiore fra le donne, fra chi ha molte difficoltà economiche o bassa istruzione.

Le cadute avvengono per lo più all'interno della casa (64%) e meno frequentemente in strada (7%), in giardino (17%) o altrove (11%). Tuttavia la casa non è percepita dagli anziani come un luogo a rischio di cadute: solo il 40% degli over 64enni la reputa un luogo in cui è alta o molto alta probabilità di avere un infortunio (dato superiore alla media nazionale).

Questa consapevolezza cresce con l'età, è maggiore fra le donne e fra le persone con molte difficoltà economiche o bassa istruzione.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Il 72% degli intervistati ricorre all'uso di presidi anticaduta in bagno. L'uso di questi presidi è più frequente al crescere dell'età, fra le persone con maggiori difficoltà economiche e fra chi ha un basso livello di istruzione. Anche questo dato è in media con quello nazionale.

Ancora troppo bassa sembra l'attenzione degli operatori sanitari al problema delle cadute fra gli anziani: solo il 16% degli over 64enni dichiara di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, il consiglio dal medico o da un operatore sanitario su come evitare le cadute.

L'Umbria, per fronteggiare il problema degli incidenti stradali, aveva avviato con i precedenti Piani di Prevenzione (2005-2009 e 2010-2012) un progetto basato sulla formazione regionale rivolta ad insegnanti ed istruttori delle autoscuole in quanto "moltiplicatori dell'azione preventiva", al fine di far acquisire competenze relative alla promozione dei comportamenti di guida sicura e responsabile sia in termini di contenuti - effetti delle sostanze psicoattive sui comportamenti alla guida - che di modalità relazionali. L'esperienza, realizzata ha coinvolto la quasi totalità delle autoscuole.

Tale formazione aveva coinvolto i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica ed Servizi di Educazione alla salute nel coordinamento e nel supporto metodologico.

A rinforzo nel 2008 è stata avviata anche nella nostra regione la Campagna Nazionale di Comunicazione per la Promozione della Salute nei primi anni di vita "Genitori più", promossa dal Ministero della Salute e coordinata dalla Regione Veneto, con l'obiettivo di aumentare l'informazione e le competenze dei genitori rispetto ad alcune azioni efficaci che riguardano i bambini, tra le quali quella di prevenire il danno per incidente stradale attraverso l'adeguato uso di mezzi di protezione.

La campagna ha previsto la formazione degli operatori ospedalieri e territoriali a vario titolo coinvolti nel percorso nascita e nel rapporto con i genitori in tutte le aziende USL e Ospedaliere della regione; inoltre, sono stati realizzati dei momenti formativi anche per i pediatri di libera scelta in occasione delle riunioni periodiche con le équipes territoriali.

Il percorso formativo ha avuto lo scopo di sensibilizzare il personale dei punti nascita e i PLS rispetto alla problematica per favorire, fin dal momento della dimissione, l'utilizzo da parte dei neogenitori dei corretti dispositivi per il trasporto del neonato. La campagna di informazione/promozione è quindi partita dal mese di novembre 2008 con la distribuzione di materiali informativo e il counseling ai genitori di tutti i nuovi nati al momento della dimissione.

Inoltre, tra il 2007 e il 2008, sono stati avviati interventi rivolti alla popolazione anziana per la promozione dell'attività fisica, attraverso l'attivazione dei cosiddetti "gruppi cammino", nelle città di Perugia e Terni.

Anche il Progetto Salute Infanzia è stato avviato nel 2007 con i precedenti Piani di Prevenzione ed è una delle iniziative regionali portate avanti con continuità riguardo alla prevenzione degli incidenti, sia domestici che stradali, e alla promozione della cultura della sicurezza. Il Progetto prevede l'effettuazione dei bilanci di salute in momenti prestabiliti nell'arco dei primi 11-12 anni di vita del bambino con i seguenti obiettivi: sviluppare nei genitori la consapevolezza rispetto ai rischi presenti in ambiente domestico, a quelli connessi con la posizione del neonato nella culla o al trasporto in auto; promuovere la sana alimentazione del bambino a partire dall'allattamento al seno; favorire l'adesione alle vaccinazioni dell'infanzia e l'adozione di uno stile di vita sano fin dall'infanzia.

Con il PRP 2014-2019, attraverso il progetto "Salute Infanzia 2.0", ci si è posti l'obiettivo di "utilizzare" la figura del pediatra di famiglia come strumento per valorizzare le risorse e le capacità dei genitori, facilitandone le decisioni intorno alla salute loro e a quella dei figli, senza sostituirsi e soprattutto senza imporre comportamenti insostenibili. In altre parole il pediatra prima di spiegare cosa è meglio fare, deve "conoscere" cosa il genitore sa e cosa fa o pensa di mettere in atto rispetto ad una determinata fase dello sviluppo del bambino o a una particolare pratica di accudimento. In questo modo il pediatra può ottenere

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



informazioni circa abitudini o conoscenze o comportamenti del genitore da rafforzare o rispetto alle quali promuovere il cambiamento e contestualmente restituire ai genitori informazioni precise, coerenti e ordinate rispetto a cosa sia possibile fare o non debba essere fatto in quella particolare fase evolutiva del bambino, in relazione alle sue caratteristiche e a quelle del contesto familiare. Per garantire ciò, pertanto, sono stati rivisti il numero e la distribuzione temporale dei bilanci nonché il materiale informativo a supporto delle azioni. E' stato, inoltre, realizzato un percorso formativo in collaborazione con il CSB (Centro Salute Bambino).

Per quanto riguarda la sorveglianza del fenomeno incidenti, il flusso dei dati di accesso al Pronto Soccorso (PS), pienamente attivo in Umbria dal 2010 e trasmesso mensilmente al Ministero, è stato integrato con un tracciato specifico che prevede, in caso di pazienti in arrivo al PS per trauma da incidente stradale o domestico, l'obbligo per il personale sanitario di raccogliere una serie di informazioni rispetto al ruolo dell'incidentato, alla controparte coinvolta, al luogo e alla dinamica dell'incidente e alle protezioni in uso. Tuttavia, dal momento che la trasmissione al Ministero del tracciato aggiunto non è obbligatoria, il flusso presenta delle criticità riguardanti la completezza dei dati trasmessi al Sistema informativo sanitario regionale da parte delle Aziende sanitarie e Ospedaliere, dovute al fatto che non tutte le strutture raccolgono e trasmettono questo tipo di informazione.

D'altra parte nel corso del tempo è stato fatto un utilizzo frammentario e non codificato di tali informazioni e questo non ha permesso di verificare, monitorare e migliorare la qualità complessiva del flusso informativo stesso.

Per quanto riguarda le politiche per promuovere la mobilità sostenibile, sulla base di quanto previsto dalle linee guida europee nell'ottobre 2019 e dal Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti n° 396 del 28 agosto 2019, la nostra regione nel 2019 ha approvato 6 Piani Urbani di Mobilità Sostenibile nei comuni di Perugia, Terni-Narni, Città di Castello, Foligno, Spoleto, con uno sforzo ulteriore rispetto a quanto previsto dal decreto che sancisce l'obbligo di adozione del PUMS per tutti i Comuni con più 100.000 abitanti, dal momento che solo Perugia ha una popolazione che supera tale criterio.

In tutti i PUMS approvati, nell'ambito della VAS sono state coinvolte le Aziende Sanitarie.

3.5.3 Scheda di programma

3.5.3.1 Descrizione dal PNP

Il Programma si concentra sulla promozione della sicurezza, sia domestica che stradale, all'interno delle comunità, coinvolgendo tutte le realtà attive territoriali. La sicurezza domestica e stradale è un bene di tutti e va promossa con un'azione integrata e trasversale tra tutti gli attori coinvolti (Enti locali, istituzioni, associazioni di categoria, privato sociale, ecc.).

La convinzione radicata nella maggior parte delle persone che la casa sia il luogo più sicuro in cui stare, porta a sottovalutare i rischi legati alla vita domestica. L'abitudine e la ripetitività dei gesti quotidiani determinano una sensazione di falsa sicurezza o una riduzione della soglia di attenzione o di guardia rispetto ad azioni potenzialmente pericolose o a situazioni in atto (per esempio caratteristiche della casa e in particolare degli impianti) che non rispettano gli standard di sicurezza.

La maggior parte degli **incidenti domestici** può essere evitata attraverso alcune modifiche nell'organizzazione della casa o semplici accorgimenti e precauzioni in generale e una maggior attenzione da parte dei genitori in caso di incidenti ai più piccoli. Per la sicurezza delle persone più anziane attenzione particolare deve essere posta alla prevenzione delle cadute, per la quale è necessario agire su tutti i determinanti (ambiente domestico e spazi pubblici sicuri, programmi di attività fisica, corretto uso dei farmaci), anche attraverso la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (es. possibilità di sospendere la somministrazione di farmaci che hanno effetti sulle performance psicofisiche). Nell'ambito della **sicurezza stradale**, i comportamenti non corretti alla guida dell'auto e il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza (cinture, seggiolini per bambini) sono responsabili di gran parte degli incidenti.

Alla luce di ciò, le azioni del Programma sono indirizzate a sensibilizzare la comunità, a partire dai più piccoli, promuovendo una cultura della sicurezza fondata su una corretta percezione del rischio, che abbia come conseguenza l'adozione di comportamenti e accorgimenti finalizzati a prevenire gli incidenti domestici e stradali, attraverso apposite attività educative, informative e formative.

Il Programma presenta quindi tre aree di lavoro:

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- *Advocacy*: Il ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione è quello di coordinare e gestire la messa in rete di tutti gli attori coinvolti in questa tematica, attraverso attività di *advocacy* negli e tra gli enti territoriali al fine di promuovere politiche per la sicurezza della popolazione generale, in particolare delle fasce più deboli (bambini e anziani).
 - *Promozione di comportamenti sicuri* attraverso la realizzazione di interventi educativi in ambito scolastico e nella comunità (scuola, circoli anziani, farmacie, scuole guida, ...) e la formazione degli operatori socio sanitari, il personale della scuola, le associazioni di categoria.
 - *Comunicazione*: campagne di sensibilizzazione alla popolazione (comuni, farmacie, scuole guida, comunità...).
- Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.5.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

- *“La sicurezza dei pedoni: Un manuale sulla sicurezza stradale per decisori e professionisti” World Health Organization 2013 Tabella 4.1: Misure e interventi specifici per migliorare la sicurezza dei pedoni, le azioni di miglioramento della consapevolezza e dei comportamenti di pedoni e veicoli, come pure le azioni volte alla riduzione dell'esposizione dei pedoni al traffico veicolare, hanno efficacia dimostrata o promettente.*
- *Pubblicazione DORS “L'advocacy politica: un approccio promettente per migliorare la sicurezza dei pedoni nelle comunità povere”, gli interventi con gli amministratori locali, aumentano l'attenzione e il sostegno alle politiche della sicurezza.*
- *http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/74686/E84938.pdf?ua=1 - OMS Europa 2004*
- *Linea Guida Nazionale della prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani (ISS PNLG maggio 2009)*
- *Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica. Linea Guida Prevenzione. ISS-SNLG- NIEBP, novembre 2011)*
- *La Prevenzione degli incidenti domestici in età infantile, ISS-SNLG -NIEBP, febbraio 2017*

3.5.3.3 Declinazione a livello regionale del programma

In linea con i principi e gli obiettivi del PNP 2020-2025 e in continuità con quanto già fatto o avviato con il PRP 2014-2019, il Programma prevede di sviluppare azioni per promuovere la cultura della sicurezza nella popolazione, in sinergia anche con altri programmi del Piano, favorendo l'intersectorialità e tenendo conto di eventuali disuguaglianze.

Da quanto emerge dal profilo di salute e dall'analisi di contesto, si può affermare che alcune delle iniziative avviate con i precedenti Piani di Prevenzione hanno dato buoni risultati in termini di maggiore percezione del rischio riguardo gli incidenti e promozione di comportamenti corretti (in particolare nei neopatentati e nei genitori). Rimangono, tuttavia, critici alcuni ambiti, quali le iniziative rivolte alla popolazione anziana e il sistema di monitoraggio del fenomeno incidenti, che hanno risentito nel tempo della frammentarietà degli interventi, anche legata alla carenza di risorse umane nelle Aziende Sanitarie. Pertanto, le azioni prioritarie che il programma intende sviluppare sono in parte in continuità con quelle intraprese con il precedente Piano delle Prevenzione e rappresentate da:

dare continuità e nuovo vigore al Progetto Salute Infanzia al fine di non disperdere il patrimonio di attenzione ormai consolidata rispetto ad alcuni temi di significato, quali la promozione dell'allattamento al seno, la adozione di una sana alimentazione e la promozione di un'adeguata attività fisica del bambino, la promozione della sicurezza in casa e in auto, la prevenzione della SIDS, la adesione alle vaccinazioni dell'infanzia e la promozione della lettura a voce alta fin dai primi mesi di vita (M03-01).

promuovere il miglioramento della qualità e l'utilizzo sistematico dei dati riguardanti gli incidenti domestici e stradali nell'ambito del flusso di accesso al pronto soccorso (M03-01, M03-02);

costituire un gruppo di riferimento regionale intersettoriale “sicurezza” con l'obiettivo di facilitare la creazione di alleanze, la condivisione di obiettivi e la diffusione di buone pratiche (M01-07, M02-01, M03-02, M03-03, M03-05).

Inoltre, in altri programmi del piano sono state individuate ulteriori azioni trasversali rispetto al raggiungimento degli altri obiettivi strategici facenti capo a questo programma, come di seguito riportato.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PP2 "Comunità attive": supporto ai programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età azione (M01-19);

PP06 "Piano Mirato di prevenzione": controllo dell'esposizione a sostanze chimiche nelle falegnamerie (M05-04);

PP09 "Ambiente, clima e salute": programmazione e realizzazione di interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti naturali, di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato (M05-04); accordo con le Amministrazioni comunali su "linee di indirizzo regionali" per l'adozione di pianificazioni urbane nell'ottica dell'Urban Health (M01-18); mappatura dei siti regionali, di natura sanitaria e non sanitaria, che prevedono la detenzione, l'utilizzo, la raccolta e lo smaltimento di strumentazioni e sostanze che emettono radiazioni ionizzanti e non ionizzanti (M05-10); attività di analisi e mappatura dei siti contenenti radon (M05-10);

PL15 "Transizione culturale ecologica ed esperienziale sui riferimenti base del PNP": promuovere e supportare azioni di promozione della salute integrate e intersettoriali sui principali fattori di rischio comportamentali (M05-01).

AZIONI

AZIONE 1 - PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA SU INCIDENTI DOMESTICI E STRADALI

AZIONE 2 - PROGETTO SALUTE INFANZIA

AZIONE 3 – EQUITY-ORIENTED: COSTITUZIONE DI UN GRUPPO DI RIFERIMENTO REGIONALE "SICUREZZA", CON L'OBIETTIVO DI FACILITARE LA CREAZIONE DI ALLEANZE, LA CONDIVISIONE DI OBIETTIVI E LA DIFFUSIONE DI BUONE PRATICHE TRA SOGGETTI CHE OPERANO IN DIVERSE AREE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E IN ALTRI SETTORI

CRONOGRAMMA

Attività	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Delibera di Accordo intersettoriale approvata tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Università, ANCI, Enti locali/Città Metropolitane/Province, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Forze dell'ordine, Prefettura) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale (INDICATORE: Almeno 1 accordo di carattere regionale entro il 2022, almeno 2 accordi entro il 2025)	Regione	X			X
Delibera di costituzione del gruppo di riferimento regionale "sicurezza" sul tema degli incidenti in cui: a) individuare referenti di Regione, USL Umbria 1, USL Umbria 2, AO PG, AO TR, MMG, PLS, altre istituzioni (Scuola, Comuni) b) definire i ruoli specifici di ciascuno nella progettazione, nella realizzazione e nel monitoraggio di interventi efficaci per promuovere la cultura della sicurezza (AZIONE EQUITY)	Regione	X			
Realizzazione di almeno un percorso di formazione finalizzata allo sviluppo delle conoscenze e delle competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile rivolto a operatori sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e sociosanitari (utilizzo delle evidenze, costruzione di indicatori di monitoraggio e impatto valutazione di trasferibilità ed efficacia di progetti) (INDICATORE: realizzazione di almeno un percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022)	ASL/NIEBP/Gruppo regionale	X	X	X	X
Realizzazione di almeno un percorso di formazione rivolto a operatori Sanitari e Sociosanitari (inclusi i MMG), collaboratori familiari e caregiver per la	ASL	X	X	X	X

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



prevenzione degli incidenti negli ambienti domestici tra gli anziani, anche attraverso il corretto uso dei farmaci (INDICATORE: realizzazione di almeno un percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022)					
Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio (AZIONE EQUITYI e INDICATORE: almeno un intervento per anno, a partire dal 2022)	ASL/NIEBP/Gruppo regionale	X	X	X	X
Elaborazione di un documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere ("Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili") (INDICATORE: disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali)	Regione/NIEBP/Gruppo regionale	X	X	X	X
Promuovere e monitorare il contributo delle ASL ai PUMS nell'ambito del procedimento di VAS (INDICATORE: 30% di PUMS entro il 2023; 80% di PUMS entro il 2025)	Regione/ASL		X		X
Realizzare programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo (INDICATORE: 20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025)	Comuni/ASL		X	X	X
Realizzare Programmi di promozione dell'attività fisica adattata (AFA) nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani) (INDICATORE: 50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025)	ASL		X	X	X
Analisi dei dati di accesso al Pronto Soccorso e delle SDO riferiti ad incidenti stradali e domestici, in termini di qualità e completezza per produrre una reportistica periodica	Regione/ASL/AO	X	X	X	X
Realizzazione e diffusione ai PLS del report sui dati provenienti dai bilanci di salute (ultimi 4-5 anni)	Regione	X			
Revisione dei bilanci di salute e predisposizione dei materiali informativi di supporto da consegnare ai genitori	Regione/PLS	X	X		
Analisi periodica dei dati dei bilanci al fine di monitorare gli interventi messi in atto	Regione/PLS			X	X

AZIONI EQUITY**AZIONI CON INDICATORE****3.5.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali****INTERSETTORIALITÀ**

PP05_OT01	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città Metropolitane/ Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell'ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche
PP05_OT01_IT01	Accordi intersettoriali

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



formula	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario
Standard	Almeno 1 accordo entro il 2022, almeno 2 accordi entro il 2025;
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP05_OT02	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting
PP05_OT02_IT02	Formazione Operatori sanitari e sociosanitari – ambito età pediatrica
formula	Presenza di offerta formativa per gli operatori sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e sociosanitari finalizzata allo sviluppo della cultura della sicurezza degli ambienti domestici e della strada e alla crescita delle competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022
Fonte	Regione
PP05_OT02_IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari – ambito anziani
formula	Presenza di offerta formativa per gli operatori Sanitari e Sociosanitari (inclusi i MMG), i collaboratori familiari e i caregiver per la prevenzione degli incidenti negli ambienti domestici tra gli anziani, anche attraverso il corretto uso dei farmaci
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP05_OT03	Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio
PP05_OT03_IT04	Comunicazione e informazione
formula	Disponibilità di iniziative/strumenti/materiali di comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza in ambiente domestico e sulla strada nelle comunità locali
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP05_OT04	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle azioni programmate
PP05_OT04_IT05	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.5.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP05_OS01	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile
PP05_OS01_IS01	Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) *
formula	(N. di Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) nei quali la ASL ha espresso un contributo nell'ambito del procedimento di VAS) / (N. totale di PUMS) *100
Standard	30% di PUMS entro il 2023; 80% di PUMS entro il 2025
Fonte	Regione
PP05_OS02	Estendere/implementare strategie e azioni per promuovere la sicurezza negli ambienti domestici
PP05_OS02_IS02	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")
formula	presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" (Accordo Stato Regioni 17.01.19)
Standard	Disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali
Fonte	Regione
PP05_OS01	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile
PP05_OS01_IS03	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
formula	(N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo) / (N. totale Comuni) * 100
Standard	20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025
Fonte	Regione
PP05_OS01_IS04	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
formula	(N. ASL sul cui territorio è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)) / (N. totale ASL) *100
Standard	50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025
Fonte	Regione
PP05_OS01_IS05	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	e ospedaliere (“Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)
formula	presenza
Standard	disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali
Fonte	Regione
PP05_OS06	Monitorare l’andamento del fenomeno incidenti domestici
PP05_OS06_IS06	Report regionale
formula	Attività di analisi dei dati di accesso al Pronto Soccorso riferiti ad incidenti stradali e domestici
Standard	Almeno un report regionale per ogni anno di vigenza del piano a partire dal 2022
Fonte	Regione

3.5.6 Azioni

PROGRAMMA	PP05
TITOLO AZIONE (1 di 3)	PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA SU INCIDENTI DOMESTICI E STRADALI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.4 Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi (quantitativi e qualitativi) regionali
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Con la presente azione, in collaborazione con il Servizio Sistema Informativo Sanitario, si intende procedere (per quanto riguarda ovviamente la parte riguardante gli incidenti) all'analisi dei dati del flusso di accesso al pronto soccorso e delle SDO in termini di qualità e completezza, per poter poi procedere all'individuazione di strategie adeguate ad implementare il flusso stesso e consentire una reportistica periodica.

PROGRAMMA	PP05
TITOLO AZIONE (2 di 3)	PROGETTO SALUTE INFANZIA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L’ACCESSIBILITÀ E L’APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L’ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL’OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.9 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di “pratiche raccomandate”, reportistica, ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Con la presente azione si intende dare continuità e nuovo vigore al Progetto Salute Infanzia attraverso sia l'elaborazione dei dati provenienti dai bilanci di salute (in particolare il 2020) per capire l'andamento dell'adesione ai bilanci, sia la condivisione dei dati con i pediatri, anche attraverso dei report, al fine di condividere eventuali modifiche ai bilanci (come già fatto in passato), cercando di dare maggiore enfasi al tema degli incidenti.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP05
TITOLO AZIONE (3 di 3)	COSTITUZIONE DI UN GRUPPO DI RIFERIMENTO REGIONALE "SICUREZZA" CON L'OBIETTIVO DI FACILITARE LA CREAZIONE DI ALLEANZE, LA CONDIVISIONE DI OBIETTIVI E LA DIFFUSIONE DI BUONE PRATICHE TRA SOGGETTI CHE OPERANO IN DIVERSE AREE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E IN ALTRI SETTORI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.9 Attivazione tavoli/gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;scuola;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Con la presente azione si intende costituire un gruppo di riferimento "regionale" sul tema degli incidenti, cercando di individuare referenti nelle aziende sanitarie ed eventuali altri interlocutori che si sono occupati o si occupano del tema sia all'interno delle direzioni regionali sia di altre istituzioni.

Compito del gruppo sarà quello di individuare, anche grazie all'aiuto dei dati, interventi efficaci per promuovere la cultura della sicurezza.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Migliorare la consapevolezza del rischio di incidente domestico
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Entro il 2022, dopo avere individuato meglio i gruppi di popolazione con consapevolezza del rischio più bassa attraverso un approfondimento sui dati riportati nel profilo di salute in tema di incidenti domestici, saranno individuati da parte del gruppo regionale, e conseguentemente pianificati, gli interventi più efficaci per il target specifico, anche con il supporto dei network individuati a livello nazionale (NIEBP).
ATTORI COINVOLTI	Gruppo di riferimento regionale "sicurezza", NIEBP
INDICATORE	Consapevolezza del rischio di incidente domestico • Formula: % intervistati 18-69 anni che considerano alta la probabilità di avere un incidente domestico • Standard dato medio italiano • Fonte PASSI

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.6 PP06 Piano mirato di prevenzione

3.6.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP06
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Gabriella Madeo
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori - MO4-03 Redazione e ricognizione linee di indirizzo (ex art. 2 decreto 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano - MO4-04 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti - MO4-05 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa - MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health - MO4-09 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore - MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare) - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO4LSb Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la pianificazione degli interventi di prevenzione - MO4LSg Promuovere il coordinamento e la programmazione dell'attività di

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	vigilanza e prevenzione - MO4LS_h Definire strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) fondate sull'analisi di contesti produttivi, socio-economici ed epidemiologici, mirati a fattori di rischio e/o comparti e/o circostanze di rischio ed esposizione prioritari - MO4LS_i Diffusione e utilizzo delle evidenze sulle modalità di accadimento degli infortuni e sulle azioni efficaci di prevenzione delle medesime, in particolar modo in settori a maggior rischio di infortuni gravi e mortali quali edilizia e agricoltura - MO4LS_j Diffusione ed utilizzo delle evidenze sull'esposizione a vari fattori correlati alle malattie professionali e sulle azioni efficaci di prevenzione
LEA	- B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - C02 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali - C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine

3.6.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

I dati sull'andamento infortunistico continuano ad individuare nella Regione Umbria elementi di criticità rispetto ad altre regioni per una percentuale di infortuni gravi, anche mortali, che presentano una significativa ripresa dopo l'anno di sospensione, il 2020, che ha caratterizzato l'emergenza pandemica da virus SARS-Cov2.

Il cambiamento del mondo produttivo rende più difficile e meno efficace il controllo: la parcellizzazione delle imprese, per la maggior parte di piccole o piccolissime dimensioni, la presenza sempre più ampia di lavoratori autonomi (con rischi di interferenza di lavorazioni), il turn over elevato della forza lavoro, la stagionalità del lavoro, il largo impiego di manodopera straniera, l'anzianità della popolazione lavorativa, la presenza di lavoratori impiegati in maniera irregolare in tutto o in parte (lavoro part time o a voucher a discapito di una realtà che vede, invece, ridursi l'occupazione a tempo pieno). Va inoltre sottolineato che l'analisi delle dinamiche di insorgenza degli infortuni sul lavoro ha ampiamente dimostrato che il fattore umano, inteso come errore di procedura o pratica scorretta, è il determinante più frequentemente correlato all'evento lesivo.

Tali fattori possono minare l'efficacia di una vigilanza impostata su interventi caso per caso, anche in relazione al mutamento continuo delle situazioni di rischio, rendendo necessaria la ricerca di strategie in grado di raggiungere un obiettivo di efficacia su tutto il comparto. Il sistema di analisi della dinamica e delle cause di infortunio INFORMO dimostra che molti degli infortuni mortali e gravi si verificano a bordo di un mezzo, molto spesso interessante i carrelli elevatori nelle attività di movimentazione merci, o utilizzando macchine prive di adeguate protezioni confermando che il "problema sicurezza" è molto spesso legato ad aspetti di processo o procedurali, carente formazione, addestramento e controllo dei lavoratori.

Entrando nello specifico degli elementi del programma, la movimentazione delle merci attraverso macchine/attrezzature di lavoro quali, in particolare, i **carrelli elevatori**, rappresenta una realtà diffusa in tutto il territorio regionale, anche nelle piccole imprese, comprese quelle a carattere familiare, dove la necessità di immagazzinare i prodotti e/o acquisire materie prime è praticamente comune a tutte le produzioni.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



E' possibile tuttavia individuare una condizione di rischio particolare nel settore dei trasporti (in questo caso via terra) e della logistica merci (di qualunque tipo compresi i prodotti alimentari e sanitari). La globalizzazione dei mercati, rendendo interdipendenti tra di loro le varie aree del pianeta, ha infatti intensificato anche tutti i processi di logistica e trasporto delle merci che garantiscono i rapporti commerciali anche con paesi molto lontani, obbligando tutte le imprese, anche le più piccole, a rivedere ed implementare l'organizzazione di queste fasi di lavoro. Attività che non si è mai fermata, neanche nel periodo di lockdown del 2020 determinato dalla emergenza pandemica da virus Sars-Cov2 e che vede spesso impegnate società cooperative con appalti discontinui, che ricorrono ad operatori con contratti di lavoro instabili, spesso extra-comunitari e quindi con problematiche aggiuntive connesse alle diversità linguistiche, di religione e di percezione del rischio interferenti con le dovute tutele in materia di salute e sicurezza nel lavoro. A risentirne è, in particolare, la sicurezza nel lavoro con un numero di eventi infortunistici, anche gravi, in continuo aumento e che richiede pertanto interventi mirati di prevenzione da parte dei servizi competenti.

Analoghe considerazioni valgono per la **sicurezza delle macchine**, assicurata da una appropriata e approfondita conoscenza dei meccanismi di funzionamento, da una analisi preventiva del lay-out aziendale per controllarne eventuali rischi da interferenze, da una adeguata gestione della manutenzione ivi comprese le protezioni che garantiscono che il lavoratore non venga in contatto con parti pericolose.

Accanto al rischio infortunistico, è fondamentale la **verifica delle attrezzature di lavoro che garantiscono il controllo della qualità dell'aria respirata dai lavoratori**, in particolare in attività che comportano la manipolazione di agenti chimici pericolosi e/o cancerogeni, come nel settore delle falegnamerie dove è scientificamente dimostrata l'associazione tra esposizione professionale a polvere di legno ed effetti nocivi per la salute dei lavoratori. I risultati di numerosi studi epidemiologici indicano che i lavoratori esposti a polvere di legno presentano un maggior rischio di manifestare sintomi di asma, bronchite allergica, infiammazione nasale e deterioramento delle funzioni polmonari, oltre ad un marcato incremento dell'incidenza delle neoplasie a livello delle fosse nasali e dei seni paranasali tra i lavoratori esposti prevalentemente a polveri di legno duro (IARC 1995).

Il Decreto Legislativo 81/08 nell'Allegato XLII (Elenco di sostanze preparati e processi) riporta "il lavoro comportante l'esposizione a polvere di legno duro" come attività con esposizione ad agenti cancerogeni e nell'Allegato XLIII (Valori limite di esposizione professionale) ha stabilito per le polveri di legno duro il limite di soglia ponderato in un periodo di 8 ore lavorative pari a 5 mg/m³, indicando che se le polveri di legno duro sono mescolate con altre polveri di legno, il valore limite si applica a tutte le polveri presenti nella miscela in questione. In relazione alle disposizioni specifiche contenute nel Titolo IX "Sostanze pericolose" del D.Lgs 81/2008, appare dunque evidente che nell'industria della lavorazione del legno è previsto l'utilizzo di sostanze o preparati attualmente classificati come cancerogeni o pericolosi per l'uomo, e il datore di lavoro, non essendo sempre tecnicamente realizzabile con buoni risultati un "ciclo chiuso", deve provvedere affinché il livello di esposizione dei lavoratori sia ridotto al più basso valore tecnicamente possibile e comunque al di sotto dei Valori Limite di Esposizione (VLE).

Le Linee Guida del Coordinamento Tecnico delle Regioni hanno affermato che tale Valore Limite è alquanto elevato e scarsamente giustificato sul piano tecnico-sanitario, sia perché l'esposizione a polveri di legno, oltre a patologie tumorali, può indurre patologie respiratorie e allergiche anche a concentrazioni molto inferiori al valore limite, sia perché è attualmente possibile contenere tecnicamente l'esposizione a polveri di legno ben al di sotto dei 5 mg/m³.

Tali principi sono stati negli ultimi anni tradotti nelle indicazioni della Direttiva (UE) 2017/2398 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 dicembre 2017, recepita in Italia con Decreto Legislativo n. 44 del 1° giugno 2020, che ha abbassato il limite di esposizione a polveri di legno a 2 mg/m³ a partire dal 17 gennaio 2023, prevedendo un limite transitorio pari a 3 mg/m³ per il periodo 2021-2023 (17 gennaio) per permettere alle aziende di adeguarsi.

Nel settore della lavorazione del legno anche le attività di verniciatura espongono a sostanze pericolose, in quanto durante l'applicazione di prodotti chimici sui pezzi semilavorati si determina la liberazione di sostanze chimiche, seppur limitata dalla presenza di misure di contenimento, alle quali i lavoratori possono essere esposti. Per un consistente numero di agenti chimici presenti nelle vernici sono in vigore specifici VLE indicati nell'Allegato XXXVIII del Dlgs 81/08.

I principali effetti prodotti dagli agenti chimici presenti nella verniciatura, nelle comuni condizioni di lavoro, sono quelli irritanti e sensibilizzanti, con manifestazioni cliniche che coinvolgono prevalentemente gli apparati esposti alla

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



contaminazione: vie respiratorie e superficie cutanea libera. Vanno, comunque, considerati anche i possibili effetti d'organo peculiari delle singole sostanze in uso (effetti neurologici, epatici, renali).

Tutto ciò non può prescindere dalla valutazione dei rischi: per individuare misure appropriate ed efficaci, condizione preventiva e necessaria è la valutazione del livello di esposizione dei lavoratori all'agente cancerogeno o pericoloso, tenendo conto di tutte le possibili vie di assorbimento.

I prelievi sui lavoratori sono da effettuarsi, nel rispetto delle buone pratiche dell'igiene industriale, ogni volta che questo sia tecnicamente possibile ed utile al fine di valutare l'entità dell'esposizione. In particolare, la misurazione può essere utilmente effettuata per valutare l'efficacia delle misure di prevenzione adottate, per dimostrare l'esiguità del rischio per la salute o per accertare l'assenza dell'agente. Dove non sia possibile effettuare un monitoraggio ambientale, la valutazione potrà essere effettuata integrando varie fonti di informazione (confrontando situazioni lavorative simili, assumendo criticamente dati di letteratura, considerando i quantitativi utilizzati e le modalità d'uso, ecc.), tutte attentamente vagliate e considerate criticamente da personale qualificato. La valutazione deve comunque tenere in considerazione le caratteristiche delle lavorazioni, la loro durata e frequenza, le concentrazioni di agenti cancerogeni o pericolosi che si vengono a liberare e la loro capacità di penetrare nell'organismo per le diverse vie di assorbimento. Attenzione dovrà essere posta anche alla possibile co-esposizione con altri agenti chimici pericolosi dotati di effetti irritanti sull'apparato respiratorio. Un esempio è fornito dalla formaldeide, diffusa nel comparto (colle, antibatterico, pannelli precompressi). Occorre pertanto tener conto del tipo di materiali in ingresso, cercando di ottenere il massimo di informazioni sui trattamenti che hanno subito nel ciclo di vita precedente all'ingresso nell'azienda. Così come vanno verificati i prodotti utilizzati direttamente (colle, vernici, solventi, ecc.) attraverso la consultazione delle schede di sicurezza. Peraltro, le possibilità di sostituzione degli agenti più pericolosi (es. formaldeide nella lavorazione dei pannelli precompressi) possono essere praticate con successo anche alla luce dell'applicazione dei regolamenti Europei in materia di sostanze chimiche REACH e CLP.

Per quanto riguarda il profilo di **equità**, con i limiti che sono stati evidenziati nell'introduzione al PRP per l'applicazione di tale metodologia alla prevenzione nei luoghi di lavoro, è stato evidenziato da alcune indagini come **l'esposizione dei lavoratori ai fattori di rischio per la salute e la sicurezza sia maggiore in quelli impiegati in lavori manuali e in imprese di piccole e piccolissime dimensioni, che sono l'ossatura del tessuto produttivo Umbro**. Tali imprese hanno infatti maggiori difficoltà nella gestione della salute e sicurezza e nella aderenza alle norme; le più limitate risorse economiche da dedicare all'attività di prevenzione, la necessità di ricorrere a consulenti esterni all'organico aziendale per la gestione della sicurezza, le minori risorse dedicate alla formazione, la scarsa percezione, in primis nei datori di lavoro che sono anche lavoratori della stessa impresa, dell'importanza del rispetto delle norme di sicurezza, la scarsa presenza di Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) "effettivi", oltre al fatto che le imprese sono difficilmente raggiunte dal controllo, sono solo alcune delle motivazioni.

Il settore dei trasporti e magazzinaggio (codice ATECO H) della Regione Umbria vede occupati circa 9.300 lavoratori assicurati INAIL (dato INAIL del 2019). Nel 2019 gli infortuni gravi che hanno interessato questo settore sono stati pari a 145 su 404 infortuni in occasione di lavoro; ciò vuol dire che l'indice di gravità del settore, pari al 35%, è fra i più elevati, più alto di quello delle costruzioni e dell'agricoltura. Le tipologie di accadimento più frequenti riguardano la guida di mezzi di trasporto terrestri non su rotaia, la caduta dal mezzo di trasporto, aver messo un piede in fallo su mezzo di trasporto, la caduta in piano su superfici di lavoro e transito. L'esperienza dei servizi PSAL della Regione in occasione delle molteplici indagini infortunio attivate, ha posto in evidenza soprattutto una maggior frequenza di infortuni correlata all'uso dei carrelli elevatori, a volte legata ad una carenza dei requisiti minimi, sia strutturali che di manutenzione, ma, sempre più spesso, a carenza di procedure di lavoro, comportamenti incongrui, inadeguata segnaletica, ritmi di lavoro sempre più elevati con riduzione del livello di concentrazione e di attenzione degli operatori.

Il comparto metalmeccanico è rappresentato da 3411 aziende (Posizioni Assicurative Territoriali, PAT) e circa 18685 lavoratori assicurati INAIL (dato INAIL 2018); il 91% sono imprese fino a 10 addetti e le stesse occupano il 39% della manodopera impiegata nel comparto.

In questo settore nel 2019 sono accaduti circa 450 infortuni, un numero piuttosto elevato se rapportato a quello delle costruzioni che è pari a 634.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Classi Addetti	N° aziende	%	N° addetti	%
zero	77	2,3	202,7	1,1
da 0,1 a 1	1.326	38,9	1.223,4	6,6
da 1,1 a 3	1.030	30,2	2.178,5	11,7
da 3,1 a 10	657	19,3	3.572,1	19,1
da 10,1 a 15	124	3,6	1.554,8	8,3
da 15,1 a 20	65	1,9	1.138,0	6,1
da 20,1 a 30	44	1,3	1.070,6	5,7
da 30,1 a 100	66	1,9	3.272,2	17,5
da 101 a 200	17	0,5	2.302,5	12,3
da 201 a 500	4	0,1	1.312,3	7,0
da 501 a 1000	1	0,0	858,7	4,6
Totale	3.411	100	18.685,9	100

Per quanto riguarda le **imprese che si occupano della seconda lavorazione del legno**, il comparto in Umbria è rappresentato da 1167 aziende (Posizioni Assicurative Territoriali, PAT) e 3133 lavoratori assicurati INAIL (dato INAIL 2018); il 97% sono imprese fino a 10 addetti e le stesse occupano il 66% della manodopera impiegata nel comparto.

Classi Addetti	N° aziende	%	N° addetti	%
zero	31	2,7	101	3,2
da 0,1 a 1	669	57,3	631	20,1
da 1,1 a 3	295	25,3	608	19,4
da 3,1 a 10	133	11,4	735	23,5
da 10,1 a 15	22	1,9	267	8,5
da 15,1 a 20	6	0,5	102	3,2
da 20,1 a 30	5	0,4	116	3,7
da 30,1 a 100	5	0,4	265	8,5
da 201 a 500	1	0,1	309	9,9
Totale	1.167	100	3.133	100

Nell'ambito del Progetto Prevenzione dei Tumori Professionali della Regione Umbria, il Servizio PSAL della ASL Umbria 1 ha recentemente contribuito alla costruzione di un repertorio nazionale di dati di esposizione a sostanze cancerogene fornendo i risultati di indagini di monitoraggio ambientale effettuate nel periodo 2016-2018 proprio in questo settore. Sono stati raccolti 57 dati di esposizione a polveri di legno rilevati sui lavoratori addetti ad attività di falegnameria (trasformazione secondaria del legno), con particolare attenzione per il settore del mobile e dell'arredamento, oltre ad aziende produttrici di infissi e di tavole per pavimenti. I risultati delle determinazioni mostrano che, in condizione di corretto rispetto delle norme di igiene sul lavoro, la media dell'esposizione personale, pari a 1,7 mg/m³, è minore della metà del valore limite al tempo stabilito per legge di 5 mg/m³ (VLE), ed il valore della mediana, maggiormente indicativo della tendenza centrale della distribuzione, è prossimo a circa 1/5 del VLE (1,1 mg/m³). La distribuzione delle concentrazioni è caratterizzata da un'elevata variabilità (0,13-13 mg/m³), ma nonostante ciò nel 95% dei casi la media dei valori è al di sotto del valore limite (LFS95% = 2,1).

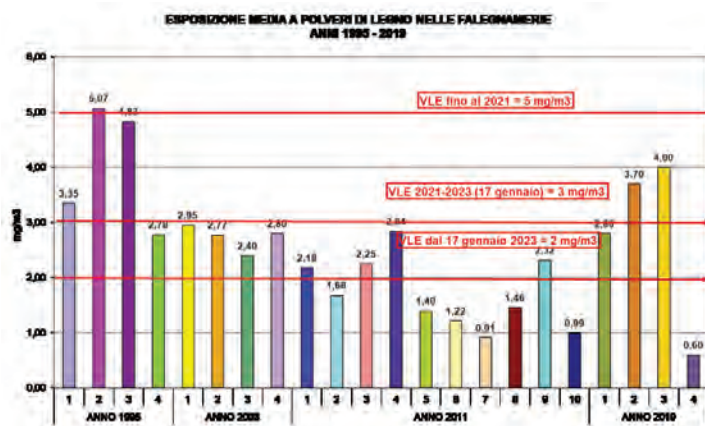
Già a partire dagli anni '90 i servizi PSAL della ASL Umbria 1, anche attraverso indagini di comparto programmate ad hoc, hanno effettuato, nell'ambito di interventi di vigilanza, numerosi campionamenti personali nel settore della lavorazione del legno finalizzati alla verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione messe in atto dal datore di lavoro per ridurre l'esposizione a polveri dei lavoratori. Nel grafico sono riportati i risultati medi di alcune delle indagini più importanti effettuate negli anni ed è indicata l'evoluzione dei limiti di esposizione (VLE) a polveri di legno, che vede una riduzione significativa dai 5 mg/m³ del passato ai 2 mg/m³ a partire dal 17 gennaio 2023, con il limite transitorio attualmente vigente di 3 mg/m³.

Appare evidente come negli anni sia stato possibile contribuire con le azioni di vigilanza ad una progressiva riduzione dei livelli di esposizione degli addetti a polveri di legno, fino a raggiungere con i risultati delle indagini fatte nel 2011 valori medi compresi tra 1,0 e 2,8 mg/m³, quindi ampiamente al disotto dell'allora VLE di 5 mg/m³. Gli ultimi dati rilevati nel 2019 depongono invece per livelli medi di esposizione alle polveri di legno più alti rispetto alle precedenti indagini, seppur al di sotto dei 5 mg/m³, soprattutto nelle falegnamerie dove l'organo di vigilanza non aveva

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



precedentemente effettuato indagini ambientali. Risulta chiaro che la riduzione del VLE per la polvere di legno (lavorazione di legni duri o misti), attualmente a 3 mg/m³ e dal 2023 a 2 mg/m³, rappresenta una ulteriore sfida per le aziende e per i Servizi PSAL per intervenire ulteriormente sulle misure di contenimento della polverosità ambientale all'interno delle falegnamerie.



Bisogna ricordare che il lavoratore non solo può inalare polveri di legno ogni volta che il legno viene segato, perforato, tagliato, piallato, levigato e carteggiato, ma può inalarle anche quando pulisce i macchinari con aria compressa, pulisce a secco i pavimenti ed effettua lavori di manutenzione sulle macchine in presenza di polveri depositate. La polvere infatti si deposita su tutte le superfici dei locali, soprattutto nelle zone meno transitate e pulite, e in condizioni particolari si possono sollevare considerevoli quantità di polveri, a cui i lavoratori possono essere notevolmente esposti anche se in modo occasionale e per brevi periodi.

Per tali ragioni il datore di lavoro, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 81/08, nella programmazione degli interventi di miglioramento deve attenersi ai principi della prevenzione primaria, ovvero minimizzare la dispersione delle polveri che si possono originare dalle lavorazioni meccaniche, attraverso una corretta progettazione dell'impianto di aspirazione, seguita da regolare e idonea manutenzione, e deve provvedere ad una corretta e costante pulizia degli ambienti di lavoro. In effetti, dall'efficienza degli impianti d'aspirazione dipende essenzialmente il rispetto dei valori limite di esposizione e pertanto si possono formulare le seguenti indicazioni operative specifiche: tutti i punti di lavoro devono essere aspirati; laddove ci siano fasi lavorative particolarmente polverose (es. levigature a banco, ecc.), seppure saltuarie, devono essere isolate; periodicamente vanno effettuati interventi di manutenzione e di controllo dell'efficienza secondo le indicazioni del costruttore. E' fondamentale che vengano formalizzate e diffuse istruzioni relative alle procedure di pulizia e manutenzione delle macchine e/o degli impianti, compresi i documenti comprovanti l'avvenuta manutenzione. Per il controllo delle concentrazioni di inquinanti prodotti negli ambienti industriali è necessaria una corretta progettazione dei sistemi di aspirazione: di fondamentale importanza sono la scelta dell'organo di captazione e la determinazione della portata di aspirazione necessaria per ottenere adeguate velocità di cattura là dove servono. Allo scopo di avere il massimo beneficio da un impianto di aspirazione localizzata occorre che il datore di lavoro, in fase di richiesta di progetto e fornitura, a persone di specifica competenza in campo impiantistico e d'igiene industriale, fornisca adeguate informazioni sui processi lavorativi, i pericoli che ne derivano e le sorgenti inquinanti che si vogliono controllare. Al fornitore e all'installatore dell'impianto bisogna richiedere che l'impianto sia facile da utilizzare, controllare, mantenere e pulire; che siano presenti sistemi di indicazione adatti a mostrare che l'impianto funziona in modo appropriato; che provveda ad una adeguata formazione al personale aziendale sul corretto utilizzo, verifica, pulizia, manutenzione dell'impianto, sul corretto posizionamento dei terminali di captazione mobili; che fornisca un "registro d'impianto", contenente la schedulazione per le verifiche e la manutenzione, dove regolarmente registrare i risultati delle verifiche, test, interventi di manutenzione, sostituzione, riparazione, ecc.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.6.3 Scheda di programma

3.6.3.1 Descrizione dal PNP

Il generale consolidamento dei flussi informativi relativi ai danni alla salute e ai rischi presenti negli ambienti di lavoro, ha permesso negli ultimi anni alle ASL di programmare attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, secondo criteri di priorità di rischio. Accanto alle attività programmate dalle ASL permangono le attività "su richiesta" (in parte programmabili sulla base dei dati storici) ovvero le segnalazioni, e le inchieste per infortunio grave o mortale o per sospetta malattia professionale.

Recentemente, in coerenza con i cambiamenti del mondo economico e del lavoro, i Servizi ASL dedicati alla tutela della salute e della sicurezza del lavoratore hanno ricercato nuove modalità di intervento che, pur coerenti con i disposti normativi vigenti e rispettose nell'utilizzo degli strumenti offerti dal codice di procedura penale, rappresentano un'evoluzione del "controllo" nelle imprese, sicuramente a vantaggio di efficienza della Pubblica Amministrazione e potenzialmente più efficace essendo in grado di coniugare l'assistenza con la vigilanza.

Il Piano Mirato di Prevenzione rappresenta o strumento innovativo di controllo, fondato sulla conduzione di processi di prevenzione volti al miglioramento delle misure generali di tutela e non alla sola verifica dell'applicazione della norma.

L'azione dei Servizi per la tutela della salute e sicurezza del lavoratore delle ASL si orienta, infatti, verso il supporto/assistenza al mondo del lavoro, facilitando l'accesso delle imprese alla conoscenza, ovvero alla valutazione e corretta gestione dei rischi, al fine di raggiungere anche e soprattutto le piccole e medie imprese che costituiscono gran parte del tessuto produttivo italiano.

Vi sono imprese motivate (volontà) alla salute e sicurezza sul lavoro, ma che necessitano di sviluppare meglio la loro capacità (abilità) nella valutazione e gestione dei rischi (Workplace Health and Safety



Segmentation and Key Drivers. www.whss.govt.nz).

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto

3.6.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1. Progetto CCM 2016 "L'approfondimento dei fattori di rischio lavorativi e l'individuazione delle soluzioni per le aziende attraverso le attività di vigilanza e assistenza da parte delle Istituzioni"
2. Labour inspection. A guide to the profession. Wolfgang Von Richthofen. International Labour Office. Geneva.
3. Official Journal of the European Union. Appointment of members of the Senior Labour Inspectors' Committee (205/C 10/02)
4. Resolution on "The role of SLIC in the Community Strategy on safety and health at work 2002-2006"
5. Oficina Internacional del Trabajo – OIT. Guía de introducción a los Sistemas Nacionales de Seguridad y Salud en el trabajo. José Luis Castellà
6. Work-related deaths. Investigators guide. British Transport Police, Association of Chief Police Officers, HSE, Crown Prosecution service, Local Government Association
7. Los indicadores de la inspección de trabajo y seguridad social" M. V. Fernández
8. Experiencias sobre indicadores de eficacia en las inspecciones europeas" SLIC. M. V. Fernández. Bilbao 10 luglio 2002
9. Le regolamentazioni comunitarie in materia di salute e sicurezza: un primo bilancio e alcune riflessioni. C. E. Triomphe, Délégué Général Université Européenne du Travail (UET) con la collaborazione di C. Teissier (UET)
10. How can effects of labour inspection be measured? Nils-Petter Wedege, Deputy Director General The Norwegian Labour Inspection Authority. SLIC Billund. Nov 2002
11. Indagine sulle attività svolte dai servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro nei casi di infortunio mortale verificatisi in Umbria negli anni 1991-1999. Discetti, Bodo, Mattioli. Difesa sociale – vol. LXXXIII n. 1 (2004) pp. 45-62
12. An evidence-based evaluation of how best to secure compliance with health and safety law. HSE. Research report 334. Greenstreet Berman Ltd per the Health and Safety Executive 2005
13. Workplace Health and Safety Segmentation and Key Drivers. www.whss.govt.nz
14. porExperiencia. Boletín de Salud Laboral para Delegadas y Delegados de Prevención de CC.OO. Edita: ISTAS. Instituto sindical de trabajo, ambiente y salud. n. 33 julio 2006. Dossier: 100 años de Inspección de Trabajo

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.6.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

In completa continuità con la strategia partecipata di prevenzione nei luoghi di lavoro da tempo perseguita dalla Regione Umbria, che ha visto i servizi PSAL impegnati su diversi fronti, anche in collaborazione con altre istituzioni (INAIL, DTL, Carabinieri Forestali) il programma intende attivare i PMP di seguito descritti:

- *Sicurezza del lavoro nella movimentazione delle merci attraverso i carrelli elevatori/Utilizzo in sicurezza delle macchine in particolare nel comparto metalmeccanico*

Il contesto infortunistico descritto ha suggerito la programmazione di un intervento di prevenzione mirato che veda la predisposizione di buone pratiche/linee guida sia per l'utilizzo in sicurezza dei carrelli elevatori durante le fasi di sollevamento e trasporto dei carichi nel settore della logistica e trasporto merci, sia per l'utilizzo in sicurezza delle macchine in particolare nel comparto metalmeccanico. Trattasi di interventi che si inseriscono nel piano più generale di contenimento del rischio infortunistico nei luoghi di lavoro da sempre presente nei Piani Regionali della Prevenzione redatti nel tempo dalla Regione Umbria, compreso l'ultimo relativo al periodo 2014-2019.

- *Controllo della esposizione a sostanze chimiche nelle falegnamerie*

La progressiva riduzione dei limiti di esposizione dei lavoratori agli agenti chimici pericolosi prevista dalla normativa, come nel caso delle polveri di legno, ha suggerito di focalizzare l'attenzione su alcune delle attrezzature di lavoro, gli impianti di aspirazione localizzati nelle attività di falegnameria, che consentono il controllo delle concentrazioni delle polveri di legno ed altri agenti chimici, con la finalità di assicurare livelli di esposizione estremamente contenuti quali quelli di prossima proposizione normativa. Il PMP in questione prosegue una attività da tempo perseguita dalla Regione Umbria che ha dedicato ormai da 20 anni una particolare attenzione al controllo degli inquinanti chimici negli ambienti di lavoro ed al perseguimento dei più bassi livelli di esposizione personale dei lavoratori rispetto agli agenti chimici pericolosi e/o cancerogeni.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, ha identificato nel profilo di equità come la piccola impresa sia quella in cui l'aderenza alla normativa e il controllo dei fattori di rischio per la salute e la sicurezza dei lavoratori sono più carenti; proprio la formazione e attuazione del PMP, con il coinvolgimento della piccola impresa, è stata definita come azione orientata all'equità.

Infine si fa presente che le azioni relative agli obiettivi trasversali su intersectorialità, formazione e comunicazione, monitorate dai relativi indicatori predefiniti, sono funzionali alla realizzazione delle macro-azioni e quindi inserite nei rispettivi cronogrammi.

AZIONI

AZIONE 1 - PMP SICUREZZA DEL LAVORO NELLA MOVIMENTAZIONE MERCI ATTRAVERSO CARRELLI ELEVATORI (SETTORE LOGISTICA E TRASPORTO MERCI)

AZIONE 2 - PMP UTILIZZO IN SICUREZZA DELLE MACCHINE NEL COMPARTO METALMECCANICO

AZIONE 3 - PMP CONTROLLO DELL'ESPOSIZIONE A SOSTANZE CHIMICHE NELLE FALEGNAMERIE

AZIONE 4 – EQUITY ORIENTED: ORIENTARE LA PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITA' UTILIZZANDO LA METODOLOGIA DEL PMP

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



CRONOGRAMMA

Attività	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Costituzione GdL regionale per SICUREZZA DEL LAVORO NELLA MOVIMENTAZIONE MERCI ATTRAVERSO CARRELLI ELEVATORI (SETTORE LOGISTICA E TRASPORTO MERCI) UTILIZZO IN SICUREZZA DELLE MACCHINE NEL COMPARTO METALMECCANICO CONTROLLO DELL'ESPOSIZIONE A SOSTANZE CHIMICHE NELLE FALEGNAMERIE	Regione	X			
Aggiornamento numero imprese e lavoratori interessati e del fenomeno infortunistico specifico tramite collaborazione con INAIL Umbria	Regione/INAIL/ Gruppo di lavoro	X			
Formazione degli operatori sanitari alla metodologia del PMP (AZIONE EQUITY e INDICATORE: almeno 1 iniziativa annuale)	Regione/Scuola Villa Umbra/Gruppo di lavoro	X			
Definizione della lista di controllo regionale/scheda di autovalutazione/documento di buone pratiche.	Gruppo di lavoro	X			
Presentazione PMP al Comitato regionale di coordinamento art.7 d.lvo 81/08 (INDICATORE: 2 incontri anno e AZIONE EQUITY)	Regione/Gruppo di lavoro	X			
Informazione e formazione delle imprese su adozione volontaria di buone prassi e di miglioramento e diffusione del documento buone pratiche e scheda di autovalutazione alle imprese attraverso seminari (AZIONE EQUITY INDICATORE: almeno 1 iniziativa annuale)	Gruppo di lavoro/ Servizio PSAL		X	X	X
Invio e analisi delle schede di autovalutazione alle aziende	Servizio PSAL		X		
Controllo delle aziende	Servizio PSAL			X	X
Report attività svolte e valutazione di efficacia (INDICATORE: realizzazione di almeno 3 PMP)	Gruppo di lavoro /SPSAL		X	X	X
Promozione dei processi di comunicazione e rete per diffondere le buone pratiche (INDICATORI: attività di restituzione dei risultati e diffusione delle buone prassi)	Regione/Gruppo di lavoro/INAIL		X	X	X
Presentazione dei report al Comitato regionale di coordinamento art.7 d.lvo 81/08 (INDICATORE: 2 incontri anno e AZIONE EQUITY)	Regione/Gruppo di lavoro		X	X	X

***EQUITY-ORIENTED** (N° aziende di piccole dimensioni <10 dipendenti coinvolte nel PMP/N° aziende totali coinvolte, Standard > 80%):

- Formazione degli operatori sanitari alla metodologia del PMP
- Coinvolgimento nell'ambito del Comitato di coordinamento, delle associazioni datoriali per promuovere il coinvolgimento delle aziende e le strategie di comunicazione con le aziende dei comparti interessati.

AZIONI EQUITY

AZIONI CON INDICATORE

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.6.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP06_OT01	Sviluppare un confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008
PP06_OT01_IT01	Intersettorialità
formula	Confronto nei tavoli territoriali, con le parti sociali e datoriali, strutturato all'interno del Comitato ex art 7 d.lgs 81/2008
Standard	Almeno 2 incontri annui (livello regionale/territoriale) con redazione dei relativi verbali
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP06_OT02	Organizzare percorsi di formazione per le aziende individuate e percorsi di formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro
PP06_OT02_IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
formula	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione
Standard	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP06_OT03	Produrre report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate
PP06_OT03_IT03	Comunicazione
formula	Attività di restituzione dei risultati e diffusione di buone prassi in ordine all'approccio "sistemico" del rischio
Standard	Almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP06_OT05	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi
PP06_OT05_IT04	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.6.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP06_OS01	Promuovere l'approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro), al sostegno, alla autovalutazione e gestione dei rischi, al ruolo dei lavoratori (RLS) nell'organizzazione della salute e sicurezza aziendale, tramite l'attivazione di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP) in "settori" specifici individuati in ciascuna Regione sulla base delle specificità territoriali (diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura)
PP06_OS01_IS01	Progettazione e realizzazione, da parte di ogni Regione, di PMP rivolti ad aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura
formula	Formula: n. di PMP "attuati" * su aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura (* Per attuazione del PMP si intende la completa esecuzione delle fasi ed attività indicate nello specifico paragrafo del MO4)
Standard	maggiore o uguale a 3
Fonte	Regione

3.6.6 Azioni

PROGRAMMA	PP06
TITOLO AZIONE (1 di 4)	PMP SICUREZZA DEL LAVORO NELLA MOVIMENTAZIONE MERCI ATTRAVERSO CARRELLI ELEVATORI (SETTORE LOGISTICA E TRASPORTO MERCI)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Il progetto si pone l'obiettivo di ridurre il fenomeno infortunistico legato all'uso di carrelli elevatori per il sollevamento e trasporto merci del settore della logistica e del trasporto, ricorrendo alla metodologia ormai consolidata del "piano mirato della prevenzione". Si intende in particolare predisporre delle procedure di Buona Prassi/Linee Guida per il corretto uso di questa attrezzatura di lavoro, sensibilizzando le associazioni di categoria e le imprese interessate e condividendone i contenuti, redigere e mettere a disposizione degli stessi una apposita Scheda di Autovalutazione, per poi procedere con le opportune attività di verifica ed applicazione. Il piano prevede:

Obiettivo A: aggiornamento del numero delle imprese e dei lavoratori interessati, nonché del fenomeno infortunistico specifico, mediante la collaborazione con INAIL Umbria (anno 2022)

Obiettivo B: Definizione della procedura di buona pratica/linee guida per il corretto uso dei carrelli elevatori nella movimentazione delle merci (2022)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Obiettivo C: Definizione della scheda di autovalutazione e diffusione ai soggetti interessati (2022)

Obiettivo D: Controllo in un campione di aziende

Indicatori

Condivisione PMP in seno al Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08

(Standard: almeno 2 incontri/anno)

Costruzione del documento buone prassi e della scheda di autovalutazione per il corretto uso dei carrelli elevatori nella movimentazione delle merci

(Standard: documento e scheda redatti entro il 2022)

Diffusione del documento buone prassi attraverso seminari

(almeno 1 seminario/anno)

N° di aziende alle quali è stata inviata la autovalutazione rispetto alle programmate

(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

N° di controlli in vigilanza effettuati rispetto ai programmati

(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

PROGRAMMA	PP06
TITOLO AZIONE (2 di 4)	PMP UTILIZZO IN SICUREZZA DELLE MACCHINE NEL COMPARTO METALMECCANICO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Il progetto si pone l'obiettivo di contenere la ripresa del fenomeno infortunistico grave e mortale legato all'uso delle macchine nel comparto metalmeccanico, il cui trend si sta osservando già dal primo semestre 2021 con la ripartenza delle attività lavorative post lockdown. La predisposizione di buone pratiche/linee di indirizzo e schede di autovalutazione diffuse alle imprese interessate, ha l'obiettivo di assistere i soggetti interessati ad una ripresa del lavoro in sicurezza utilizzando strumenti che aumenteranno la capacità di controllo delle fasi di lavoro più a rischio.

Il piano prevede:

Obiettivo A: aggiornamento del numero delle imprese e dei lavoratori interessati, nonché del fenomeno infortunistico specifico, mediante la collaborazione con INAIL Umbria (anno 2022)

Obiettivo B: Definizione della procedura di buona pratica/linee guida per l'utilizzo in sicurezza delle macchine (2022)

Obiettivo C: Definizione della scheda di autovalutazione e diffusione ai soggetti interessati (2022)

Obiettivo D: Controllo in un campione di aziende del comparto metalmeccanico

Piano regionale della prevenzione 2020-2025

**Indicatori**

Condivisione PMP in seno al Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08

(Standard: almeno 2 incontri/anno)

Costruzione del documento buone prassi e della scheda di autovalutazione per l'utilizzo in sicurezza delle macchine

(Standard: documento e scheda redatti entro il 2022)

Diffusione del documento buone prassi attraverso seminari

(almeno 1 seminario/anno)

N° di aziende alle quali è stata inviata la autovalutazione rispetto alle programmate

(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

N° di controlli in vigilanza effettuati rispetto ai programmati

(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

PROGRAMMA	PP06
TITOLO AZIONE (3 di 4)	PMP CONTROLLO DELL'ESPOSIZIONE A SOSTANZE CHIMICHE NELLE FALEGNAMERIE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Il progetto si pone l'obiettivo di contribuire alla riduzione dell'esposizione a polveri e altre sostanze chimiche degli addetti alla lavorazione del legno ricorrendo alla metodologia ormai consolidata del "piano mirato della prevenzione". Si intende in particolare predisporre delle procedure di Buona Prassi/Linee Guida per l'adeguamento impiantistico degli ambienti di lavoro e per l'implementazione di misure organizzative e procedurali, sensibilizzando le associazioni di categoria e le imprese interessate e condividendone i contenuti, redigere e mettere a disposizione degli stessi una apposita Scheda di Autovalutazione, per poi procedere con le opportune attività di verifica ed applicazione. Il piano prevede:

Obiettivo A: aggiornamento del numero delle imprese e dei lavoratori interessati (anno 2022)

Obiettivo B: Definizione della procedura di buona pratica/linee guida per l'adeguamento impiantistico degli ambienti di lavoro e per l'implementazione di misure organizzative e procedurali (2022)

Obiettivo C: Definizione della scheda di autovalutazione e diffusione ai soggetti interessati (2022)

Obiettivo D: Controllo in un campione di aziende del settore della seconda lavorazione del legno

Piano regionale della prevenzione 2020-2025

**Indicatori**

Condivisione PMP in seno al Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08

(Standard: almeno 2 incontri/anno)

Costruzione del documento buone prassi e della scheda di autovalutazione per l'adeguamento impiantistico degli ambienti di lavoro e per l'implementazione di misure organizzative e procedurali

(Standard: documento e scheda redatti entro il 2022)

Diffusione del documento buone prassi attraverso seminari

(almeno 1 seminario/anno)

N° di aziende alle quali è stata inviata la autovalutazione rispetto alle programmate

(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

N° di controlli in vigilanza effettuati rispetto ai programmati

(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP06
TITOLO AZIONE (4 di 4)	ORIENTARE LA PROGRAMMAZIONE DELL'ATTIVITÀ UTILIZZANDO LA METODOLOGIA DEL PIANO MIRATO DI PREVENZIONE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Con la presente azione, equity oriented, si intendono **implementare strategie strutturate di controllo e assistenza, come il Piano Mirato di Prevenzione**, che possano coinvolgere in particolare le imprese di piccole in un percorso di miglioramento, applicando modalità di intervento mirate a coniugare le attività di assistenza - intesa come reale coinvolgimento delle imprese – e quelle di vigilanza nelle azioni di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, con il fine ultimo di innalzare gradualmente il livello di prevenzione e sicurezza del comparto nel suo insieme. Come evidenziato nel profilo di salute tale strategia mira a coinvolgere anche **imprese di piccole o piccolissime dimensioni** sostenendo i datori di lavoro nel percorso di autovalutazione del livello di sicurezza nella gestione dei rischi e nell'organizzazione della sicurezza aziendale. Nell'attuazione dei PMP vanno pertanto favorite le sinergie con tutti i soggetti, anche esterni al sistema pubblico della prevenzione, in sede di Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/2008.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



L'utilizzo della metodologia del PMP per l'attività di controllo necessiterà di percorsi formativi dedicati agli operatori sanitari per acquisire nuove competenze e soprattutto di costante confronto reciproco.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Coinvolgere le imprese di piccole dimensioni nei PMP
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	La strategia prevede: La formazione degli operatori sanitari alla metodologia del PMP il coinvolgimento nell'ambito del Comitato di coordinamento, delle associazioni datoriali per promuovere il coinvolgimento delle aziende e le strategie di comunicazione con le aziende dei comparti interessati.
ATTORI COINVOLTI	Servizi PSAL Comitato regionale di coordinamento per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
INDICATORE	N° aziende di piccole dimensioni (<10 dipendenti) coinvolte nel PMP • Formula: N° aziende di piccole dimensioni (<10 dipendenti) coinvolte/N° di aziende totali coinvolte • Standard 80% • Fonte Monitoraggio regionale

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.7 PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura

3.7.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP07
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Gabriella Madeo
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO4-03 Redazione e ricognizione linee di indirizzo (ex art. 2 decreto 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano - MO4-04 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti - MO4-05 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa - MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health - MO4-09 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore - MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare) - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-07 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO4LSg Promuovere il coordinamento e la programmazione dell'attività di vigilanza e prevenzione - MO4LSH Definire strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) fondate

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	sull'analisi di contesti produttivi, socio-economici ed epidemiologici, mirati a fattori di rischio e/o comparti e/o circostanze di rischio ed esposizione prioritari - MO4LSi Diffusione e utilizzo delle evidenze sulle modalità di accadimento degli infortuni e sulle azioni efficaci di prevenzione delle medesime, in particolar modo in settori a maggior rischio di infortuni gravi e mortali quali edilizia e agricoltura - MO4LSj Diffusione ed utilizzo delle evidenze sull'esposizione a vari fattori correlati alle malattie professionali e sulle azioni efficaci di prevenzione - MO4LSk Promuovere la capacità di migliorare le valutazioni di tipo ergonomico/organizzativo secondo normativa e linee di indirizzo, anche in un'ottica di semplificazione dei processi - MO4LSl Svolgimento di un controllo efficace sui soggetti formatori da parte della PA anche attraverso la revisione dei percorsi formativi vigenti - MO4LSq Sviluppo di percorsi di formazione sulla SSL per l'acquisizione di nuove competenze disciplinari per il contrasto del fenomeno tecnopatico - MO4LSr Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08) - MO5LSd Iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari trasversalmente nei diversi servizi sui temi della valutazione e gestione del rischio chimico - MO5LSf Iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari nel settore dei fitosanitari con riguardo agli articoli 28, 46, 52, 53, 55, 67, 68 del regolamento CE N 1107/2009 - MO5LSk Interventi di formazione specifica sull'applicazione di buone pratiche in edilizia indirizzate agli operatori dei Dipartimenti di prevenzione ed ai diversi portatori di interesse - MO5LSe Attività di supporto alla valutazione del rischio chimico nell'ambito delle valutazioni di impatto sanitario - MO5LSy Interventi integrati sulla salute e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro, con particolare riferimento ai comparti edilizia, agricoltura, mare
LEA	- B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - C01 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro - C02 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali - C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	vita sani - C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine - D03 Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche, Geo-referenziazione delle aziende - D06 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali

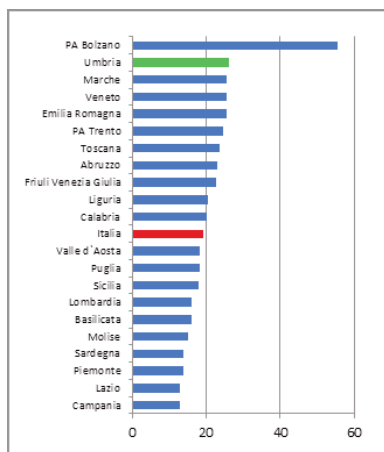
3.7.2 Sintesi del profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

I settori delle costruzioni e dell'edilizia presentano, sotto il profilo della salute e sicurezza, livelli di rischio elevati e, sebbene nel tempo siano stati registrati notevoli miglioramenti, ancora ad oggi i costi umani e finanziari causati da infortuni e malattie professionali sono molto elevati.

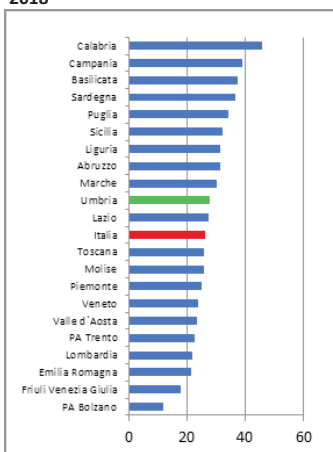
Per quanto riguarda il **fenomeno infortunistico in edilizia**:

- da tempo si registra una diminuzione costante del numero complessivo di infortuni definiti positivamente (nel 2019 sono accaduti 634 infortuni in occasione di lavoro, contro i 1407 del 2010); calo parzialmente correlato alla riduzione della forza lavoro, come dimostrato dal decremento contestuale della frequenza di infortunio (il tasso per 1000 addetti è passato da 46 nel 2010 a 26 nel 2018);
- la frequenza di infortunio è fra le più elevate del settore industria e servizi e, in Umbria, è al di sopra della media nazionale, confermando l'edilizia come uno dei comparti più a rischio;
- l'elevata frequenza di infortunio si accompagna ad elevata gravità; se si considera la percentuale di infortuni con postumi permanenti sul totale degli infortuni accaduti, al contrario di quanto accade per la frequenza di infortunio, si rileva un andamento in lieve incremento (nel 2018 il 26% degli infortuni accaduti hanno esitato in postumi permanenti), dato che sottende ad estesi fenomeni di sotto-notifica;

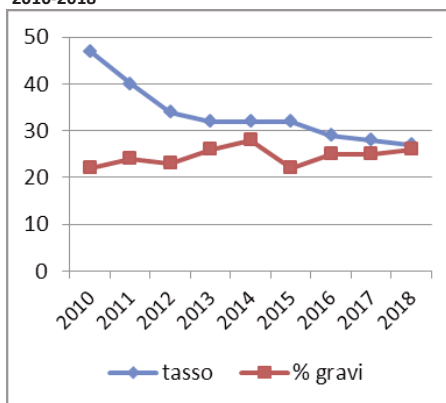
Tasso grezzo di infortunio, 2018



% di infortuni con postumi permanenti, 2018



Tasso grezzo e % di infortuni con postumi permanenti, 2010-2018



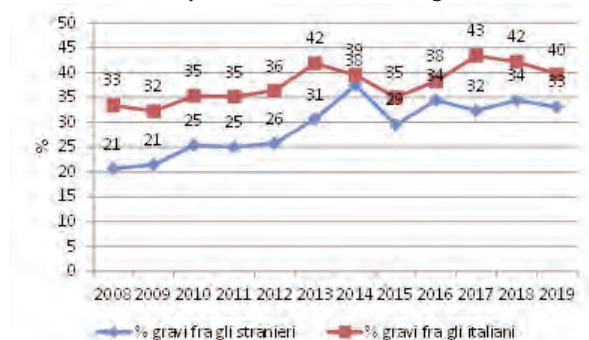
COSTRUZIONI	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
N° addetti	24.767	23.387	23.479	24.727	24.321	23.676	n.d.
N° infortuni definiti positivamente	802	752	746	714	685	616	634
N° di infortuni con postumi permanenti (>1%)	209	207	164	181	174	166	123
N° infortuni mortali in occasione di lavoro	1	2	1	0	0	3	1
Tasso di infortunio definito positivamente	32	32	32	29	28	26	n.d.
% infortuni con postumi permanenti (>1%)	26	28	22	25	25	27	19

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- il 23% degli infortunati in occasione di lavoro del 2019 sono nati all'estero; sebbene la percentuale di infortuni gravi (con inabilità permanente > al 5% e inabilità temporanea > 40 giorni) occorsi a lavoratori nati all'estero sia inferiore a quella rilevata fra i lavoratori italiani (33% versus 40%), dal 2008 al 2019 vi è stato un incremento superiore rispetto a quello occorso fra gli italiani (+60% versus +19%), elemento che fa supporre fenomeni di sotto-notifica degli infortuni, legata alla diffusa componente di lavoro sommerso;

Andamento della percentuale di infortuni gravi in edilizia 2008-2019

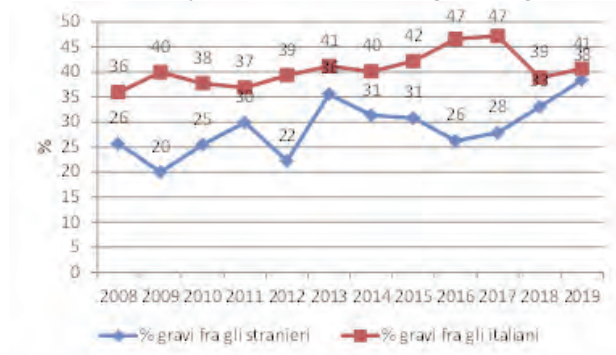


- il 32% degli infortunati ha fra 41 e 50 anni, il 31% tra 51 e 60 anni, il 8% ha più di 60 anni;
- il settore edile contribuisce per circa il 20% al numero di infortuni mortali in occasione di lavoro, al secondo posto dopo il settore agricoltura (circa il 30%).

Per quanto riguarda il settore **agricoltura**:

- la numerosità degli infortuni positivi in occasione di lavoro è in costante decremento (nel 2019 sono accaduti 694 infortuni in occasione di lavoro, contro i 1363 del 2010) calo parzialmente correlato alla riduzione della forza lavoro, come dimostrato dalla riduzione contestuale della frequenza di infortunio (il tasso per 1000 addetti è passato da 87 nel 2010 a 43 nel 2018);
- è da sempre un settore ad elevata rischiosità, come evidenziato dagli indicatori (tasso e percentuale di infortuni con postumi permanenti) che sono nettamente più elevati che nel settore industria e servizi, anche se la percentuale di infortuni con postumi sembra ridursi negli ultimi tre anni (nel 2019 è pari al 18%, ma alcuni infortuni gravi potrebbero non aver completato l'iter amministrativo INAIL).
- il 20% degli infortunati in occasione di lavoro del 2019 sono nati all'estero; il tal caso la percentuale di infortuni gravi (con inabilità permanente > al 5% e inabilità temporanea > 40 giorni) occorsi a lavoratori nati all'estero è solo lievemente inferiore a quella rilevata fra i lavoratori italiani (38% versus 40%) e dal 2008 al 2019 vi è stato un incremento della percentuale superiore rispetto a quello occorso fra gli italiani (+50% versus +19%), elemento che fa supporre fenomeni di sotto-notifica degli infortuni, legata alla diffusa componente di lavoro sommerso;

Andamento della percentuale di infortuni gravi in agricoltura 2008-2019



Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- il 30% degli infortunati ha fra 51 e 60 anni, il 21% ha più di 60 anni;
- l'agricoltura è il settore che più contribuisce agli infortuni mortali.

AGRICOLTURA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
N° addetti	13.000	14.000	11.000	13.000	14.000	15.000	16000
N° infortuni definiti positivamente	1051	892	872	763	748	739	694
N° di infortuni con postumi permanenti (>1%)	161	194	196	187	165	151	126
N° infortuni mortali in occasione di lavoro	6	2	2	2	4	0	4
Tasso di infortunio definito positivamente	81	64	79	59	53	49	43
% infortuni con postumi permanenti (>1%)	16	22	23	24	22	20	18

Per quanto riguarda le **malattie professionali**, i dati del sistema MALPROF evidenziano come il maggior numero di segnalazioni riguarda proprio il comparto delle costruzioni (pari a circa il 18,8%), seguito da quello dell'agricoltura (14,7%); in edilizia in gruppo di patologie più rappresentate sono le muscoloscheletriche (65%), in particolare i disturbi dei dischi intervertebrali, seguite dalle sordità (20%); anche in agricoltura, seppur con percentuali differenti, il gruppo di patologie più rappresentate sono le muscoloscheletriche (79%) seguito dalle sordità (13%).

Il comparto costruzioni rappresenta il 18% delle imprese umbre, pur avendo subito una profonda crisi economica; dal 2008 al 2018 il numero delle imprese operanti sul territorio si è ridotto di circa il 25% (attualmente sono oltre 9.000, su un totale di circa 50.000 aziende) e il numero di addetti di circa il 33% (attualmente oltre 23.000 su un totale di 220.000 addetti^[1]); il settore dell'agricoltura in Umbria conta circa 6324 imprese (archivio ASIA) e circa tot lavoratori. Edilizia e agricoltura sono quindi settori ben rappresentati in Umbria e da sempre comparti prioritari dell'attività di prevenzione; in particolare negli ultimi anni in sintesi si è garantito:

- il controllo di circa il 30% dei cantieri soggetti a notifica preliminare, che costituisce il 55% dell'attività di vigilanza complessivamente svolta. L'alta percentuale di cantieri ispezionati rispetto alle notifiche, fa collocare l'Umbria fra le regioni con i livelli di vigilanza in edilizia più alti (il Piano Nazionale edilizia ha l'obiettivo del 15% dei cantieri soggetti a notifica); la percentuale di cantieri non a norma è pari al 6-7%;

	2015	2016	2017	2018	2019
N° notifiche preliminari	5054	5028	4916	5230	5469
N° cantieri ispezionati	1515	1532	1610	1670	1574
N° cantieri non a norma	101	90	108	92	87
% cantieri ispezionati	30	30	33	32	29
% cantieri non a norma	7	6	7	6	6

- il controllo di una media di circa 200 aziende agricole/anno, in particolare negli ambiti previsti dal Piano agricoltura (allevamenti, verifica delle macchine agricole e impiego di prodotti fitosanitari) e, nel settore del taglio delle foreste, attraverso un intervento congiunto con ITL, INPS, INAIL con il coordinamento dei Carabinieri Forestali, successivamente ad una fase preliminare di selezione delle aziende sulla base di criteri predefiniti;

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
N° aziende agricole ispezionate	279	284	307	252	224	245	168	175

- l'assistenza alle imprese e alle figure della prevenzione attraverso momenti formativi rivolti alle figure della sicurezza in edilizia, svolte in modo integrato dai servizi delle ASL, ITL e servizi regionali (Opere Pubbliche e prevenzione) e, nel periodo successivo all'evento sismico del 2016, con l'attivazione a Norcia - nell'area del cratere sismico - di uno sportello Front-office utilizzabile contestualmente dalle diverse Istituzioni o Enti al fine di facilitare l'accesso ai principali servizi potenzialmente utili alla popolazione e alle imprese impegnate nella ricostruzione;

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- azioni di **promozione delle buone prassi nelle imprese**; con INAIL, CESF e TESEF, si è sperimentato un modello di gestione della sicurezza nel cantiere (progetto “Cantiere complesso”) coinvolgendo le aziende edili in un percorso formativo motivazionale rivolto ai lavoratori e ai datori di lavoro, volto alla acquisizione di una metodologia per l’osservazione dei comportamenti messi in atto nel cantiere dagli stessi lavoratori, facendoli diventare parte responsabile della sicurezza. Il progetto doveva essere riprodotto nei cantieri della ricostruzione post sisma 2016 (anche su mandato del “Tavolo per la Sicurezza e regolarità contributiva nella ricostruzione post sisma 2016” di cui alla DGR), ma la lentezza dell’avvio della ricostruzione e l’emergenza COVID, hanno di fatto rallentato drasticamente la possibilità di intervento e la capacità di realizzazione.

^[1] Dati estratti dai Flussi Regioni INAIL 2020

3.7.3 Scheda di programma

3.7.3.1 Descrizione dal PNP

Agricoltura ed edilizia sono tra i settori più esposti a rischio infortuni.

Tabella - Denunce d'infortunio in occasione di lavoro per settore di attività economica e anno di accadimento.
Gestione industria e servizi Analisi della numerosità degli infortuni - Dati rilevati al 30 aprile 2019 (Fonte: INAIL)

Settore di attività economica	Anno di accadimento									
	2014		2015		2016		2017		2018	
	vvalore assoluto	% sul totale settori	vvalore assoluto	% sul totale settori	vvalore assoluto	% sul totale settori	vvalore assoluto	% sul totale settori	vvalore assoluto	% sul totale settori
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	33.167	00,74%	22.838	00,69%	22.628	00,63%	22.557	00,61%	22.492	00,60%
F Costruzioni	339.220	99,17%	337.024	99,04%	336.097	88,72%	335.289	88,47%	334.555	88,34%

Le modalità di accadimento più frequenti negli infortuni mortali risultano essere le cadute dall’alto e la perdita di controllo dei mezzi utilizzati, molto spesso con il loro ribaltamento, come nel caso del trattore (dato confermato anche dall’Osservatorio Infortuni mortali e gravi in agricoltura che evidenzia la permanenza negli anni di circa 100 infortuni mortali l’anno da ribaltamento del trattore tra professionali e non). Peraltro, si teme una ulteriore recrudescenza in ragione del generale invecchiamento della popolazione lavorativa. L’analisi della banca dati Infor.MO sugli infortuni dei lavoratori, inserita nei Sistemi Informativi di INAIL, curata dal Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale (Dimeila) dell’INAIL ed alimentata dalle ASL, evidenzia sul totale dei 1.256 casi registrati nel periodo 2011-2015, 442 infortuni mortali di lavoratori anziani (> 55 anni), avvenuti principalmente nel settore agricolo (44%) e nelle costruzioni (24%). Per quanto riguarda la tipologia di impresa, gli infortuni sono accaduti essenzialmente nelle micro imprese, mentre risulta bassa la quota di casi avvenuti in aziende medio grandi, cioè > 50 addetti. In aumento sono altresì le malattie professionali.

All’interno del sistema istituzionale definito al Capo II, del D. Dlgs 81/08, costituito, in particolare, dal Comitato per l’indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale (art. 5), dai Comitati regionali di coordinamento (art.7) e dalla Commissione consultiva permanente (art. 6), attraverso i c.d. Piani Nazionali, si è sviluppata e consolidata nel tempo una strategia per i settori Agricoltura ed Edilizia capace di coniugare azioni di prevenzione dei rischi utili ad elevare il livello di efficacia e di efficienza dell’intervento delle ASL nelle aziende del comparto.

Il contrasto agli infortuni, ed anche alle patologie lavoro correlate, in entrambi i settori si sviluppa - a partire dall’esperienza maturata dalle Regioni nel solco dei Piani Nazionali Costruzioni ed Agricoltura all’interno di gruppi di lavoro istituiti presso il Gruppo Tecnico Interregionale SSL, e condotta in collaborazione con INAIL e con l’Ispettorato nazionale del Lavoro (INL) - attraverso gli strumenti sia del controllo sia dell’assistenza delle/alle imprese, valorizzando in questo modo, le linee di indirizzo già prodotte a garanzia di una più ampia uniformità di intervento su tutto il territorio nazionale.

Il Programma prevede un percorso strutturato, che coinvolga le figure strategiche della sicurezza per conto della committenza (committenti, responsabili dei lavori, professionisti, CSP/CSE) e aziendali (RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, ecc.) ed i lavoratori stessi, oltre che il Datore di lavoro, al fine di mettere in atto azioni efficaci e sostenibili tramite l’utilizzo di pratiche raccomandate in quanto basate su evidenze di efficacia e/o Buone Pratiche validate e criteri di sostenibilità economico-organizzativa, in tema di prevenzione degli infortuni nei cantieri edili e nel settore agricolo ed emersione delle malattie professionali nei lavoratori dei relativi comparti; a tal fine, nell’ambito delle attività del Programma Predefinito sono previsti l’implementazione e l’aggiornamento di buone pratiche e materiale documentale/informativo nel settore edile ed in agricoltura, da rendere liberamente disponibili e consultabili sui siti istituzionali tra cui, per l’edilizia, www.prevenzionecantieri.it.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.7.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Settore AGRICOLTURA

1. Documento "Indirizzi 2013 del Comitato ex art. 5 D.lgs. 81/08 per la realizzazione nell'anno 2014 di Linee Comuni delle politiche nazionali e il coordinamento della vigilanza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" predisposto sulla base delle indicazioni espresse dai Comitati regionali di coordinamento presentato alla Commissione consultiva permanente nella seduta straordinaria del 6 novembre 2013 ed approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 20/02/2014.
2. Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura 2014-2018.
3. Salute e sicurezza in agricoltura. Un bene da coltivare. Atti convegno di S. Michele all'Adige, Fond. Mach, 22-23 Novembre 2018.
4. Manuale per un lavoro sicuro in Agricoltura. Regione Veneto EBAT, 2007
5. La sicurezza delle macchine agricole/forestali: attività di sorveglianza del mercato, evoluzione della normativa tecnica e novità legislative. Bologna, 3 novembre 2008 Fiera EIMA
6. Documento tecnico per l'individuazione delle buone prassi negli allevamenti bovini e suini
7. Strumenti di supporto per valutazione dei rischi in attività stagionali
8. Documento tecnico per la gestione in sicurezza degli impianti di produzione di energia elettrica da fonti rinnovabili, mediante digestione anaerobica di substrati a matrice organica, comunemente detti Biogas, nelle fasi significative della loro vita utile.
9. Schede di controllo (az. Agricole, lavori forestali, commercio macchine agricole) e strumenti di supporto
10. Manuale per la formazione del commerciante di Prodotti Fitosanitari. Regione Emilia, GTI, 2017
11. Direttiva 2009/128/CE del 21 ottobre 2009, che istituisce un quadro per l'azione comunitaria ai fini dell'utilizzo sostenibile dei prodotti fitosanitari
12. Salvati A, Bucci G, Romualdi R, Bucciarelli A. Gli infortuni e le malattie professionali in agricoltura: salute e sicurezza sul lavoro a 100 anni dall'introduzione della tutela assicurativa. Quaderni della rivista degli infortuni e delle malattie professionali. Ed INAIL, 2017
13. Fabrizi G, Barrese E, Scarpelli M, Gherardi M. Prevenzione e protezione dei lavoratori nell'utilizzo dei pesticidi in agricoltura. Gli infortuni e le malattie professionali in agricoltura: salute e sicurezza sul lavoro a 100 anni dall'introduzione della tutela assicurativa. Quaderni della rivista degli infortuni e delle malattie professionali. Ed INAIL 2017.

Settore EDILIZIA

1. Intesa, ai sensi dell'art. 8 comma 6 L. 5.6.2003, n. 131, sul documento recante "Indicazioni ai Comitati Regionali di Coordinamento per la definizione della programmazione per l'anno 2014" del Comitato per l'indirizzo delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia salute e sicurezza sul lavoro ex art. 5 D.lgs 81/08 (Rep. Atti 23 CU del 20 febbraio 2014)
2. Documento "Indirizzi 2013 del Comitato ex art. 5 D.lgs. 81/08 per la realizzazione nell'anno 2014 di Linee Comuni delle politiche nazionali e il coordinamento della vigilanza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" predisposto sulla base delle indicazioni espresse dai Comitati regionali di coordinamento presentato alla Commissione consultiva permanente nella seduta straordinaria del 6 novembre 2013 ed approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 20/02/2014.
3. Titolo IV del d. lgs. 81/2008 e relativi allegati
4. Piano Nazionale Edilizia 2014-2018
5. Linee di indirizzo per la vigilanza nei cantieri temporanei o mobili (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)
6. Liste di controllo nei cantieri edili (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)
7. Linee di indirizzo per la vigilanza nelle grandi opere (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)
8. Guida pratica all'applicazione del titolo IV del decreto legislativo 81/08 nei lavori pubblici e nei lavori privati (Regione Sicilia, edizione 2011)

3.7.3.3 Declinazione a livello regionale del programma

I dati sul fenomeno infortunistico in edilizia ed agricoltura dimostrano come debba restare alta l'attenzione e i controlli, anche in considerazione del fatto che, in particolare nell'ambito dell'edilizia, si assisterà con ogni probabilità ad una ripresa dell'operosità legata alle attività di ricostruzione post sisma 2016 e, soprattutto, agli interventi di recupero edilizio dovuti alle recenti misure di incentivi fiscali.

Tuttavia, questi comparti sono accomunati da caratteristiche che rendono più difficile e meno efficace il controllo: la parcellizzazione delle imprese, per la maggior parte di piccole o piccolissime dimensioni, la presenza sempre più ampia di lavoratori autonomi (con rischi di interferenza di lavorazioni), il turn over elevato della forza lavoro, la stagionalità del lavoro, il largo impiego di manodopera straniera, l'anzianità della popolazione lavorativa, la presenza di lavoratori impiegati in maniera irregolare in tutto o in parte (lavoro part time o a voucher a discapito di una realtà che vede, invece, ridursi l'occupazione a tempo pieno). Va inoltre sottolineato che l'analisi delle dinamiche di insorgenza degli infortuni sul lavoro ha ampiamente dimostrato che il fattore umano, inteso come errore di procedura o pratica scorretta, è il determinante più frequentemente correlato all'evento lesivo.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Tali fattori possono minare l'efficacia di una vigilanza impostata su interventi caso per caso, anche in relazione al mutamento continuo delle situazioni di rischio, rendendo necessaria la ricerca di strategie in grado di raggiungere un obiettivo di efficacia su tutto il comparto. La piccola dimensione dell'impresa costituisce, tra l'altro, un elemento che le evidenze di letteratura associano ad una minore aderenza delle norme e delle procedure aziendali, a carenze formative, a minori relazioni tra strutture della committenza/impresa e organi di controllo, ad un gap informativo rispetto ad iniziative di assistenza e analisi di controllo.

Pertanto con il presente programma si intendono **implementare strategie strutturate di controllo e assistenza, come il Piano Mirato di Prevenzione**, che possano coinvolgere le imprese in un percorso di miglioramento, applicando modalità di intervento mirate a coniugare le attività di assistenza - intesa come reale coinvolgimento delle imprese - e quelle di vigilanza nelle azioni di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, con il fine ultimo di innalzare gradualmente il livello di prevenzione e sicurezza del comparto nel suo insieme.

E' di fondamentale importanza sostenere i datori di lavoro nel percorso di autovalutazione del livello di sicurezza nella gestione dei rischi e nell'organizzazione della sicurezza aziendale. Nell'attuazione dei PMP vanno favorite le sinergie con tutti i soggetti, anche esterni al sistema pubblico della prevenzione, in sede di Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/2008.

E' necessario inoltre continuare il percorso di **miglioramento della qualità delle attività dei Servizi PSAL**. Alcuni dati, come ad esempio il numero di imprese risultate non a norma che fa registrare un costante decremento, inducono a rivalutare le attuali modalità di vigilanza in edilizia e agricoltura; l'attività di sorveglianza va ricondotta a principi generali comuni e condivisi e a modalità operative più uniformi, anche al fine di migliorare la capacità di evidenziare le irregolarità, rimuovere le condizioni di rischio, per arrivare a migliorare la sicurezza dei luoghi di lavoro. Con tale programma si intende quindi ridefinire gli strumenti per la vigilanza in questi due comparti, costruendo liste di controllo quali strumenti di miglioramento e di uniformità dell'attività di monitoraggio da condividere con i portatori di interesse; tale approccio rende più trasparente e standardizzata l'azione degli operatori della vigilanza, con particolare focus nell'eventuale circostanza sanzionatoria, evitando che essa assuma un significato vessatorio.

In questi due settori deve inoltre essere implementata la **programmazione integrata dei controlli**, potenziando le attività coordinate e congiunte da parte dei vari soggetti istituzionali all'interno dell'Ufficio Operativo ex art. 2 DPCM 21.12.2007, ponendo al centro la messa in comune delle informazioni e l'implementazione dei sistemi informativi esistenti.

In continuità con il precedente Piano e nella logica delle linee strategiche dell'attuale PRP, devono essere promossi, attraverso la condivisione con le imprese, **interventi mirati allo sviluppo della responsabilità sociale**, all'applicazione dei principi di etica d'impresa, all'adozione di buone prassi e di modelli di formazione innovativi spendibili anche nella piccola e media impresa; fra questi il cantiere complesso.

Infine, così come da obiettivi del Programma predefinito, si intende promuovere la **qualità e l'efficacia della sorveglianza sanitaria** effettuata dai medici competenti nei due comparti specifici; fra il 2016 e il 2018 si sono sperimentati in un campione di aziende (circa 90), un set di indicatori di efficacia ed efficienza; sono stati elaborati i risultati, evidenziate le criticità e costruiti gli standard. Il percorso ha previsto anche la costituzione di un tavolo di confronto fra Servizi PSAL e medici competenti in cui sono stati restituiti i risultati mettendo in luce le criticità emerse e le azioni di miglioramento della sorveglianza sanitaria.

Si intende quindi adattare il sistema sperimentale di indicatori definiti con il progetto del PRP 2014-2019 a questi due comparti.

Il Programma in linea con principi e obiettivi del PNP ha identificato nel profilo di equità quale elemento di criticità in termini di disuguaglianze di salute, la maggiore ricorrenza di infortunio sul lavoro, in particolare grave, fra i lavoratori stranieri, legata ad una maggiore esposizione al rischio. L'occupazione nelle mansioni più faticose o rischiose, le difficoltà linguistiche che rendono meno efficace la formazione, le differenze culturali che influenzano una minore percezione del rischio, fino all'impiego in nero in tutto o per parte dell'attività lavorativa sono fra i fattori che spiegano tale disuguaglianza.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



In relazione a quanto esposto si è condiviso che, nell'ambito del presente Programma Predefinito PP7, l'azione orientata all'equità sarà rivolta ai lavoratori stranieri di questi comparti, con l'obiettivo di contrastare le disuguaglianze di salute.

AZIONI

AZIONE 1 - FAVORIRE L'OPERATIVITÀ DEL COMITATO REGIONALE DI COORDINAMENTO DI CUI ALL'ART. 7 DEL D.LVO 81/2008 E DEI TAVOLI TECNICI AGRICOLTURA E EDILIZIA

AZIONE 2 – FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DEL SSR

AZIONE 3 - GARANTIRE ADEGUATI LIVELLI DI VIGILANZA, CONTROLLO E ASSISTENZA NEL COMPARTO EDILIZIA E AGRICOLTURA

AZIONE 4 - SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE

AZIONE 5 – PMP RISCHIO CADUTE DALL'ALTO NEL COMPARTO EDILIZIA

AZIONE 6 - PMP RISCHIO RIBALTAMENTO MEZZI AGRICOLI

AZIONE 7 – PROMUOVERE ATTIVITA' DI INFORMAZIONE/SENSIBILIZZAZIONE RIVOLTE SPECIFICATAMENTE AI LAVORATORI STRANIERI

CRONOGRAMMA

Attività	Responsabile	2022	2023	2024	2025
AZIONE 3 - GARANTIRE ADEGUATI LIVELLI DI VIGILANZA, CONTROLLO E ASSISTENZA NEL COMPARTO EDILIZIA E AGRICOLTURA (AZIONE 1- FAVORIRE L'OPERATIVITÀ DEL COMITATO REGIONALE DI COORDINAMENTO DI CUI ALL'ART. 7 DEL D.LVO 81/2008 E DEI TAVOLI TECNICI AGRICOLTURA E EDILIZIA AZIONE 2 – FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DEL SSR AZIONE 7 – PROMUOVERE ATTIVITA' DI INFORMAZIONE/SENSIBILIZZAZIONE RIVOLTE SPECIFICATAMENTE AI LAVORATORI STRANIERI)					
Costituzione gruppo di lavoro regionale edilizia (capofila USL Umbria 2) Costituzione gruppo di lavoro regionale agricoltura (capofila USL Umbria 1)	Regione/SPSAL	X			
Aggiornamento delle linee di indirizzo per l'attività di vigilanza nei cantieri edili e check list di sopralluogo (entro il primo trimestre)	Gruppo edilizia SPSAL	X			
Aggiornamento delle linee di indirizzo per l'attività di vigilanza in agricoltura e check list di sopralluogo (entro il primo trimestre)	Gruppo agricoltura SPSAL	X			
Formazione degli operatori delle ASL sulla modalità della vigilanza in edilizia e agricoltura (INDICATORE: Almeno 3 iniziative complessive anno)	Gruppo edilizia SPSAL/Gruppo agricoltura PSAL	X	X	X	X
Confronto sulla pianificazione e monitoraggio in seno al Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali e all'interno dell'Ufficio operativo (entro il primo trimestre) (INDICATORE: Almeno 2 incontri complessivi anno)	Regione	X	X	X	X
Approvazione del Piano Operativo di vigilanza in edilizia e agricoltura (entro il primo trimestre)	Regione/Ufficio Operativo	X	X	X	X
Attività di vigilanza in edilizia in aderenza alle linee di indirizzo/Vigilanza congiunta con le diverse Istituzioni	Servizi PSAL/Ufficio Operativo	X	X	X	X
Attività di vigilanza nel settore agricoltura, in aderenza alle linee di indirizzo/Vigilanza congiunta con le diverse Istituzioni	Servizi PSAL/Ufficio Operativo	X	X	X	X
Attuazione del Piano Regionale fitosanitari per gli ambiti di competenza	DIP- Autorità Competente Locale (ACL) per i controlli ufficiali	X	X	X	X

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Report annuale (entro il primo trimestre) delle attività realizzate in edilizia, agricoltura e per i fitosanitari (INDICATORE: Realizzazione della programmazione annuale dell'attività di vigilanza)	SPSAL/ Gruppo fitosanitari	X	X	X	X
Promozione dei processi di comunicazione e rete per diffondere le buone pratiche e materiale documentale/informativo anche tramite portali web istituzionali o degli stakeholder (INDICATORE: Realizzazione di almeno 1 intervento/anno)	Regione/SPSAL	X	X	X	X
AZIONE 5 – PMP RISCHIO CADUTE DALL'ALTO NEL COMPARTO EDILIZIA AZIONE 6 - PMP RISCHIO RIBALTAMENTO MEZZI AGRICOLI (AZIONE 1- FAVORIRE L'OPERATIVITÀ DEL COMITATO REGIONALE DI COORDINAMENTO DI CUI ALL'ART. 7 DEL D.LVO 81/2008 E DEI TAVOLI TECNICI AGRICOLTURA E EDILIZIA AZIONE 2 – FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DEL SSR AZIONE 7 – PROMUOVERE ATTIVITA' DI INFORMAZIONE/SENSIBILIZZAZIONE RIVOLTE SPECIFICAMENTE AI LAVORATORI STRANIERI)	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Definizione dei criteri di selezione delle aziende e estrazione delle aziende da coinvolgere	Gruppo di lavoro/Regione/INAIL	X			
Definizione della lista di controllo regionale/scheda di autovalutazione/documento di buone pratiche (INDICATORE: Documento di buone pratiche per edilizia e agricoltura redatto)	Gruppo di lavoro	X			
Confronto in seno al Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione, modalità di coinvolgimento delle imprese (INDICATORE: Almeno 2 incontri complessivi anno)	Regione/gruppo di lavoro	X	X	X	X
Formazione degli operatori e informazione e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento di buone pratiche e scheda di autovalutazione (realizzazione di seminari, in collaborazione con gli organismi paritetici /associazioni di categoria/INAIL/ITL) (INDICATORE: almeno 1 intervento all'anno)	Gruppo di lavoro /SPSAL		X		
Invio e analisi delle schede di autovalutazione alle aziende	SPSAL		X		
Controllo delle aziende	SPSAL			X	X
Report attività e valutazione di efficacia (INDICATORE: monitoraggio dell'attuazione del PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza)	SPSAL		X	X	X
Promozione dei processi di comunicazione e rete per diffondere le buone pratiche e materiale documentale/informativo anche tramite portali web istituzionali o degli stakeholder (INDICATORE: almeno 1 intervento complessivo di informazione/comunicazione all'anno)	Regione/Gruppo di lavoro/INAIL	X	X	X	X
AZIONE 4 –SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Costituzione del Gruppo di lavoro	Regione	X			
Definizione di un documento sulle buone pratiche per la sorveglianza sanitaria in edilizia (INDICATORE: Documento di buone pratiche redatto)	Gruppo di lavoro	X			
Definizione di un documento sulle buone pratiche per la sorveglianza sanitaria in agricoltura	Gruppo di lavoro	X			
Formazione e condivisione del documento con i medici competenti (INDICATORE: almeno un intervento)	SPSAL		X		
Intervento di verifica dell'applicazione delle buone pratiche nelle aziende	SPSAL			X	X
Report annuale sui risultati del progetto (INDICATORE: verifica dell'applicazione delle buone pratiche)	SPSAL	X	X	X	X
Report annuale art. 40 allegato 3 B (INDICATORE: 1 report art 40)	SPSAL	X	X	X	X

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



***EQUITY-ORIENTED:** iniziative di sensibilizzazione e informazione sui rischi per la salute e sicurezza specificatamente rivolte a lavoratori stranieri e a imprese (1 iniziativa/anno dal 2023)

AZIONI EQUITY**AZIONI CON INDICATORE****3.7.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali****INTERSETTORIALITÀ**

PP07_OT01	Sviluppo delle collaborazioni e delle azioni integrate: intradipartimentali tra Istituzioni (MdS, INAIL, INL, NAS, ICQRF, MiPAAF, MiSE, MiIT, MLPS, MIUR, VVF) finalizzate agli obiettivi di prevenzione; tra parti sociali e stakeholder (EE.BB, Società Scientifiche, OO.SS. e Associazioni datoriali di settore); con Ordini e colleghi professionali
PP07_OT01_IT01	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7
formula	Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione
Standard	Almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP (livello regionale/territoriale con redazione dei relativi verbali)
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP07_OT02	Realizzazione di attività di formazione dei soggetti del sistema della prevenzione in agricoltura e in edilizia.
PP07_OT02_IT02	Formazione SSL rivolta agli operatori del settore edile per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico
formula	Attuazione di percorsi di formazione secondo i criteri definiti in ambito nazionale, rivolto agli operatori dei settori edilizia ed agricoltura e delle ASL per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico
Standard	Almeno n. 3 iniziative/incontri/seminari/convegni all'anno
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP07_OT06	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo in edilizia ed agricoltura, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder
PP07_OT06_IT03	Comunicazione dell'approccio al rischio
formula	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi interistituzionali, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio, nei portali web istituzionali e in quelli degli

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	stakeholder
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP07_OT08	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PP07_OT08_IT04	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.7.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP07_OS01	Promozione delle attività di vigilanza, controllo e assistenza alle imprese anche applicando alle attività di controllo i principi dell'assistenza "empowerment" e dell'informazione; contrasto all'utilizzo di macchine ed attrezzature da lavoro non conformi o prive dei Requisiti Essenziali di Sicurezza e creazione della banca dati delle non conformità ai RES
PP07_OS01_IS01	Strategie di intervento per le attività di vigilanza, controllo, assistenza
formula	Programmazione annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza
Standard	Report annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza in rapporto al numero di aziende agricole presenti sul territorio (privilegiando le micro imprese) e di aziende del commercio macchine anche nelle manifestazioni fieristiche e, per l'edilizia, al numero di notifiche preliminari significative (importo lavori maggiore di 30.000 euro) pervenute l'anno precedente
Fonte	Regione
PP07_OS02	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto/uso del trattore, uso di sostanze pericolose, contenimento dei rischi nei lavori stagionali) tramite l'attivazione in ciascuna Regione/ASL di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP), di contrasto ad uno o più rischi specifici del settore edilizia ed agricoltura, individuato sulla base delle specificità territoriali e conformemente alle risorse e competenze disponibili
PP07_OS02_IS02	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
formula	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto)
Standard	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun comparto (edilizia e agricoltura);

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento; 2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza
Fonte	Regione
PP07_OS03	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)
PP07_OS03_IS03	Sorveglianza Sanitaria Efficace
formula	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)
Standard	(per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) - 2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente la sorveglianza sanitaria, per i comparti Edilizia e Agricoltura - 2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti - 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza
Fonte	Regione

3.7.6 Azioni

PROGRAMMA	PP07
TITOLO AZIONE (1 di 7)	FAVORIRE L'OPERATIVITÀ DEL COMITATO REGIONALE DI COORDINAMENTO DI CUI ALL'ART. 7 DEL D.LVO 81/2008 E DEI TAVOLI TECNICI AGRICOLTURA E EDILIZIA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.9 Attivazione tavoli/gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Nella Regione Umbria la struttura organizzativa del **Comitato Regionale di Coordinamento** per la Sicurezza e la Salute nei Luoghi di Lavoro, accanto alle rappresentanze delle Istituzioni previste dalla normativa, prevede la rappresentanza di tutte le istanze e le risorse provenienti dal mondo produttivo (Associazioni datoriali e sindacali, ma anche l'Università, gli Ordini e Collegi professionali, gli Enti Bilaterali e Organismi Paritetici). Questa organizzazione ha consentito negli anni di sviluppare il necessario coordinamento e sinergia tra le diverse istituzioni, enti e associazioni, per lo sviluppo di progetti specifici volti a migliorare le condizioni di salute nei luoghi di lavoro e la sicurezza dei lavoratori, sulla base delle priorità individuate nello specifico territorio. Tale organizzazione, che potrà essere confermata dall'attuale Giunta Regionale, dovrà essere supportata da una più solida struttura regionale: infatti il Comitato, soprattutto in questa composizione allargata, costituisce senz'altro una risorsa, ma attualmente ha una operatività ridotta non avendo personale dedicato, neanche a tempo parziale; anche alla luce degli ambiziosi obiettivi del PRP la struttura andrà necessariamente rafforzata.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Nell'ambito del Comitato si dovrà garantire:

- la partecipazione alla stesura dei documenti tecnici riguardanti le buone prassi da adottare in edilizia e agricoltura, in particolare INAIL e ITL e delle Associazioni o enti bilaterali di riferimento del settore;
- la diffusione delle buone pratiche alle imprese e alle figure della salute e sicurezza delle aziende;
- il monitoraggio delle attività di prevenzione in particolare delle attività riguardanti la vigilanza e dei Piani mirati di prevenzione.

Per quanto riguarda gli Organismi Provinciali già da alcuni anni si è costituito un unico Organismo regionale (**Ufficio Operativo**), in cui sono rappresentate le istituzioni e enti che si occupano di vigilanza dei due territori provinciali; anche in questo caso va garantita una maggiore operatività di questo organismo, anche alla luce delle indicazioni ministeriali sulla necessità di integrare sempre di più le azioni di vigilanza. In questa logica il programma prevede la stesura annuale di un documento operativo sulle azioni di vigilanza coordinata o congiunta, che verranno poi monitorate in sede di Ufficio operativo.

Infine proprio per dare attuazione alle azioni di piano andranno formalizzati **due gruppi di lavoro (edilizia e agricoltura)** costituiti da operatori delle ASL con i seguenti obiettivi:

- definire le linee guida per la vigilanza;
- costruire gli strumenti dei Piani Mirato di Prevenzione;
- garantire la realizzazione e il monitoraggio dei Piani Mirato di Prevenzione.

Indicatori

Condivisione PMP e piano vigilanza in seno al Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08

(Standard: almeno 2 incontri/anno)

PROGRAMMA	PP07
TITOLO AZIONE (2 di 7)	FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DEL SSR
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Il programma prevede la formazione sia interna che esterna al SSR:

1. nell'ambito della programmazione annuale che la Regione affida alla Scuola di Amministrazione pubblica Villa Umbra, dovrà essere pianificato un programma di formazione per gli operatori dei servizi PSAL, sia nuovi assunti che già in servizio, che per tale programma dovrà riguardare in particolare
 - le modalità della vigilanza in edilizia e agricoltura;
 - metodologia del Piano Mirato di prevenzione;
 - lo scambio di esperienze in fase di attuazione del PMP.

Tale formazione risulterà ancora più necessaria nei prossimi mesi, alla luce dei numerosi operatori che sono andati in quiescenza nell'ultimo periodo e di quelli che hanno già fatto richiesta di pensionamento per il 2022. La necessaria sostituzione con personale neoassunto dovrà essere accompagnata dall'acquisizione di competenze specifiche;

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



2. formazione/informazione rivolta alle imprese e ai loro consulenti rispetto alle buone pratiche definite nei PMP, realizzata dai gruppi di lavoro edilizia e agricoltura;
3. corso di formazione ECM sulla sorveglianza sanitaria in edilizia e agricoltura rivolta ai medici competenti, con il supporto della Scuola Villa Umbra.

Indicatori

Formazione rivolta agli operatori dei Servizi PSAL e alle figure aziendali della prevenzione, anche al fine di dare diffusione alle buone prassi dei PMP (*almeno 3 iniziative complessive /anno*)

PROGRAMMA	PP07
TITOLO AZIONE (3 di 7)	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO RIBALTAMENTO MEZZI AGRICOLI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

I dati del sistema di sorveglianza nazionale degli **infortuni mortali e gravi** sul lavoro "INFORMO", dimostrano che il **ribaltamento dei mezzi**, una tra le più frequenti modalità di accadimento degli infortuni mortali in luogo di lavoro, nel 70% avviene nel comparto agricolo/forestale; 1 lavoratore su 4 è risultato pensionato e circa 1 su 10 irregolare; nel 27% tale modalità di accadimento riguarda lavoratori anziani; nel 45% dei casi di ribaltamenti il mezzo coinvolto è il trattore/trattrice e l'elemento riscontrato in diversi eventi è la sottovalutazione dell'ambiente di lavoro (in primis la pendenza del terreno o la presenza di scarpate). Caratterizzano i ribaltamenti due criticità: l'errore di manovra alla guida del mezzo e l'assenza dei dispositivi di protezione necessari (cinture di sicurezza e sistemi antiribaltamento). Alla luce di tali dati, si intende attivare un PMP con l'obiettivo di affrontare questo rischio nelle aziende agricole del territorio umbro per ridurre il fenomeno infortunistico, soprattutto nella componente grave e mortale.

Indicatori

Costruzione del documento buone prassi e della scheda di autovalutazione
(*Standard: documento e scheda redatti entro il 2023*)

N° di aziende alle quali è stata inviata la autovalutazione rispetto alle programmate
(*Standard: 90% nel 2024 e 2025*)

N° di controlli in vigilanza effettuati rispetto ai programmati
(*Standard: 90% nel 2024 e 2025*)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	PP07
TITOLO AZIONE (4 di 7)	GARANTIRE ADEGUATI LIVELLI DI VIGILANZA, CONTROLLO E ASSISTENZA NEL COMPARTO EDILIZIA E AGRICOLTURA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Questa azione si realizzerà attraverso:

- l'aggiornamento delle **linee di indirizzo per l'attività di vigilanza nei cantieri edili** approvate con DGR N. 629/2013 e delle **linee di indirizzo per l'attività di vigilanza in agricoltura**, definendo strumenti di valutazione da utilizzare per il sopralluogo in azienda (liste di controllo come strumento di verifica degli aspetti minimi di controllo finalizzati al contenimento dei rischi prioritari per la sicurezza). Tali strumenti dovranno essere portati all'attenzione delle associazioni di categoria ed enti bilaterali, per condividere gli obiettivi minimi di miglioramento delle imprese;
- potenziamento della funzione di intelligence in materia di vigilanza e controllo, favorendo la programmazione integrata dei controlli da parte dei vari soggetti istituzionali deputati, in primis Ispettorato del Lavoro; in particolare dovrà essere implementato il Sistema Informativo per le Notifiche Preliminari SINPOL, al fine di un utilizzo da parte dei diversi enti per l'estrazione dei cantieri attivi, per la georeferenziazione dei cantieri ispezionati, per garantire attività coordinate e congiunte; accanto all'attività di vigilanza messa in campo autonomamente da ciascuna istituzione, dovrà essere prevista una quota di attività di vigilanza congiunta - da definire nell'ambito dell'Ufficio Operativo - anche sulla base delle indicazioni nazionali provenienti dal Comitato ex art. 5 e dalla Commissione ex art. 6 del D.lgs 81/2008;
- mantenimento di elevati livelli di vigilanza in edilizia, in relazione alla auspicabile crescita del numero dei cantieri per la ricostruzione post sisma 2016, rispettando gli obiettivi LEA e l'obiettivo del **25% delle notifiche preliminari**;
- mantenimento di buoni livelli di vigilanza in agricoltura (almeno **100 aziende/anno**), proseguendo le azioni di vigilanza congiunta con le altre Istituzioni nel comparto delle aziende forestali;
- attuazione del Piano regionale per l'utilizzo e immissione in commercio dei **fitosanitari**, in collaborazione con gli altri servizi del DIP.

Indicatori

N° cantieri ispezionati/N° notifiche preliminari X 100

(Standard: 20% delle notifiche preliminari relative all'anno precedente)

N° di check list compilate rispetto ai cantieri ispezionati

(Standard: 80%)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



N° aziende agricole ispezionate rispetto alle programmate
(Standard: 80%)

N° di check list compilate rispetto alle aziende agricole ispezionate
(Standard: 80%)

N° di controlli sugli utilizzatori effettuati rispetto ai programmati
(Standard: 90%)

PROGRAMMA	PP07
TITOLO AZIONE (5 di 7)	SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Con questa azione si intende, sulla base degli strumenti per la verifica della sorveglianza sanitaria (indicatori di effettività e di efficacia) messi a punto con il precedente Piano, definire strumenti specifici per il settore dell'edilizia e dell'agricoltura, da definire anche attraverso confronto con i medici competenti.

Gli strumenti prodotti potranno essere utilizzati nella pratica di controllo della sorveglianza sanitaria e di miglioramento di tale attività.

Indicatori

Documento di buone prassi sulla sorveglianza sanitaria in edilizia
(Standard: documento redatto entro il 2022)

Documento di buone prassi sulla sorveglianza sanitaria in agricoltura
(Standard: documento redatto entro il 2022)

Report art. 40
(un report all'anno)

N° di aziende controllate rispetto alle programmate
(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	PP07
TITOLO AZIONE (6 di 7)	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CADUTE DALL'ALTO NEL COMPARTO EDILIZIA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

I dati del sistema di sorveglianza nazionale degli **infortuni mortali e gravi** sul lavoro "INFORMO", dimostrano che le **cadute dall'alto dell'infortunato** rappresentano circa 1/3 degli infortuni mortali registrati dal sistema e che il settore maggiormente colpito è quello delle costruzioni (65%), seguito dall'agricoltura (11%); nel 10% dei lavoratori vittime di incidenti mortali provocati da caduta dall'alto, vi sono situazioni di irregolarità contrattuale; l'esperienza professionale acquisita con l'età non sembra rappresentare un fattore protettivo, dato che il 47% degli infortuni mortali accadono a lavoratori con più di 50 anni (contro il 40% delle altre modalità di accadimento); per quanto riguarda i fattori di rischio, nel 23% dei casi la caduta è per sfondamento della copertura, nel 17% caduta da scala portatile, nel 12% caduta da parte fissa di edificio, nel 10% caduta da ponteggio o impalcatura fissa, ulteriore 10% caduta all'interno di varco e nel 7% caduta da mezzi di sollevamento per lavoro in quota.

Pertanto, si intende attivare un PMP con l'obiettivo di affrontare questo rischio nelle aziende edili del territorio umbro per ridurre il fenomeno infortunistico, soprattutto nella componente grave e mortale.

Con l'obiettivo di minimizzare le disuguaglianze di salute, questa azione sarà orientata all'equità, mettendo in campo azioni di comunicazione e informazione, durante la fase di assistenza e diffuse anche attraverso i portali web, specificatamente dedicate ai lavoratori stranieri.

Indicatori

Condivisione PMP in seno al Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08
(Standard: almeno 2 incontri/anno)

Costruzione del documento buone prassi e della scheda di autovalutazione
(Standard: documento e scheda redatti entro il 2023)

Diffusione del documento buone prassi attraverso seminari
(almeno 1 seminario/anno)

N° di aziende alle quali è stata inviata la autovalutazione rispetto alle programmate
(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

N° di controlli in vigilanza effettuati rispetto ai programmati
(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025

**AZIONE EQUITY**

PROGRAMMA	PP07
TITOLO AZIONE (7 di 7)	PROMUOVERE ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE/SENSIBILIZZAZIONE RIVOLTE SPECIFICAMENTE AI LAVORATORI STRANIERI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.13 Altro (specificare)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Con la presente azione, equity oriented, si intende strutturare percorsi di sensibilizzazione/informazione/formazione rivolte a imprese agricole/ edili e a lavoratori stranieri impiegati in agricoltura e edilizia rispetto ai rischi per la salute e la sicurezza, che tengano conto delle peculiarità di questi lavoratori, attraverso messaggi con contenuti di intuitiva ed immediata acquisizione al fine di facilitarne la comprensione.

Questa azione vedrà coinvolte le ASL, tutti gli stakeholder di riferimento attraverso il Comitato Regionale ex art7 d.lvo 81/2008, gli Assessorati regionali e l'ARPAL, in particolare per diffondere gli strumenti prodotti.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Promuovere attività di informazione/sensibilizzazione rivolte ai lavoratori stranieri/imprese
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	I percorsi di sensibilizzazione/informazione/formazione verranno veicolati attraverso i canali web delle Istituzione e degli Enti/organismi del Comitato Regionale di coordinamento ex art. 7.
ATTORI COINVOLTI	ASL Comitato regionale di Coordinamento ex art. 7 d.lvo 81/2008
INDICATORE	Iniziative di sensibilizzazione e informazione sui rischi per la salute e sicurezza specificatamente rivolte lavoratori stranieri e a imprese
	• Formula: N° di iniziative • Standard 1 all'anno dal 2023 • Fonte Monitoraggio regionale

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.8 PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

3.8.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP08
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Gabriella Madeo
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori - MO4-03 Redazione e ricognizione linee di indirizzo (ex art. 2 decreto 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano - MO4-04 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti - MO4-05 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa - MO4-07 Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la "conservazione attiva" della salute, ovvero verso la Total worker health - MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health - MO4-10 Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti - MO4-11 Garantire la funzionalità di OCCAM incrociando i dati sanitari disponibili negli archivi regionali con le storie lavorative INPS - MO4-12 Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso - MO4-13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	- MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare) - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-05 Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione - MO5-07 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO4LSa Perfezionamento dei sistemi e degli strumenti di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, anche attraverso lo sviluppo del SINP - MO4LSb Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la pianificazione degli interventi di prevenzione - MO4LSc Sviluppare l'interoperabilità dei sistemi informativi esistenti a favore dello scambio trans-istituzionale di informazioni a livello nazionale e territoriale e finalizzate al dialogo tra le varie banche dati - MO4LSg Promuovere il coordinamento e la programmazione dell'attività di vigilanza e prevenzione - MO4LSH Definire strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) fondate sull'analisi di contesti produttivi, socio-economici ed epidemiologici, mirati a fattori di rischio e/o comparti e/o circostanze di rischio ed esposizione prioritari - MO4LSj Diffusione ed utilizzo delle evidenze sull'esposizione a vari fattori correlati alle malattie professionali e sulle azioni efficaci di prevenzione - MO4LSk Promuovere la capacità di migliorare le valutazioni di tipo ergonomico/organizzativo secondo normativa e linee di indirizzo, anche in un'ottica di semplificazione dei processi - MO4LSn Sviluppo di programmi di Total worker health - MO4LSp Promuovere l'adozione delle misure di prevenzione primaria con le varie modalità di intervento, tra cui le attività di vigilanza e controllo - MO4LSq Sviluppo di percorsi di formazione sulla SSL per l'acquisizione di nuove competenze disciplinari per il contrasto del fenomeno tecnopatologico - MO4LSr Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08) - MO4LSu Offerta di interventi di counseling (gruppi di esposti ed ex esposti)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	- MO4LSv Integrazione delle attività di controllo in ispezioni, verifiche documentali e percorsi di prevenzione - MO4LSw Produzione di report periodici e sistematici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro con diffusione di documentazioni relative alle azioni di prevenzione efficaci già realizzate - MO5LSi Ottimizzazione dell'attività dei COR al fine di censire le esposizioni ad amianto pregresse della popolazione e migliorare la sorveglianza epidemiologica sull'andamento delle esposizioni all'amianto - MO5LSe Attività di supporto alla valutazione del rischio chimico nell'ambito delle valutazioni di impatto sanitario
LEA	- B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B10 Tutela della popolazione dal rischio "amianto" - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - B15 Tutela della collettività dal rischio radon - C01 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro - C02 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali - C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine

3.8.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

In Umbria le malattie professionali segnalate ai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) sono state 639 nel 2017 e 703 nel 2018, con maggior prevalenza nella provincia di Perugia. Le malattie maggiormente segnalate si confermano le muscoloscheletriche e quelle del rachide che, nell'insieme, rappresentano oltre il 54% della totalità (nel 2015 - 2016 erano il 57,0%). Parallelamente vi è un calo delle segnalazioni di sordità da rumore che sono l'8,3% (nel biennio 2015 - 2016 rappresentavano il 10,4%). Il gruppo delle patologie tumorali rappresenta il 2,0% delle malattie professionali segnalate nel biennio 2017 -2018, quindi un dato inferiore a quello indicato dalle stime attese di tumori legati a causa professionale e in calo rispetto al precedente biennio. Le Malattie psichiche rappresentano lo 0,4% delle segnalazioni valutabili nel biennio (n. TOT. 5, M:3 F:2). La fonte informativa è rappresentata in prevalenza dai patronati con il 45,5% e dall'INAIL con il 41,0%; esiguo è il numero di malattie professionali segnalate dai medici di base, ospedalieri e competenti d'azienda. Il maggior numero di segnalazioni riguarda il comparto delle costruzioni (18,8%), seguito da quello dell'agricoltura (14,7%); quest'ultimo ha però fatto registrare un leggero decremento rispetto al biennio precedente (nel 2015 -2016 era il 17,2%). Altri comparti che emergono sono la sanità (3,5%) e i trasporti terrestri mediante condotte (3,2%) (tratto da decimo rapporto INAIL MALPROF

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



<https://www.inail.it/cs/internet/attivita/ricerca-e-tecnologia/area-salute-sul-lavoro/sistemi-di-sorveglianza-e-supporto-al-servizio-sanitario-nazionale/malprof.html?id1=6443100703027#anchor>.

Storicamente le malattie professionali risultano essere sottostimate a causa dell'omessa denuncia che spesso si verifica. Tale fenomeno è più marcato nel caso delle neoplasie e delle malattie lavoro-correlate multifattoriali (ad es. le malattie muscolo scheletriche e le patologie stress lavoro-correlate). La reale evidenza epidemiologica consente invece di porre la dovuta attenzione, sia alla diffusione/gravità del rischio e alla correttezza della sua valutazione, sia – soprattutto - alle misure di prevenzione da attuare negli ambienti di lavoro.

Sebbene quindi il numero di casi di **malattia professionale correlata allo stress** sia esiguo, la letteratura indica come lo stress rappresenti il secondo problema di salute legato all'attività lavorativa; nel corso del 2020/2021 l'emergenza SARS-CoV-2 ha determinato condizioni di vita e di lavoro del tutto nuove e inattese; i lavoratori hanno dovuto affrontare situazioni di disagio ed adattamenti organizzativi che hanno comunque sovvertito le usuali modalità di vicinanza e di contatto tra colleghi, con i clienti, con i propri familiari, amplificando le situazioni di stress lavoro correlato. Particolari condizioni di stress sono state e sono quelle affrontate dagli **operatori di area sanitaria e sociosanitaria** nel corso della pandemia: la riorganizzazione dei servizi e delle procedure professionali, l'esposizione al rischio biologico, la iniziale difficoltà generalizzata nel reperimento dei dispositivi di protezione individuale, il carico di lavoro eccessivo e la mancanza di riposo, la gestione di pazienti complessi, l'assenza di cure di dimostrata efficacia, la discrepanza tra bisogni dei pazienti e risorse a disposizione nei momenti di picco. Ulteriori fonti di disagio sono da imputare a sentimenti di vulnerabilità o perdita di controllo, la preoccupazione per la propria salute, la potenziale possibilità di diffondere l'infezione ai propri familiari, la mancanza di contatto con le famiglie e ancor più la difficoltà a condividere con loro le emozioni connesse al lavoro, la preoccupazione per l'improvvisa interruzione prolungata delle relazioni con i figli (soprattutto se piccoli). E ancora: l'elevata responsabilità, il carico delle aspettative, la paura di non fare abbastanza e la rabbia verso l'organizzazione, possibili vissuti di colpa in caso di tempo dedicato a sé stessi, l'alterazione della distanza relazionale medico-paziente, financo allo sviluppo di fenomeni di stigmatizzazione. Il sovraccarico e lo stress prolungati influenzano inoltre attenzione, comprensione, capacità decisionale e possono avere un effetto duraturo sul benessere generale. La protezione degli operatori di area sanitaria e sociosanitaria è quindi una componente importante delle misure di sanità pubblica per affrontare l'epidemia COVID-19 e il promuovere la loro salute mentale diventa elemento fondamentale. Quanto detto evidenzia come sia necessario concentrare le azioni per affrontare lo SLC in tale settore, al fine di contrastare disuguaglianze di salute.

Analogamente, anche la **grande distribuzione organizzata e l'istruzione**, sono comparti riconosciuti in letteratura come maggiormente a rischio per SLC; questi settori, fin dall'inizio della pandemia, hanno dovuto confrontarsi in modo sostanziale con le problematiche relative l'emergenza SARS-CoV-2. Basti pensare, nel caso della grande distribuzione, al contatto diretto con i clienti che non si è mai interrotto, alla difficoltà iniziale nel reperimento dei dispositivi di protezione individuale, alle assenze dei colleghi, ecc. e, nel caso delle scuole, alla modifica delle modalità operative, della relazione con le famiglie, della responsabilità per la sicurezza nei confronti di minori, della formazione alle nuove metodologie didattiche, della gestione emotiva e della comunicazione con l'aula (con studenti di diverse fasce di età e diverse problematiche), della complessità di implementare percorsi didattici individualizzati in relazione a studenti con bisogni educativi speciali.

Per quanto riguarda le **malattie professionali a carico dell'apparato muscoloscheletrico**, che - come precedentemente esplicitato - costituiscono la quota parte di maggiore rilevanza delle malattie professionali e che già da alcuni anni sono in progressiva crescita, saranno destinate ad aumentare ulteriormente nei prossimi anni, a seguito dell'invecchiamento della popolazione lavorativa soprattutto nei comparti a maggior rischio di sovraccarico biomeccanico. Fra i comparti a maggior rischio per infortunio sul lavoro e malattia professionale, i dati di letteratura indicano il settore della lavorazione delle carni (Rapporto INAIL – Aprile 2021).

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



DENUNCE DI MALATTIA PROFESSIONALE NELL'INDUSTRIA ALIMENTARE - ANNI DI PROTOCOLLAZIONE 2015-2019

Classificazione Ateco 2007	2015	2016	2017	2018	2019
C 101-Lavorazione e conservazione di carne e produzione di prodotti a base di carne	624	751	736	768	752
C 102-Lavorazione e conservazione di pesce, crostacei e molluschi	33	30	19	23	25
C 103-Lavorazione e conservazione di frutta e ortaggi	93	88	58	66	62
C 104-Produzione di oli e grassi vegetali e animali	25	13	17	31	31
C 105-Industria lattiero-casearia	92	105	101	105	123
C 106-Lavorazione delle granaglie, produzione di amidi e di prodotti amidacei	15	45	13	26	25
C 107-Produzione di prodotti da forno e farinacei	295	296	328	319	384
C 108-Produzione di altri prodotti alimentari	33	65	52	57	36
C 109-Produzione di prodotti per l'alimentazione degli animali	14	19	14	9	23
C 10 -Non ulteriormente dettagliato	13	10	20	14	11
Totale industria alimentare	1.237	1.422	1.358	1.418	1.472

Fonte: Inail - Banca Dati Statistica - dati rilevati al 31.10.2020

Il Piano della Prevenzione 2014-2019 ha affrontato il tema **stress lavoro correlato** nel settore delle cooperative sociali. I Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) delle ASL, hanno realizzato un intervento di valutazione e assistenza rispetto al rischio stress lavoro correlato in un campione di 17 cooperative di tipo A (ovvero quelle che si occupano della gestione dei servizi socio-sanitari, formativi e di educazione permanente), attraverso due distinte metodologie di analisi che hanno portato a conclusioni simili: si tratta di un comparto in cui, nonostante una condizione lavorativa generalmente accettabile, vi sono alcune criticità. Nello specifico:

l'analisi effettuata con la metodologia 1 ha messo in evidenza che le maggiori criticità sono riscontrabili:

- a. sul piano organizzativo-relazionale:
 - nella sfera della progressione di carriera e utilizzo di ferie e straordinario;
 - scarso incoraggiamento dei superiori e scarsa sensibilità all'ascolto;
 - non esaustivo intervento dell'azienda nella gestione dei contrasti;
 - piccola quota di lavoratori che riferiscono esperienze di vessazione;
 - rotazione della mansione non gradita, scarsa soddisfazione per formazione e grado di autonomia
- b. sul piano tecnico-ambientale:
 - i ritmi di lavoro eccessivi, l'intensa fatica fisica, i movimenti ripetuti, le posture incongrue.

I risultati mostrano come il genere e la nazionalità, possano dar luogo a diverse percezioni della condizione di lavoro generale e particolare, rinviando ad interventi di prevenzione anche specificamente orientati a dette variabili. Di scarsa rilevanza appare invece il fattore età, che pare non influenzi sensibilmente la percezione dei lavoratori. Mentre per gli aspetti organizzativi relazionali, il confronto complessivo fra le valutazioni del management e le percezioni dei lavoratori mostrano una complessiva concordanza di giudizio, per gli aspetti tecnico ambientali la concordanza appare meno ampia e la visione aziendale sicuramente più ottimistica.

L'analisi effettuata con la metodologia 2 ha messo in evidenza le seguenti criticità:

- disagio dei lavoratori rispetto alla dimensione organizzativa "Richiesta" in riferimento ad un eccessivo carico di lavoro, ai ritmi di lavoro, all'assenza di pause adeguate ed allo scarso coinvolgimento in merito ai cambiamenti in ambito lavorativo;
- scarso supporto da parte dei dirigenti (superiori);
- meritevole di attenzione, il dato relativo alle tensioni nelle relazioni interpersonali. Segnalati attriti tra colleghi e nel 9,3% casi prepotenze e/o vessazioni con una probabilità più elevata nel caso di lavoratori stranieri.

I risultati del progetto sono stati portati alla attenzione delle singole cooperative.

Per quanto riguarda la tematica dei **cancerogeni professionali** si sottolinea l'attività sistematica e continuativa di monitoraggio dei livelli di esposizione personale che i servizi PSAL della Regione Umbria compiono ormai da circa 20 anni nei settori considerati a maggior rischio: imprese di bonifica di MCA, lavorazione del legno, edilizia, metalmeccanica, lavanderie, ma anche nuovi ed insospettabili settori come i servizi alla persona (estetiste), dove alcune pratiche/operazioni di lavoro apparentemente innocue possono invece nascondere potenziali esposizioni ad agenti chimici pericolosi ed anche cancerogeni. Il monitoraggio costante dei livelli di esposizione costituisce, infatti, l'unico strumento per verificare l'efficacia delle misure di prevenzione adottate nei luoghi di lavoro (ricambio

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



dell'aria, aspirazioni localizzate, procedure di lavoro, ecc) e garantire livelli di rischio per i lavoratori sempre più bassi e comunque "accettabili". Le attività dei servizi PSAL, in un tale contesto, si devono tradurre pertanto non solo in azioni dirette di campionamento, ma anche in attività di verifica e controllo delle strategie di selezione/individuazione predisposte autonomamente dalle imprese, della qualità di analisi e refertazione dei laboratori privati, della completezza e trasparenza nella registrazione delle informazioni e comunicazione ai soggetti interessati (lavoratori, medico competente, RSPP, organo di vigilanza).

La **sorveglianza della patologia neoplastica** di sospetta origine professionale è stata garantita dal COR Umbria, con compiti di identificazione di tutti i casi di mesotelioma maligno asbesto correlato e dei casi di neoplasie delle cavità nasali e dei seni paranasali incidenti sul territorio. Il COR è stato gestito dalla Regione Umbria e dal Registro Tumori Umbro di Popolazione con i Servizi PSAL delle ASL. Il sistema prevedeva una ricerca attiva dei casi, effettuata da RTUP attraverso il sistema informativo delle Anatomie Patologiche a cui faceva seguito l'intervista al soggetto ammalato (intervista diretta) o ai suoi familiari (intervista indiretta) volta ad ottenere informazioni rispetto alla storia professionale, residenziale, effettuata dal Servizio PSAL. Il sistema ha garantito l'attività fino al 2019 con tempi di latenza fra la diagnosi di mesotelioma e la comunicazione ai Servizi PSAL molto contenuti. L'intervista diretta - possibile solo finché il paziente è in vita-, si è rivelata elemento di qualità del sistema, poiché consentiva l'acquisizione di informazioni più numerose e approfondite ai fini dell'attribuzione del nesso di causa. Allo stato attuale, il sistema è in fase di riorganizzazione.

Notevole importanza spetta al monitoraggio della **qualità della sorveglianza sanitaria** esercitata dai medici competenti. Già nell'ambito del PRP 2014-2019, era stato attivato un progetto volto a migliorare la qualità della sorveglianza sanitaria dei medici competenti sperimentando e validando nuovi indicatori di efficacia effettuando corsi di formazione rivolti agli stessi medici competenti utili, oltremodo, per l'acquisizione di competenze nella tecnica di disassuefazione dal fumo di tabacco da esercitare nel corso delle visite mediche rivolte ai lavoratori (counselling breve antifumo). Inoltre, nello specifico settore dei bonificatori di MCA, con DGRU n. 1529 del 23/12/2013, la Regione Umbria aveva comunicato i risultati del Progetto effettuato dai servizi PSAL all'interno del PRP 2013 "2.2.4-Valutazione del programma di sorveglianza dei protocolli sanitaria degli ex esposti ad amianto" con l'obiettivo di definire un protocollo di sorveglianza sanitaria nei lavoratori attualmente esposti ad amianto superando le criticità e le difformità presenti sul territorio regionale. Sono state pertanto elaborate le "Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti ad amianto" sulla base dei principi di appropriatezza, efficacia, efficienza e sicurezza.

Per quanto riguarda la **prevenzione delle malattie muscoloscheletriche**, nel precedente Piano Regionale della Prevenzione era stata evidenziata la criticità connessa al rischio ergonomico nella Grande Distribuzione Organizzata, che è stato oggetto di intervento con l'obiettivo di verificare in un campione di aziende il rischio da sovraccarico biomeccanico, sia come analisi della valutazione effettuata dall'azienda sia attraverso un confronto con l'indagine diretta effettuata dai Servizi PSAL. I risultati ottenuti hanno confermato quanto riportato a livello europeo e italiano ovvero che, nel settore della GDO, il rischio da sovraccarico biomeccanico è diffusamente presente, sia pur con intensità diverse nelle varie mansioni. I risultati e le criticità sono stati oggetto di un incontro collettivo con le figure della prevenzione delle aziende interessate per confrontarsi sulle possibili misure di miglioramento.

3.8.3 Scheda di programma

3.8.3.1 Descrizione dal PNP

Il lavoro e i luoghi di lavoro sono soggetti a continui cambiamenti dovuti all'introduzione di nuove tecnologie, sostanze e processi lavorativi, a modifiche della struttura della forza lavoro e del mercato del lavoro, nonché a nuove forme di occupazione e organizzazione del lavoro. Pur in tale contesto caratterizzato da un forte grado di evoluzione, le attuali evidenze confermano la necessità di focalizzare l'attenzione del sistema della prevenzione su tre aree di rischio ritenute particolarmente significative, ma caratterizzate allo stesso tempo dal noto livello di sottostima dei danni cronici da esposizioni professionali: prevenzione dei tumori di origine professionale, prevenzione delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico di origine professionale, prevenzione dello stress correlato al lavoro. In particolare, con riferimento ai singoli rischi sopra descritti, si evidenzia quanto segue:

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- L'International Labour Office (ILO) afferma che a livello mondiale, su 2.300.000 milioni di morti collegate al lavoro, l'80% è da attribuire a malattie, mentre il 20% ad infortuni. Tra le malattie da lavoro più gravi vi sono le neoplasie professionali, il cui numero conosciuto (in quanto oggetto di denunce o segnalazioni), tuttavia, in Italia come in altri Paesi, è fortemente più basso di quello atteso sulla base di stime scientificamente validate (Doll e Peto, Parkin, Hutchings). Su oltre 373.000 casi di tumore occorsi nel 2018 in Italia, a fronte di circa 15.000 casi attesi di neoplasie professionali (utilizzando una percentuale cautelativa del 4%), si registrano 2.000 casi denunciati (fonte INAIL). Ne consegue prima di tutto la necessità di migliorare la conoscenza del fenomeno dal punto di vista quali-quantitativo, in termini di diffusione dei principali agenti cancerogeni nelle imprese e nei comparti produttivi, al fine di programmare azioni di prevenzione mirate ed efficaci, consentirne l'emersione e il dovuto riconoscimento delle malattie professionali. Questa azione di emersione dei tumori professionali deve essere necessariamente sostenuta dal pieno funzionamento e dalla condivisione in rete dei sistemi istituzionali e delle banche dati già previste dal DLgs 81/2008 e successivi accordi e provvedimenti applicativi, aumentandone l'utilizzo in ogni ambito territoriale. Inoltre, le attività di controllo, così come quelle di informazione ed assistenza, devono essere sufficientemente estese ed omogenee sul territorio nazionale per intervenire sulle principali situazioni di esposizione ad agenti cancerogeni, dotandosi di strumenti efficaci, ed essere monitorate, anche al fine di valutarne l'efficacia, in termini di esiti di processo. Anche al fine di migliorare la *compliance* dei destinatari delle azioni di controllo, è opportuno promuovere, ogni volta che è possibile, la partecipazione delle altre Istituzioni e del partenariato economico-sociale e tecnico-scientifico circa le scelte sugli ambiti e sugli strumenti di intervento preventivo. Per facilitare il complessivo miglioramento della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, occorre altresì condurre azioni locali, regionali e nazionali, tese ad aumentare la capacità delle imprese di svolgere un'appropriata valutazione e gestione del rischio.
 - Le patologie professionali dell'apparato muscolo scheletrico (MSK), per lo più connesse a condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo, rappresentano, secondo i dati INAIL, la maggioranza assoluta delle patologie professionali denunciate e riconosciute in Italia (nel 2016, le patologie MSK, inclusive della STC, classificata tra le patologie del sistema nervoso rappresentavano circa il 75% di tutte le patologie professionali denunciate e il 78% di quelle riconosciute; nel 2018, in base ai dati INAIL si stima che le stesse patologie MSK abbiano rappresentato quasi l'80% delle patologie professionali denunciate). Tuttavia, numerose informazioni di contesto fanno ritenere che molte di queste patologie lavorative non siano oggetto di specifica notifica/denuncia agli organi della P.A. La crescente diffusione di queste patologie, sicuramente meno gravi rispetto ai tumori professionali, e la loro presunta sottonotifica, sono alla base del presente piano in piena continuità con le azioni già previste in una specifica linea di attività del PNP 2014-2018 (prorogato al 2019), che ha consentito già la realizzazione di attività significative in tale direzione, tra le quali: creazione di un gruppo nazionale interistituzionale di coordinamento e supporto tecnico-scientifico della linea di lavoro; messa a punto e diffusione di linee di indirizzo per la valutazione e gestione del rischio rispettivamente da Movimentazione Manuale dei Carichi e da Sovraccarico Biomeccanico degli arti superiori, approvati dal Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica; messa a punto di programmi di formazione/aggiornamento degli operatori ASL; messa a punto di procedure e specifiche schede di lavoro per un modello partecipato di intervento proprio del piano mirato, basato su aspetti di condivisione tra attori coinvolti, su attività promozionali di assistenza alle imprese e, solo in seconda battuta, su interventi di vigilanza vera e propria; messa a punto, seppur ancora in corso, di altri documenti di indirizzo (es. sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a condizioni di sovraccarico biomeccanico, valutazione del rischio da movimentazione dei malati non autosufficienti).
- Nel presente Programma, tali attività saranno ulteriormente implementate e consolidate. Pertanto, i principali obiettivi restano: favorire la emersione delle patologie professionali muscolo-scheletriche; implementare le capacità del sistema pubblico e privato di valutare e gestire le diffuse condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo per una adeguata prevenzione delle patologie professionali MSK e dei relativi esiti; implementare i flussi Ospedale-ASL per alcune patologie MSK (Ernia discale lombare e Sindrome del tunnel carpale) passibili di ricovero (ordinario o Day Hospital) con l'obiettivo di sviluppare iniziative di ricerca attiva delle malattie professionali MSK. In particolare sarà consolidata una "nuova" modalità proattiva di intervento, tipica del piano mirato di prevenzione che, pur coerente con i disposti normativi vigenti, rappresenta un'evoluzione del "controllo" nelle imprese, sicuramente a vantaggio di efficienza della Pubblica Amministrazione e potenzialmente più efficace essendo in grado di coniugare l'assistenza con la vigilanza. Essa rappresenta uno strumento innovativo di controllo, fondato sulla conduzione di processi di prevenzione volti al miglioramento delle misure generali di tutela e non alla sola verifica dell'applicazione della norma. In essa, l'azione dei Servizi specifici delle ASL si orienta verso il supporto/assistenza al mondo del lavoro, facilitando l'accesso delle imprese alla conoscenza, ovvero valutazione e corretta gestione dei rischi: in questo quadro è di fondamentale importanza sostenere i datori di lavoro nel percorso di autovalutazione del livello di sicurezza nella gestione dei rischi e nell'organizzazione della sicurezza aziendale.
- Lo stress lavoro-correlato (SLC) rappresenta un problema di salute dovuto al lavoro che si è accentuato in questi anni per i notevoli cambiamenti dell'organizzazione del lavoro e dell'andamento del mercato del lavoro, con evidenti ripercussioni anche al livello di produttività delle aziende e al livello economico. Collegato a questo tema è sempre più necessario inquadrare nell'ambito delle attività di prevenzione dei rischi psicosociali le molestie, violenze, aggressioni nei luoghi di lavoro, con particolare riferimento alla sanità. Il Programma intende contribuire all'accrescimento ed al miglioramento complessivo del sistema di gestione dei cosiddetti rischi psicosociali, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione delle indicazioni normative e tecniche, definizione di standard per gli interventi formativi e la realizzazione di azioni mirate di prevenzione. Lo sviluppo del programma prevede: la verifica dell'efficacia dell'applicazione dell'obbligo di valutazione dello SLC a livello regionale attraverso il monitoraggio delle attività di vigilanza da parte dei Servizi delle ASL; l'*empowerment*, attraverso un'attività di informazione/formazione specifica, nell'ottica di un miglioramento continuo dell'approccio alla valutazione e gestione di tale rischio, del personale dei servizi delle ASL e delle figure aziendali del sistema di prevenzione, in particolare del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza; la produzione di un report nazionale e regionale; la diffusione di materiale informativo/divulgativo per le aziende; la realizzazione di iniziative informative/formative nei confronti di aziende,

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



associazioni, figure aziendali della prevenzione, sindacati, consulenti, etc; la sottoscrizione di accordi intersettoriali con le parti Sociali, gestiti all'interno del Comitato ex art. 7 del D.Lgs 81/2008.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.8.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1. *Estimating the burden of occupational cancer: assessing bias and uncertainty.* Hutchings S1, Rushton L1. *Occup Environ Med.* 2017 Aug;74(8):604-611
2. *The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010.* Parkin DM1, Boyd L, Walker LC., *Br J Cancer.* 2011 Dec 6;105 Suppl2:S77-81
3. *The Italian Surveillance System for Occupational Cancer: Characteristics, Initial Results and Future Prospects.* Paolo Crosignani et al, *Am J Ind Med* 2006, 49: 791-798
4. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*
5. *The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today.* Doll R, Peto R., *J Natl Cancer Inst.* 1981 Jun; 66(6):1191-308
6. <http://www.occam.it/matrix/index.php>
7. <http://hazmap.nlm.nih.gov/index.php>
8. <http://www.dors.it/matline>
9. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (prorogato al 2019): linee di indirizzo per l'applicazione del titolo VI del D. Lgs. 81/08 e per la valutazione e gestione del rischio connesso alla Movimentazione Manuale di Carichi (MMC) (Documento Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica-2016)*
10. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (prorogato al 2019): linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori (Documento Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica-2018)*
11. *E. Occhipinti, D. Colombini. A toolkit for the analysis of biomechanical overload and prevention of WMSDs: criteria, procedures and tool selection in a step-by-step approach.* *International Journal of Industrial Ergonomics*, 52, 18-28, 2016
12. *Linee di indirizzo per la Sorveglianza Sanitaria dei soggetti esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico – Gruppo Tecnico Interregionale SSL*
13. *Linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori – Gruppo Tecnico Interregionale SSL. La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato - Manuale ad uso delle aziende in attuazione del d.lgs. 81/2008 e s.m.i.- INAILCOLLANA RICERCHE - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale-Coordinamento scientifico: Sergio Iavicoli, Benedetta Persechino*
14. *Cristina Di Tecco, Matteo Ronchetti, Monica Ghelli, Benedetta Persechino, Sergio Iavicoli-La gestione del rischio stress lavoro-correlato nelle aziende nell'ottica di processo e prevenzione: approfondimenti sulla metodologia INAIL- Giornale italiano di psicologia-Il Mulino 1-2/2019, gennaio-giugno*
15. *Antonia Ballottin, Daniele Berto- Rischi psicosociali ed attività preventiva nelle aziende Giornale italiano di psicologia 1-2/2019, gennaio-giugno*
16. *DECRETO 10 giugno 2014 - Approvazione dell'aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del Testo Unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni e integrazioni.*
17. *Accordo quadro europeo sulle molestie e la violenza nel luogo di lavoro 2007*
18. *Convenzione e Raccomandazione sull'eliminazione della violenza e delle molestie nel mondo del lavoro, ILO 2019*
19. *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari Ministero della Salute 2007*
20. <http://www.istat.it/it/archivio/209107>
21. <https://www.inail.it/cs/internet/attivita/ricerca-e-tecnologia/area-salute-sul-lavoro/rischi-psicosociali-e-tutela-dei-lavoratori-vulnerabili/rischio-stress-lavoro-correlato.html>
22. *Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro Decreto Legislativo 81/2008 s. m. i. - STRESS LAVORO-CORRELATO Indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza alla luce della lettera circolare del 18 novembre 2010 del MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI*
23. *Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro- Decreto Legislativo 81/2008 s. m. i. STRESS LAVORO-CORRELATO- Piano formativo per gli operatori dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di Lavoro*

3.8.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

Come sottolineato nell'analisi di contesto, l'Umbria con il precedente Piano Regionale della Prevenzione ha avviato importanti attività in settori particolarmente sensibili, come l'ambito socio sanitario per il rischio stress lavoro-correlato, la Grande Distribuzione Organizzata per il rischio ergonomico, il monitoraggio dei livelli di esposizione personale dei lavoratori esposti ad agenti cancerogeni, la verifica e promozione della qualità della sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti.

Il presente programma intende agire in continuità con le azioni già intraprese portandole a sistema e potenziando attività che, anche per ragioni legate all'emergenza pandemica da virus SARS-COV-2 nel frattempo intervenuta, hanno subito un rallentamento.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Per quanto riguarda lo **stress lavoro correlato**, in continuità con quanto effettuato con il precedente PRP, si intende proseguire l'intervento nelle **cooperative sociali** nella logica del PMP. In considerazione del lavoro già intrapreso e dello stato avanzato di coinvolgimento delle stesse, si lavorerà prevalentemente nella fase di analisi delle criticità rilevate sul campo e della stesura delle buone prassi, per poi supportare le aziende in fase di assistenza, per poi effettuare il controllo nel 2022-2023. Parallelamente si intende intervenire nel **settore della GDO**; in tal caso si interverrà con la metodica tipica del piano mirato (azioni di promozione, autovalutazione, vigilanza).

La pandemia ha fatto emergere con forza come le **scuole** non siano solamente degli ambienti formativi, ma anche degli ambienti di lavoro, particolarmente messi alla prova dalle ingenti modifiche organizzative degli ultimi anni e, non ultimo, lo stravolgimento correlato alla pandemia da COVID 19. Il tema della prevenzione dello SLC è quindi centrale per garantire il benessere di lavoratori e lavoratrici di questo settore. Per questo si rende però necessario aggiornare i sistemi di valutazione, utilizzati sia nella nostra Regione che sul territorio nazionale, e che potrebbero risultare oggi anacronistici, alla luce dei cambiamenti occorsi con la pandemia e delle modifiche normative.

Per quanto riguarda il **rischio ergonomico**, in continuità con quanto svolto con il precedente Piano e dell'esperienza maturata in termini di valutazione del rischio da parte degli operatori PSAL, si interverrà con un PMP nel settore **della lavorazione delle carni**.

Infine, si affronterà il **rischio cancerogeno** nel settore delle **imprese addette alla bonifica di materiali contenenti amianto** sia come misure di prevenzione e miglioramento da attuare attraverso un PMP specifico, sia attraverso una rivalutazione del protocollo di sorveglianza sanitaria previsto per i lavoratori esposti.

Infine, si fa presente che le azioni relative agli obiettivi trasversali su intersettorialità, formazione e comunicazione, monitorate dai relativi indicatori predefiniti, sono funzionali alla realizzazione delle macro-azioni sopraelencate e quindi inserite nei rispettivi cronogrammi.

AZIONI

AZIONE 1 - PMP PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO SLC E DI EPISODI DI VIOLENZA NEL SETTORE DELLE COOPERATIVE SOCIALI E IN ALTRI COMPARTI A RISCHIO (grande distribuzione, scuole)

AZIONE 2 -SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE

AZIONE 3 - PMP PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CANCEROGENO NEL SETTORE DELLE IMPRESE ADDETTE ALLA BONIFICA DI MATERIALI CONTENENTI AMIANTO

AZIONE 4 - PMP DEL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO NEL COMPARTO LAVORAZIONI CARNI

AZIONE 5 - EQUITY ORIENTED- INDIVIDUARE ATTRAVERSO L'HEA NUOVE PRIORITA' SU CUI AGIRE PER CONTRASTARE LE DISEQUITA'

CRONOGRAMMA

Attività					
AZIONE 1/3/4 - PMP R SLC COOPERATIVE SOCIALI E IN ALTRI COMPARTI A RISCHIO-PMP R CANCEROGENO IMPRESE BONIFICA AMIANTO - PMP R MSD COMPARTO LAVORAZIONI CARNI	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Costituzione gruppo di lavoro regionale	Regione	X			
Definizione dei criteri di selezione delle aziende e estrazione delle aziende da coinvolgere dalla banca dati dei Flussi informativi	Gruppo di lavoro/Regione /INAIL	X			
Definizione della lista di controllo regionale/ scheda di autovalutazione/documento di buone pratiche per ciascun rischio (INDICATORE: presenza del documento buone pratiche condivise per ciascun rischio)	Gruppo di lavoro	X			
Formazione degli operatori ASL sugli argomenti del programma (INDICATORE: almeno 1 iniziativa annuale)	Regione/Villa Umbra/Gruppo di lavoro	X	X	X	X
Presentazione del PMP al Comitato regionale di coordinamento art. 7 d.lvo 81/08 (INDICATORE: 2 incontri/anno)	Regione/Gruppo di lavoro	X			

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Confronto nell'ambito del Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione, modalità di coinvolgimento delle imprese (INDICATORE: 2 incontri/anno)	Regione/Gruppo di lavoro		X	X	X
Informazione, formazione e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento di buone pratiche e scheda di autovalutazione in collaborazione con gli organismi paritetici /associazioni di categoria/INAIL/ITL (INDICATORE: realizzazione di incontri/seminari/ convegni, almeno 1 /anno)	Gruppo di lavoro /SPSAL	X	X		
Invio e analisi delle schede di autovalutazione alle aziende	SPSAL		X		
Controllo delle aziende	SPSAL	X	X		
		(cooperative sociali)	(cooperative sociali)	X	X
Report attività e valutazione di efficacia (INDICATORE: Monitoraggio attuazione PMP)	Gruppo di lavoro /SPSAL		X	X	X
Promozione dei processi di comunicazione e rete per diffondere le buone pratiche e materiale documentale/informativo anche tramite portali web istituzionali o degli stakeholder (INDICATORE: Almeno 1 intervento di comunicazione /anno)	Regione/Gruppo di lavoro/INAIL	X	X	X	X
AZIONE 2 -SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Costituzione gruppo di lavoro regionale	Regione	X			
Formazione degli operatori	Regione/SPSAL	X			
Realizzazione di un Report annuale sull'art.40 Allegato 3B (INDICATORE: 1 report/anno)	Regione/SPSAL	X	X	X	X
Aggiornamento delle linee di indirizzo regionale sulla sorveglianza sanitaria negli esposti ad amianto ed elaborazione del documento di buone pratiche (INDICATORE: Documento buone pratiche redatto)	SPSAL	X			
Presentazione del progetto al Comitato regionale di coordinamento art. 7 d.lvo 81/08	Regione/SPSAL	X			
Redazione della procedura di ricerca e determinazione delle fibre di asbesto nelle matrici biologiche e del protocollo di collaborazione con i servizi universitari ed ospedalieri interessati	SPSAL/Servizi Universitari ed Ospedalieri	X			
Formazione degli operatori sul tema amianto (INDICATORE: formazione effettuata)			X		
Informazione e formazione dei MC delle imprese di bonifica di MCA sul documento di buone pratiche di SS e di counselling breve antifumo (INDICATORE: formazione effettuata)	SPSAL		X		
Invio delle schede di autovalutazione ai MC	SPSAL		X		
Controllo dei MC (INDICATORE: verifica attraverso attività di vigilanza)	SPSAL			X	X
Report attività	SPSAL				X
Presentazione report al Comitato regionale di coordinamento art. 7 d.lvo 81/08	Regione/SPSAL		X	X	X

***AZIONE 5 - EQUITY ORIENTED-** INDIVIDUARE ATTRAVERSO L'HEA NUOVE PRIORITA' SU CUI AGIRE PER CONTRASTARE LE DISEQUITA' (almeno una rilevazione dei gruppi con maggiore iniquità prima della fine del piano)

AZIONI EQUITY

AZIONI CON INDICATORE

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.8.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP08_OT02	Confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008
PP08_OT02_IT01	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7
formula	Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione
Standard	Almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP (livello regionale/territoriale con redazione dei relativi verbali)
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP08_OT03	Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza
PP08_OT03_IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
formula	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione
Standard	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP08_OT05	Elaborazione e diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi (cancerogeno, ergonomico, psicosociale)
PP08_OT05_IT03	Comunicazione dell'approccio al rischio
formula	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi interistituzionali, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio, nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



EQUITÀ

PP08_OT06	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PP08_OT06_IT04	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.8.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP08_OS01	Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)
PP08_OS01_IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
formula	presenza
Standard	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun rischio; 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento; 2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza
Fonte	Regione
PP08_OS02	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti
PP08_OS02_IS02	Sorveglianza Sanitaria Efficace
formula	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)
Standard	(per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B): 2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente alla sorveglianza sanitaria; 2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti, 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza
Fonte	Regione

3.8.6 Azioni

PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (1 di 5)	PMP PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO SLC E DI EPISODI DI VIOLENZA NEL SETTORE DELLE COOPERATIVE SOCIALI E IN ALTRI COMPARTI A RISCHIO (GRANDE DISTRIBUZIONE, SCUOLE)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Nel settore delle **cooperative sociali**, delineate le criticità e le buone prassi emerse a seguito dell'indagine già condotta e della analisi della letteratura scientifica in materia, le stesse verranno rese note attraverso la pubblicazione sui siti internet delle due Aziende USL e della Regione e/o attraverso seminari/interventi destinati sia alle cooperative che ad altri soggetti portatori di interesse (parti sociali e datoriali, consulenti aziendali, Medici Competenti, ecc.) supportando le aziende, attraverso la metodologia del PMP, nell'applicazione di misure di miglioramento e di risoluzione delle criticità rilevate. Tale processo, che interverrà sia su aspetti organizzativi che relazionali, rappresenterà anche un'occasione per avviare azioni preventive in tema di aggressioni e violenza sul lavoro, che diverse teorie identificano essere connesse con lo stress sperimentato sul lavoro. Il tutto potrebbe oltremodo configurarsi come un'opportunità di miglioramento, sviluppo delle organizzazioni e del servizio erogato all'utenza.

Al fine di omogeneizzare l'attività dei Servizi, verrà predisposta un'apposita lista di controllo finalizzata sia alla verifica della valutazione/gestione del rischio che all'applicazione delle buone prassi; nell'ambito della lista di controllo, come indicato nel Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, verranno considerati anche alcuni aspetti relativi alla sorveglianza sanitaria svolta dai Medici Competenti (in parte già analizzati nel Progetto 5.1 "Sorveglianza sanitaria di qualità: sperimentazione di indicatori di effettività ed efficacia dell'attività del medico competente" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019).

Il sopralluogo e la compilazione della lista di controllo saranno l'occasione per verificare, discutere e diffondere ulteriormente con le figure aziendali della sicurezza, le buone prassi individuate. Rimangono immutati gli adempimenti minimi obbligatori e le indicazioni già previsti nel PROGETTO CCM del 2013 "Piano di monitoraggio e d'intervento per l'ottimizzazione della valutazione e gestione dello stress lavoro-correlato" e nelle FAQ "INDICAZIONI PER LA CORRETTA GESTIONE DEL RISCHIO E PER L'ATTIVITÀ DI VIGILANZA ALLA LUCE DELLA LETTERA CIRCOLARE DEL 18 NOVEMBRE 2010 DEL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI" del Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei Luoghi di lavoro del 2012.

Infine, a seguito della standardizzazione del questionario HSE (Health and Safety Executive) sullo stress lavoro correlato -sviluppato grazie alla convenzione con l'Università e finalizzato ad identificare parametri e soglie di rischio "specifici" - se ne prevede la somministrazione nelle cooperative sociali da parte di operatori SPSAL (sia per AUSL UMBRIA 1 che 2).

Nel settore della **Grande Distribuzione Organizzata** si interverrà con la metodica tipica del piano mirato (azioni di promozione, autovalutazione, vigilanza). Verrà pertanto inviata una "Scheda di autovalutazione aziendale" in cui vengono richiesti alcuni dati anagrafici, informazioni relative al tipo di attività svolta, all'organigramma aziendale e alla valutazione del rischio SLC, da restituire al Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro dell'Azienda USL. Tale scheda non presenta elementi di controllo, ma intende far emergere buone prassi volontariamente attivate all'interno dell'Organizzazione aziendale. Solo in un secondo momento si attiverà la "fase del controllo" in un campione di aziende. Al termine del Piano verrà effettuata una ricaduta su quanto emerso nel corso dell'attività.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Nel settore delle **scuole** si intende analizzare, modificare e standardizzare le checklist utilizzate per la fase preliminare della valutazione dello SLC (rimuovendo gli item non più attuali ed aggiungendone di nuovi). Si renderà inoltre necessario realizzare uno strumento per indagare la fase approfondita della valutazione lavorando, per esempio, su un questionario di utilizzo comune (ad esempio il “Questionario strumento indicatore” – già HSE, reso disponibile dall’INAIL), inserendo item specifici per il mondo dell’istruzione. Anche in questo caso sarà necessaria la sua successiva standardizzazione con la definizione di nuovi e aggiornati cut-off. Per la realizzazione di questo progetto potrebbero rendersi necessarie collaborazioni da avviare con l’Ufficio Scolastico Regionale, con l’Ordine degli Psicologi dell’Umbria (che ha costituito un gruppo di lavoro ad hoc che intende perseguire il medesimo obiettivo) e/o con un dipartimento universitario dotato delle adeguate competenze per la standardizzazione delle checklist e del questionario integrato delle parti necessarie. Nell’ambito della prevenzione del rischio ergonomico, attraverso l’esperienza maturata con il precedente Piano anche nell’ambito della valutazione del rischio ergonomico, si interverrà nel **comparto della lavorazione delle carni**, sia come prima lavorazione e macellazione che per la seconda lavorazione.

Le varie fasi del progetto saranno inoltre interessate da interventi di formazione/informazione degli operatori coinvolti anche al fine di stabilire un metodo omogeneo di valutazione/intervento nei confronti delle imprese.

Indicatori

Condivisione PMP in seno al Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08
(Standard: almeno 2 incontri/anno)

Costruzione del documento buone prassi e della scheda di autovalutazione
(Standard: documento e scheda redatti entro il 2023)

Diffusione del documento buone prassi attraverso seminari
(almeno 1 seminario/anno)

N° di aziende alle quali è stata inviata la autovalutazione rispetto alle programmate
(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

N° di controlli in vigilanza effettuati rispetto ai programmati
(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (2 di 5)	SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Oltre al monitoraggio degli adempimenti previsti dall'art. 40 Allegato 3B del D.Lvo 81/08, in relazione al rischio cancerogeno, si intendono aggiornare le linee di indirizzo regionali in materia di sorveglianza sanitaria dei lavoratori addetti alla bonifica di MCA partendo dalle indicazioni dettate dalla DGRU n. 1529 del 23/12/2013, rivalutando i protocolli nel frattempo attuati dai medici competenti nelle imprese interessate (circa 30 censite nel 2013). Si vuole porre particolare attenzione alla tipologia e frequenza degli esami radiologici del torace che, alla luce delle nuove evidenze scientifiche in tema di screening oncologico, risultano essere più appropriati ed efficaci. Inoltre, l'obiettivo è quello di sollecitare l'adozione da parte dei MC della pratica del counselling antifumo nei lavoratori fumatori e contemporaneamente esposti ad amianto, producendo un documento di buona prassi e al contempo una scheda di autovalutazione. Ricorrendo alle risorse ed esperienze maturate dal Laboratorio di Igiene Industriale ed Amianto della USL Umbria 1, si vuole attivare anche la collaborazione con i servizi universitari ed ospedalieri interessati, finalizzata alla messa a punto della procedura per la ricerca e determinazione tramite SEM, delle fibre di asbesto nelle matrici biologiche di elezione (lavaggio broncoalveolare e/o tessuto polmonare). La standardizzazione della procedura e la collaborazione attiva con tali servizi, consentirà di orientare la diagnosi differenziale in presenza di lesioni polmonari sospette e agevolare l'eventuale riconoscimento del nesso causale in soggetti con esposizione professionale ad amianto.

Indicatori

Documento di buone prassi sulla sorveglianza sanitaria degli esposti ad amianto
(Standard: documento redatto entro il 2022)

Formazione degli operatori e dei medici competenti
(almeno 1 seminario entro il 2023)

N° di aziende controllate rispetto alle programmate
(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (3 di 5)	PMP PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CANCEROGENO NEL SETTORE DELLE IMPRESE ADDETTE ALLA BONIFICA DI MATERIALI CONTENENTI AMIANTO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Si intende sviluppare un Piano Mirato di Prevenzione in un settore, quale quello rappresentato dalle imprese che sono autorizzate alla bonifica di MCA, caratterizzato dalla presenza di lavoratori che hanno una esposizione certa ad un agente cancerogeno come le fibre di asbesto che si possono liberare dai vari MCA oggetto di bonifica. Gli studi finora effettuati depongono infatti per una discreta variabilità dei livelli di esposizione e, in particolare, per concentrazioni spesso più elevate nelle misurazioni eseguite dall'organo di vigilanza rispetto a quelle documentate direttamente dalle imprese. Emergono quindi criticità legate sia alle modalità di esecuzione dei prelievi che alla qualità dei risultati (anche se refertati da laboratori inseriti nei percorsi specifici di qualità). Quanto evidenziato, deve

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



necessariamente comportare l'avvio di un processo di miglioramento che interessi aspetti organizzativi e tecnici, avviando un Piano Mirato di Prevenzione in questo settore con i seguenti obiettivi:

Obiettivo A: un aggiornamento del numero delle imprese interessate che hanno presentato Piani di Lavoro per bonifica MCA nella Regione Umbria e la declinazione di una buona pratica per la pianificazione e la esecuzione dei campionamenti personali per fibre di amianto

Obiettivo B: un aggiornamento dei laboratori regionali che effettuano l'analisi dei campioni aerei ai fini della quantificazione delle fibre regolamentate e la declinazione di una buona pratica per lettura e refertazione dei campioni

Obiettivo C: la elaborazione di una scheda di autovalutazione da mettere a disposizione delle imprese e dei laboratori per verificare il livello di appropriatezza e completezza delle proprie azioni rispetto all'atteso;

Obiettivo D: verifica e controllo da parte degli SPSAL nel campione di imprese e di laboratori interessati

Indicatori

Condivisione PMP in seno al Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08

(Standard: almeno 2 incontri/anno)

Costruzione del documento buone prassi e della scheda di autovalutazione

(Standard: documento e scheda redatti entro il 2023)

Diffusione del documento buone prassi attraverso seminari

(almeno 1 seminario/anno)

N° di aziende/laboratori alle quali è stata inviata la autovalutazione rispetto alle programmate

(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

N° di Imprese/laboratori controllati in vigilanza effettuati rispetto ai programmati

(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (4 di 5)	PMP DEL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO NEL COMPARTO LAVORAZIONI CARNI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Tenuto conto delle evidenze portate alla luce negli anni scorsi (PRP 2014/2019) dal progetto relativo alle patologie muscolo-scheletriche nell'ambito della grande distribuzione organizzata (GDO) e dai dati epidemiologici che

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



dimostrano la crescente diffusione di tali tecnopatie, si intende sviluppare un PMP nel comparto “**lavorazioni carni**” con vendita al dettaglio e all’ingrosso. La letteratura scientifica evidenzia come questo settore è caratterizzato da un elevato rischio di sovraccarico biomeccanico dell’apparato muscolo scheletrico in relazione a compiti lavorativi caratterizzati da movimenti ripetitivi/reiterati degli arti superiori, movimentazione manuale carichi pesanti, posture/gesti lavorativi incongrui, inadeguati periodi di recupero, ecc.

L’obiettivo del piano sarà quello di aumentare il livello di sicurezza rispetto allo specifico rischio mediante la diffusione di misure di miglioramento in accordo con quanto previsto dal D.Lgs 81/08 e dalle norme tecniche di riferimento.

Indicatori

Condivisione PMP in seno al Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08

(Standard: almeno 2 incontri/anno)

Costruzione del documento buone prassi e della scheda di autovalutazione

(Standard: documento e scheda redatti entro il 2023)

Diffusione del documento buone prassi attraverso seminari

(almeno 1 seminario/anno)

N° di aziende/laboratori alle quali è stata inviata la autovalutazione rispetto alle programmate

(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

N° di Imprese/laboratori controllati in vigilanza effettuati rispetto ai programmati

(Standard: 90% nel 2024 e 2025)

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (5 di 5)	INDIVIDUARE ATTRAVERSO L'HEA NUOVE PRIORITÀ SU CUI AGIRE PER CONTRASTARE LE DISEQUITÀ
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.5 Predisposizione/diffusione di Profili di salute ed Equità
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

L’azione prevede di evidenziare, attraverso il supporto del CERSAG, le differenze riscontrate nell’esposizione a fattori di rischio lavorativi del programma (es. stress lavoro correlato) rispetto a genere, età o altri determinanti, per evidenziare quali interventi siano maggiormente efficaci per contrastare le disuguaglianze.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Individuazione dei fattori di disuguaglianza in base all'equity audit sui fattori di rischio comportamentali - MAGGIORE CONOSCENZA
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Individuare priorità di intervento quantificabili e distribuiti in base alle priorità sull'equità da condividere per orientare i servizi specifici.
ATTORI COINVOLTI	CERSAG e SPSAL e portatori di interesse
INDICATORE	AUMENTARE LE CAPACITÀ DI SALUTE COMUNITARIE RISPETTO AI GRUPPI CON MAGGIORE INIQUITÀ RILEVATA - MAGGIORE CONOSCENZA
	• Formula: Utilizzo di uno strumento di indagine ad hoc • Standard Almeno una rilevazione prima della fine del piano • Fonte Regione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.9 PP09 Ambiente, clima e salute

3.9.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP09
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Dr. Giovanni Santoro - Responsabile Sezione Sanità pubblica e sicurezza alimentare
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO5 Ambiente, Clima e Salute
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane - MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori - MO4-10 Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti - MO4-12 Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso - MO4-13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti - MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute - MO5-02 Promuovere e rafforzare strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA nelle attività di promozione della salute, prevenzione, valutazione e gestione dei rischi per la salute da fattori ambientali, anche per la comunicazione del rischio in modo strutturato, sistematico e integrato - MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	- MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-05 Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione - MO5-06 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione - MO5-07 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon - MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, - MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche - MO5-11 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle acque attraverso l'adozione dei piani di sicurezza (PSA) - MO5-12 Prevenire e eliminare gli effetti ambientali e sanitari avversi, in situazioni dove sono riconosciute elevate pressioni ambientali, come ad esempio i siti contaminati, tenendo conto delle condizioni socio-economiche nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze - MO5-13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti - MO5-14 Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute - MO5-15 Promuovere l'applicazione di misure per ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica, nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria - MO6-07 Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive - MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti - MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano - MO6-25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario (One Health)
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO1LSI Sviluppo di programmi intersettoriali per ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di salute pubblica - MO4LSb Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la pianificazione degli interventi di prevenzione - MO4LSc Sviluppare l'interoperabilità dei sistemi informativi esistenti a favore dello scambio trans-istituzionale di informazioni a livello nazionale e territoriale e

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	finalizzate al dialogo tra le varie banche dati - MO5LSa a. Promozione e realizzazione di interventi di advocacy e di integrazione nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) attraverso: elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, produzione di rapporti sulle attività integrate in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute, stipula di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92, istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/ intersettoriali/ interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health - MO5LSb b. Sviluppo e integrazione di conoscenze e competenze, tra gli operatori della salute e dell'ambiente, sulla sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto sanitario da esposizione a fattori ambientali antropici e naturali, la comunicazione e la gestione sistematica, integrata e strutturata dei rischi, attraverso: identificazione a livello regionale di criteri per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali, realizzazione di una rete integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN e SNPA, interventi di formazione sui temi ambiente e salute, compresa la valutazione di impatto ambientale e sanitario, epidemiologia ambientale e tossicologia ambientale, comunicazione del rischio, ecc., per operatori interni ed esterni al SSN (con particolare riferimento ai MMG, PLS) e operatori di SNPA, anche attraverso modalità innovative via web (FAD), adozione delle Linee di indirizzo sulla comunicazione del rischio prodotte dal Ministero della Salute - MO5LSg Mappare l'attuale presenza di amianto anche avvalendosi delle informazioni di cui all'art. 9 della L 257/1992 - MO5LSH Elaborazione di Piani Regionali per l'amianto - MO5LSj Adozione di buone pratiche ed obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici - MO5LSI Partecipazione a Tavoli tecnici inter istituzionali sulle tematiche dell'Urban health e promozione delle Urban health Strategies - MO5LSn Partecipazione e supporto alla definizione dei piani urbani di mobilità sostenibile (PUMS), ponendo particolare attenzione alla promozione della pedonabilità e la ciclabilità per un'utenza allargata - MO5LSs Partecipazione e supporto alla definizione dei piani regionali per migliorare la qualità dell'aria - MO5LSSt Iniziative strutturate informative/educative rivolte alla popolazione su: Inquinamento dell'aria indoor, e dell'aria outdoor, con particolare riferimento ai rischi per la salute e alle misure di prevenzione - MO5LSv Definizione di indirizzi regionali per la valutazione sanitaria e l'emissione del relativo parere nell'ambito dei procedimenti inerenti alle autorizzazioni per le nuove attività produttive - - MO5LSz Adozione di interventi di sviluppo dei sistemi informativi a livello

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano - MO5LSbb Accordi inter-istituzionali per interventi di valutazione dello stato salute della popolazione residente nelle aree interessate da elevate pressioni ambientali - MO5LSgg Formazione del personale sanitario, in particolare MMG e PLS, riguardo i rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici e le misure di prevenzione, in linea con l'approccio One health - MO5LShh Interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari ed al pubblico volti a promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute - MO6LSm Diffusione di materiale informativo/divulgativo sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti su sito web
LEA	- B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B05 Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni - B07 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo - B08 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria - B10 Tutela della popolazione dal rischio "amianto" - B11 Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo dei gas tossici - B12 Prevenzione e sicurezza nell'uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - B14 Gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici) - B15 Tutela della collettività dal rischio radon - C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - D01 Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali - D03 Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche, Geo-referenziazione delle aziende - D06 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali - D07 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze epidemiche delle popolazioni animali - D12 Prevenzione e controllo delle zoonosi. Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	- E03 Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti - E13 Sorveglianza acque potabili - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica

3.9.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed analisi di contesto

L'attenzione del mondo scientifico, e più estesamente degli addetti ai lavori che si occupano di sanità pubblica, risulta sempre più frequentemente rivolta ad esplorare il nesso intercorrente tra le condizioni ambientali, le modificazioni del clima e la loro ricaduta sullo stato di salute della popolazione. L'ambiente, in altre parole, alla pari di altri fattori più direttamente connessi agli stili di vita delle persone, è considerato un importante determinante della salute anche se la correlazione, quella dell'esposizione delle persone alle sostanze nocive presenti nell'aria, nell'acqua, nel suolo o negli alimenti, non è sempre semplice da cogliere sia per la molteplicità delle situazioni locali che per l'alto numero di fattori che concorrono a determinare, con sufficiente certezza, il rischio e la pericolosità per la salute umana.

I trasporti e il riscaldamento domestico sono responsabili di inquinanti di interesse tossicologico che destano molta preoccupazione in termini di impatto sanitario a causa dell'elevato numero di persone esposte, in ambito urbano ed extraurbano. Inoltre, le emissioni di tipo industriale contribuiscono a peggiorare ulteriormente la qualità dell'aria, prevalentemente nelle aree periferiche.

LA QUALITÀ DELL'ARIA IN UMBRIA

Nella nostra regione è pienamente funzionante una rete di monitoraggio della qualità dell'aria composta da 24 stazioni di rilevazione collocate sia nei principali agglomerati urbani (Perugia, Terni, Foligno, Città di Castello, Magione, Gubbio, Orvieto, Spoleto, Narni, Amelia), che nei pressi delle aree ad elevata concentrazione di stabilimenti industriali (Acciaierie Speciali di Terni, cementifici di Gubbio, area industriale di Spoleto, etc.).

Dal complesso delle più recenti analisi sulle fonti di inquinamento ambientale (Fonte: *"Aggiornamento del Piano Regionale per la Qualità dell'Aria"* Regione Umbria, luglio 2021), con particolare riferimento alla qualità dell'aria su base regionale, è dato rilevare che le principali fonti risultano essere in ordine di rilevanza: la combustione della legna per il riscaldamento domestico, il traffico stradale e le sorgenti industriali (vedere tabella seguente).

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Tabella: Emissioni totali annue 2018 per i principali inquinanti dell'Inventario Regionale delle Emissioni (IRE) **IRE - Emissioni 2018 - intero territorio regionale**

N.	Macrosettore	CO (Mg)	COVNM (Mg)	NOx (Mg)	PM10 (Mg)	PM2,5 (Mg)	PST (Mg)	SOx (Mg)
01	Centrali termoelettriche	372,62	96,30	478,53	11,26	10,86	12,99	23,40
02	Riscaldamento	38.891,46	5.062,36	1.336,68	6.726,27	6.563,58	7.066,84	137,53
03	Impianti di combustione industriale	1.981,24	116,00	4.108,58	21,62	20,64	21,89	446,23
04	Processi senza combustione	1.614,15	1.029,53	1.471,94	364,69	137,89	629,98	72,45
05	Estrazione distribuzione combustibili Fossili	0,00	675,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
06	Uso di solventi	1,79	6.958,97	8,97	7,38	7,38	7,38	0,00
07	Trasporti Stradali	11.580,07	2.399,11	8.088,01	581,40	451,43	742,93	3,99
08	Altre sorgenti mobili e macchine	211,98	65,70	633,82	30,61	30,54	30,70	2,64
09	Trattamento e smaltimento rifiuti	458,06	93,06	14,33	40,98	35,55	45,26	0,37
10	Agricoltura	0,00	1.872,27	0,00	1.035,28	151,63	1.196,83	0,00
11	Altre sorgenti/natura	59,97	4.808,49	1,68	7,29	7,29	9,86	0,56

Analizzando le principali fonti di inquinamento ambientale con particolare riferimento alla qualità dell'aria, riportate nell'Inventario Regionale delle Emissioni del 2018, emergono le seguenti considerazioni relative a tutto il territorio regionale:

- il settore domestico, in particolare con riferimento alla combustione della legna, è il settore dominante per le emissioni di particelle sospese con diametro inferiore a 2,5 micron (88%) e 10 micron (76%), monossido di carbonio (65%) e, anche se in misura minore, composti organici volatili (22%). La combustione della legna è inoltre la sorgente prevalente per le emissioni degli Idrocarburi Policiclici Aromatici, di cui il Benzo(a)pirene quello comunemente misurato (*secondo la classificazione IARC è di Categoria 1 per il rischio cancerogeno*), prodotto per il 97% dal settore del riscaldamento residenziale a livello regionale. Il settore del riscaldamento produce anche l'89% di emissioni di benzene e il 36% di cadmio.
- il settore del traffico stradale è quello prevalente per le emissioni di Ossidi di azoto (circa il 50%) e monossido di carbonio (21%). Inoltre gioca un ruolo non trascurabile nelle emissioni di particelle sospese (7%) e del benzene (8%);
- il settore della produzione di calce e cemento ha un ruolo importante nelle emissioni di Ossidi azoto (12%), e nelle emissioni di arsenico (19%);
- I processi di combustione dell'industria hanno un ruolo predominante nelle emissioni di Ossidi di zolfo (66%) anche se sono diversi anni, dall'analisi dei dati di monitoraggio, che non si registra il superamento della soglia di valutazione inferiore in tutto il territorio regionale;
- le sorgenti industriali sono complessivamente le principali sorgenti di emissione per i metalli pesanti. La produzione di ferro e acciaio è la principale sorgente di emissione di cadmio (46%) e nichel (23%) nonché la più importante sorgente per il Cromo (55%);
- la produzione di laterizi è una importante fonte di emissione di arsenico (13%);
- la produzione di contenitori di vetro è la più importante fonte di emissione di arsenico (46%) contribuisce con le emissioni di Nichel per circa il 19%;

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- per quanto riguarda l'Ozono la valutazione in termini di qualità dell'aria è classificata scadente su tutto il territorio regionale, anche se non è stata mai raggiunta la soglia di allarme occorre riconoscere che, data la particolare genesi di questo inquinante e la sua vasta diffusione sul territorio nazionale, le misure regionali agiscono principalmente a livello locale e i loro effetti su tale inquinante sono poco significative.

Focalizzando l'analisi sulla qualità dell'aria nelle principali realtà urbane della regione, è stato individuato un elenco di comuni al fine della valutazione delle principali sorgenti emissive. I comuni sono quelli per i quali per almeno un inquinante la qualità dell'aria non è definita buona (ovvero è definita accettabile o scadente) nell'ambito del monitoraggio annuale della qualità dell'aria svolto da parte di ARPA Umbria (*Valutazione della qualità dell'aria in Umbria. Anno 2016 – Marzo 2017*). Tale elenco è confermato ed eventualmente integrato sulla base dei risultati della modellistica che forniscono informazioni anche sui territori non coperti direttamente dalla rete di monitoraggio.

Le maggiori sorgenti e categorie di sorgenti nei territori dei principali Comuni dell'Umbria:

Perugia - Le stazioni di rilevamento del comune di Perugia rilevano una qualità dell'aria buona per tutti gli inquinanti. Per gli Ossidi di azoto le emissioni sono dovute prevalentemente ai trasporti stradali (77,4%) con un minore contributo degli impianti di combustione residenziali (9,5%). Per PM10 e PM2,5 le emissioni sono dovute prevalentemente agli impianti di combustione residenziali (75-84%) ed il Benzo(a)pirene emesso da questo settore rappresenta il 97% del totale comunale. Il contributo dei trasporti stradali alle emissioni di PM è intorno al 12%.

Foligno - Le stazioni di rilevamento del comune di Foligno accertano una qualità dell'aria complessivamente scadente per il PM10 ed accettabile per PM2,5 e Benzo(a)pirene.

Per gli Ossidi di azoto le emissioni sono dovute prevalentemente ai trasporti stradali (80%) con un minore contributo degli impianti di combustione residenziali (14%). Per gli altri inquinanti (PM10 e PM2,5 le emissioni sono dovute prevalentemente agli impianti di combustione residenziali (84-92%), il Benzo(a)pirene emesso da questo settore rappresenta il 99% del totale comunale. Il contributo della Agricoltura alle emissioni di PM10 è intorno al 4%.

Città di Castello - Le stazioni di rilevamento del comune di Città di Castello evidenziano una qualità dell'aria complessivamente scadente per il Benzo(a)pirene, accettabile per il PM2,5 e buona per il PM10 e l'NO2. Per gli Ossidi di azoto le emissioni sono dovute prevalentemente ai trasporti stradali (69%) con un minore contributo degli impianti di combustione residenziali (12%). Per gli altri inquinanti PM10 e PM2,5 le emissioni sono dovute prevalentemente agli impianti di combustione residenziali (83-92%), settore che emette anche il 92% del Benzo(a)pirene nel territorio comunale.

Terni - Le stazioni di rilevamento del comune di Terni evidenziano una qualità dell'aria complessivamente scadente per PM10, PM2,5, Benzo(a)pirene e Nichel e buona per tutti gli altri inquinanti.

Per gli Ossidi di azoto le emissioni sono dovute prevalentemente ai processi nelle industrie del ferro/acciaio (42%) ed ai trasporti stradali (23%). Il PM10 e PM2,5 sono emessi prevalentemente dagli impianti di combustione residenziali (75-79%) che utilizzano biomasse legnose. Il contributo dei processi nelle industrie del ferro/acciaio alle emissioni di PM è intorno all'8-9%, a quelle di Benzo(a)pirene intorno al 17% e a quelle del Nichel è il 56%. Il settore industriale della produzione di energia concorre alle emissioni di Nichel con una quota pari al 42%. Il principale contributo emissivo del Benzo(a)pirene nel territorio comunale è comunque dovuto agli impianti di combustione residenziali che utilizzano biomasse legnose (80%).

Narni - Le stazioni di rilevamento del comune di Narni evidenziano una qualità dell'aria complessivamente scadente per PM10, accettabile per PM2,5 e Benzo(a)pirene e buona per tutti gli altri inquinanti. Per gli

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Ossidi di azoto le emissioni sono dovute prevalentemente ai trasporti stradali (49%), alla produzione della calce (38%) e dei Laterizi (7%). Per gli altri inquinanti le emissioni sono dovute prevalentemente agli impianti di combustione residenziali: 69% per PM10, 86% per PM2,5 nonché del 98% per il Benzo(a)pirene. Si accerta un contributo apprezzabile delle cave alle emissioni di PM10 (12%).

Spoletto - Le stazioni di rilevamento del comune di Spoleto evidenziano una qualità dell'aria complessivamente scadente per PM10 e Benzo(a)pirene, accettabile per PM2,5 e buona per tutti gli altri inquinanti. Per gli Ossidi di azoto le emissioni sono dovute prevalentemente ai processi e combustione industriali (47%) ed ai trasporti stradali (43%); per gli altri inquinanti le emissioni sono dovute prevalentemente agli impianti di combustione residenziali (68% per PM10, 88% per PM2,5 e 99% per Benzo(a)pirene) con contributi rilevanti dell'allevamento di bestiame (18%) al PM10 e al PM2,5 (3%).

Marsciano - Il comune di Marsciano è inserito in questo elenco in virtù dei risultati di recenti studi modellistici, che evidenziano il rischio di superamenti dei limiti di concentrazione del PM10. Per gli Ossidi di azoto le emissioni sono dovute prevalentemente ai trasporti stradali (49%) alla combustione industriale (25%) ed alla combustione per la produzione di energia (24%). Per gli altri inquinanti le emissioni sono dovute prevalentemente agli impianti di combustione residenziali: 62% per PM10, 78% per PM2,5 e 99% per Benzo(a)pirene. Contributi rilevanti alle emissioni di polveri sottili PM10 sono dovuti all'allevamento di bestiame (12%) e alla Produzione di laterizi e calcestruzzi, cave (13%). La produzione di laterizi contribuisce anche alle emissioni di particolato più fine PM2,5 con il 10%.

QUALITÀ DELLE ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO

Al fine di garantire che le acque destinate al consumo umano soddisfino i requisiti la norma vigente prevede che per la verifica della qualità dell'acqua siano effettuati:

- **controlli interni da parte del Gestore**

I Gestori (Umbra Acque, Valle Umbra Servizi e Servizio Idrico Integrato), responsabili delle acque fornite fino al punto di consegna (contatore) effettuano controlli batteriologici e chimici sulla rete di distribuzione, alle fonti di approvvigionamento, ai serbatoi di accumulo ed agli impianti di trattamento, con frequenza e su punti che possono essere concordati con le ASL.

- **controlli esterni da parte della ASL**

Le ASL competenti per territorio effettuano controlli batteriologici e chimici finalizzati ad una individuazione tempestiva e possibilmente preventiva di eventuali situazioni di rischio, chiedendo, nel caso, l'adozione di provvedimenti a salvaguardia della salute pubblica e vigilando sull'effettiva adozione dei provvedimenti. I prelievi di controllo delle ASL vengono effettuati prevalentemente su punti rappresentativi della rete di distribuzione, ma possono riguardare anche le captazioni, i serbatoi e gli impianti di trattamento.

Con DGR n. 276 del 16/04/2020, è stato adottato il "Programma Regionale di Controllo per la tutela della salute della popolazione relativamente alle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano in attuazione delle disposizioni contenute nel decreto legislativo 15 febbraio 2016, n. 28 e nel decreto del Ministro della salute 2 agosto 2017.

Al fine di rendere pubblici i dati relativi alla qualità delle acque destinate al consumo umano è disponibile uno specifico sito internet, denominato "L'Acquachebevo" promosso dalla Regione Umbria e realizzato dall'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale in collaborazione con le Aziende Sanitarie umbre e i Gestori dei servizi idrici, sul quale è possibile reperire i risultati dei controlli e ogni informazione sulle acque potabili erogate in Umbria dalla rete di acquedotti pubblici.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



LA QUALITÀ DELLE ACQUE DI BALNEAZIONE

In Umbria sono individuate 21 aree balneabili, delle quali 15 localizzate nel lago Trasimeno, 5 nel lago di Piediluco e 1 nel laghetto artificiale Chico Mendes, situato nel comune di Terni.

Durante la stagione balneare (1 maggio - 30 settembre), tutte le acque di balneazione **vengono monitorate** per la rilevazione mensile dei parametri *Escherichia coli* ed *Enterococchi intestinali*, individuati come significativi ai fini della determinazione dei fenomeni di contaminazione microbiologica delle acque. Obiettivo del monitoraggio è quello di valutare la qualità igienico-sanitaria al fine di garantirne l'uso per scopi ricreativi, in base ai criteri di conformità.

I controlli analitici effettuati negli ultimi dieci anni da ARPA Umbria fanno registrare una qualità delle acque di balneazione classificata "Eccellente".

Nel Lago Trasimeno, interessato da fenomeni di proliferazione algale particolarmente intensa nel mese di agosto di ogni anno, viene effettuato anche un Programma di sorveglianza, finalizzato all'individuazione tempestiva dei rischi per la salute dei bagnanti derivanti da proliferazione ciano-batterica, ai sensi dell'art. 11 del D.lgs. 116/08.

L'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE, CONTROLLO SANITARIO E BONIFICA DELL'AMIANTO

Nella nostra regione, negli anni 2009-2011, è stato effettuato un censimento teso al monitoraggio dei siti, pubblici e privati, in cui erano presenti, in varia forma, materiali contenenti amianto (MCA). Sulla base di tale rilevazione, per i siti pubblici (due edifici che ospitavano scuole pubbliche), è stato avviato e portato a termine il processo di bonifica attraverso la rimozione e lo smaltimento dei MCA mentre per i siti privati si è dato avvio ad una campagna di informazione e sensibilizzazione dei proprietari di manufatti contenenti MCA.

Anche sulla base delle sollecitazioni di cui sopra, negli ultimi dieci anni, è continuata l'opera di rimozione e smaltimento dei MCA presenti nei manufatti privati; a tal proposito, solamente negli ultimi tre anni risulta che, sulla base dei dati dichiarati dalle Ditte specializzate pervenuti alle Aziende sanitarie Locali e al Servizio regionale Prevenzione, sono state effettuati n. 1.400 interventi di rimozione di MCA per un quantitativo di materiale rimosso pari a 11.000 tonnellate.

Contemporaneamente nell'ultimo quinquennio i competenti Servizi sanitari hanno raccolto ed esaminato complessivamente n. 2.176 pratiche distinte in piani di lavoro per la bonifica amianto (ex art. 256 punto 2 D.Lgs. 81/08) e notifiche (ex art. 250 D. Lgs. 81/08) di rimozione e smaltimento, mentre, nello stesso periodo, sono stati complessivamente 1.421 i cantieri ispezionati per amianto.

Particolare attenzione è stata posta nel controllo sanitario dei lavoratori esposti ad amianto: a tal proposito si fa presente che esistono due categorie di lavoratori:

- lavoratori ex esposti ad amianto: per tale categoria di lavoratori la Regione Umbria è risultata essere una delle poche regioni in cui, nel periodo 2007-2012, è stato attuato, in collaborazione con l'INAIL regionale, un programma di sorveglianza sanitaria molto approfondito, che ha coinvolto una coorte di oltre 1.300 lavoratori con riconoscimento INAIL di pregressa esposizione ad amianto, che sono stati chiamati attivamente per partecipare alla sorveglianza;
- lavoratori attualmente esposti ad amianto: ad oggi tali lavoratori sono perlopiù quelli che effettuano attività di bonifica e smaltimento amianto. Il controllo sanitario in tal caso è affidato dal D.lvo 81/08 al medico competente dell'azienda.

Nel corso dell'ultimo quinquennio è proseguita l'attività di sorveglianza medica ed epidemiologica sui lavoratori ex esposti ad amianto attraverso la realizzazione da parte dei competenti Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione di n. 223 interventi.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025

**L'ATTIVITÀ DI CONTROLLO IN MATERIA DI SICUREZZA CHIMICA IN RELAZIONE ALL'APPLICAZIONE DEI REGOLAMENTI REACH E CLP**

Con l'approvazione dei regolamenti europei REACH e CLP, che hanno lo scopo di tutelare dal rischio chimico lavoratori, consumatori e ambiente, è stata portata a compimento la revisione del sistema legislativo europeo sulle sostanze chimiche. Come previsto da entrambi i regolamenti, che disciplinano la produzione, la commercializzazione e l'utilizzo delle sostanze chimiche, lo Stato italiano ha istituito un sistema di controlli ufficiali per verificare la corretta applicazione delle disposizioni in essi contenute. La realizzazione di un adeguato sistema di controlli ufficiali rappresenta infatti il presupposto fondamentale nel perseguire gli obiettivi prioritari dell'emanazione dei regolamenti REACH e CLP, la cui applicazione, aumentando le informazioni e le conoscenze sulle proprietà pericolose delle sostanze chimiche e sulle misure di gestione dei rischi, dovrebbe condurre a una riduzione degli incidenti domestici e sul lavoro, delle patologie professionali e della contaminazione delle matrici ambientali. Per attuare il sistema dei controlli ufficiali è stato stipulato l'Accordo Rep. Atti n. 181/CSR del 29/10/2009, che ne disciplina la programmazione e l'organizzazione. Tale accordo contiene gli elementi per l'elaborazione dei piani nazionali delle attività di controllo (PNC) che devono essere adottati annualmente e tengono conto delle indicazioni provenienti dall'Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA), dalla Commissione europea o da altri organismi competenti in materia. Il PNC funge anche da strumento per la programmazione delle attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi dei Piani Nazionali di Prevenzione.

La Regione Umbria, oltre a recepire l'Accordo n. 181/CSR citato, già dal 2011 ha costituito il Nucleo regionale REACH, composto da operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle ASL e da operatori di ARPA Umbria, con la funzione di garantire i controlli ufficiali sull'attuazione dei regolamenti REACH e CLP. A tal fine entro il primo trimestre di ciascun anno è predisposto il Piano Regionale di Controllo sulle sostanze chimiche, elaborato con la collaborazione del Nucleo regionale REACH, in coerenza con il PNC adottato dal Ministero della Salute, Autorità Competente Nazionale per l'applicazione dei regolamenti REACH e CLP (ACN REACH-CLP) e con i programmi del Piano Regionale di Prevenzione in vigore. Il numero e la tipologia dei controlli documentali e analitici programmati sono comunicati all'ACN REACH-CLP contestualmente alla rendicontazione delle attività svolte l'anno precedente. Contemporaneamente sono stati avviati percorsi formativi specifici destinati agli operatori del Nucleo regionale che spesso hanno coinvolto anche altro personale appartenente ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e ad ARPA Umbria; ciò al fine di garantire una formazione di base e un aggiornamento continuo su una tematica complessa e in continua evoluzione, che ha un impatto sia sulle normative sociali che regolano la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, dei consumatori e la protezione dell'ambiente sia su altre normative di prodotto, quali i regolamenti europei sui fitosanitari, i biocidi, i cosmetici, i detergenti, ecc. Considerata infatti la connotazione interdisciplinare della materia, si evidenzia l'opportunità di un'azione integrata tra tutti gli enti e i servizi competenti per il controllo. Anche sul versante della comunicazione, sono state organizzate iniziative volte a informare e assistere datori di lavoro, responsabili dei servizi di prevenzione e protezione aziendali e consulenti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, che operano in aziende con gestione di prodotti chimici, nell'applicazione degli obblighi derivanti dai regolamenti REACH e CLP e dalle relative interazioni con il D.lgs. 81/2008 e con il D.lgs. 152/2006.

ATTIVITÀ DI MITIGAZIONE DELLE ONDATE DI CALORE

La comunità scientifica internazionale è ormai concorde nel prevedere nei prossimi decenni un aumento della temperatura media globale (al trend di crescita attuale + 3°C rispetto ai livelli pre-industriali entro la

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



fine del secolo), con conseguente accelerazione dei cambiamenti climatici e conseguente aumento del numero di persone colpite da ondate di caldo eccezionale specialmente nelle aree urbane altamente antropizzate.

Tutti i soggetti di una popolazione che vivono in un ambiente che presenti un'eccessiva temperatura vanno incontro ad una condizione di stress termico; risultano particolarmente esposti: le persone anziane, i bambini, soggetti affetti da specifici disturbi psichiatrici od in generale facenti uso di farmaci antipsicotici, etc.

Per perseguire il mantenimento delle condizioni climatiche a valori accettabili per l'organismo ed in particolare delle fasce a basso reddito che non hanno accesso all'uso di adeguati sistemi di trattamento e condizionamento dell'aria, sono state deliberate dalla Giunta regionale le "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione e la gestione degli effetti del caldo sulla salute" elaborate dalla Regione Umbria e dalle Prefetture di Perugia e Terni, alle quali hanno fatto seguito, dal punto di vista attuativo, i Piani di gestione delle ondate di calore 2021 delle 12 zone sociali dell'Umbria, nei quali vengono riportate le azioni e le procedure da mettere in atto per prevenire o ridurre gli effetti di una possibile ondata di calore sulla salute di soggetti considerati "a rischio".

ANALISI DI CONTESTOLo stato dell'arte in materia ambientale

Attraverso l'attività dei competenti Servizi dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale la Regione dispone di una serie significativa di dati relativi al monitoraggio dei diversi aspetti che compongono il complesso e articolato mondo ambientale; di particolare interesse per le possibili ricadute sulla salute delle persone risultano essere:

- i monitoraggi della qualità dell'aria svolti per conto della Direzione regionale Ambiente,
- i controlli esterni sulla qualità dell'acqua destinata al consumo umano svolti su mandato delle Aziende Sanitarie Locali che ne detengono la titolarità,
- la rilevazione realizzata sulla base del Programma Regionale di Controllo di cui alla DGR n. 276 del 16/04/2020, della presenza di sostanze radioattive nella rete degli acquedotti pubblici svolta in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali e con i Soggetti gestori,
- il monitoraggio della qualità delle acque di balneazione svolta in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali,
- il monitoraggio dei rifiuti solidi urbani e della loro raccolta differenziata svolto per conto della Direzione regionale Ambiente.

Particolare attenzione deve essere posta nei confronti della qualità dell'aria in quanto dalla valutazione intermedia del Piano regionale della qualità dell'aria (approvata con DGR n. 87 del 1° febbraio 2016), si è registrato il permanere di significative criticità nel raggiungimento degli obiettivi previsti dal suddetto Piano. Tali problematiche risultano confermate anche nelle relazioni di valutazione della qualità dell'aria predisposte da ARPA Umbria per gli anni 2015 e 2016 dove si evidenzia il mancato rispetto dei valori limite per le concentrazioni di PM10 con il verificarsi di situazioni di particolare criticità nella Conca ternana. Nello stesso periodo, situazioni di superamento (o quasi superamento) dei valori limite per le polveri hanno interessato anche altri Comuni (Perugia, Foligno, Città di Castello). Inoltre si sono evidenziati valori elevati delle concentrazioni di Benzo(a)pirene (derivante dalla combustione delle biomasse) e, nella Conca ternana, alte concentrazioni di metalli associate alle emissioni prodotte dalle attività industriali.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



A questo proposito, in attuazione del Protocollo d'intesa sull'emergenza smog sottoscritto con il Ministero dell'Ambiente, al fine di individuare nella nostra Regione idonee politiche e strategie condivise e sostenute a livello politico gli Enti e dalle autorità coinvolte, la Giunta regionale con Deliberazione n. 87 del 1 febbraio 2016 ha istituito un organismo istituzionale, denominato "Tavolo istituzionale per la qualità dell'aria", composto dall'Assessore Regionale all'Ambiente, dai Sindaci dei Comuni interessati, da ARPA Umbria e dai Servizi regionali interessati (Servizio Energia, Ambiente, Rifiuti e Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare). Il Tavolo fornisce, a livello politico, comuni indirizzi per l'uniforme applicazione delle misure già previste dal PRQA nonché di quelle introdotte dal Protocollo nazionale e dal Comitato istituito, ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs 155/2010 e s.m.i., presso il Ministero dell'Ambiente. Il Tavolo Istituzionale fornisce inoltre orientamenti e indicazioni per l'aggiornamento del Piano Regionale per la Qualità dell'Aria e delle misure di miglioramento della qualità dell'aria.

Punti di criticità

Al pari di altre regioni anche in Umbria le tematiche ambientali sono caratterizzate da:

- Settorialità di norme e competenze delle attività di sorveglianza sanitaria e monitoraggio ambientale;
- Frammentazione delle competenze e ridotte sinergie tra attività di prevenzione e promozione della salute del SSN e attività di tutela ambientale dell'ARPA;
- Ridotta rilevanza delle tematiche ambiente e salute nelle politiche di altri settori: trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, rifiuti, istruzioni;
- Inadeguata applicazione degli strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute di problematiche ambientali.

Punti di forza

Al fine di poter affrontare in maniera organica e multidisciplinare le problematiche connesse all'ambiente con particolare riferimento alle emissioni inquinanti e alle ricadute sulla salute della popolazione più esposta al rischio, la Regione Umbria, con DGR n. 452 del 21.04.2017, ha istituito l' "**Osservatorio regionale Salute/Ambiente**" (da ora = OSA), dotandosi in tal modo di un importante strumento inter-istituzionale in cui sono presenti, accanto ai competenti Servizi delle Direzioni regionali ("Salute e Welfare", "Ambiente" e "Agricoltura") e delle Aziende USL Umbria 1 e 2 (Direzioni sanitarie, Servizi Medici e Veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione, Unità di Epidemiologia), i rappresentanti di numerose Istituzioni quali l'Università degli Studi di Perugia (Dipartimenti di Medicina, Medicina sperimentale, Medicina Veterinaria, Scienze Agrarie-Alimentari-Ambientali, Registro Tumori Umbro di Popolazione), le Province di Perugia e di Terni, l'ARPA Umbria, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche (Osservatorio epidemiologico veterinario, Registro Tumori Animali) e il CIPLA (Centro Interuniversitario Per L'Ambiente dell'Università di Perugia, con partecipazione della LUISS "*Guido Carli*" di Roma e l'Università degli Studi di Urbino Carlo BO).

La sua attività, a supporto della programmazione regionale, si realizza attraverso il coordinamento di studi, ricerche ed approfondimenti, di natura tecnica e scientifica, sulla correlazione tra salute ed ambiente su tutto il territorio regionale dando priorità alle situazioni ove è necessario verificare ed accertare se sussistono particolari esposizioni delle popolazioni coinvolte ad elevati livelli di rischio generati da inquinanti ambientali.

All'Osservatorio sono affidati, più nel dettaglio, i compiti di: raccogliere la documentazione prodotta da ognuno dei soggetti partecipanti in tema di "salute e malattia della popolazione" e di "ambiente e fonti di

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



inquinamento” anche integrandola con analogo materiale documentale di livello internazionale, nazionale e regionale;

- promuovere la implementazione di studi e ricerche tesi a fornire dati scientificamente significativi in materia di valutazione d'impatto degli inquinanti ambientali sulla salute delle persone e degli animali;
- favorire la crescita della consapevolezza degli operatori sanitari in tema di correlazione tra fattori inquinanti ambientali e stato di salute della popolazione e degli animali nonché la conoscenza dello stato dell'ambiente anche attraverso la predisposizione di appuntamenti di formazione e di aggiornamento.

Appena costituito, l'OSA si è rilevato uno strumento indispensabile per l'individuazione delle principali attività da porre in cantiere per una più efficace azione nei confronti delle problematiche ambientali e, più nello specifico, nel contrasto alle sostanze inquinanti che possono metter a rischio la salute delle persone. Nel periodo in cui ha operato (prima della pausa forzata dovuta all'emergenza COVID) attraverso il contributo congiunto dei suoi membri, l'OSA ha posto all'attenzione della Direzione alcuni importanti aspetti tra i quali si ricordano le esigenze:

di costituire le condizioni per poter disporre di dati integrati tra l'ambito ambientale e quello sanitario,

di promuovere un'ampia azione di aggiornamento del personale sanitario da realizzare congiuntamente con gli operatori dell'ambiente,

di avviare una serie di iniziative di sensibilizzazione delle amministrazioni comunali e della popolazione sulle più importanti materie ambientali.

L'attività di studio

Nella nostra regione, nell'ambito della correlazione intercorrente tra la qualità dell'aria, lo stato di inquinamento ambientale e le eventuali ricadute sullo stato di salute della popolazione, i competenti Servizi del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale Umbria n. 2, nell'ambito dell'Unità di Progetto “Ambiente e Salute”, hanno provveduto ad effettuare, nel corso degli ultimi anni, una serie significativa di ricerche e di analisi (tutte disponibili nel sito istituzionale della Azienda) che hanno interessato sia il territorio della Conca ternana che altri comuni egualmente esposti a fenomeni di inquinamento[1].

Dalla attenta lettura dei dati contenuti negli studi di cui sopra emerge una condizione generale sicuramente preoccupante che suggerisce la necessità di tenere sotto continua osservazione la situazione ambientale e le ricadute sulla salute delle persone in diverse aree della nostra regione.

A corredo di quanto sopra detto appare opportuno ricordare che lo studio Sentieri, nell'individuare nella Conca ternana uno dei Siti di Interesse Nazionale (SIN) giunge alla conclusione che in quell'area:

“Si osservano eccessi nei ricoveri per le malattie respiratorie, di interesse a priori per le esposizioni ambientali presenti nell'area. Non sono state reperite pubblicazioni scientifiche di interesse specifico sull'area in studio. La presenza contemporanea di eccessi del tumore polmonare e delle malattie respiratorie in entrambi i generi, ai quali possono aver contribuito le abitudini al fumo e l'inquinamento dell'aria anche di origine industriale, ed eccessi del mesotelioma pleurico negli uomini in un polo siderurgico, richiede l'avvio di un approfondito e sistematico piano di monitoraggio ambientale e di sorveglianza epidemiologica finalizzato all'individuazione e abbattimento delle sorgenti di inquinamento atmosferico.”

[1] Studi e ricerche realizzate in Umbria in tema di ambiente, inquinamento e ricadute sulla salute:

- Valutazione dell'impatto delle PM2,5 sulla mortalità da covid-19 in Umbria (29.4.2020),
- Situazione epidemiologica e valutazione dell'impatto sanitario degli inquinanti ambientali nel comune di Terni - Aggiornamento dell'impatto sanitario. Anni 2014 – 2016, Terza relazione - rev. 3.3 del 7 aprile 2017,
- Situazione epidemiologica e valutazione dell'impatto sulla salute degli inquinanti ambientali nel comune di Terni. Anni 2015 – 2019 - (rev. 7.0 del 2020),

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Valutazione dell'impatto sulla salute degli alimenti contaminati da diossine/f e PCBDL (10 aprile 2019),
- Monitoraggio delle matrici ambientali previste dal piano di monitoraggio della contaminazione nell'area della conca ternana 2015-2019 ai sensi della DGR 510/2015 - Sintesi Finale,
- Valutazione dell'impatto sanitario degli inquinanti ambientali nel comune di Spoleto – Anni 2014-2017,
- Valutazione dell'impatto sulla salute di alcuni inquinanti ambientali nel comune di Foligno - Aggiornamento anno 2017,
- Valutazione dell'impatto sulla salute di alcuni inquinanti ambientali nel comune di Foligno - Aggiornamento anno 2019,
- Valutazione dell'impatto sulla salute di alcuni inquinanti ambientali nel comune di Narni - Aggiornamento al 18 febbraio 2018.

[1] *Linee guida per la Valutazione di Impatto Sanitario – VIS (D.lvo 104/2017)*, in Rapporti ISTISAN 19/9. Roma. 2019.

[2] *Documento di indirizzo per la pianificazione urbana in un'ottica di Salute Pubblica*. Ministero della Salute. Roma. 2020

[3] Deliberazione della Giunta Regionale n. 9426 del 07/12/1995 recante per oggetto: "Art. 10 della legge 27 marzo 1992, n. 257: adozione da parte della Regione dell'Umbria del piano di protezione, di decontaminazione, di smaltimento e di bonifica dell'ambiente, ai fini della difesa dai pericoli derivanti dall'amianto."

3.9.3 Scheda di programma

3.9.3.1 Descrizione dal PNP

Il Programma prevede che le Regioni e le Province autonome tengano conto degli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, secondo una logica integrata, e adottino l'approccio *One Health* nella programmazione e nelle conseguenti azioni. Ciò consente di comprendere le complesse relazioni tra l'uomo, e gli ecosistemi naturali e artificiali, riconoscere che la salute dell'uomo è legata alla salute degli animali e dell'ambiente per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di tutela e promozione della salute.

A questo scopo si prevede di consolidare, il processo che a partire da una analisi di contesto, definisce piani di miglioramento che mirano allo stesso tempo:

- 1) al rafforzamento degli strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA;
- 2) all'applicazione di strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute correlati a interventi antropici;
- 3) a interventi per il monitoraggio, per l'adattamento e la mitigazione degli effetti dei cambiamenti climatici, di riduzione delle esposizioni ambientali indoor e outdoor e antropiche dannose per la salute, la creazione di contesti urbani favorevoli alla salute attraverso lo sviluppo della mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili; attività di comunicazione per migliorare le conoscenze sui rischi per la salute derivanti dall'esposizione a fattori ambientali antropici e naturali e per orientare i cittadini verso scelte più salutari e ecosostenibili.
- 4) promuovere l'applicazione di pratiche finalizzate al miglioramento della sostenibilità ambientale nelle filiere agro-zootecniche e nella gestione degli animali d'affezione

Il Programma ha quindi l'obiettivo di rafforzare l'*advocacy* del sistema sanitario nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) per intercettare e coniugare obiettivi di salute pubblica ed obiettivi di tutela ambientale; promuovendo il rafforzamento di competenze e consapevolezza di tutti gli attori della comunità sugli obiettivi di sostenibilità come individuati dall'Agenda 2030.

Il Programma è sostenuto da:

- accordi o programmi di attività intra e inter-istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, anche attuativi di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92;
- accordi inter-istituzionali per il rafforzamento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali;
- tavoli tecnici regionali inter-istituzionali/intersettoriali/interdisciplinari e reti regionali integrate ambiente e salute per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio *One Health*;
- *empowerment* individuale e di comunità;
- formazione e aggiornamento degli Operatori Sanitari e Sociosanitari;
- attività di monitoraggio e *governance*.

Il Programma, in linea con gli obiettivi del PNP, adotta i principi e le linee dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.9.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Secondo quanto emerso da numerosi rapporti dell'OMS è necessaria un'azione coraggiosa e tempestiva per prevenire malattie e morti premature causate da inquinamento e contribuire a raggiungere gli obiettivi dell'Agenda 2030.

Gli indirizzi della Dichiarazione di Ostrava (2017) in aderenza con gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile (2015), con la Decisione XIII/6 della Conferenza delle parti sulla Convenzione per la Biodiversità di Cancun (2016) che riconosce l'interconnessione tra la biodiversità e la salute umana promuovono l'adozione di un approccio One Health e gli obiettivi dell'Accordo di Parigi sui cambiamenti climatici. Di straordinaria ambizione per impostazione e finalità, è la *vision* della *Planetary health*, coniata nel rapporto della *Lancet-Commission* che si riflette negli obiettivi interconnessi di sviluppo sostenibile, strategicamente concepiti in modo olistico e definiti per integrare la salute (SDG 3) con la sostenibilità in chiave economica, sociale e ambientale.

Il Programma si basa su un approccio globale sulla comunità e sui principi di equità, sostenibilità, inclusione ed *empowerment*. Gli obiettivi riguardano congiuntamente sia l'ambito ambientale che quello della salute. A livello internazionale è ritenuto necessario agire congiuntamente sui seguenti aspetti:

1. *Policy* integrate ambientali e sanitarie;
2. Competenze individuali e professionali;
3. Ambiente fisico e sociale;
4. Servizi socio-sanitari;
5. Vigilanza e controlli

Le evidenze mostrano:

- l'importanza della condivisione delle responsabilità con tutti i livelli di governo, da quello internazionale e nazionale a quelli locali, coinvolgendo i cittadini e i portatori di interesse con azioni estese sul territorio, dentro e fuori i propri confini e proiettate su scale temporali lunghe;
- l'importanza del settore sanitario nel dare un contributo decisivo al miglioramento ambientale se opera in modo sistematico, promuovendo le tecnologie più rispettose dell'ambiente, consumi sostenibili per l'ambiente, la bioedilizia, una gestione dei sistemi sanitari più efficiente dal punto di vista ambientale;
- l'efficacia di azioni basate su molteplici determinanti di salute nell'ottenere risultati di salute ed educativi;
- la necessità di rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e di promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute.

1. *Household Air Pollution Commission, The Lancet Respiratory Medicine, 2014*
2. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks (World Health Organization 2016)*
3. *Preventing noncommunicable diseases (NCDs) by reducing environmental risk factors (World Health Organization 2017)*
4. *Climate change and health country profile: Italy. World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO*
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260380/WHO-FWC-PHE-EPE-15.52-eng.pdf>
5. *WHO Declaration of the 6th Ministerial Conference on Environment and health*
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/341944/OstravaDeclaration_SIGNED.pdf?ua=1
6. *COP24 special report: health and climate change ISBN 978-92-4-151497-2 WHO, 2018*
7. *The Lancet Commission on pollution and health. Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR, et al. Lancet. 2018 Feb 3;391.*
8. *The 1st global WHO conference on Air Pollution and Health in Geneva WHO 2018*
9. *Non Communicable Diseases and Air Pollution, WHO Regional Office for Europe, WHO 2019*
10. *Global strategy on health, environment and climate change the transformation needed to improve lives and well-being sustainably through healthy environments, WHO, 2019)*
11. *WHO Europe (Bonn Office) del 2019 sull'Environmental Justice (verificare e eventualmente completare)*
12. *"Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole di fattori di rischio indoor per allergia e asma (Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010)*

3.9.3.3 Declinazione a livello regionale del programma

PROGRAMMA

Consapevoli del fatto che temi quali la tutela delle acque, del suolo e dell'aria, le politiche di prevenzione della produzione e di smaltimento dei rifiuti, la prevenzione dall'esposizione ai rumori, alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, le politiche sulla sicurezza chimica, il contrasto agli inquinanti e alle produzioni climalteranti, la qualità degli interventi in edilizia, devono, per risultare efficaci, essere affrontati attraverso politiche intersettoriali e interistituzionali.

In questa ottica il Programma predefinito regionale "Ambiente, clima e salute" prevede la realizzazione di una serie di azioni da implementare in ambiti anche molto differenziati tra di loro (l'ambiente urbano,

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



l'ambiente domestico, l'ambiente di lavoro, etc.) e su materie abbastanza diverse (qualità dell'aria, qualità dell'acqua desinata al consumo umano, protezione da eventi estremi causati dai cambiamenti climatici, raccolta dei rifiuti urbani) tendenti nel loro complesso a:

- Promuovere interventi di advocacy nelle politiche e negli atti di programmazione di altri settori regionali (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) implementando, laddove possibile il modello della “Salute in tutte le politiche”, con particolare riferimento ai Piani regionali in materia di qualità dell'aria, di raccolta dei rifiuti, di raccolta differenziata dei rifiuti solidi urbani, o alle Linee di indirizzo regionali in materia di urbanistica e consumo del suolo;
- Provvedere, in accordo con la Direzione Ambiente e ARPA, alla identificazione di metodi e strumenti per la valutazione del rischio sanitario o, nei casi previsti dalla legge, per la Valutazione di Impatto Sanitario (VIS) di determinati progetti di nuovi insediamenti o di modifiche di impianti esistenti da cui possano derivare ripercussioni significative e negative per la popolazione e la salute umana;
- Partecipare con personale del competente Servizio regionale, adeguatamente formato alla valutazione del rischio sanitario, con particolare riferimento:
 - alla Commissione tecnica regionale per le valutazioni ambientali (CTR-VA) al fine di concorrere, per la componente “popolazione e salute umana”, alla valutazione degli impatti complessivi, diretti e indiretti, e alla formazione del parere unitario ambientale della regione
 - ai processi di Valutazione ambientale strategica (VAS) di piani e programmi regionali e comunali, e relativi aggiornamenti o varianti
- Partecipare con personale dei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione delle ASL competenti per territorio, adeguatamente formato alla valutazione del rischio sanitario, alle Conferenze di Servizio dei procedimenti di autorizzazione unica regionale (PAUR) a supporto del Rappresentante unico regionale per la definizione della posizione univoca e vincolante della Regione e dei procedimenti di autorizzazione ambientale (AIA, AUA, rifiuti) per il rilascio del parere igienico-sanitario;
- Concordare con le Amministrazioni comunali “linee di indirizzo regionali” per l'adozione di pianificazioni urbane miranti a rendere le città sempre più orientate alla promozione della salute (*Urban Health*^[2]) con particolare riferimento al miglioramento della circolazione urbana e alla riqualificazione di zone degradate, alla riduzione delle emissioni inquinanti generate dal traffico veicolare e dal riscaldamento delle abitazioni, alla riduzione del consumo del suolo attraverso la creazione di spazi verdi e piste pedonali e ciclabili (anche con pedalata assistita), alla predisposizione di percorsi per l'attività fisica dei diversi gruppi di popolazione e per lo spostamento tra le diverse parti della città come, ad esempio, i percorsi sicuri casa-scuola per i bambini. Attraverso tali azioni, oltre a favorire sempre più occasioni di socializzazione delle persone, si potrà contribuire a ridurre il rischio di malattie croniche non trasmissibili;
- Offrire supporto alle Amministrazioni comunali ponendo a disposizione le competenze del Servizio Sanitario regionale attraverso la loro partecipazione alla pianificazione degli ambienti urbani (Piani Urbani di Mobilità Sostenibile) e la predisposizione di soluzioni particolarmente attente al rapporto tra salute e ambiente urbano così come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Per svolgere un compito così complesso ed articolato gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione dovranno essere debitamente formati in maniera da poter disporre di strumenti validati di valutazione degli interventi urbanistici in un'ottica di sanità pubblica;
- Approfondire, attraverso la realizzazione di studi e ricerche, la relazione esistente tra la presenza in atmosfera di sostanze inquinanti (aria, suolo) e ricadute sulla salute delle persone con particolare riferimento, da una parte, alle popolazioni residenti nei grandi agglomerati urbani (Perugia, Terni,

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Foligno, Città di Castello, Gubbio, etc.) e, dall'altra, alle persone esposte alle emissioni di impianti produttivi inquinanti (Conca ternana, Gubbio, etc.);

- Confermare l'attività di monitoraggio e controllo - fisico, chimico e microbiologico - sulle acque destinate al consumo umano distribuite dagli acquedotti pubblici (nonché, contribuire alla redazione, da parte dei Soggetti gestori degli acquedotti pubblici, dei Piani di Sicurezza delle Acque - PSA) e alla balneazione negli specchi d'acqua regionali (Trasimeno, Piediluco e Chico Mendes) anche implementando l'attività di comunicazione ed informativa della qualità delle acque, rivolta alle Amministrazioni e ai cittadini, e provvedere, in coordinamento con le Aziende Sanitarie Locali e i referenti delle Direzioni regionali che si occupano di Turismo e di Agricoltura, alla mappatura regionale degli impianti natatori, di natura pubblica e privata, appartenenti alle Categorie A e B1;
- Partecipare, per gli ambiti e le materie attinenti alla protezione ambientale, alla programmazione, realizzazione e documentazione delle attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambiente di vita, sicurezza alimentare);
- Dare nuovo ed ulteriore impulso all'attività di smaltimento e bonifica dei Materiali Contenant Amianto (MCA) ancora presenti sia negli edifici pubblici (scuole, ospedali, altre strutture sanitarie e sociosanitarie, etc.) che nelle strutture private ad uso civile, commerciale o industriale. In questo ambito, sarà necessario agire a più livelli attraverso la realizzazione di azioni destinate, in primo luogo, ad aggiornare, in collaborazione con ARPA Umbria, la mappatura regionale dei siti in cui sono presenti amianto e/o MCA, e successivamente a sensibilizzare i proprietari di edifici privati attraverso un'opera di informazione sui rischi per la salute e sulle modalità per avviare le fasi di rimozione e di smaltimento dei MCA. Sarà opportuno, inoltre, procedere all'applicazione di un modello telematico per l'invio delle relazioni ex art. 9 della Legge 257/92 per la notifica dei MCA bonificati e detenuti nella Regione Umbria. Contestualmente a tali azioni si procederà all'aggiornamento[3], da parte della Giunta regionale, del Piano Regionale Amianto, strumento fondamentale per la pianificazione degli interventi da porsi in essere al fine di mitigare progressivamente il rischio di esposizione della popolazione all'asbesto;
- Promuovere lo sviluppo e l'integrazione di conoscenze e competenze tra gli operatori sanitari e ambientali sia attraverso la condivisione di studi e ricerche, anche su specifici territori, miranti ad approfondire il rapporto intercorrente tra presenza di sostanze inquinanti e ricadute sulla salute della popolazione con particolare riferimento ai soggetti più vulnerabili, che attraverso la realizzazione di una attività di formazione e aggiornamento professionale rivolta ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, agli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione da realizzare anche congiuntamente con gli addetti ai lavori della protezione ambientale;
- Dare impulso, nel principio generale della prevenzione della Salute Unica (One Health), allo sviluppo di forme di collaborazione ed integrazione tra i Servizi Veterinari e i Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche (IZSUM) per la messa a punto di modelli operativi per la gestione integrata delle cosiddette specie animali problematiche.
- Promuovere, sulla base delle prescrizioni contenute nel decreto legislativo n. 101/2020, la prevenzione e/o la riduzione dei rischi, a medio e lungo termine, connessi all'esposizione alle radiazioni ionizzanti e al radon;

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Confermare, al fine di prevenire o mitigare gli effetti sulla salute di soggetti considerati “a rischio”, di possibili ondate di calore e di temperature estremamente rigide, le deliberazioni contenenti “Linee di indirizzo regionali per la prevenzione e la gestione degli effetti del caldo sulla salute e l'emergenza freddo” elaborate dalla Regione Umbria e dalle Prefetture di Perugia e Terni, e contribuire a monitorarne l'attuazione, da parte delle 12 zone sociali dell'Umbria, dei rispettivi Piani di gestione delle ondate di calore e dell'emergenza freddo anche promuovendo specifiche campagne di comunicazione e sensibilizzazione della popolazione.

AZIONI

AZIONE 1 - ATTIVITA' DI BONIFICA E SMALTIMENTO DI MATERIALI CONTENENTI AMIANTO E ADOZIONE DEL PIANO REGIONALE AMIANTO

AZIONE 2 - PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI CONTROLLO IN MATERIA DI SICUREZZA CHIMICA TRASVERSALE AGLI AMBIENTI NATURALI, DI VITA E DI LAVORO, E SU PRODOTTI IMMESSI SUL MERCATO

AZIONE 3 - APPLICAZIONE DI UN MODELLO TELEMATICO PER L'INVIO DELLE RELAZIONI EX ART. 9 DELLA LEGGE 257/92 PER LA NOTIFICA DEI MCA BONIFICATI E DETENUTI NELLA REGIONE UMBRIA

AZIONE 4 - ACCORDO CON LE AMMINISTRAZIONI COMUNALI SU "LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI" PER L'ADOZIONE DI PIANIFICAZIONI URBANE NELL'OTTICA DELL'URBAN HEALTH

AZIONE 5 - PARTECIPAZIONE AL COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO PER LA REDAZIONE DEL PIANO REGIONALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEI RIFIUTI

AZIONE 6 - INDIVIDUAZIONE DI METODI E STRUMENTI PER EFFETTUARE LA VALUTAZIONE RISCHIO PER LA SALUTE E DI IMPATTO SANITARIO (VIS) DI DETERMINATI PROGETTI DI NUOVI IMPIANTI INDUSTRIALI O MODIFICHE SOSTANZIALI DI IMPIANTI ESISTENTI DA EFFETTUARE NELL'AMBITO DI PROCEDIMENTI AMBIENTALI

AZIONE 7 - INTERVENTI DI ADVOCACY NELLE POLITICHE E NEGLI ATTI DI PROGRAMMAZIONE DI ALTRI SETTORI REGIONALI (AMBIENTE, TRASPORTI, EDILIZIA, URBANISTICA, AGRICOLTURA, ENERGIA, ISTRUZIONE)

AZIONE 8 - CONTROLLO DELLE POPOLAZIONI DEGLI ANIMALI SELVATICI AI FINI DELLA SALUTE UMANA E DELL'EQUILIBRIO TRA UOMO – ANIMALE – AMBIENTE

AZIONE 9 - MAPPATURA DEI SITI REGIONALI, DI NATURA SANITARIA E NON SANITARIA, CHE PREVEDONO LA DETENZIONE, L'UTILIZZO, LA RACCOLTA E LO SMALTIMENTO DI STRUMENTAZIONI E SOSTANZE CHE EMETTONO RADIAZIONI IONIZZANTI

AZIONE 10 - ATTIVITÀ DI ANALISI E MAPPATURA DEI SITI CONTENENTI RADON

AZIONE 11 - STUDIO DELLA RELAZIONE TRA QUALITÀ DELL'ARIA NEI SITI A MAGGIOR CARICO INQUINANTE E RICADUTE SULLA SALUTE DELLE PERSONE E ATTIVITÀ DI FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

AZIONE 12 - PARTECIPAZIONE ALLA REDAZIONE DEI PIANI DI SICUREZZA DELLE ACQUE

AZIONE 13 - PREVENZIONE DEI DANNI SULLA SALUTE CAUSATI DA CONDIZIONI CLIMATICHE ESTREME

CRONOGRAMMA

Attività					
AZIONE 1 - ATTIVITA' DI BONIFICA E SMALTIMENTO DI MATERIALI CONTENENTI AMIANTO E ADOZIONE DEL PIANO REGIONALE AMIANTO	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Mappatura regionale dei siti contenenti MCA entro il 2023	Regione		X		
Campagna di comunicazione per i proprietari privati di edifici di civile abitazione e/o di stabilimenti produttivi o commerciali entro il 2024				X	
Formalizzazione e approvazione del Piano Regionale Amianto entro il 2025					X
AZIONE 2 - PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI CONTROLLO IN MATERIA DI SICUREZZA CHIMICA TRASVERSALE AGLI AMBIENTI NATURALI, DI VITA E DI LAVORO, E SU PRODOTTI IMMESSI SUL MERCATO	Responsabile	2022	2023	2024	2025

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Partecipazione alla formalizzazione di un Programma annuale regionale di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale all'ambiente naturale e agli ambienti di vita e di lavoro, e sui prodotti immessi sul mercato per gli anni 2022-2025	Regione	X	X	X	X
AZIONE 3 - APPLICAZIONE DI UN MODELLO TELEMATICO PER L'INVIO DELLE RELAZIONI EX ART. 9 DELLA LEGGE 257/92 PER LA NOTIFICA DEI MCA BONIFICATI E DETENUTI NELLA REGIONE UMBRIA	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Offerta di un applicativo software per l'acquisizione telematica delle schede di ogni intervento da mettere a disposizione delle Aziende specializzate che operano in ambito di bonifica e smaltimento di MCA.	Regione		X		
Formalizzazione da parte della Giunta regionale, entro il 2023, del Sistema regionale di rilevazione degli interventi di bonifica e smaltimento dei MCA costituito da una banca dati a disposizione della Direzione regionale Salute e welfare e dei competenti Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione.			X		
Attività di formazione ed addestramento degli operatori del Servizio Sanitario regionale e degli addetti delle Ditte specializzate da realizzare entro il 2024.				X	
AZIONE 4 - ACCORDO CON LE AMMINISTRAZIONI COMUNALI SU "LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI" PER L'ADOZIONE DI PIANIFICAZIONI URBANE NELL'OTTICA DELL'URBAN HEALTH	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Offerta di un programma formativo per gli addetti ai lavori su obiettivi, criteri, metodi e strumenti per la redazione di pianificazioni urbane in un'ottica di salute pubblica, in collaborazione con il Ministero della Salute, l'ISS, l'ANCI nazionale nonché con altre Regioni che hanno sviluppato esperienza in materia entro il 2022	Regione	X			
Formalizzazione ed Adozione della deliberazione di Giunta regionale contenente l' "Accordo con le Amministrazioni comunali per la pianificazione urbana in un'ottica di Urban Health" entro il 2023		X			
AZIONE 5 – PARTECIPAZIONE AL COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO PER LA REDAZIONE PIANO REGIONALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEI RIFIUTI	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Partecipazione ai lavori di aggiornamento del Piano regionale per la Gestione Integrata dei Rifiuti con elaborazione di un documento tecnico sugli aspetti preventivi e sanitari da considerare per la sicurezza degli operatori di settore e per la popolazione.	Regione				X
Raccomandare l'adozione di azioni di protezione della popolazione esposta o l'avvio di indagini e studi analitici sugli effetti sulla salute per le popolazioni esposte o piani di sorveglianza specifici soprattutto in presenza di discariche illegali o inceneritori di vecchia generazione.					X
AZIONE 6 - INDIVIDUAZIONE DI METODI E STRUMENTI PER EFFETTUARE LA VALUTAZIONE RISCHIO PER LA SALUTE E DI IMPATTO SANITARIO (VIS) DI DETERMINATI PROGETTI DI NUOVI IMPIANTI INDUSTRIALI O MODIFICHE SOSTANZIALI DI IMPIANTI ESISTENTI DA EFFETTUARE NELL'AMBITO DI PROCEDIMENTI AMBIENTALI	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Offerta di un programma formativo su criteri, metodi e strumenti per la redazione della VIS entro il 2022	Regione	X	X	X	
Adozione della deliberazione di Giunta regionale contenente le "Linee di indirizzo regionali per la redazione della VIS in procedimenti ambientali, per tutti i nuovi insediamenti produttivi", in conformità con la legislazione vigente - entro il 2023			X		

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



AZIONE 7 – INTERVENTI DI ADVOCACY NELLE POLITICHE E NEGLI ATTI DI PROGRAMMAZIONE DI ALTRI SETTORI REGIONALI (AMBIENTE, TRASPORTI, EDILIZIA, URBANISTICA, AGRICOLTURA, ENERGIA, ISTRUZIONE)	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Offerta di partecipazione a percorsi redazionali di Piani e programmi regionali di competenza di altre Direzioni con la presentazione di documenti tecnici in materia di promozione e prevenzione della salute - entro il 2022	Regione			X	
AZIONE 8 - CONTROLLO DELLE POPOLAZIONI DEGLI ANIMALI SELVATICI AI FINI DELLA SALUTE UMANA E DELL'EQUILIBRIO TRA UOMO - ANIMALE - AMBIENTE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Partecipazione ad almeno un GdL regionale o sub-regionale a cui è affidato il compito di monitorare e controllare le popolazioni degli animali selvatici ai fini della salute umana e dell'equilibrio tra uomo – animale – ambiente, entro il 2025	Regione				X
AZIONE 9 - MAPPATURA DEI SITI REGIONALI, DI NATURA SANITARIA E NON SANITARIA CHE PREVEDONO LA DETENZIONE, L'UTILIZZO, LA RACCOLTA E LO SMALTIMENTO DI STRUMENTAZIONI E SOSTANZE CHE EMETTONO RADIAZIONI IONIZZANTI E NON IONIZZANTI	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Formalizzazione della mappatura dei siti regionali, di natura sanitaria e non sanitaria, che prevedono la detenzione, l'utilizzo, la raccolta e lo smaltimento di strumentazioni e sostanze che emettono radiazioni ionizzanti e non ionizzanti in accordo con le Prefetture di Perugia e di Terni e con la collaborazione di ARPA Umbria e i competenti servizi (ISP e PSAL) dei Dipartimenti di Prevenzione - entro il 2024	Regione - ASL			X	
AZIONE 10 - ATTIVITÀ DI ANALISI E MAPPATURA DEI SITI CONTENENTI RADON	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Realizzazione dell'attività di studio e mappatura entro il 2023	Regione - ARPA		X		
Attività di comunicazione del rischio entro il 2024				X	
Realizzazione del documento tecnico sulle buone pratiche per la costruzione e la ristrutturazione di edifici entro il 2025					X
AZIONE 11 - STUDIO DELLA RELAZIONE TRA QUALITÀ DELL'ARIA NEI SITI A MAGGIOR CARICO INQUINANTE E RICADUTE SULLA SALUTE DELLE PERSONE E ATTIVITÀ DI FORMAZIONE DEGLI OPERATORI	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Realizzazione di uno studio su inquinamento e ricadute sulla salute di gruppi di popolazione esposta al rischio e/o più vulnerabile - 1 studio entro il 2022	Regione - ASL	X			
Realizzazione di almeno due corsi di formazione per operatori sanitari sugli esiti dell'attività di studio - un percorso formativo ogni anno dal 2023			X	X	X
AZIONE 12 – PARTECIPAZIONE ALLA REDAZIONE DEI PIANI DI SICUREZZA DELLE ACQUE (PSA)	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Partecipazione alla redazione dei PSA, di competenza dei Soggetti gestori degli acquedotti pubblici al fine di rendere uniformi, per tutto il territorio regionale, i percorsi di formazione degli operatori e la redazione dei Piani, con particolare attenzione ai criteri di protezione delle acque destinate al consumo umano e alle modalità di controllo e vigilanza da adottare per assicurare la sicurezza delle acque. PSA entro il 2025	Soggetti gestori degli acquedotti pubblici				X
AZIONE 13 - EQUITY – PREVENZIONE DEI DANNI SULLA SALUTE CAUSATI DA CONDIZIONI CLIMATICHE ESTREME	Responsabile	2022	2023	2024	2025

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Realizzare due campagne di comunicazione di cui, la prima dedicata alle ondate di calore, entro il 2023 e, la seconda dedicata all'emergenza freddo, entro il 2024	Regione		X	X	
Realizzare almeno due corsi di formazione destinati agli operatori sanitari entro il 2024				X	

AZIONI EQUITY
AZIONI CON INDICATORE

3.9.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP09_OT01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting
PP09_OT01_IT01	Attività intersettoriali
formula	Elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, anche attuativi di accordi di programma/convenzioni previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92
Standard	Almeno un programma/accordo entro il 2022
Fonte	Regione
PP09_OT01_IT02	Tavoli tecnici intersettoriali
formula	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health anche in coerenza con gli Accordi/Programmi intersettoriali di cui all'indicatore 1.
Standard	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2023
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP09_OT02	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze
PP09_OT02_IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN
formula	Disponibilità di un programma di interventi di formazione sui temi ambiente, clima e salute, compresa la valutazione di impatto ambientale e sanitario, epidemiologia ambientale e tossicologia ambientale, comunicazione del rischio, temi della valutazione e gestione del rischio chimico, ecc., per operatori interni al SSN (con particolare

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	riferimento ai MMG, PLS) e operatori del SNPA, anche attraverso modalità via web (FAD)
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP09_OT04	Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio
PP09_OT04_IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
formula	Disponibilità di almeno un programma di interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari ed al pubblico volti a promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
Standard	Realizzazione di almeno un intervento di informazione/sensibilizzazione per ogni anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP09_OT05	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PP09_OT05_IT05	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.9.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP09_OS01	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti
PP09_OS01_IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
formula	Stipula di almeno un Accordo, Attuazione degli Accordi
Standard	Stipula Accordo entro il 2022, Rispetto tempistiche ed attività previste dagli Accordi
Fonte	Regione
PP09_OS01_IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
formula	Realizzazione di una Rete regionale integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN e SNPA
Standard	Formalizzazione della rete entro il 2023

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Fonte	Regione
PP09_OS01_IS03	Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmai regionali
formula	Formalizzazione di indirizzi e criteri regionali
Standard	Formalizzazione entro il 2023
Fonte	Regione
PP09_OS02	Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute
PP09_OS02_IS04	Programmazione e realizzazione interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato
formula	Formalizzazione di un Programma annuale regionale di controllo in materia di sicurezza chimica, trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato
Standard	Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo
Fonte	Regione
PP09_OS03	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori
PP09_OS03_IS05	Piani Regionali per l'amianto
formula	Formalizzazione del Piano Regionale Amianto
Standard	Approvazione del Piano Regionale Amianto entro il 2025
Fonte	Regione
PP09_OS03_IS06	Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica
formula	Adozione di documento regionale riguardante le buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati - Realizzazione di interventi formativi specifici sulle buone pratiche
Standard	Adozione del documento regionale entro il 2023 - Realizzazione di almeno un intervento formativo entro il 2025
Fonte	Regione
PP09_OS03_IS07	Urban health
formula	Partecipazione a tavoli tecnici inter istituzionali di valutazione dei programmi/progetti dedicati a rigenerazione urbana/urban health/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a promuovere ambienti "salutogenici"
Standard	rappresentanza socio-sanitaria in almeno un tavolo tecnico interistituzionale secondo la programmazione delle politiche regionali di sviluppo
Fonte	Regione
PP09_OS03_IS08	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano
formula	Realizzazione del sistema informativo
Standard	Realizzazione entro il 2025
Fonte	Regione

3.9.6 Azioni

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (1 di 13)	ATTIVITA' DI BONIFICA E SMALTIMENTO DI MATERIALI CONTENENTI AMIANTO E ADOZIONE DEL PIANO REGIONALE AMIANTO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio sanitaria;comune, Municipalità;altro:ARPA Umbria, Osservatorio regionale Salute/ambiente

DESCRIZIONE

Con questa azione si intende dare nuovo ed ulteriore impulso all'attività di smaltimento e bonifica dei Materiali Contendenti Amianto (MCA) ancora presenti sia negli edifici pubblici (scuole, ospedali, altre strutture sanitarie e socio sanitarie, etc.) che nelle strutture private ad uso civile, commerciale o industriale.

In questo ambito, con il contributo dei Dipartimenti di Prevenzione e previo assenso dell'Osservatorio regionale Salute/Ambiente, sarà necessario agire a più livelli attraverso la realizzazione di azioni destinate, in primo luogo, ad aggiornare, in collaborazione con ARPA Umbria, la mappatura regionale dei siti in cui sono presenti amianto e/o MCA, e successivamente a sensibilizzare i proprietari di edifici privati attraverso un'opera di informazione sui rischi per la salute e sulle modalità per avviare le fasi di rimozione e di smaltimento dei MCA.

La progettazione della campagna informativa sarà realizzata, previo assenso dell'Osservatorio regionale Salute/Ambiente, con il contributo degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL e dell'ARPA e la diffusione dei materiali informativi sarà realizzata sia attraverso i siti internet istituzionali della Regione, delle AASSLL, di ANCI, delle Amministrazioni comunali, di ARPA, dell'Ordine degli Ingegneri, dell'Associazione degli amministratori di Condominio, del Forum del Terzo settore sia utilizzando gli strumenti della comunicazione di massa.

Contestualmente a tali azioni si procederà all'aggiornamento, da parte della Giunta regionale, del Piano Regionale Amianto, strumento fondamentale per la pianificazione degli interventi da porsi in essere al fine di mitigare progressivamente il rischio di esposizione della popolazione all'asbesto.

Indicatori

- 1) mappatura regionale dei siti contenenti MCA entro il 2023
- 2) campagna di comunicazione per i proprietari privati di edifici di civile abitazione e/o di stabilimenti produttivi o commerciali entro il 2024
- 3) formalizzazione e approvazione del Piano Regionale Amianto entro il 2025

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (2 di 13)	PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI CONTROLLO IN MATERIA DI SICUREZZA CHIMICA TRASVERSALE AGLI AMBIENTI NATURALI, DI VITA E DI LAVORO, E SU PRODOTTI IMMESSI SUL MERCATO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;altro:ambiente naturale

DESCRIZIONE

Il presente programma, da realizzare in accordo e con la supervisione dell'Osservatorio regionale Salute / Ambiente, intende sviluppare e potenziare ulteriormente l'attività di controllo dei rischi correlati all'esposizione a sostanze chimiche pericolose negli ambienti di vita e di lavoro, mediante la realizzazione di interventi volti a verificare la conformità alle disposizioni previste dai regolamenti REACH e CLP. L'attività di controllo sull'applicazione del regolamento REACH e CLP sarà rivolta sia a prodotti chimici di uso comune destinati ai consumatori (miscele chimiche quali: detersivi, biocidi, prodotti per il bricolage, inchiostri per tatuaggi, ecc. e articoli per i quali l'allegato XVII del regolamento REACH prevede restrizioni), sia a prodotti chimici per uso professionale/industriale. Al fine di rendere efficace e omogenea l'azione di vigilanza sarà utilizzata la "Linea guida per la conduzione dei controlli REACH-CLP" adottata dal Ministero della salute con decreto Dirigenziale 8 ottobre 2019, che fornisce procedure, format, check-list, quali strumenti di lavoro comuni a tutti gli ispettori. Allo stesso scopo questa regione aderisce ai progetti di controlli armonizzati denominati "REACH En Force projects" (REF) proposti dal Forum per lo scambio di informazioni sull'attuazione della normativa istituito presso l'ECHA, ciascuno focalizzato alla verifica di specifiche disposizioni e a un definito target di imprese e che forniscono una metodologia di controllo utilizzabile dopo la conclusione del progetto per la medesima tipologia. Le ispezioni sono dunque condotte nel territorio regionale presso luoghi di produzione, importazione, distribuzione, compresi i depositi nei luoghi di lavoro, di commercio e vendita delle sostanze tal quali o presenti in miscele e articoli e consisteranno in verifiche documentali e prelievi di campioni da sottoporre a controllo analitico presso un laboratorio ufficiale appartenente alla rete dei laboratori di cui all'Accordo Rep. Atti n. 188/CSR del 7 maggio 2015.

Si intende proseguire anche nella verifica della conformità dei prodotti venduti online a utilizzatori professionali e a consumatori secondo la metodologia del Progetto ECHA REF8, considerato il notevole aumento di questa tipologia di commercializzazione, soprattutto a causa delle restrizioni degli spostamenti legati alla pandemia da Covid 19 e la presenza sui siti web di prodotti non conformi rilevata negli anni precedenti.

Parallelamente si intende proseguire nella realizzazione di iniziative di formazione/informazione per sviluppare le competenze di base e accrescere le conoscenze sui temi della sicurezza chimica rivolte a diverse tipologie di destinatari. Al fine di acquisire le competenze necessarie per l'attuazione dei controlli ufficiali, dovrà essere garantito l'aggiornamento continuo per gli operatori del nucleo regionale REACH ai quali saranno trasferiti i contenuti dei "Training for trainer" (eventi formativi organizzati annualmente dalle autorità nazionali su specifici argomenti, ai quali partecipa un numero limitato di ispettori), mediante l'attivazione di specifici corsi di formazione.

Considerata la ricaduta dei regolamenti REACH e CLP sulle normative sociali di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e dell'ambiente, dovranno essere attivati percorsi formativi in materia di sostanze chimiche destinati agli operatori dei servizi pubblici impegnati nel controllo sull'applicazione del D.lgs. 81/08, del D.lgs. 152/06 e in attività istruttorie nell'ambito delle autorizzazioni ambientali.

Per favorire la conoscenza dei due regolamenti europei anche da parte di operatori di enti pubblici esterni alle aziende sanitarie locali, che a vario titolo possono essere coinvolti nelle attività previste dal presente programma (membri dell'Osservatorio regionale Salute/Ambiente, ARPA, ecc.), è inoltre utilizzabile l'offerta formativa costituita dal "corso e-learning per REACH e CLP per la pubblica Amministrazioni" predisposto dal Ministero della Salute (un

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



corso base disponibile sulla piattaforma TRIO della regione Toscana, <https://www.reach.gov.it/informazione-la-pubblica-amministrazione>).

Al fine di aumentare la consapevolezza sugli adempimenti richiesti dalla normativa REACH e CLP a tutti gli attori coinvolti nella catena di approvvigionamento delle sostanze chimiche (fabbricanti, importatori, distributori, utilizzatori a valle), saranno organizzate iniziative per informare e assistere le imprese, i loro responsabili della gestione delle sostanze chimiche e i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Indicatori

1. Formalizzazione, per gli anni 2022-2025, di un Programma annuale regionale di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale all'ambiente naturale e agli ambienti di vita e di lavoro, e sui prodotti immessi sul mercato elaborato secondo le indicazioni del Piano Nazionale di Controllo e del PRP 2020-2025 entro il 31 marzo di ciascun anno.
2. Contestuale trasmissione del Piano Regionale annuale di Controllo ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e ad ARPA Umbria.
3. Contestuale trasmissione all'ACN REACH-CLP del numero e della tipologia dei controlli documentali e analitici programmati per l'anno in corso, prevedendo un incremento del 5% anno, coerentemente con l'area di intervento B13 di cui all'allegato 1 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, concernente la definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza. La suddetta quantificazione è rapportata al concetto di "operatore equivalente" dedicato alle attività di controllo REACH e CLP per il quale la regione ne quantifica il valore numerico.
4. Rendicontazione delle attività programmate svolte nell'anno precedente ad ACN REACH-CLP secondo il format predisposto da quest'ultima.
5. Realizzazione, per gli anni 2022-2025, di un'iniziativa all'anno di formazione per gli operatori dei servizi pubblici (corso di ricaduta del corso nazionale organizzato dall'ACN REACH-CLP specifico per ispettori e/o corso per operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e di ARPA).
6. Realizzazione, per gli anni 2023-2025, di una iniziativa all'anno di comunicazione/informazione connessa alla tematica della gestione dei prodotti chimici, indirizzata alle imprese e/o a qualsiasi altro soggetto coinvolto nel tema trasversale della sicurezza chimica.

(Standard: Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo)

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (3 di 13)	APPLICAZIONE DI UN MODELLO TELEMATICO PER L'INVIO DELLE RELAZIONI EX ART. 9 DELLA LEGGE 257/92 PER LA NOTIFICA DEI MCA BONIFICATI DETENUTI NELLA REGIONE UMBRIA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'articolo 9 della Legge n. 257/92 (*"Norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto"*) dispone che le imprese che utilizzano amianto, direttamente o indirettamente, nei processi produttivi, o che svolgono attività di smaltimento o di bonifica dell'amianto, inviino annualmente alle Regioni, alle province autonome di Trento e di Bolzano e alle unità sanitarie locali nel cui ambito di competenza sono situati gli stabilimenti o si svolgono le attività dell'impresa, una relazione che indichi:

- a) i tipi e i quantitativi di amianto utilizzati e dei rifiuti di amianto che sono oggetto dell'attività di smaltimento o di bonifica;
- b) le attività svolte, i procedimenti applicati, il numero e i dati anagrafici degli addetti, il carattere e la durata delle loro attività e le esposizioni all'amianto alle quali sono stati sottoposti;
- c) le caratteristiche degli eventuali prodotti contenenti amianto;
- d) le misure adottate o in via di adozione ai fini della tutela della salute dei lavoratori e della tutela dell'ambiente.

Il 20 gennaio 2016 è stato firmato un Accordo in Conferenza Unificata, finalizzato alla completa informatizzazione degli adempimenti previsti dall'art. 9 della suddetta Legge per l'invio alle Regioni delle relazioni. L'informatizzazione di tali comunicazioni rende più facilmente gestibili da parte dell'Amministrazione Regionale e dei Servizi di Prevenzione delle ASL le informazioni sulla presenza e sull'avvenuta bonifica dei materiali contenenti amianto, con la possibilità di utilizzare in tempi rapidi i relativi dati sia per i controlli sia per ottenere un quadro aggiornato circa il processo di dismissione dell'amianto nel territorio regionale e produrre report annuali sull'andamento delle bonifiche e sulla presenza di MCA in edifici e impianti.

La procedura di invio telematico delle relazioni ex art. 9 permette di snellire e semplificare gli adempimenti burocratici delle imprese che detengono e che bonificano/smaltiscono MCA, inoltre le informazioni vengono raccolte una sola volta in modo centralizzato a livello regionale, per poi essere inviate in modo selezionato direttamente ai Dipartimenti di Prevenzione interessati, evitando la doppia notifica (alla ASL e alla Regione) da parte delle imprese.

L'informatizzazione del processo di notifica permette inoltre l'elaborazione di un database dal quale poter estrarre in qualsiasi momento i dati complessivi a livello regionale in merito a lavoratori impiegati, imprese coinvolte, quantità e tipologia dei manufatti in amianto coinvolti e/o rimossi.

Tale modalità di invio delle relazioni ex art.9, già applicata in alcune regioni, è spesso sollecitata dalle Imprese operanti nella nostra regione che ne hanno apprezzato la maggiore semplicità e rapidità di esecuzione.

In sintesi la modalità telematica di acquisizione delle relazioni previste dall'art. 9 potrà permettere di raggiungere i seguenti obiettivi: 1) semplificare gli adempimenti dei soggetti coinvolti; 2) standardizzare le informazioni raccolte per favorire i confronti; 3) facilitare la sintesi regionale e territoriale dei dati; 4) fornire i dati ai Servizi territoriali per gli eventuali approfondimenti; 5) favorire la comunicazione dei dati regionali ai livelli centrali contribuendo alla costruzione di un quadro nazionale.

Modello telematico da adottare

L'individuazione del modello telematico, sulla base delle indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo unificato, potrà avvenire anche utilizzando esperienze regionali già in atto. Per favorire l'applicazione del modello telematico di comunicazione dovranno essere organizzate iniziative di informazione e formazione per gli operatori dei Servizi delle ASL e per le Ditte di Bonifica e Recupero di Materiali Contenenti Amianto.

Indicatori

1) Individuazione ed implementazione, entro il 2022, di un applicativo software per l'acquisizione telematica delle schede di ogni intervento da mettere a disposizione delle Aziende specializzate che operano in ambito di bonifica e smaltimento di MCA.

2) Formalizzazione da parte della Giunta regionale, entro il 2023, del Sistema regionale di rilevazione degli interventi di bonifica e smaltimento dei MCA costituito da una banca dati a disposizione della Direzione regionale Salute e welfare e dei competenti Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione.

3) Attività di formazione ed addestramento degli operatori del Servizio Sanitario regionale e degli addetti delle Ditte specializzate da realizzare entro il 2024.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (4 di 13)	ACCORDO CON LE AMMINISTRAZIONI COMUNALI SU "LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI" PER L'ADOZIONE DI PIANIFICAZIONI URBANE NELL'OTTICA DELL'URBAN HEALTH
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.1 Sottoscrizione di accordi di collaborazione – protocolli d'intesa, convenzioni con Istituzioni e/o titolari di policy (es. USR, Prefetture, Assessorati regionali Sport, Formazione, Turismo, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità;altro:Osservatorio regionale Salute/Ambiente, ANCI, Amministrazioni comunali

DESCRIZIONE

Attraverso la realizzazione di una serie di incontri promossi dalla Direzione Salute e welfare si intende promuovere, in accordo con i referenti regionali di ANCI Umbria ed i rappresentanti dei maggiori comuni e con la collaborazione dell'Osservatorio regionale Salute/Ambiente, dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali (servizi ISP e PSAL), dell'ARPA, l'adozione da parte della Giunta regionale di una deliberazione contenente le "Accordo con le Amministrazioni comunali per la pianificazione urbana in un'ottica di Urban Health".

L'Accordo, elaborato sulla base dello schema di accordo tra il Governo, le Regioni e gli Enti Locali (in via di stipula), si configurano come lo strumento più adeguato per gettare le basi per lo sviluppo di una strategia regionale in materia di pianificazioni urbane orientate alla promozione della salute e alla prevenzione delle patologie delle persone nella quali si tengano nella giusta considerazione, fin dalla fase della progettazione, tutti quei determinanti della salute connessi con l'assetto urbano, con particolare riferimento al miglioramento della circolazione urbana e alla riqualificazione di zone degradate, alla riduzione delle emissioni inquinanti generate dal traffico veicolare e dal riscaldamento delle abitazioni, alla riduzione del consumo del suolo attraverso la creazione di spazi verdi e piste pedonali e ciclabili (anche con pedalata assistita), alla predisposizione di percorsi per l'attività fisica dei diversi gruppi di popolazione e per lo spostamento tra le diverse parti della città come, ad esempio, i percorsi sicuri casa-scuola per i bambini.

Particolare attenzione, in conformità con quanto affermato nell'obiettivo strategico 5.8 del PNP, dovrà essere posta a qualità e quantità delle emissioni nell'atmosfera di sostanze potenzialmente inquinanti e la loro possibile ricaduta sulle condizioni di salute della popolazione con particolare riferimento alle persone maggiormente esposte e/o più vulnerabili.

L'attività redazionale sarà preceduta da una o più iniziative di natura formativa tesa a fornire ai referenti delle amministrazioni comunali, agli operatori sanitari e ambientali conoscenze e competenze in materia di "Urban Health" individuando, già per il 2022, la calendarizzazione di un seminario di sensibilizzazione rivolto al mondo degli addetti ai lavori da tenere in collaborazione con il Ministero della Salute, l'ISS, l'ANCI nazionale nonché con altre Regioni che hanno sviluppato esperienza in materia.

Con il programma formativo si vuole sperimentare, in forma embrionale ma concreta, il metodo di confronto/collaborazione all'interno di una comunità istituzionale e professionale accomunata dall'obiettivo della salute e sicurezza dei cittadini e dei lavoratori, creando una base comune di riferimenti culturali, normativi e un linguaggio condiviso.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



A tal fine saranno prodotti, previa consultazione ed approvazione dell'Osservatorio regionale Salute/Ambiente, documenti tecnici in ambito di promozione e prevenzione della salute da mettere a disposizione in conformità con quanto prescritto nell'Allegato 1 "prevenzione collettiva e sanità pubblica", Area B, del DPCM 12 gennaio 2017 (LEA) con particolare riferimento ai Punti B3, B4, B5, B7 e B8.

Successivamente sarà attivato uno specifico gruppo di lavoro, composto dai referenti della Direzione Salute e welfare, di ANCI Umbria, dell'Osservatorio regionale Salute/ambiente, dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali, dell'ARPA, cui sarà affidato il compito di elaborare un documento tecnico contenente l'accordo con particolare riferimento a "Obiettivi, criteri, metodi, strumenti e modalità di applicazione per una pianificazione urbana in un'ottica di salute pubblica" da proporre alla Giunta regionale per la sua adozione e, successivamente ai Comunali per l'applicazione nell'attività amministrativa.

Agli operatori sanitari, inoltre, sarà affidato il compito di supportare le Amministrazioni comunali ponendo a disposizione le loro competenze nell'attività, in capo ai Comuni, di pianificazione degli ambienti urbani (Piani Urbani di Mobilità Sostenibile) e la predisposizione di soluzioni particolarmente attente al rapporto tra salute e ambiente urbano così come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Indicatori

- 1) Offerta, entro il 2022, di un programma formativo su obiettivi, criteri, metodi e strumenti per la redazione di pianificazioni urbane in un'ottica di salute pubblica
- 2) Formalizzazione ed Adozione, entro il 2023, della deliberazione di Giunta regionale
(Standard: formalizzazione, entro il 2023, della delibera regionale)

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (5 di 13)	PARTECIPAZIONE AL COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO PER LA REDAZIONE DEL PIANO REGIONALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEI RIFIUTI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La gestione dei rifiuti derivanti dalle attività umane (sia domestiche, ovvero i rifiuti urbani, sia economiche, ovvero i rifiuti speciali) è una problematica particolarmente complessa che coinvolge aspetti molto diversi, di carattere non solo strettamente tecnico e ambientale, ma anche economico, sociale e sanitario. Alla Regione compete, fatte salve le problematiche a carattere sovranazionale (di competenza statale), la pianificazione in materia di gestione dei rifiuti, e l'approvazione dei progetti di nuovi impianti per la gestione di rifiuti, anche pericolosi, e l'autorizzazione alle modifiche degli impianti esistenti.

Con il Piano regionale di gestione dei rifiuti è stata disciplinata l'organizzazione, sia tecnica che amministrativa, in materia di gestione dei rifiuti urbani e speciali, finalizzata ad ottenere un sistema integrato orientato al potenziamento della raccolta differenziata, al recupero ed al riciclo dei materiali, in modo da minimizzare il ricorso al conferimento in discarica.

L'attività di pianificazione fa da cornice ad azioni di incentivazione per l'incremento della raccolta differenziata, di comunicazione e sensibilizzazione finalizzate alla riduzione della produzione di rifiuti ed alla raccolta differenziata.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



A questo proposito, gli studi epidemiologici hanno permesso di approfondire gli effetti sanitari provocati dalle discariche di rifiuti pericolosi e di quelle non autorizzate. Gli studi sull'impatto delle discariche illegali (si definiscono "discariche non autorizzate" i siti di abbandono illegali e le discariche autorizzate ma con tipologia di rifiuti diversi da quelli previsti, costruite cioè al di fuori delle norme di legge e in assenza dei presidi preposti al contenimento delle emissioni e al recupero del percolato) condotti in Italia - in particolare in Campania - a partire dal 2000, suggeriscono possibili danni alla salute della popolazione che risiede vicino ai siti illegali di smaltimento. Gli impianti non a norma, infatti, determinano inquinamento diffuso, a causa della diffusione di sostanze nocive in aria, acqua, suolo e catena alimentare.

Per le discariche di rifiuti pericolosi ci sono indizi di un piccolo aumento del rischio di malformazioni congenite, e di un aumento più consistente del rischio di basso peso alla nascita. Sono inoltre da considerare elevate le probabilità di un eccesso di rischio per tumori. Di contro nella nostra Regione non sono funzionanti impianti di incenerimento.

Con questa azione si intende contribuire, alla redazione dell'aggiornamento del Piano regionale per la Gestione Integrata dei Rifiuti di competenza della Direzione regionale Ambiente, ponendo particolare attenzione agli aspetti di competenza sanitaria e preventiva ed esprimendo un parere sulla nocività per la salute delle modalità di trattamento dei rifiuti, per sostenere le scelte dei decisori rispetto alla sicurezza degli impianti e alla dislocazione dei nuovi impianti. Ulteriore compito, non ignorando gli effetti sulla salute di modalità improprie o illecite di trattamento dei rifiuti, sarà quello di raccomandare, se necessaria, l'adozione di azioni di protezione della popolazione esposta o l'avvio di indagini e studi analitici sugli effetti sulla salute per le popolazioni esposte o piani di sorveglianza specifici soprattutto in presenza di discariche illegali o inceneritori di vecchia generazione.

Indicatore

Partecipazione ai lavori di aggiornamento del Piano regionale per la Gestione Integrata dei Rifiuti con elaborazione di un documento tecnico sugli aspetti preventivi e sanitari da considerare per la sicurezza degli operatori di settore e per la popolazione.

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (6 di 13)	INDIVIDUAZIONE DI METODI E STRUMENTI PER EFFETTUARE LA VALUTAZIONE RISCHIO PER LA SALUTE E DI IMPATTO SANITARIO (VIS) DI DETERMINATI PROGETTI DI NUOVI IMPIANTI INDUSTRIALI O MODIFICHE SOSTANZIALI DI IMPIANTI ESISTENTI DA EFFETTUARE NELL'AMBITO DI PROCEDIMENTI AMBIENTALI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità;altro:Direzione regionale Ambiente, Osservatorio regionale Salute/Ambiente, ARPA, ANCI

DESCRIZIONE

Attraverso la realizzazione di una serie di incontri promossi dalla Direzione Salute e welfare si intende promuovere, in accordo con i referenti regionali della Direzione Ambiente e con gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali (servi ISP e PSAL), previo assenso dell'Osservatorio regionale Salute/Ambiente, e in

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



collaborazione con ARPA e ANCI, l'adozione da parte della Giunta regionale di una deliberazione contenente le "Linee di indirizzo regionali per la redazione di **Valutazioni Rischio per la salute e di Impatto Sanitario (VIS)** in procedimenti ambientali, per tutti i nuovi insediamenti produttivi" in conformità con la legislazione vigente. Le VIS, elaborate sulla base delle indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità, si configurano come lo strumento più adeguato per gettare le basi per lo sviluppo di una strategia regionale in materia ambientale nella quale si tengano nella giusta considerazione, fin dalla fase di progettazione di nuovi insediamenti produttivi, la qualità e la quantità delle emissioni nell'atmosfera di sostanze potenzialmente inquinanti e la loro possibile ricaduta sulle condizioni di salute della popolazione con particolare riferimento alle persone maggiormente esposte e/o più vulnerabili.

L'attività redazionale sarà preceduta da una o più iniziative di natura formativa tesa a fornire agli operatori sanitari e ambientali conoscenze e competenze in materia di VIS individuando, già per il 2022, la calendarizzazione di un seminario di sensibilizzazione rivolto al mondo degli addetti ai lavori da tenere in collaborazione con l'ISS nonché con altre Regioni che hanno sviluppato esperienza in materia.

Con il programma formativo si vuole sperimentare, in forma embrionale ma concreta, il metodo di confronto/collaborazione all'interno di una comunità istituzionale e professionale accomunata dall'obiettivo della salute e sicurezza dei cittadini e dei lavoratori, creando una base comune di riferimenti culturali, normativi e un linguaggio condiviso.

Successivamente sarà attivato uno specifico gruppo di lavoro, composto dai referenti della Direzione Salute e welfare, della Direzione Ambiente, dell'Osservatorio regionale Salute/ambiente, dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali, dell'ARPA e di ANCI Umbria, cui sarà affidato il compito di elaborare un documento tecnico contenente "Criteri, metodi, strumenti e modalità di applicazione delle VIS in procedimenti ambientali" da proporre alla Giunta regionale per la sua adozione.

Indicatori

1) Offerta, entro il 2022, di un programma formativo su criteri, metodi e strumenti per la redazione della VIS

2) Formalizzazione ed Adozione, entro il 2023, della deliberazione di Giunta regionale

(Standard: formalizzazione, entro il 2023, della delibera regionale)

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (7 di 13)	INTERVENTI DI ADVOCACY NELLE POLITICHE E NEGLI ATTI DI PROGRAMMAZIONE DI ALTRI SETTORI REGIONALI (AMBIENTE, TRASPORTI, EDILIZIA, URBANISTICA, AGRICOLTURA, ENERGIA, ISTRUZIONE)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità;altro:Osservatorio regionale Salute/Ambiente, Altre direzioni regionali

DESCRIZIONE

In occasione della definizione di Piani e Programmi regionali di competenza di altre Direzioni regionali, nella cornice del modello "Salute in tutte le politiche", si intende promuovere, attraverso la partecipazione alla loro redazione, l'approccio One Health per assicurare l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



della salute con particolare riferimento alla qualità dell'aria, alla raccolta dei rifiuti solidi urbani, alla pianificazione urbanistica ed edilizia di natura pubblica e privata, gettando le basi per lo sviluppo di una strategia regionale in materia di promozione della salute in ambito ambientale.

A tal fine saranno prodotti, in collaborazione con i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione e previa consultazione ed approvazione dell'Osservatorio regionale Salute/Ambiente, documenti tecnici in ambito di promozione e prevenzione della salute da mettere a disposizione in conformità con quanto prescritto nell'Allegato 1 "prevenzione collettiva e sanità pubblica", Area B, del DPCM 12 gennaio 2017 (LEA) con particolare riferimento ai Punti B3, B4, B5 e B7.

Attraverso la partecipazione a detti percorsi redazionali, oltre ad aumentare conoscenze e competenze, si mira a potenziare:

- la consapevolezza di operare per un obiettivo comune e quindi il senso di appartenenza ad un sistema;
- la capacità di lavorare insieme per il raggiungimento dell'obiettivo comune;
- la corresponsabilizzazione verso il raggiungimento dell'obiettivo;
- la reciproca fiducia;
- l'empowerment.

Indicatori

Offerta di partecipazione a percorsi redazionali di Piano e programmi regionali di competenza di altre Direzioni con la presentazione di documenti tecnici in materia di promozione e prevenzione della salute.

(Standard: almeno 1 documento tecnico da inserire in programma regionale entro il 2022)

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (8 di 13)	CONTROLLO DELLE POPOLAZIONI DEGLI ANIMALI SELVATICI AI FINI DELLA SALUTE UMANA E DELL'EQUILIBRIO TRA UOMO – ANIMALE – AMBIENTE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Il controllo delle popolazioni degli animali selvatici ai fini della salute umana e dell'equilibrio tra uomo – animale – ambiente fa parte delle attività di sanità pubblica veterinaria, inserite in un generale contesto di prevenzione collettiva.

E' infatti universalmente riconosciuto che uno dei più importanti indicatori della salute di un ecosistema è rappresentato dallo stato sanitario degli animali che ne fanno parte. Gli animali selvatici sono quindi importanti bio-indicatori e costituiscono un patrimonio rilevante di biodiversità da tutelare e salvaguardare.

I Servizi Veterinari Territoriali della ASL e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche, in collaborazione con altri enti istituzionali (Provincia, Corpo Forestale dello Stato, Enti Parchi ecc), hanno iniziato un'attività di controllo sanitario su un campione di animali selvatici, rinvenuti vivi nel territorio. Tali controlli si pongono l'obiettivo di monitorare alcune problematiche igienico-sanitarie di rilevante interesse.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Nel campo delle malattie infettive e parassitarie, ad esempio, oltre ad alcune indagini sullo stato di salute delle popolazioni monitorate, si lavora per conoscere il ruolo degli animali selvatici nel trasmettere, mantenere o magari solo rivelare, alcune patologie che possono colpire anche l'uomo e/o gli animali domestici (sia quelli impiegati a scopo zootecnico che quelli cosiddetti "da compagnia").

Anche nel settore dei contaminanti chimici, gli animali selvatici rappresentano degli ottimi biomarkers del livello di contaminazione ambientale. Soprattutto alcune specie che si pongono in posizioni apicali nella catena alimentare (es. rapaci, mammiferi carnivori, ecc.), possono accumulare nel proprio organismo numerose sostanze chimiche, generalmente tossiche.

Quest'ultime si possono trovare nei terreni, nelle acque, nelle piante sotto forma di residui accidentali o intenzionalmente distribuite dall'uomo (il fenomeno degli avvelenamenti o delle esche avvelenate sembra tutt'altro che trascurabile).

L'analisi dei dati di tali monitoraggi rappresenterà un supporto tecnico-scientifico indispensabile per la elaborazione, se necessario, di adeguate misure di salvaguardia dell'uomo, degli animali e dell'ambiente.

Con questa azione si intende partecipare ai gruppi di lavoro cui è affidato il compito di monitorare e controllare le popolazioni degli animali selvatici ai fini della salute umana e dell'equilibrio tra uomo – animale – ambiente.

Indicatore

Partecipazione, entro il 2025, ad almeno un gruppo di lavoro di livello regionale o sub-regionale

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (9 di 13)	MAPPATURA DEI SITI REGIONALI, DI NATURA SANITARIA E NON SANITARIA, CHE PREVEDONO LA DETENZIONE, L'UTILIZZO, LA RACCOLTA E LO SMALTIMENTO DI STRUMENTAZIONI E SOSTANZE CHE EMETTONO RADIAZIONI IONIZZANTI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità;altro:Prefetture di Perugia e di Terni, ARPA Umbria, Osservatorio regionale Salute/Ambiente, Università degli Studi di Perugia, Ordini professionali

DESCRIZIONE

Con questa azione, in accordo con le Prefetture di Perugia e di Terni e con la collaborazione di ARPA Umbria e i competenti servizi (ISP e PSAL) dei Dipartimenti di Prevenzione, si intende procedere alla mappatura di tutti i siti regionali, di natura sanitaria, industriale e commerciale in cui è prevista la detenzione, l'utilizzo, la raccolta e lo smaltimento di strumentazioni e sostanze che emettono radiazioni ionizzanti.

La mappatura sarà realizzata su supporto informatico e prevederà la raccolta di informazioni riguardanti:

- la natura pubblica o privata del sito,
- la denominazione,
- il responsabile legale,
- la sede ove si svolge l'attività o i luoghi ove si svolge l'attività itinerante,

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- e) le misure di protezione dei lavoratori e degli utenti,
- f) la presenza dell'esperto di protezione e le sue specifiche attività,
- g) la presenza di uno più medici autorizzati alla sorveglianza sanitaria degli esposti e le attività svolte,
- h) le misure adottate per evitare l'esposizione della popolazione,
- i) le modalità di controllo delle esposizioni mediche,
- l) le attività di formazione del personale,
- m) la tenuta della documentazione,
- n) ogni altra informazione utile a conformarsi alle norme del decreto legislativo 101/2020.

La mappatura si configura come atto preliminare per la realizzazione del controllo sulla radioattività ambientale, per la valutazione delle esposizioni a scopo medico delle radiazioni ionizzanti e per la realizzazione di audit clinici. Per la sua realizzazione sarà costituito uno specifico gruppo regionale di natura tecnico-istituzionale che sarà coordinato dalla Direzione regionale Salute e welfare e sarà composto dai referenti delle Prefetture di Perugia e di Terni, dai membri dell'Osservatorio regionale Salute/Ambiente, dai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL e i referenti dei Servizi ISP e PSAL, dai competenti servizi di ARPA Umbria. Al gruppo, se ritenuto necessario, saranno invitati i referenti esperti in materia dell'Università degli Studi di Perugia e i rappresentanti degli Ordini dei Medici di Perugia e di Terni e di altri Ordini professionali aventi interesse in materia.

Indicatore

Formalizzazione, entro il 2024, della mappatura dei siti regionali, di natura sanitaria e non sanitaria, che prevedono la detenzione, l'utilizzo, la raccolta e lo smaltimento di strumentazioni e sostanze che emettono radiazioni ionizzanti

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (10 di 13)	ATTIVITÀ DI ANALISI E MAPPATURA DEI SITI CONTENENTI RADON
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.11 Attività di “Ricerca –Azione” finalizzata a processi partecipati, HEA, ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;altro:ARPA Umbria, Osservatorio regionale Salute/ambiente

DESCRIZIONE

Con questa azione si intende promuovere, sulla base delle prescrizioni contenute nel decreto legislativo n. 101/2020, la prevenzione e/o la riduzione dei rischi, a medio e lungo termine, connessi all'esposizione al radon attraverso la realizzazione di una serie di azioni tese, da una parte, ad individuare le aree prioritarie nelle quali la stima della percentuale di edifici che supera il livello di 300 Bq m⁻³ è pari o superiore al 15% attraverso la misurazione della concentrazione di radon da effettuarsi sia in locali situati al pianterreno o a un livello semi sotterraneo o sotterraneo situati in aree prioritarie che in abitazioni costruite in tufo, e, dall'altra, alla realizzazione di campagne di informazione e sensibilizzazione della popolazione sul radon focalizzando l'attenzione sia sulle possibili aree prioritarie presenti sul territorio regionale sia all'uso del tufo come materiale da costruzione.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Nelle aree definite “prioritarie” la misurazione della concentrazione di radon sarà estesa alle strutture sanitarie e sociosanitarie nonché sugli edifici facenti parte del patrimonio residenziale pubblico.

Ulteriore attenzione sarà posta allo studio di possibili azioni di bonifica dal radon in edifici realizzati in tufo anche nell’ambito delle buone pratiche di sostenibilità nella ristrutturazione per l’efficientamento energetico degli edifici.

L’attività di studio e mappatura, previa consultazione dell'Osservatorio regionale Salute/Ambiente, sarà realizzata con la collaborazione dell'ARPA e dei competenti Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali mentre l’attività di comunicazione e sensibilizzazione sarà realizzata in collaborazione con ANCI, gli amministratori di condominio e gli ordini professionali degli ingegneri.

Indicatori

- 1) l'attività di studio e mappatura sarà realizzata entro il 2023
- 2) l'attività di comunicazione del rischio sarà realizzata entro il 2024
- 3) il documento tecnico sulle buone pratiche per la costruzione e la ristrutturazione di edifici sarà realizzata entro il 2025

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (11 di 13)	STUDIO DELLA RELAZIONE TRA QUALITÀ DELL'ARIA NEI SITI A MAGGIOR CARICO INQUINANTE E RICADUTE SULLA SALUTE DELLE PERSONE E ATTIVITÀ DI FORMAZIONE DEGLI OPERATORI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.11 Attività di “Ricerca –Azione” finalizzata a processi partecipati, HEA, ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;altro:Osservatorio regionale Salute/Ambiente, ANCI, ARPA, Amministrazioni comunali interessate da fenomeni di inquinamento atmosferico

DESCRIZIONE

Attraverso un’attività di studio e ricerca sul campo, in accordo con l'Osservatorio regionale Salute/Ambiente, sarà indagato il rapporto esistente tra la presenza in atmosfera di sostanze inquinanti (aria, suolo) e ricadute sulla salute delle persone con particolare riferimento, da una parte, alle popolazioni residenti nei grandi agglomerati urbani (Perugia, Terni, Foligno, Città di Castello, Gubbio, etc.) e, dall'altra, alle persone esposte alle emissioni di impianti produttivi inquinanti (Conca ternana, Gubbio, etc.) con particolare riferimento ai soggetti più vulnerabili.

Sulla base degli esiti dell’attività di studio ed analisi di cui sopra, sarà realizzata una attività di formazione e aggiornamento professionale rivolta ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, agli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione da realizzare anche congiuntamente con gli addetti ai lavori della protezione ambientale.

Il programma formativo vuole sperimentare, in forma embrionale ma concreta, il metodo di confronto/collaborazione all’interno di una comunità istituzionale e professionale accomunata dall’obiettivo della salute e sicurezza dei cittadini e dei lavoratori, creando una base comune di riferimenti culturali, normativi e un linguaggio condiviso.

Indicatori

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- 1) realizzazione di uno studio su inquinamento e ricadute sulla salute di gruppi di popolazione esposta al rischio e/o più vulnerabile
 2) realizzazione di almeno due corsi di formazione per operatori sanitari sugli esiti dell'attività di studio
 (Standard: almeno 1 studio entro il 2022 e un percorso formativo ogni anno a partire dal 2023)

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (12 di 13)	PARTECIPAZIONE ALLA REDAZIONE DEI PIANI DI SICUREZZA DELLE ACQUE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.7 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione protocolli, percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità;altro:Soggetti Gestori degli acquedotti pubblici, AURI (Autorità Umbra per rifiuti e idrico), ARPA Umbria

DESCRIZIONE

I Piani di sicurezza dell'acqua (PSA, water safety plans) costituiscono un sistema integrato di prevenzione e controllo basato sull'analisi di rischio sito-specifica estesa all'intera filiera idro-potabile, che, formulato dall'OMS nel 2004 e trasposto in seguito sul piano normativo, segna un passo fondamentale per rafforzare la qualità delle acque a tutela della salute umana. L'introduzione dei PSA, secondo le linee guida dell'ISS-Ministero della Salute, persegue importanti obiettivi tra cui:

- prevenire efficacemente emergenze idro-potabili dovute a parametri non oggetto di ordinario monitoraggio, considerando ogni plausibile evento pericoloso nelle sorgenti, nella captazioni e nell'intera filiera idro-potabile, proiettato nello scenario dei cambiamenti ambientali e climatici in atto;
- aumentare la capacità di intercettare precocemente eventi di contaminazioni grazie a sistemi on-line e early-warning;
- ridefinire le zone di protezione delle aree di captazione delle acque;
- potenziare la condivisione d'informazioni e dati, come espressione della dovuta diligenza, tra le istituzioni che in diversi ambiti di competenza, operano monitoraggi e protezione del territorio e della salute;
- consentire una partecipazione dei cittadini più consapevole e attiva, migliorando la comunicazione in situazioni ordinarie e critiche.

Con questa azione il Servizio Prevenzione intende partecipare alla redazione dei PSA, di competenza dei Soggetti gestori degli acquedotti pubblici al fine di rendere uniformi, per tutto il territorio regionale, i percorsi di formazione degli operatori e la redazione dei Piani, con particolare attenzione ai criteri di protezione delle acque destinate al consumo umano e alle modalità di controllo e vigilanza da adottare per assicurare la sicurezza delle acque.

Indicatori

Partecipazione alla redazione dei PSA

Standard: Formalizzazione, nell'ambito di un seminario, dei PSA entro il 2025

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (13 di 13)	PREVENZIONE DEI DANNI SULLA SALUTE CAUSATI DA CONDIZIONI CLIMATICHE ESTREME
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.11 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;terza età
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità;altro:Osservatorio regionale Salute/Ambiente, associazioni di volontariato e di promozione sociale, sindacati per i pensionati, università della terza età, Uffici della Cittadinanza

DESCRIZIONE

Al fine di prevenire o mitigare gli effetti sulla salute di soggetti considerati “a rischio”, provocati da possibili ondate di calore o da temperature estremamente rigide, saranno confermate, nei prossimi anni, le deliberazioni contenenti “Linee di indirizzo regionali per la prevenzione e la gestione degli effetti del caldo sulla salute e l'emergenza freddo” elaborate dalla Regione Umbria in accordo con le Prefetture di Perugia e Terni.

Contestualmente, oltre a monitorare l'attuazione, da parte delle 12 zone sociali dell'Umbria, dei rispettivi Piani di gestione delle ondate di calore e dell'emergenza freddo si provvederà a realizzare, con il contributo dei Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL e previo assenso dell'Osservatorio regionale Salute e Ambiente, due distinte attività tese a:

- rafforzare le capacità adattiva e la risposta della popolazione con particolare riferimento alle persone anziane e a quelle più vulnerabili attraverso la realizzazione di due specifiche campagne di comunicazione e sensibilizzazione alle quali affidare il compito di veicolare, da una parte, i rischi per la salute connessi agli eventi climatici estremi e, dall'altra, i comportamenti più adeguati e le misure da adottare per ridurne o mitigarne gli effetti. Le fasi di divulgazione dei materiali delle campagne saranno realizzate in collaborazione con ANCI Umbria, il Terzo settore (CESVOL, Associazioni di Volontariato e di promozione sociale), le Università per la terza età (o per le tre età), i Sindacati per i pensionati; il materiale sarà presente negli Uffici della Cittadinanza delle Amministrazioni comunali, negli ambulatori dei medici di Medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, nei Centri di salute delle Aziende Sanitarie Locali e nei Centri Unici di Prenotazione regionali.

Le due campagne di comunicazione sono identificate come azione equity oriented; l'ideazione e la prefigurazione dei materiali - in formato cartaceo, audio/video e digitale - della campagna informativa avranno come target prioritari sia le persone anziane, soprattutto quelle che vivono in famiglie unipersonali o in coppia con un coniuge d'età avanzata, sia le persone più vulnerabili (persone portatrici di patologie tumorali, cronico-degenerative, dell'apparato respiratorio, donne in avanzato stato di gravidanza, neonati e bambini, etc.), facendo esplicito riferimento sia ai fattori di rischio per la salute (già evidenziati nel profilo di salute) sia su quelli su cui maggiormente insiste la diseguità, ovvero su: ridotta autonomia (per la patologia o per l'età) e difficoltà a mettere in atto soluzioni adeguate alle diverse ed avverse condizioni climatiche, scarsa disponibilità di risorse economiche, condizioni abitative disagiate, etc.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- aggiornare, attraverso momenti seminariali, gli operatori sanitari, con particolare riferimento ai medici di Medicina generale, ai Pediatri di libera scelta e ai medici dei Centri di salute, sulle conseguenze per la salute provocate dagli eventi climatici estremi (caldo, freddo) e sulle modalità per mitigarne gli effetti. La formazione sarà realizzata in collaborazione le Aziende Sanitarie umbre e con gli Ordini dei medici delle provincie di Perugia e di Terni.

Indicatori

- 1) realizzare due campagne di comunicazione di cui, la prima dedicata alle ondate di calore, entro il 2023 e , la seconda dedicata all'emergenza freddo, entro il 2024
- 2) realizzare almeno due corsi di formazione destinati agli operatori sanitari entro il 2024

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Campagna di comunicazione su ondate di calore
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	I sanitari resisi disponibili saranno coinvolti in una attività di formazione ed addestramento, della durata di almeno 4 ore, che precederà l'avvio della distribuzione dei materiali della campagna e che sarà centrata, in via prioritaria, da un lato, sui criteri da adottare per la scelta delle situazioni a più elevato livello di vulnerabilità e, dall'altro, per le modalità di gestione della comunicazione interpersonale.
ATTORI COINVOLTI	Trattandosi della prima esperienza e non potendo disporre di dati pregressi, la campagna, da considerare sperimentale, si pone l'obiettivo di coinvolgere in tale attività divulgativa ed informativa almeno 20 operatori sanitari (MMG e Pediatri di libera scelta) di cui 13 operanti nella ASL Umbria 1 e 7 nella ASL Umbria 2.
INDICATORE	Numero di soggetti vulnerabili raggiunti dalla comunicazione del sanitario che ha aderito alla campagna • Formula: Anno 2022: Numero di personale sanitario coinvolto = almeno 20 (MMG e/o Pediatri) • Anno 2023: Numero di assistiti dal sanitario raggiunti dalla comunicazione = almeno n. 20 soggetti per ogni sanitario per un totale di n. 200 contatti • Standard Nell'arco del periodo di vigenza del PRP 2020-2025 si intende realizzare una campagna di comunicazione e sensibilizzazione in materia di "ondate di calore ed effetti sulla salute delle persone", rivolta in particolare ai soggetti più vulnerabili e in condizione di disuguaglianza. L'attività di divulgazione sarà gestita direttamente dagli operatori sanitari resisi disponibili previa realizzazione di un momento seminariale destinato a concordare la scelta dei criteri per la selezione degli assistiti e per le scelte comunicative da adottare in occasione della distribuzione del materiale cartaceo. Ai sanitari coinvolti sarà richiesto di registrare su una scheda, nel più assoluto rispetto della privacy, l'avvenuto contatto. • Fonte Scheda di rilevazione concordata con il sanitario

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.10 PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza

3.10.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP10
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Giampaolo Bucaneve
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO6 Malattie infettive prioritarie
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO6-24 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) - MO6-25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario (One Health) - MO6-26 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici - MO6-27 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni ministeriali - MO6-28 Sviluppare programmi di Antimicrobial stewardship (AS)
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO6LScc Esistenza di un sistema regionale di monitoraggio dell'uso dei prodotti idroalcolici - MO6LSz Assicurare che la sorveglianza nazionale delle batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi abbia una copertura elevata - MO6LSaa Interventi per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario - MO6LSx Attivazione in tutte le Regioni di un sistema regionale di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano, basato sui dati di laboratorio, che coinvolga tutti i laboratori degli ospedali pubblici e privati secondo le indicazioni nazionali - MO6LSy Monitoraggio del consumo antibiotici in ambito umano e veterinario - MO6LSbb - Interventi per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito umano - - MO6LSdd Interventi per ridurre la trasmissione in ambito assistenziale

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	- MO6LSee Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici - MO6LSff Formazione sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA
LEA	- A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive - A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive - D08 Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza - allegato 2 Assistenza Distrettuale - allegato 3 Assistenza Ospedaliera

3.10.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed analisi di contesto

LA EPIDEMIOLOGIA DELL'ANTIMICROBICO RESISTENZA NELLA REGIONE UMBRIA**a) Ambito Umano**

I dati di sorveglianza della AMR, attualmente disponibili, sono quelli provenienti dal monitoraggio dei risultati delle emocolture e del liquor da pazienti ricoverati in ambiente Ospedaliero.

Sono sottoposti a sorveglianza gli ospedali che risultano partecipare al sistema di sorveglianza coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità attraverso il progetto ARISS.

Nel 2019, sono stati valutati un totale di 3212 episodi batteriemici. Nel complesso, a livello ospedaliero, per il 2019 circa il 60% delle batteriemie risulta causato da cocci Gram-positivi. Tra i Gram-positivi prevalgono gli stafilococchi che rappresentano oltre il 70% degli isolati di questo gruppo con *Safilococcus aureus* rappresentante circa il 20% del totale. Al secondo posto fra i Gram-positivi troviamo la specie degli enterococchi, l'11% del totale seguiti dagli streptococchi (*streptococcus pneumoniae* : 2%; altri streptococchi 4%).

Invece, tra i germi Gram-negativi, *escherichia coli* risulta essere di gran lunga il patogeno maggiormente isolato (47% del totale dei Gram-negativi), seguito dal genere *Klebsiella* spp pari al 25% (di cui il 16% rappresentato da *klebsiella pneumoniae*) del totale dei Gram-negativi. Il genere *pseudomonas* nel complesso occupa il terzo posto, con circa il 9% del totale rappresentato quasi totalmente da *pseudomonas aeruginosa* mentre è da segnalare che il 5% di tutti i Gram negativi è rappresentato dal genere *Acynetobacter* spp.

Patogeni GRAM-positivi: profili di resistenza alle varie classi di antibiotici

Il profilo di resistenza degli isolati ospedalieri appartenenti alla classe dei Gram-positivi è illustrato nella Tabella 1. Il dato di resistenza, viene espresso in percentuale numerica rispetto al totale degli isolati testati. Inoltre, seguendo la metodologia utilizzata dall'ECDC, il dato viene anche espresso in un analogo visivo con colorazioni varianti dal verde al marrone scuro che rappresentano i diversi range di resistenza (in percentuale) seguendo una sequenza dal valore più basso (verde brillante) a quello più elevato (marrone scuro).

Tabella 1. Antibiotico Resistenza (%) dei Gram-positivi isolati dal sangue negli Ospedali Umbri : Variazioni 2017-2019 e confronto con il dato nazionale 2019.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



UMBRIA % Resistenza				Italia
OXACILLINA	2019	2018	2017	2019
<i>Stafilococcus aureus</i>	32	34	22	35,6
<i>Stafilococcus coag.neg</i>	75	75	77,5	
VANCOMICINA	2019	2018	2017	2019
<i>Stafilococcus aureus</i>	1	1,5	1	0,3
<i>Stafilococcus coag.neg</i>	2	1	3,4	
<i>Enterococcus faecalis</i>	6	4,7	4,7	1,7
<i>Enterococcus faecium</i>	37	39,7	32,3	21,3

	≤ 1%
	1% - ≤5%
	5% - <10%
	10% - <25%
	25% - <50%
	≥50%

Relativamente al profilo di resistenza dei patogeni Gram-positivi, la regione Umbria si pone, per il 2019, leggermente al di sotto del dato medio italiano per quanto riguarda la Oxacillino-resistenza dello stafilococcus aureus (32% vs. 35,6%). E' comunque di rilievo il fatto che per stafilococcus aureus la resistenza ai glicopeptidi è molto basso e costante negli anni (1%).

Un dato abbastanza critico a livello regionale è invece quello che si riscontra relativamente alla specie enterococcus. Infatti valutando i livelli di resistenza regionale ai glicopeptidi sia di enterococcus faecium che di enterococcus faecalis, si evidenzia un dato in netto incremento per enterococcus faecalis (dal 4,7% del 2018 al 6% del 2019) ed un elevata resistenza per enterococcus faecium (37%) anche se in riduzione rispetto al 2018.

Patogeni GRAM-negativi: profili di resistenza alle varie classi di antibiotici

Nella Tabella 2 e nella Tabella 3 è riportato il quadro epidemiologico regionale delle resistenze ospedaliere dei patogeni Gram-negativi isolati dal sangue nei riguardi delle cefalosporine di III° generazione, dei fluorochinoloni e dei carbapenemici.

Tabella 2. Antibiotico Resistenza (%) dei Gram-negativi isolati dal sangue negli Ospedali Umbri alle Cefalosporine di III° generazione e Fluorochinoloni - Variazioni 2017-2019 e confronto con il dato nazionale 2019.

UMBRIA (% Resistenza)				ITALIA
CEFALOSP. III° GEN.	2019	2018	2017	2019
<i>E. Coli</i>	29	31	34	25,8
<i>Klebsiella pn.</i>	55	63	57	55,5
<i>Ps. Aeruginosa</i>	22	19	12	19,1
CHINOLONI	2019	2018	2017	2019
<i>E. Coli</i>	45	57	56	40,6
<i>Klebsiella pn.</i>	54	60	59	54,8
<i>Ps. Aeruginosa</i>	25	22	22	20,6
<i>Acynetobacter spp</i>	76	74	72	81

	≤ 1%
	1% - ≤5%
	5% - <10%
	10% - <25%
	25% - <50%
	≥50%

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Relativamente al profilo di resistenza dei patogeni Gram-negativi nei riguardi delle cefalosporine di III° generazione, la regione Umbria si pone, per il 2019, più o meno agli stessi livelli del dato medio italiano per lo stesso anno. Il dato è in miglioramento rispetto al 2018 per quanto riguarda *Escherichia coli* (29%) e *Klebsiella pneumoniae* (55%) ma è in lieve peggioramento per quanto concerne *Pseudomonas aeruginosa* (22%). Parlando invece dei Fluorochinoloni, i livelli di resistenza per i Gram-negativi risultano nel complesso elevati anche se più o meno in linea con il dato medio nazionale 2019.

Tabella 3. Antibiotico Resistenza (%) dei Gram-negativi isolati dal sangue negli Ospedali Umbri ai Carbapenemi - Variazioni 2017-2019 e confronto con il dato nazionale 2019.

UMBRIA (% Resistenza)				ITALIA
CARBAPENEMI	2019	2018	2017	2019
<i>E. Coli</i>	0	0,7	0,75	0,3
<i>Klebsiella pn.</i>	41	38	35	27,7
<i>Ps. Aeruginosa</i>	17	22	17	18,6
<i>Acinetobacter spp</i>	76	80	79	78,9

	≤ 1%
	1% - ≤5%
	5% - <10%
	10% - <25%
	25% - <50%
	≥50%

Relativamente ai carbapenemi, la regione Umbria, anche se con valori tendenzialmente più elevati, si attesta nelle stesse fasce di resistenza del dato nazionale medio. Il quadro è in miglioramento rispetto al 2018 per quanto riguarda *Pseudomonas aeruginosa* (17% vs. 22%) ed *Acinetobacter spp* (76% vs. 80%) ma è in lieve peggioramento per quanto concerne *Klebsiella pneumoniae* (41% vs. 38%).

Degno di nota è il fatto che *Escherichia coli*, in linea con il quadro nazionale, presenta un livello di resistenza ai carbapenemi pari allo 0%.

Bisogna comunque sottolineare che, ad eccezione di *Escherichia coli* ed in parte di *Pseudomonas aeruginosa*, per *Klebsiella pneumoniae* ed *Acinetobacter spp* la percentuale di resistenza si situa nelle fasce elevate e questo può spiegare, in parte, l'alta letalità attribuita alle infezioni sostenute da queste due specie.

b) Ambito Veterinario

Il Dipartimento della facoltà di Medicina Veterinaria, in anni recenti, ha svolto studi di sorveglianza mirati a delineare il profilo di resistenza antimicrobica di diverse specie batteriche isolate da vari siti anatomici di animali da compagnia. In particolare, sono stati indagati i patogeni responsabili di infezioni del tratto urinario negli animali da compagnia e di infezioni ombelicali neonatali ed endometrite nel cavallo. I risultati ottenuti indicano che gli animali da compagnia possono essere reservoir di batteri multi-resistenti ai farmaci antimicrobici. L'elevata frequenza di isolamento di batteri resistenti negli anni 2010-2017 fa eco ai dati di sorveglianza riguardanti l'eccessivo impiego di antibiotici in Italia e alle sue conseguenze.

Nel corso del 2017-2018, l'IZSUM (Istituti Zooprofilattici Umbria-Marche) ha svolto una ricerca per indagare la presenza di antibiotico-resistenza nei vitelli di aziende bovine in Umbria. La popolazione target è costituita dai vitelli di età inferiore ai 60 giorni, appartenenti ad aziende bovine umbre, di indirizzo latte e carne, di consistenza pari o superiore ai 50 capi complessivi. Complessivamente, sono incluse 60 aziende da latte e 81 allevamenti da carne. Gli allevamenti campionati rappresentavano il 40.9% di allevamenti con almeno 50 capi presenti in regione (101/247). Il metodo utilizzato nel campionamento è quello indicato nel piano di monitoraggio dell'antibiotico-resistenza in Germania (Hille, 2017). In breve, sono effettuati campioni ambientali nei locali di stabulazione dei vitelli di età < 60gg, tramite la raccolta di tre pool di feci e una soprascarpa da ogni allevamento. (i risultati più dettagliati di questa "survey" sono presentati nella documentazione allegata come file – Ipotesi di Piano Regionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (Ambito Veterinario)).

Piano regionale della prevenzione 2020-2025

**IL CONSUMO DEGLI ANTIBIOTICI NELLA REGIONE UMBRIA****a) Ambito Umano**Livello territoriale

Considerando i dati umbri del 2019, gli antibiotici continuano a rappresentare la categoria terapeutica con il più alto livello di prevalenza. Infatti, circa il 44% della popolazione ha ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno, con un livello di oltre il 60% nella popolazione ultrasettantacinquenne. Rispetto al dato nazionale, l'Umbria si pone al di sotto dei valori medi per quanto riguarda il totale delle DDD/1000 abitanti (19,0 rispetto alle 21,4 della media nazionale). Lo stesso vale per la spesa lorda pro-capite che per l'Umbria risulta pari 11,73 euro rispetto ai 14,3 euro della media italiana. E' importante sottolineare la sostanziale stabilità dei risultati rispetto al 2018 sia sul versante della spesa (+0,2%) che dei consumi espressi in DDD/1000 abitanti (-0,1%).

Come atteso, l'uso di antibiotici nella regione è tipicamente sporadico. Infatti, il 37% degli utilizzatori riceve una sola prescrizione nel corso dell'anno e la durata mediana di trattamento è di 11 giorni. Il consumo di antibiotici è più frequente nelle età estreme e maggiore nelle donne. La tipologia delle classi di antibiotici principalmente utilizzati in ambito comunitario vede rappresentati in maggior misura, i beta-lattamici (p.e. amoxicillina+ ac. clavulanico), i macrolidi (p.e. claritromicina) ed infine i fluorochinoloni (p.e. ciprofloxacina e levofloxacina). Infine, considerando la prescrizione di antibiotici in rapporto alla variabilità fra distretti si conferma, nel corso del 2019, una certa variabilità, anche se contenuta. In termini di prevalenza il range di variabilità risulta compreso fra il 40,5% del Distretto di Norcia e il 47,4% di quello di Gualdo-Gubbio (per una trattazione più estesa si rimanda alla documentazione in Allegato).

Livello Ospedaliero

Esistono informazioni sui consumi di antibiotici effettuati nel corso dei ricoveri ordinari, escludendo le somministrazioni ambulatoriali e/o in regime di Day Hospital e Day Service così come la distribuzione diretta e per conto.

Come per la spesa territoriale, negli ultimi 3 anni, anche la spesa ospedaliera regionale per antibiotici, ha mostrato una lieve e graduale riduzione e si è attestata nel 2019 ad un totale di circa 3.624.688 Euro rispetto ai 4.068.721 del 2018. Questo calo ha interessato tutte le Aziende Sanitarie territoriali e ospedaliere anche se in maniera non quantitativamente omogenea.

Nello stesso tempo, quando il dato dei consumi viene valutato in funzione delle DDD/1000 abitanti, si riscontra che il consumo regionale di antibiotici in ospedale nel 2019, pur essendo stato sempre inferiore alla media del dato nazionale ultimo disponibile (2017 - pari a 2,14 DDD/1000 abitanti), è risultato lievemente superiore a quello del 2018 (2019, 1,87 DDD/die per 1000 abitanti vs. 2018, 1,69 DDD/1000) ma comunque inferiore ai consumi del 2017 (1,97 DDD/1000 abitanti).

Rispetto ai consumi comunitari, a livello ospedaliero prevalgono classi di farmaci quali: i beta-lattamici protetti dalle beta-lattamasi, le cefalosporine, i glicopeptidi, e la classe degli "altri antibatterici" nella quale sono inclusi farmaci quali il linezolid e la daptomicina. Queste molecole, sono quelle maggiormente utilizzate nel corso di infezioni gravi e sostenute spesso da germi caratterizzati da profili di antibiotico-resistenza sfavorevoli (per una trattazione più estesa si rimanda alla documentazione in Allegato).

b) Ambito Veterinario

Nel corso del 2019 è stato effettuato un monitoraggio del consumo di antibiotici nelle filiere bovina e suinicola della regione Umbria.

Sono state utilizzate per il calcolo dei consumi, le prescrizioni di antibiotici raccolte nel database della REV (VetInfo). Per il calcolo degli indici di consumo sono stati utilizzati i valori DDDvet (Defined Daily Doses) indicati da EMA o dalle informazioni contenute nel foglietto illustrativo di ciascun medicinale veterinario.

BOVINI. Nel corso dell'anno 2019 sono state prescritte in totale $2484,41 \cdot 10^4$ DDD di antibiotici (somministrazione parenterale ed orale), di cui $1227,22 \cdot 10^4$ di Critically Important Antimicrobials (CIAs). Il 91,07% degli antibiotici totali prescritti è rappresentato da prodotti a somministrazione parenterale, mentre il restante 8.93% dalla via orale. Se si considerano i CIAs, la percentuale risulta essere ancora più alta: il 99,98% degli antibiotici prescritti appartengono a

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



prodotti a somministrazione parenterale (Tabella 1). Il numero di DDD appena riportato equivale a 1218,81 dosi giornaliere di antibiotici totali prescritte ogni 1000 bovini nella regione Umbria, di cui 601,81 di CIAs. Considerando i giorni di trattamento, ogni bovino allevato sul territorio regionale è stato trattato in media 1,33 giorni nel corso dell'anno 2019, di cui 0,66 giorni con antibiotici CIAs. La classe di antibiotico maggiormente prescritta nel 2019 nel settore bovino risulta essere quella dei macrolidi, seguita dalle penicilline e dalle cefalosporine di III generazione. Il ruolo delle scorte nella prescrizione totale di antibiotici in questo settore risulta essere preponderante, rappresentando il 57% degli antibiotici totali prescritti e il 63% dei CIAs.

SUINI. Nel 2019 sono state prescritte in totale $69577,9 \times 10^4$ DDD di antibiotici (somministrazione parenterale, orale e tramite premiscele medicate), di cui $4178,4 \times 10^4$ di CIAs. Il 49% degli antibiotici totali prescritti ha riguardato prodotti a somministrazione orale, mentre il 45% le premiscele medicate ed il restante 6% i prodotti parenterali. Se si considerano i CIAs, le premiscele risultano essere la via di somministrazione preponderante (39%), seguite dai prodotti orali e parenterali (circa 30% ciascuno). Il numero di DDD sopra riportato equivale a 4944,3 dosi giornaliere di antibiotici totali prescritte ogni 1000 suini allevati nella regione Umbria, di cui 296,9 di CIAs. Se si considerano i giorni di trattamento, ogni suino allevato sul territorio regionale è stato trattato con un antibiotico in media 18 giorni nel corso dell'anno 2019, di cui 1,1 giorni con antibiotici CIAs. La classe di antibiotico maggiormente prescritta nel 2019 nel settore suino della regione Umbria risulta essere quella delle penicilline, seguite dai lincosamidi e dalle tetracicline. A differenza dei bovini, l'allevamento suinicolo presenta una minore incidenza di prescrizioni per scorta, le quali influiscono per il 26% sul totale degli antibiotici prescritti, mentre tale percentuale sale al 45% nel caso dei CIAs (per una trattazione più estesa si rimanda alla documentazione in Allegato nella Sezione Azioni).

AMR E PROFILO DI EQUITÀ

Nonostante, l'Assemblea Mondiale della Sanità nel 2015 abbia fissato l'obiettivo di definire un piano d'azione globale per "assicurare il più a lungo possibile, la efficacia degli antimicrobici nel trattamento e nella prevenzione delle malattie infettive", attualmente, uomini, donne e diversi gruppi che compongono la società presentano diversi livelli di comprensione, esposizione e rischio alle resistenze antibiotiche. Esistono evidenze che confermano che le persone più giovani e chi presenta livelli culturali o tassi di scolarizzazione più bassi spesso non hanno nemmeno la conoscenza di quale sia la funzione degli antibiotici e la loro modalità di azione. D'altra parte, è dimostrato che l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici è proporzionale al livello di consapevolezza e conoscenza della problematica delle resistenze da parte dei prescrittori, dei farmacisti e degli stessi politici.

Oggi, è quindi necessario capire meglio come i vari determinanti individuali e sociali siano capaci di influenzare l'esposizione e il comportamento di diversi gruppi della popolazione in relazione all'uso di antibiotici e alle pratiche di prescrizione. Nello stesso tempo, sul piano comunicativo e formativo, è necessario adattare le campagne e i messaggi sanitari allo scopo di raggiungere meglio i gruppi chiave come i giovani ed il personale sanitario.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la resistenza agli antimicrobici, rappresenta una delle maggiori minacce per la salute pubblica a causa dell'impatto epidemiologico ed economico del fenomeno. Una tra le più recenti stime ha evidenziato che, attualmente, l'antimicrobico-resistenza (AMR) è responsabile di circa 50.000 decessi l'anno solo in Europa e negli Stati Uniti, a cui si aggiungono centinaia di migliaia di morti in altre aree del mondo. Sul versante economico, l'impatto della AMR ha conseguenze non solo legate alla perdita di vite ma anche alla perdita di giornate lavorative, oltre al fatto che è responsabile di un aggravio di costi per il Servizio Sanitario Nazionale a causa di un maggiore utilizzo delle risorse sanitarie, di un prolungamento delle degenze, di un maggiore utilizzo di procedure diagnostiche, dell'utilizzo di terapie antimicrobiche più costose (se disponibili).

Nel contesto Europeo, negli ultimi anni, l'Italia si è posizionata tra i Paesi caratterizzati da un profilo di epidemiologico di antimicrobico resistenza tra i peggiori. Per tale ragione il Ministero della Salute pubblicava, nel 2017, il primo Piano Nazionale per il Contrasto all'Anti-microbico Resistenza (PNCAR) 2017-2020 che ha come obiettivo quello di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per contrastare il fenomeno dell'AMR a livello nazionale, regionale e locale. L'approccio seguito, riferendosi alle esperienze internazionali e ai documenti di indirizzo esistenti (UE, OMS), è quello multisettoriale "One Health", cioè una visione che prevede l'integrazione di tutti i settori direttamente interessati al problema: quello umano, veterinario, di sicurezza degli alimenti, agricolo e ambientale.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Tra i principali obiettivi individuati nel PNCAR troviamo il monitoraggio del consumo di antibiotici e quello della antimicrobica resistenza effettuato sia a livello nazionale che regionale/aziendale e sulla cui base si dovrebbero fondare la gran parte degli interventi per il contrasto del fenomeno.

SORVEGLIANZA DELLA ANTIMICROBICO-RESISTENZA (AMR) NELLA REGIONE UMBRIA

a) Ambito Umano

Un monitoraggio regionale analitico della AMR è una acquisizione recente in Umbria, applicata in ambito ospedaliero e frutto del risultato di uno progetto presentato nel Piano Regionale di Prevenzione:2014-201812.

Il progetto prevedeva la costituzione di una rete di sorveglianza che primariamente interessasse gli ospedali regionali e fosse basata sul contributo operativo di tutti i laboratori pubblici operanti a livello regionale in collegamento con le strutture ospedaliere.

La rete è attualmente costituita da 9 laboratori che operano per rispondere alle esigenze di tutto il territorio regionale sia sul versante ospedaliero che su quello comunitario.

Allo scopo di far sì che la regione Umbria potesse al più presto partecipare con il 100% dei suoi laboratori pubblici alla raccolta del debito informativo nei confronti del progetto ARISS coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità ed attualmente considerato riferimento nazionale per questo ambito, l'attività di sorveglianza, degli ultimi due anni, è stata prioritariamente concentrata sul contesto ospedaliero che peraltro è quello che pone in assoluto i maggiori problemi in termini di multi-resistenza. Per tale ragione, al momento non sono disponibili dati regionali aggregati relativi all'epidemiologia delle resistenze a livello comunitario e delle Residenze Protette. I dati di sorveglianza della AMR, attualmente disponibili, sono quelli provenienti dal monitoraggio dei risultati delle emocolture e del liquor da pazienti ricoverati in ambiente Ospedaliero.

Il sistema, attualmente, prevede l'estrazione dei dati microbiologici, in formato XLS (patogeno e profilo di resistenza) anonimizzati, direttamente dalle macchine di analisi secondo modalità standardizzate. I dati, in questo formato, vengono quindi inviati dai Laboratori al Centro di riferimento che è presso l'Azienda Ospedaliera di Terni (S.C. Malattie Infettive) ove con una procedura locale standardizzata, vengono applicati una serie di filtri che servono ad individuare i duplicati in base ad uno specifico protocollo concordato e condiviso tra i laboratori partecipanti a livello regionale.

Una volta che il Centro di coordinamento (Az. Ospedaliera di Terni) ha verificato e reso fruibili i dati, questi vengono reinviati ai singoli laboratori in un formato ulteriormente elaborabile a livello locale. In questo modo, a livello di ciascun laboratorio, è possibile produrre un report standardizzato ed individualizzabile a seconda delle informazioni ricercate.

L'attuale sistema dà l'opportunità di valutare i risultati utilizzando possibili diversi livelli di aggregazione che vanno dal dato complessivo regionale a quello relativo al singolo ospedale, fino al profilo del singolo reparto. Inoltre, nello stesso modo, è anche possibile identificare la situazione epidemiologica di diverse tipologie di aggregazione intra-ospedaliere (p.e. Area Medica, Chirurgica, Cura intensiva) o di Dipartimento o di singola Struttura Complessa.

b) Ambito Veterinario

Al momento dati utili, sensibili e specifici, per effettuare una reale e produttiva sorveglianza in ambito di antimicrobica resistenza (AMR) veterinaria in Umbria, sono disponibili e derivati da ricerche svolte dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche "Togo Rosati" (IZSUM) piuttosto che dai sistemi di monitoraggio.

Nel corso del 2017-2018, l'IZSUM ha svolto una ricerca per indagare la presenza di antibiotico-resistenza nei vitelli di aziende bovine in Umbria. La popolazione target è costituita dai vitelli di età inferiore ai 60 giorni, appartenenti ad aziende bovine umbre, di indirizzo latte e carne, di consistenza pari o superiore ai 50 capi complessivi. Complessivamente, sono incluse 60 aziende da latte e 81 allevamenti da carne. Gli allevamenti campionati rappresentavano il 40.9% di allevamenti con almeno 50 capi presenti in regione (101/247). In termini di consistenza e categoria produttiva non sono state rilevate differenze tra campione di allevamenti e popolazione di origine (carne: p=0,4806, latte: p=0,3269).

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Il Dipartimento della facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università di Perugia, in anni recenti, ha svolto studi di sorveglianza mirati a delineare il profilo di resistenza antimicrobica di diverse specie batteriche isolate da vari siti anatomici di animali da compagnia. In particolare, sono stati indagati i patogeni responsabili di infezioni del tratto urinario negli animali da compagnia e di infezioni ombelicali neonatali ed endometrite nel cavallo.

SORVEGLIANZA DEL CONSUMO DEGLI ANTIBIOTICI NELLA REGIONE UMBRIA**a) Ambito Umano**

L'attività di monitoraggio del consumo dei farmaci in Umbria risale al 1992. Dal 2001, l'istituzione di una collaborazione stabile con l'Istituto Superiore di Sanità, ha fatto sì che i dati relativi al consumo dei farmaci regionali (che includeva fra le classi esaminate anche quella degli antibiotici), venissero riassunti in un Report annuale, pubblicato a livello nazionale, nell'ambito dei Rapporti IstiSan. Tuttavia, questi rapporti approfondivano più specificatamente gli aspetti legati ai consumi territoriali/comunitari (spesa convenzionata, distribuzione diretta e per conto) mentre i consumi ospedalieri venivano descritti solo marginalmente. La valutazione degli aspetti di consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero, per la prima volta, è stata formalizzata in termini di monitoraggio nel 2017, in seguito all'attuazione del progetto 6.3 del "Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018". Questo monitoraggio doveva essere finalizzato a programmi tesi alla corretta utilizzazione degli antimicrobici ed ad una loro limitazione d'uso.

Il consumo territoriale

La valutazione del consumo degli antibiotici a livello territoriale è basata principalmente sui dati derivanti dal sistema di monitoraggio delle prescrizioni nell'ambito della farmaceutica convenzionata. Vale a dire che vengono presi in considerazione, prevalentemente, tutti i farmaci prescritti dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) erogati a carico dell'SSN. In questo gruppo di analisi viene anche considerata una minoritaria quota di farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta (da parte delle Aziende Sanitarie) e per conto (da parte delle farmacie territoriali).

Il consumo ospedaliero

Il monitoraggio regionale analitico del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero è una acquisizione recente in Umbria ed è frutto del risultato di un progetto presentato nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018. Per il raggiungimento dell'obiettivo, il progetto prevedeva che nella valutazione del flusso dei dati farmaceutici regionali, oltre alle informazioni legate ai consumi quantitativi ed ai costi economici, fosse incluso l'inserimento delle DDD (defined Daily Dose) declinate quali DDD/100 giorni di ricovero e DDD/100 pazienti. Queste due universali tipologie di grandezze, permettono confronti tra le varie realtà assistenziali (Reparti, aree assistenziali, diversi ospedali nella stessa regione, diverse regioni) e contribuiscono a capire meglio la propensione prescrittiva dei clinici.

Negli ultimi 3 anni, la valutazione dei consumi ospedalieri regionali ha visto coinvolti in Umbria le due Aziende Ospedaliere Universitarie (Perugia e Terni) ed una serie di ospedali e presidi ospedalieri dislocati all'interno delle Aziende Sanitarie territoriali. Nella USL Umbria 1 trovano collocazione il Presidio Ospedaliero Alto Chiascio (Osp. di Branca), il Presidio Ospedaliero Unificato del perugino (Ospedale di Assisi, Ospedale Media Valle del Tevere, Ospedale di Castiglione del Lago), il Presidio Ospedaliero dell'Alto Tevere (Ospedale di Città di Castello, Ospedale di Umbertide). Nella USL Umbria 2 vengono invece ad essere annoverati: il Polo Ospedaliero di Foligno, il Presidio Ospedaliero di Narni-Amelia, l'Ospedale Santa Maria della Stella di Orvieto, il Polo Ospedaliero di Spoleto.

I dati sono gestiti direttamente dai Servizi Farmaceutici Aziendali che attraverso una procedura standardizzata a livello regionale possono fornire dati tabulati già convertiti in DDD/100 giornate di degenza oltre che grafici informativi sul livello dei consumi per i periodi presi in considerazione. E' possibile produrre Report concernenti i consumi in DDD/100 giorni a livello Regionale, Aziendale, di singolo presidio o Ospedale, di Area clinica, di singolo Reparto.

b) Ambito Veterinario

Il Ministero della Salute ha avviato nel 2017 una sperimentazione sull'uso della ricetta elettronica veterinaria con l'obiettivo di rendere obbligatoria la dispensazione dei farmaci veterinari unicamente attraverso la prescrizione elettronica. La Regione Umbria ha aderito alla fase sperimentale del progetto del Ministero della Salute e, nel corso del 2018, sono state emesse 950 ricette elettroniche. Per assicurare la funzionalità dell'applicativo, è stata effettuata la registrazione delle anagrafiche di settore di competenza regionale nel Sistema informativo nazionale SINVA,

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



attraverso il trasferimento massivo delle anagrafiche residenti nel sistema informativo regionale SIVA (Sistema Informativo Veterinari e Alimenti) verso VETINFO, utilizzando procedure di upload. Per lo scopo si sono resi necessari una serie di lavori preparatori, consistenti in una verifica ed integrazione dei dati presenti nel sistema regionale SIVA (Ambulatori, cliniche, scorte dei farmaci, OSM, ecc). Importante è stata anche l'assistenza data in particolare ai veterinari libero professionisti, in ambito regionale, che ha permesso di rendere più spedito il processo di adozione della REV. Vista la necessità inderogabile di poter far affidamento su dati di contesto effettivi, anche in aderenza a quanto previsto dallo stesso PNCAR, si è deciso di avviare una attività di sorveglianza dei consumi degli antibiotici del settore veterinario a livello regionale. Pertanto, si è proceduto alla predisposizione di un report regionale riferito all'anno 2019, relativo all'uso degli antibiotici per le filiere zootecniche dei bovini e suini, a partire dalla estrazione dei dati effettuata direttamente dal sistema informativo della REV. Tale report è basato sui dati di contesto relativi alle prescrizioni fatte dai medici veterinari libero professionisti nel periodo di riferimento. Sono stati erogati corsi di formazione per i colleghi liberi professionisti sul tema della ricetta elettronica. Dal 2017 è attiva l'assistenza telefonica ai veterinari libero professionisti (help desk) per il sistema di ricetta elettronica (REV). La regione Umbria ha aderito al progetto "Classyfarm" ed ha svolto specifica formazione al personale coinvolto. Oltre a questo, ha implementato il Piano di Farmacosorveglianza 2012-2014 (D.G.R. 1500 del 2012), e seguendo le indicazioni del Ministero della Salute ha programmato il Piano nazionale Benessere Animale e Piano Nazionale Farmacosorveglianza 2020 dove è stabilito il numero di controlli minimi da effettuare per ogni tipologia di allevamento e di stabilimento inerente la produzione-distribuzione e vendita dei farmaci veterinari. Dall'anno 2020 la programmazione di tali controlli, grazie al sistema Classyfarm, ha tenuto conto di una classificazione degli allevamenti in base al "rischio farmaco", utilizzando i dati relativi al consumo quantitativo ottenuti dalla REV.

AMR : EQUITA' E SITUAZIONE REGIONALE

In Umbria, nel 2019, la situazione epidemiologica in termine di resistenze è risultata nella media nazionale così come il livello di consumo degli antibiotici. Nella stessa regione, nello stesso anno, picchi di utilizzo degli antimicrobici si sono dimostrati nell'età pediatrica e nelle età > 65 anni ; esiste inoltre un maggior uso di antibiotici nel sesso femminile.

Nel 2018, nell'ambito della popolazione ospedaliera, la mortalità per sepsi (circa 1800 episodi) è stata del 70% nei soggetti di età pari o superiore ai 75 anni e meno del 5% in coloro che presentavano una età inferiore ai 65 anni.

E' noto che, particolari gruppi di popolazione, a causa delle loro condizioni, sono esposti ad un maggior rischio di contrarre infezioni e di soccombere in caso di una infezione causata da patogeni resistenti. Gli immunocompromessi, gli anziani, tutti coloro che presentano comorbidità (patologie cardio-respiratorie, metaboliche etc) appartengono a quella fascia di popolazione che è stata definita fragile e che necessita di interventi specifici come è stato fatto anche nel corso della pandemia da SARS-CoV-2 con l'introduzione di determinazioni specifiche da parte dello stesso Ministero della Salute.

Partendo da queste premesse, in mancanza di informazioni certe anche a livello nazionale, su questa tipologia di problematiche è necessario che, nei prossimi anni, le attività regionali siano concentrate in due ambiti :

a) ricerca epidemiologica per individuare i gruppi di popolazione che possono subire maggiormente l'impatto del fenomeno dell'antimicrobico resistenza e definire per questi quale sia la reale situazione regionale e gli interventi da porre in essere;

b) comunicazione e formazione rivolti alla popolazione "target" (p.e. giovani, donne, persone anziane, genitori, personale operante nella sanità, nell'agricoltura, nell'allevamento) allo scopo di migliorare il livello di conoscenza e consapevolezza del problema in modo da superare eventuali "gap" socio-culturali.

3.10.3 Scheda di programma**3.10.3.1 Descrizione dal PNP**

Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è un'emergenza di sanità pubblica a livello globale. Diversi antibiotici sono diventati parzialmente o del tutto inefficaci rendendo rischiose procedure mediche avanzate (es. chemioterapie antitumorali, trapianti d'organo, protesi d'anca). Si calcola che, in Europa, circa 25 mila decessi all'anno siano dovuti ad infezioni da batteri resistenti agli antibiotici e si stima che, entro il 2050, se non si riuscirà a contenere il fenomeno, le morti potrebbero arrivare a 10 milioni (fonte OMS).

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



L'Italia è uno dei Paesi europei con i livelli più alti di AMR, sempre superiore alla media europea, e con un elevato consumo di antibiotici (al 5° posto, dati ESAC-Net dell'ECDC). La maggior parte di queste infezioni è gravata da elevata mortalità (fino al 30%), capacità di diffondere rapidamente nelle strutture sanitarie, causando epidemie intra- e inter-ospedaliere, e di divenire endemici. L'European Center for Disease Control (ECDC) ha stimato che annualmente si verificano in Europa 670.000 infezioni sostenute da microrganismi antibioticoresistenti: queste sono responsabili di 33.000 decessi, dei quali più di 10.000 in Italia data l'alta prevalenza di infezioni antibioticoresistenti (Cassini A et al. Lancet Infect Dis 2018).

L'OMS, riconoscendo l'AMR un problema complesso che può essere affrontato solo con interventi coordinati multisettoriali, promuove un approccio *One Health*, sistematizzato nel 2015 con l'approvazione del Piano d'Azione Globale per contrastare l'AMR, collaborando da tempo con FAO, OIE e UNEP. La visione *One Health* è stata sostenuta anche dai leader G7 e G20. Ugualmente, la Commissione Europea ha adottato una prospettiva *One Health* e nel Piano d'azione 2011-2016 ha identificato le aree prioritarie di intervento. Il 2 novembre 2017 è stato approvato in Conferenza Stato Regioni il Piano nazionale di contrasto dell'AMR (PNCAR) 2017-2020, coerente con l'approccio *One Health*. Il rischio infettivo associato all'assistenza, ossia il rischio per pazienti, visitatori e operatori di contrarre una infezione, ha un posto particolare nell'ambito dei rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, per dimensioni, complessità dei determinanti e trend epidemiologico in aumento. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite nel corso dell'assistenza e possono verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali ospedalieri e territoriali.

L'impatto clinico-economico è rilevante: secondo un rapporto dell'OMS, le ICA causano prolungamento della degenza, disabilità a lungo termine, aumento dell'AMR, costi aggiuntivi e mortalità in eccesso. L'ECDC ha stimato che ogni anno si verificano più di 2,5 milioni di ICA in Europa e che le 6 ICA più frequenti (infezioni urinarie, infezioni del sito chirurgico, infezioni respiratorie, batteriemie, sepsi neonatale, infezioni da *Clostridium difficile*) siano responsabili ogni anno di 501 DALYs/100.000 abitanti; tale burden è maggiore, quasi il doppio, di tutte le 32 malattie infettive notificabili considerate complessivamente (260 DALYs per 100.000 abitanti) (Cassini A et al PLOS Medicine 2016). Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima che possa esserlo più del 50%. In Italia, per le infezioni del sito chirurgico, nel 2014-2015 si è rilevata un'incidenza di circa 1%, comparabile con gli standard europei e statunitensi. Per le UTI, nel 2016 si sono registrate le seguenti incidenze: batteriemie 4,5/1.000 gg-paziente; polmoniti 5,2/1.000 gg-pz; infezioni vie urinarie 2,2/1.000 gg-pz. Il primo Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020, approvato il 2 novembre 2017, evidenzia la necessità di linee di indirizzo uniche e un più forte coordinamento nazionale, per poter guidare meglio e armonizzare le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA e garantire il rispetto in tutto il paese di standard comuni condivisi.

La diffusione e lo sviluppo del presente Programma è in accordo con la strategia di contrasto dell'AMR, con approccio *One Health*, delineata nel PNCAR, che prevede il coinvolgimento collaborativo, intersettoriale, multidisciplinare e multiprofessionale, con l'integrazione delle azioni in ambito umano, veterinario, agroalimentare e ambientale, in una visione organica ed unitaria.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.10.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1. *Piano d'azione quinquennale (2011-2016) contro la crescente minaccia dell'antibiotico-resistenza della Commissione Europea*
2. *A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR) del 2017*
3. *WHO Global action plan on antimicrobial resistance del 2015*
4. *Dichiarazione della 71° Sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sull'antimicrobico-resistenza del 2016*
5. *Circolare ministeriale per la sorveglianza delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi prot.4968 del 23.02.2013 e successivi aggiornamenti*
6. *Piano nazionale di contrasto dell'AMR (PNCAR) 2017-2020 e successivi aggiornamenti*
7. *CAC/RCP 61-2005 "Codice di Comportamento per minimizzare e contenere la resistenza antimicrobica"*
8. *CAC/GL 77-2011 "Linee guida per l'analisi dei rischi da AMR in prodotti di origine alimentare"*
9. *The OIE Strategy on Antimicrobial Resistance and the Prudent Use of Antimicrobials del 2016*
10. *The FAO action plan on antimicrobial resistance 2016-2020*
11. *Report OCSE Stemming the Superbug Tide - Just a Few Dollars More del 2018*
12. *Conclusioni del Consiglio "Verso una strategia dell'Unione per una politica sostenibile in materia di sostanze chimiche" 2019*
13. *Biosicurezza e uso corretto e razionale degli antibiotici in zootecnia del Ministero salute*
14. *Linee guida per la predisposizione, effettuazione e gestione dei controlli sulla distribuzione e l'impiego dei medicinali veterinari del Ministero salute*
15. *Linee guida per l'uso prudente degli antimicrobici negli allevamenti zootecnici per la prevenzione dell'antimicrobico-resistenza e proposte alternative - Ministero della Salute*
16. *DECRETO 8 febbraio 2019 Modalità applicative delle disposizioni in materia di tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati*
17. *Manuale operativo per la predisposizione e la trasmissione delle informazioni al sistema informativo di tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi*

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



3.10.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

A livello regionale, in accordo con le linee di programma del Piano Nazionale di Contrasto alla Antimicrobica Resistenza (PNCAR) sono individuate alcune principali aree di intervento:

1. **Governance:** dovrà essere garantita l'attività di coordinamento, programmazione, verifica di tutte le attività previste nel PNCAR. A questo scopo dovranno essere definiti dei Referenti (ambito umano e veterinario) del Piano Regionale stesso nonché dovrà essere rinnovato il Tavolo Tecnico regionale di coordinamento con la funzione di programmare le azioni da intraprendere oltre che condividere le proposte ed i progetti operativi, monitorare la fase attuativa e valutare i risultati. In questo ambito dovranno essere coinvolte le Aziende Sanitarie che attraverso i propri rappresentanti dovranno, a loro volta, condividere scopi e modalità attuative del Piano stesso. In ultimo, tra gli obiettivi, deve essere inoltre inserito la partecipazione della Regione alla fase finale di verifica della piattaforma nazionale dello SPINCAR (entro Settembre 2021) e la successiva adozione della piattaforma che sarà utilizzata per monitorare e verificare a livello di singola Regione/Azienda sanitaria il raggiungimento degli obiettivi regionali/nazionali previsti dal PNCAR stesso.

2. **Sorveglianza:** sarà costituito un sistema di sorveglianza che interesserà tre principali aree di intervento

a) Antimicrobica resistenza:

- Ambito Umano

Dovrà essere garantita la partecipazione progressivamente crescente dei laboratori di microbiologia (pubblici e privati) regionali alla sorveglianza nazionale organizzata nell'ambito del progetto ARISS. Insieme a questo sarà necessario sviluppare procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza che siano in accordo con le indicazioni del Governo centrale ed omogenee con le altre Regioni. Nello stesso tempo dovrà essere formalizzato ed istituzionalizzato il sistema di monitoraggio attualmente già in uso a livello ospedaliero ed esteso a coprire il debito informativo relativo a Residenze protette ed ambito comunitario.

- Ambito Veterinario

Si dovrà disporre di un sistema di monitoraggio continuo delle resistenze agli antimicrobici su ceppi batterici di riferimento e zoonotici per gli animali destinati alla produzione di alimenti (DPA) ed animali da compagnia, utilizzando i risultati dei test di sensibilità agli antimicrobici (antibiogrammi) su isolati clinici prodotti dai laboratori microbiologici che operano nella regione. Questo richiederà una progressiva, crescente partecipazione dei laboratori di microbiologia pubblici e privati al sistema di sorveglianza. Inoltre si promuoveranno attività di ricerca nel settore veterinario per approfondire con monitoraggi sistematici il ruolo di alcune specie animali di allevamento intensivo nella diffusione della AMR.

In ultimo, interessante sia l'ambito umano che quello veterinario, in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari, dovranno essere sviluppate procedure regionali intersettoriali, in accordo con eventuali indicazioni nazionali.

b) Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): Anche in questo ambito dovrà essere garantito il supporto regionale al raggiungimento degli obiettivi nazionali che, nel medio termine, vogliono che sia predisposto un unico sistema di sorveglianza nazionale dedicato alle ICA. A livello regionale questo avverrà attraverso il recepimento dei protocolli di sorveglianza definiti a livello nazionale ma anche rafforzando la rete informativa già esistente. A questo proposito, oltre alla definizione di un referente regionale per la sorveglianza e prevenzione delle ICA, tra le altre azioni da realizzare : la partecipazione attiva crescente dei laboratori ospedalieri regionali al sistema di segnalazione degli "alert organisms" e dei cluster epidemici; la revisione ed aggiornamento dei protocolli di sorveglianza già predisposti (regionali ed aziendali) armonizzandoli a quelli nazionali; la stesura di un piano regionale per le azioni di miglioramento in cui vengano definiti i tempi di monitoraggio e di verifica. La Regione, una volta disponibile, dovrà inoltre aderire al sistema informatico nazionale di segnalazione delle ICA e nell'attuale assenza di indicazioni da parte del Ministero della Salute, dovrà definire un proprio sistema informatizzato di registrazione dei casi che comunque sia compatibile con i sistemi già esistenti in altre regioni e con il futuro sistema nazionale.

c) Consumo degli antibiotici:

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Dovranno essere definiti referenti regionali (ambito umano e veterinario) per questo ambito di intervento ed oltre a ciò:

- Ambito Umano

Dovrà essere mantenuto e rafforzato l'attuale sistema di sorveglianza dei consumi basato:

1. per il versante dei consumi territoriali, sui flussi della prescrizione farmaceutica della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta (l'analisi dei dati è eseguita in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità);
2. per il versante dei consumi ospedalieri su un sistema di monitoraggio regionale (risultato di un progetto contenuto nel PRP 2014-2018) che utilizza i dati di consumo misurati in DDD/100 giorni di ricovero fornendo informazioni fino al livello di singolo Reparto ospedaliero.

Nello stesso tempo si dovrà intervenire sulle criticità ancora esistenti in particolare per l'ottenimento di informazioni specifiche relative alle Residenze protette nonché all'allineamento dei due sistemi di monitoraggio già citati (territoriale ed ospedaliero) cosa che dovrà avvenire con la partecipazione delle società informatiche convenzionate a livello regionale.

- Ambito Veterinario

Dovrà essere perfezionata l'adesione della regione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica ed al Sistema Nazionale della Farmacosorveglianza (REV). A questo proposito si dovranno promuovere azioni tese all'applicazione degli strumenti informatici messi a disposizione del Ministero per la definizione di DDDVET per gli antimicrobici e le categorie di animali produttori di alimenti. Questo permetterà la predisposizione e pubblicazione di un report regionale annuale sull'uso di antibiotici a livello regionale, con dettaglio di dati per singole filiere produttive + (animali non dpa) utilizzo dati grezzi o già elaborati a livello nazionale quando resi disponibili. In ultimo, rientra in questo capitolo anche il coordinamento delle attività del Piano Regionale Residui con la produzione di un Report annuale come già previsto dal Ministero della Salute e dal PNCAR stesso.

3. Prevenzione e controllo delle infezioni

Dovranno essere definiti referenti regionali (ambito umano e veterinario) per questo ambito di intervento ed oltre a ciò:

- Ambito Umano

Dovrà essere garantita l'adesione della Regione al Piano Nazionale di Prevenzione delle ICA. Nello stesso tempo le strutture sanitarie regionali tutte dovranno essere impegnate nei programmi nazionali di implementazione di linee guida su temi prioritari. In questo ambito dovrà essere ricompreso in prima istanza il monitoraggio del consumo ospedaliero di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani. In ogni Azienda Sanitaria dovrà essere costituito/rinnovato un Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO) che tra le altre attività dovrà produrre un Report annuale sulle infezioni locali correlate all'assistenza. A livello regionale dovrà essere attuato poi il coordinamento dei CIO per garantire la partecipazione alle attività di sorveglianza delle ICA come da indicazioni che verranno emanate dal Ministero della Salute. In ultimo, sempre a livello regionale, dovrà essere definito un piano di sviluppo progressivo delle attività di sorveglianza delle ICA.

- Ambito Veterinario

Oltre alla promozione di buone pratiche nella corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito, dovranno essere adottate a livello regionale le linee guida nazionali di volta in volta prodotte in questo ambito. Inoltre dovrà essere diffusa l'adozione delle check-list per la farmacosorveglianza elaborate a livello nazionale. In ultimo, sarà necessario provvedere alla classificazione delle aziende zootecniche in base a fattori di rischio tramite l'uso dei mezzi informatici messi a disposizione dal ministero.

4. Uso corretto degli antibiotici (Antimicrobial Stewardship)

Dovranno essere definiti referenti regionali (ambito umano e veterinario) per questo ambito di intervento ed oltre a ciò:

- Ambito Umano:

Acquisire a livello regionale le linee-guida nazionali per il corretto uso degli antibiotici ed in assenza contribuire alla stesura ed alla condivisione di raccomandazioni nei vari ambiti di utilizzo degli antibiotici (p.e. profilassi delle infezioni della ferita chirurgica, approccio terapeutico empirico sia in ambito delle infezioni comunitarie che di quelle

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



ospedaliera). Dovranno essere costituito in ogni Azienda Sanitaria un Gruppo di professionisti dedicato alla "Stewardship Antimicrobica" (come richiesto dal PNCAR stesso) definendone compiti e composizione e modalità di azione). Dovrà essere studiata l'applicazione di sistemi esperti per il supporto nella prescrizione degli antibiotici (p.e. alert su cartella clinica informatizzata). Sulla base dell'analisi dei dati di consumi degli antibiotici e dell'epidemiologia locale delle resistenze dovranno essere organizzati programmi Regionali/Aziendali tesi al miglioramento della prescrizione utilizzando la metodologia dell'audit sia a livello ospedaliero che territoriale.

- Ambito Veterinario

Si dovranno recepire ed adottare le Linee Guida nazionali di volta in volta prodotte (con atto formale) nonché predisporre raccomandazioni regionali specifiche (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale). Inoltre dovrà essere promossa l'applicazione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario quali iniziative Aziendali indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali ed agli "stakeholders".

5. Informazione e Formazione

Relativamente a questo argomento il PNCAR individua quale obiettivo generale quello di aumentare il livello di consapevolezza sull'AMR secondo un approccio "One-Health", rafforzando la comunicazione efficace e l'informazione sia sul versante del personale sanitario che su quello della opinione pubblica. Oltre a ciò risulta di primaria importanza la promozione di interventi di formazione nei settori dell'uso prudente di antibiotici e della prevenzione e controllo delle infezioni, comprese le ICA, ingaggiando tutti gli attori coinvolti, in un approccio omnicomprensivo e sempre secondo un'ottica "One-Health".

A questo scopo, oltre ad individuare un referente regionale che coordini i programmi di informazione/comunicazione e formazione le altre azioni previste, che coinvolgono contemporaneamente ambito umano e veterinario sono:

- la organizzazione (almeno una volta l'anno), in ambito regionale e/o delle singole Aziende Sanitarie, di un corso inerente le varie problematiche dell'antimicrobico resistenza e la prevenzione e controllo delle infezioni (comprese le ICA) utilizzando sia la metodologia tradizionale residenziale sia corsi FAD, focalizzando l'attenzione di volta in volta su problematiche prioritarie (p.e. controllo delle infezioni ospedaliere, lavaggio delle mani etc.);
- l'attuazione di accordi con gli Uffici scolastici regionali per la organizzazione, coordinata a livello regionale, di incontri e corsi (ad es. FAD) per le scuole primarie e secondarie, con coinvolgimento di insegnanti e alunni;
- l'inserimento formale di un core curriculum specifico per il personale addetto al controllo delle infezioni ed ai programmi di "antimicrobial stewardship" tra i criteri di assunzione a livello regionale e aziendale.

AZIONI

AZIONE 1 - "GOVERNANCE" DELLA STRATEGIA REGIONALE DI CONTRASTO ALL'ANTIMICROBICO RESISTENZA

AZIONE 2 - LA SORVEGLIANZA DELL'USO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO UMANO E VETERINARIO

AZIONE 3 - COMUNICAZIONE E FORMAZIONE

AZIONE 4 - USO CORRETTO DEGLI ANTIBIOTICI

AZIONE 5 - LA SORVEGLIANZA DELL'ANTIMICROBICO RESISTENZA IN AMBITO UMANO E VETERINARIO

AZIONE 6 - SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)

AZIONE 7 - AZIONE EQUITY - RICERCA EPIDEMIOLOGICA PER INDIVIDUARE I GRUPPI DI POPOLAZIONE CHE POSSONO SUBIRE MAGGIORMENTE L'IMPATTO DEL FENOMENO DELL'AMR E SULLA BASE DEI RISULTATI DEFINIRE PER QUESTI GLI INTERVENTI MIGLIORATIVI/CORRETTIVI DA METTERE IN ATTO.

CRONOGRAMMA

Attività					
AZIONE 1 - "GOVERNANCE" DELLA STRATEGIA REGIONALE DI CONTRASTO ALL'ANTIMICROBICO RESISTENZA	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Recepire i documenti emanati a livello nazionale (facendo riferimento alle specifiche scadenze di volta in volta individuate dal	Regione				

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Piano) e rispettare il "timing" delle scadenze definite dal PNCAR stesso.					
Partecipare all'ultima fase del progetto pilota di verifica della piattaforma nazionale informatizzata SPINCAR (Supporto al Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza) per successivamente aderire all'adozione dell'uso della stessa piattaforma secondo quali saranno le indicazioni nazionali. Infatti la piattaforma SPINCAR servirà a monitorare e verificare, a livello di singola Regione/Azienda Sanitaria, il raggiungimento degli obiettivi previsti annualmente dal PNCAR stesso.	Regione				
Identificare le modalità di implementazione delle azioni di piano a livello regionale.	Regione				
Costruire il sistema di monitoraggio regionale (consumo degli antibiotici, livello della Antimicrobico Resistenza a livello Ospedaliero e Territoriale, sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza) che dovrà essere regolato da criteri di omogeneità di intervento ed equità.	Regione				
Partecipare alla predisposizione delle linee strategiche e dei documenti attuativi nazionali (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale).	Regione				
Rinnovo del Tavolo Tecnico regionale dedicato all'attuazione del PNCAR già esistente (INDICATORE: costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2022)	Regione	X			
AZIONE 2 - LA SORVEGLIANZA DELL'USO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO UMANO E VETERINARIO	Responsabile	2022	2023	2024	2025
AMBITO UMANO					
Consumi ospedalieri: formalizzare a livello Regionale l'uso "routinario" nelle Aziende Sanitarie, del Sistema di valutazione dei consumi già sperimentato.	Regione				
Consumi territoriali: è richiesto un allineamento del sistema di valutazione dei consumi a quello ospedaliero in particolare per quanto riguarda la disponibilità dei dati secondo DDD/1000 abitanti. In questo caso è necessario il coinvolgimento delle società informatiche convenzionate con la Regione (Umbria Digitale/Umbria Salute).	Regione				
Prevedere il possibile interfacciamento dei flussi della farmaceutica con quello dei dati epidemiologici della antimicrobico Resistenza.	Regione				
Prevedere a livello di ciascuna Azienda Sanitaria una attività che programmi una periodica valutazione dei consumi degli antibiotici (appaiata a quella dei dati epidemiologici di resistenza) nell'ambito di programmi di "Stewardship" antimicrobica ed attraverso la metodologia dell'audit.	Regione				
Relativamente al Report annuale sul consumo regionale dei farmaci redatto in collaborazione con l'ISS, sarà necessario definire per le prossime edizioni un "focus" sull'uso degli antibiotici ed un approfondimento sui consumi ospedalieri e delle Residenze protette.	Regione				
Stesura di un Report annuale che riassume le informazioni sulle caratteristiche di utilizzo degli antibiotici a livello regionale e che sia affiancato ad analogo Report relativo ai consumi veterinari	Regione	X	X	X	X

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



(INDICATORE: produzione Report annuale a partire dal 2022)					
AMBITO VETERINARIO					
Individuazione di un referente regionale					
Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica (INDICATORE: almeno il 50% degli allevamenti deve essere monitorato con le DDDVET entro il 2025, con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo)	Regione, ASL, Ordini Professionali	X	X	X	X
Implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utilizzo del Sistema Informativo Nazionale della farmacosorveglianza (REV)	Regione				
Predisposizione e pubblicazione di un report regionale annuale sull'uso di antibiotici a livello regionale, con dettaglio di dati per singole filiere produttive + (animali non dpa) utilizzo dati grezzi o già elaborati a livello nazionale quando resi disponibili (INDICATORE: produzione Report annuale a partire dal 2022)	Regione	X	X	X	X
Raccolta dei dati per il monitoraggio integrato umano-veterinario degli antibiotici e delle resistenze regionali e loro trasmissione alla Istituzione centrale, (subordinato a estrazione dati).	Regione				
Classificazione delle Aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso l'uso di mezzi informatici messi a disposizione dal Ministero (INDICATORE: 100% entro il 2025, con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)	Regione	X	X	X	X
Produzione di un report annuale e Coordinamento delle attività del Piano Regionale Residui a livello locale come previsto dal PNCAR (INDICATORE: produzione report annuale)	Regione	X	X	X	X
AZIONE 3 - COMUNICAZIONE E FORMAZIONE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
COMUNICAZIONE					
Individuazione di un referente regionale, che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche	Regione				
Partecipare con iniziative locali alla campagna nazionale annuale di sensibilizzazione.	Regione	X	X	X	X
Realizzazione di un programma regionale annuale di informazione e comunicazione basato sulle evidenze, coordinato con le azioni nazionali e le indicazioni del PNCAR (INDICATORE: realizzazione annuale del programma di comunicazione)	Regione	X	X	X	X
Conduzione a livello regionale delle indagini conoscitive su percezione e utilizzo di antibiotici (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale)	Regione				
FORMAZIONE					
Individuazione di un referente regionale	Regione				
Corso formativo inerente le problematiche del PNCAR in ogni Azienda Sanitaria ovvero un corso regionale che coinvolga tutte le Aziende Sanitarie secondo un approccio "one health" INDICATORE: % di Aziende che hanno inserito negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, per medici, veterinari e farmacisti sul buon uso degli antibiotici e per tutti gli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA: (N.Aziende sanitarie in cui è stato predisposto almeno un corso di formazione all'anno) / (N. totale)	Regione			X	

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Aziende sanitarie) x 100 100% (entro 2024)					
Offerta formativa progettata e gestita insieme alle scuole, università ed ordini professionali inerente le problematiche del PNCAR (INDICATORE: realizzazione di almeno un percorso formativo di carattere regionale, entro il 2022)	Regione	X			
Inserimento formale del core curriculum per il personale addetto al controllo delle infezioni e a programmi di antimicrobial stewardship tra i criteri di assunzione a livello regionale e aziendale.	Regione				
AZIONE 4 - USO CORRETTO DEGLI ANTIBIOTICI	Responsabile	2022	2023	2024	2025
AMBITO UMANO					
Individuazione di un referente regionale	Regione				
Definizione in ogni realtà Aziendale/Ospedaliera di un team/ GdL multidisciplinare dedicato all'attuazione di programmi di miglioramento della pratica prescrittiva inerente gli antibiotici basata sull'uso prudente ed appropriato degli antibiotici stessi (INDICATORE: Esistenza di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di Antimicrobial stewardship (AS) in tutte le Aziende sanitarie/Ospedali: (N Aziende sanitarie/Ospedali in cui è stato predisposto un programma di AS) / (N. totale Aziende sanitarie Ospedali) x 100 100% entro il 2025)	Regione				X
Nelle more di indicazioni nazionali ed a supporto di programmi di "stewardship" antimicrobica, stesura di raccomandazioni regionali sull'uso corretto degli antibiotici nel trattamento delle principali sindromi infettive ospedaliere e nella prevenzione (p.e. inf, polmonari, addominali, profilassi delle infezioni della ferita chirurgica)	Regione				
Utilizzazione dei sistemi informatici per supportare la prescrizione corretta degli antibiotici o tracciarne gli usi inappropriati (p.e. segnali di "alert" da parte di sistemi informatici esperti all'atto della prescrizione nella cartella elettronica ospedaliera o trascrizione della diagnosi nella ricetta elettronica, da parte del MMG e del PLS, ogni qualvolta venga prescritto un antibiotico).	Regione				
Organizzazione di programmi di monitoraggio dei consumi degli antibiotici allo scopo di migliorarne la qualità di prescrizione utilizzando la metodologia dell'audit sia a livello ospedaliero che territoriale.	Regione				
AMBITO VETERINARIO					
Realizzazione di iniziative a livello di ASL indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali e mirate alla verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso appropriato di antibiotici secondo linee guida nazionali (INDICATORE: 100% Asl aderiscono alle iniziative entro il 2025)	Regione				X
Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario attraverso la messa in atto di iniziative regionali rivolte agli "stake-olders" per promuovere l'uso corretto degli antimicrobici. Queste attività dovranno essere coordinate ed in linea con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCAR e le linee guida sull'uso prudente degli antibiotici in ambito veterinario	Regione	X	X	X	X

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



(INDICATORE: almeno 1 iniziativa annuale)						
AZIONE 5 - LA SORVEGLIANZA DELL'ANTIMICROBICO RESISTENZA IN AMBITO UMANO E VETERINARIO		Responsabile	2022	2023	2024	2025
AMBITO UMANO						
Formalizzare a livello regionale il Sistema di monitoraggio attualmente in uso a livello ospedaliero in particolare per quanto attiene modalità di recupero, accesso, ed uso dei dati attraverso il coinvolgimento delle Società informatiche in convenzione con la Regione (Umbria Salute ed Umbria Digitale). Nello stesso tempo dovrà essere previsto un programma di attività tese al progressivo incremento dell'adesione delle strutture di ricovero per acuti pubbliche e private allo stesso sistema di sorveglianza (INDICATORE 1: adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute verifica annuale) (INDICATORE 2: % di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate incluse nel sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano: (N. strutture di ricovero per acuti aderenti alla sorveglianza dell'AMR) / (N. totale delle strutture di ricovero per acuti) x 100 = 100% entro il 2025, ma con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)		Regione, ISS	X	X	X	X
Costituire un analogo sistema di raccolta dati per quanto concerne gli ambiti delle Residenze Protette e della Comunità definendo gli standard di raccolta come già fatto sul versante ospedaliero. In questo caso dovranno essere anche coinvolti i laboratori territoriali privati convenzionati e non.		Regione				
Interfacciare il Sistema di monitoraggio della AR già esistente e quello a venire con gli altri Sistemi regionali di gestione dati (p.e SDO, Anagrafica, farmaceutica etc.).		Regione				
Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici che partecipano alla sorveglianza che siano omogenee a livello regionale ed in linea con i riferimenti nazionali/interregionali (INDICATORE: entro il 2023)		Regione		X		
La disponibilità dei dati di monitoraggio della AR regionali dovrà servire a produrre un Report annuale (contestualmente ad un Report sui consumi degli antibiotici) da indirizzare alle Aziende Sanitari anche allo scopo di organizzare attività di tipo informativo/formativo, progetti di audit.		Regione	X	X	X	X
AMBITO VETERINARIO						
Realizzare un sistema di monitoraggio continuo delle resistenze agli antimicrobici su ceppi batterici di riferimento e zoonosi ci per gli animali destinati alla produzione di alimenti (DPA) ed animali da compagnia. Questo richiederà una progressiva, crescente partecipazione dei laboratori di microbiologia pubblici e privati al sistema di sorveglianza (INDICATORE: % laboratori regionali, pubblici e privati, coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia Elenco dei laboratori al 2022 e verifica annuale di aumento della percentuale annua di partecipazione entro il 2025.		Regione	X			X
Promuovere lo sviluppo di procedure regionali omogenee per		Regione IZS,		X		

Pagina 27

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari entro il 2023 Questo richiederà inoltre lo sviluppo di un'attività di ricerca nel settore veterinario anche per approfondire con monitoraggi sistematici il ruolo di alcune specie animali di allevamento intensivo nella diffusione della AMR.	CNR-LNR				
AZIONE 6 - SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Segnalazione "alert organisms" a) Garantire l'adesione della Regione al sistema di sorveglianza nazionale che sarà individuato dal PNCAR. b) Partecipazione del 100% dei laboratori di microbiologia alla segnalazione degli "alert" e principalmente delle Enterobacteriaceae carbapenamasi resistenti (CRE). c) Obbligo di segnalazione degli "alert organisms" per le Aziende Sanitarie che, secondo quanto stabilito a livello Ministeriale, dovranno, eventualmente, dichiarare formalmente il caso dello "ZERO REPORTING". d) Continuare ad utilizzare l'Incrocio dei dati provenienti dai sistemi di sorveglianza della AMR regionali con quelli provenienti dalle segnalazione diretta degli "alert organisms" per verificare eventuali fallimenti nel sistema di segnalazione. (INDICATORE: % di strutture di ricovero in cui è stata effettivamente attivata la sorveglianza dei CRE con un grado di copertura >90%, verificata attraverso lo "zero reporting" oppure attraverso l'incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile, >90% entro il 2025, con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo)	Regione, ISS	X	X	X	X
Adesione della Regione al sistema di sorveglianza delle ICA che sarà individuato dal Ministero della Salute. Nelle more, la stessa Regione dovrà scegliere tra uno di quelli già esistenti a livello nazionale, disincentivando lo sviluppo di sistemi locali che non siano compatibili con il sistema regionale/nazionale.	Regione				
Partecipazione Regionale ad almeno 3 sorveglianze delle ICA come da indicazioni del Ministero della Salute definendo un Piano progressivo di sviluppo della Sorveglianza Regionale (INDICATORE: n. 3 sorveglianze entro il 2022)	Regione, ISS	X			
Costituzione di un Comitato per il Controllo delle ICA in ogni Azienda Sanitaria/Ospedale Regionale INDICATORE: (N. ospedali che hanno attivato un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza) / (N. totale ospedali) x 100 100% entro il 2022	Regione	X			
Produzione di un Report annuale sulle ICA per ogni Comitato per il Controllo delle ICA Azienda Sanitaria/Ospedale (INDICATORE: formula % di Comitati per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA) che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza: (N. CC-ICA che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza) / (N. totale CC-ICA) x 100 = 100%, ANNUALE)		X	X	X	X
Garantire l'adesione della Regione al Piano Nazionale di					

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



prevenzione delle ICA.					
Istituzione di un Sistema Regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani (INDICATORE Istituzione di un sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani: (N. ospedali che dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica) / (N. totale di ospedali della Regione) x100 = 100% entro il 2024)				X	
Definire in maniera esplicita quale siano le attività regionali tese al monitoraggio e controllo degli obblighi individuati in questo ambito per le Aziende Sanitarie regionali.					
AZIONE 7 - AZIONE EQUITY – RICERCA EPIDEMIOLOGICA PER INDIVIDUARE I GRUPPI DI POPOLAZIONE CHE POSSONO SUBIRE MAGGIORMENTE L'IMPATTO DEL FENOMENO DELL'AMR E SULLA BASE DEI RISULTATI DEFINIRE PER QUESTI GLI INTERVENTI MIGLIORATIVI/CORRETTIVI DA METTERE IN ATTO.	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Studio epidemiologico conoscitivo per individuare i gruppi di popolazione che possono subire maggiormente l'impatto del fenomeno dell'AMR e, sulla base dei risultati, definizione degli interventi da porre in essere. a) Pianificazione dello studio nel 2022 b) Implementazione dello studio nel 2023 c) Valutazione dei risultati dello Studio e definizione degli interventi nel 2024 d) Messa in atto degli interventi nel 2025 (INDICATORE: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021)	Regione, Università degli Studi di Perugia, Ordini Professionali, Associaz. degli stake-holders del settore	X	X	X	X

AZIONI EQUITY**AZIONI CON INDICATORE****3.10.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali****INTERSETTORIALITÀ**

PP10_OT01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, ARPA, IIZZSS, Ordini professionali/Federazioni, Comuni, Enti, Istituzioni, allevatori, operatori del settore alimentare e farmaceutico e altri stakeholder, finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR
PP10_OT01_IT01	Tavoli tecnici intersettoriali
formula	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR
Standard	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2022
Fonte	Regione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



FORMAZIONE

PP10_OT02	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti
PP10_OT02_IT02	Formazione sull'uso appropriato di antibiotici
formula	Presenza di offerta formativa progettata e gestita insieme alla Scuola, alle Università e agli Ordini professionali
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo di carattere regionale, entro il 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP10_OT03	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità sull'uso appropriato degli antibiotici. Costruire strumenti di comunicazione e informazione, organizzare interventi mirati e specifici per i diversi stakeholder
PP10_OT03_IT03	Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici
formula	Esistenza di un programma regionale annuale di informazione e comunicazione basato sulle evidenze, coordinato con le azioni nazionali e le indicazioni del PNCAR
Standard	Realizzazione annuale del programma di comunicazione
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP10_OT04	Orientare gli interventi per garantire l'equità nel Paese aumentando la consapevolezza nelle diverse comunità, nella popolazione e nelle categorie maggiormente a rischio
PP10_OT04_IT04	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.10.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP10_OS01	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione
PP10_OS01_IS01	Sorveglianza e monitoraggio (a)
formula	adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute
Standard	SI (verifica annuale)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Fonte	Regione / ISS
PP10_OS01_IS02	Sorveglianza e monitoraggio (b)
formula	percentuale di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate incluse nel sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano: (N. strutture di ricovero per acuti aderenti alla sorveglianza dell'AMR) / (N. totale delle strutture di ricovero per acuti) x 100
Standard	100% (entro il 2025, ma con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)
Fonte	Regione / ISS
PP10_OS01_IS03	Sorveglianza e monitoraggio (c)
formula	Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza, omogenee tra le Regioni
Standard	Si (entro 2023)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS04	Sorveglianza e monitoraggio (d)_laboratori
formula	% laboratori regionali (pubblici e privati) coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia
Standard	Elenco dei laboratori al 2022 e verifica annuale di aumento della percentuale annua di partecipazione entro il 2025.
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS05	Sorveglianza e monitoraggio (d)_procedure
formula	Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari
Standard	SI (entro il 2023)
Fonte	Regione/IZS/CNR-LNR
PP10_OS01_IS06	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): A
formula	Restituzione annuale, da parte della Regione alle Aziende Sanitarie, di informazioni relative al consumo di antibiotici in ambito umano e veterinario, al fine di ottemperare agli obiettivi di riduzione dei consumi previsti dal PNCAR e successive versioni. In ambito veterinario tali informazioni scaturiscono dal sistema di tracciabilità del farmaco veterinario e REV
Standard	Produzione Report annuale (a partire dal 2022)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS07	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): B
formula	coordinamento delle attività del piano regionale residui a livello locale annuale del piano come previsto dal PNCAR
Standard	produzione report annuale
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS08	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): C
formula	promozione dell'applicazione degli strumenti informatici messi a disposizione dal Ministero per la definizione di DDDVET per gli antimicrobici e le categorie di animali produttori di alimenti
Standard	almeno il 50% degli allevamenti deve essere monitorato con le DDDVET entro il 2025,

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo
Fonte	Regione/ASL/Ordini Professionali
PP10_OS01_IS09	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): D
formula	Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici tool informatici messi a disposizione dal Ministero
Standard	100% (entro il 2025), con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS10	Sorveglianza e monitoraggio (e)
formula	% di strutture di ricovero in cui è stata effettivamente attivata la sorveglianza dei CRE, con un grado di copertura >90% (verificata attraverso lo "zero reporting" oppure attraverso l'incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile)
Standard	>90% (entro 2025), con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo
Fonte	Regione/ISS
PP10_OS01_IS11	Sorveglianza e monitoraggio (f)
formula	Partecipazione regionale ad almeno tre sorveglianze delle infezioni correlate all'assistenza, come da indicazioni del Ministero della Salute, definendo un piano progressivo di sviluppo della sorveglianza regionale
Standard	n. 3 sorveglianze (entro 2022)
Fonte	Regione/ISS
PP10_OS01_IS12	Sorveglianza e monitoraggio (g)
formula	Formula % di Comuni per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA) che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza: (N. CC-ICA che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza / (N. totale CC-ICA) x 100
Standard	100% (ANNUALE)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS13	Promozione dell'applicazione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario (a)
formula	Offerta e realizzazione di iniziative, a livello di ASL, indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali mirate alla verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso appropriato di antibiotici secondo linee guida nazionali entro il 2025
Standard	100% Asl aderiscono alle iniziative entro il 2025
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS14	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (b):
formula	Esistenza di iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario, coordinate con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCAR e le linee guida sull'uso prudente
Standard	almeno 1 iniziativa annuale
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS15	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano (c):
formula	Esistenza di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di Antimicrobial stewardship (AS) in tutte le Aziende sanitarie/Ospedali: (N Aziende sanitarie/Ospedali in cui è stato predisposto un programma di AS) / (N. totale Aziende

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	sanitarie Ospedali) x 100
Standard	100%, (entro il 2025)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS16	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (a):
formula	Esistenza di un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza in tutti gli ospedali pubblici: (N. ospedali che hanno attivato un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza) / (N. totale ospedali) x 100
Standard	100%, (entro il 2022)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS17	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (b):
formula	Istituzione di un sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani: (N. ospedali che dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica) / (N. totale di ospedali della Regione) x100
Standard	100% (entro 2024)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS19	Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA
formula	% di Aziende che hanno inserito negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, per medici, veterinari e farmacisti sul buon uso degli antibiotici e per tutti gli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA: (N. Aziende sanitarie in cui è stato predisposto almeno un corso di formazione all'anno) / (N. totale Aziende sanitarie) x 100
Standard	100% (entro 2024)
Fonte	Regione

3.10.6 Azioni

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (1 di 7)	"GOVERNANCE" DELLA STRATEGIA REGIONALE DI CONTRASTO ALL'ANTIMICROBICO RESISTENZA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	altro:Istituzioni Sanitarie Regionali e locali (Aziende Sanitarie)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025

**DESCRIZIONE**

Al fine di contrastare l'antimicrobico resistenza, è necessario intervenire sui diversi settori coinvolti dal fenomeno, con un approccio integrato (One Health) che coinvolga, a diversi livelli, sia l'ambito umano che quello veterinario con azioni condivise e sinergiche.

Per raggiungere tale obiettivo, è necessario un coordinamento delle varie attività, con monitoraggi e aggiornamenti nel tempo dei risultati raggiunti. Occorre altresì garantire la partecipazione attiva di tutte le istituzioni interessate a livello regionale e locale, individuare delle risorse necessarie ed attuare il monitoraggio puntuale di quanto ottenuto, ridefinendo periodicamente gli obiettivi e le azioni alla luce dei risultati evidenziati.

Eseguendo quanto stabilito dal PNCAR, in Umbria, con Determinazione Dirigenziale N. 1239 del 08/02/2019 sono stati identificati i Referenti del Piano a livello regionale sia per la componente umana che per quella veterinaria. Nella stessa Determinazione è stato inoltre nominato il Gruppo Tecnico Regionale di coordinamento e monitoraggio del Piano stesso costituito da professionisti specialisti nei vari campi di assegnazione.

Attraverso l'azione di questi organismi che verranno rinnovati nel corso del biennio 2021-2022 la Regione dovrà:

1. recepire i documenti emanati a livello nazionale (facendo riferimento alle specifiche scadenze di volta in volta individuate dal Piano) e rispettare il "timing" delle scadenze definite dal PNCAR stesso;
2. sempre in riferimento al punto 1, partecipare all'ultima fase del progetto pilota di verifica della piattaforma nazionale informatizzata SPINCAR (Supporto al Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza) per successivamente aderire all'adozione dell'uso della stessa piattaforma secondo quali saranno le indicazioni nazionali. Infatti la piattaforma SPINCAR servirà a monitorare e verificare, a livello di singola Regione/Azienda Sanitaria, il raggiungimento degli obiettivi previsti annualmente dal PNCAR stesso.
3. identificare le modalità di implementazione delle azioni di piano a livello regionale;
4. costruire il sistema di monitoraggio regionale (consumo degli antibiotici, livello della Antimicrobico Resistenza a livello Ospedaliero e Territoriale, sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza) che dovrà essere regolato da criteri di omogeneità di intervento ed equità;
5. partecipare alla predisposizione delle linee strategiche e dei documenti attuativi nazionali (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale).

Un'azione specifica dovrà essere dedicata al nuovo assetto organizzativo che dovrà interessare il versante Aziendale. Infatti, pur esistendo a livello delle Aziende Sanitarie una attività rivolta alla sorveglianza, controllo e prevenzione delle infezioni in generale, questa non vede ancora individuata una specifica programmazione riferita al contrasto dell'antimicrobico resistenza.

A livello della Regione, dovrà inoltre essere garantita l'attività di coordinamento, programmazione, verifica di tutte le attività previste dal PNCAR a livello regionale attraverso la periodica riunione del Tavolo tecnico di coordinamento regionale per programmare le azioni da intraprendere, per condividere le proposte ed i progetti delle singole istituzioni e per valutare i risultati (Indicatore PP10_OT01_IT01).

Poiché, al momento, non esiste un sistema di monitoraggio unico dell'antimicrobico resistenza, ogni ambito sanitario (umano vs. veterinario), si renderà responsabile di monitorare lo stato di avanzamento della parte di competenza.

La Regione Umbria rappresenta il punto di raccolta e di coordinamento delle informazioni che saranno successivamente elaborate ai fini dell'individuazione delle azioni strategiche da mettere in atto.

Annualmente verrà stilato un report congiunto (componente umana e componente veterinaria), che analizzerà i risultati raggiunti nei confronti del fenomeno dell'antimicrobico resistenza a livello regionale in rapporto anche a quello nazionale.

Indicatore: Rinnovo del Tavolo Tecnico regionale dedicato all'attuazione del PNCAR

Piano regionale della prevenzione 2020-2025

**CRONOPROGRAMMA**

Anno	Indicatore	Valore atteso annuale
2021		
2022	Rinnovo del Tavolo Tecnico regionale dedicato all'attuazione del PNCAR già esistente	1
2023		
2024		
2025		
Fonte : Regione		

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (2 di 7)	LA SORVEGLIANZA DELL'USO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO UMANO E VETERINARIO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.6 Allestimento di strumenti per monitoraggio, valutazione, coordinamento dei livelli locali (es. piattaforme informatiche, sistemi di reporting, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'eccessivo uso di antibiotici che oggi viene fatto sia in campo sanitario che in ambito veterinario ed agro-alimentare è la principale causa della comparsa delle resistenze batteriche. E' infatti dimostrato che la selezione e l'incremento del numero di batteri antibiotico-resistenti è direttamente proporzionale alla pressione di uso degli antibiotici stessi. Questa è la ragione per cui, il rischio di antibiotico resistenza è maggiore negli ambienti sanitari (si usano più antibiotici per ovvie ragioni e più facili sono i meccanismi di trasmissione delle resistenze) sia intra che extra ospedalieri. Non è quindi un caso che tra i principali obiettivi individuati per la realizzazione del Piano Nazionale di Contrasto alla Anti-Microbico Resistenza (PNCAR) troviamo la costituzione di un sistema nazionale/regionale di monitoraggio del consumo degli antibiotici. Anche in questo ambito il PNCAR prevede un obiettivo generale principale da raggiungere, rappresentato, in questo caso, dalla ottimizzazione del monitoraggio dei consumi e della spesa per antibiotici ad uso umano a livello nazionale, regionale e locale.

a) Ambito Umano

Per il raggiungimento degli obiettivi in ambito umano il PNCAR prevede che a livello regionale vengano messe in atto le seguenti azioni:

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- l'individuazione di un referente regionale che assicuri la partecipazione all'OsMed e alla sua implementazione, che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche, e che si coordini con il referente regionale per il consumo di antibiotici nel settore veterinario.
- il contributo alle attività di coinvolgimento dei farmacisti territoriali per il monitoraggio dell'appropriata dispensazione e la prevenzione dell'uso scorretto degli antibiotici.
- il miglioramento dei sistemi di monitoraggio dell'uso di antibiotici e della appropriatezza prescrittiva affinché sia possibile la restituzione dei dati ai singoli prescrittori, l'individuazione delle aree di miglioramento e le relative azioni.
- lo sviluppo di un sistema integrato umano-veterinario di monitoraggio degli antibiotici, secondo gli standard concordati nell'ambito della strategia nazionale One Health.

Gli indicatori che saranno utilizzati per verificare il raggiungimento degli obiettivi sono rappresentati da:

- Individuazione di un referente regionale (ambito Umano e Veterinario).
- Partecipazione della Regione allo sviluppo del sistema per il monitoraggio nazionale/regionale dei dati relativi all'appropriatezza prescrittiva e all'appropriata dispensazione da parte delle farmacie territoriali.
- Predisposizione e pubblicazione di un report regionale annuale sull'uso di antibiotici a livello regionale, con dettaglio di dati per tipologia di prescrittori.
- Raccolta dei dati per il monitoraggio integrato umano-veterinario degli antibiotici e delle resistenze in ogni regione e loro trasmissione alla Istituzione centrale (entro il 2020).

L'attività di monitoraggio del consumo dei farmaci in Umbria risale al 1992. Principalmente rivolto alla valutazione dei consumi della spesa territoriale, il sistema è stato di supporto alle Aziende Sanitarie per la organizzazione di attività di controllo ma anche formative, tese a favorire l'uso appropriato dei farmaci, e rivolte principalmente ai Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS). Dal 2001, l'istituzione di una collaborazione stabile con l'Istituto Superiore di Sanità, ha fatto sì che i dati relativi al consumo dei farmaci regionali (che includeva fra le classi esaminate anche quella degli antibiotici), venissero riassunti in un Report annuale, pubblicato a livello nazionale, nell'ambito dei Rapporti IstiSan. Questi rapporti approfondivano più specificatamente gli aspetti legati ai consumi territoriali/comunitari (spesa convenzionata, distribuzione diretta e per conto) mentre i consumi ospedalieri venivano descritti solo marginalmente. La valutazione degli aspetti di consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero, per la prima volta, è stata formalizzata in termini di monitoraggio nel 2017, in seguito all'attuazione del progetto 6.3 del "Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018". Il progetto aveva come obiettivo quello di strutturare un sistema di monitoraggio dei consumi degli antibiotici usati in ambito ospedaliero. I dati prodotti sono gestiti direttamente dai Servizi Farmaceutici Aziendali che attraverso una procedura standardizzata a livello regionale possono fornire informazioni tabulate con dati già convertiti in DDD/100 giornate di degenza oltre che grafici informativi sul livello dei consumi per i periodi presi in considerazione. Il sistema permette di produrre Report concernenti i consumi in DDD/100 giorni a livello Regionale, Aziendale, di singolo presidio o Ospedale, di Area clinica, di singolo Reparto.

CRITICITA' ESISTENTI

1. Consumi Territoriali della prescrizione convenzionata (MMG-PLS) e Distribuzione Diretta e per conto. Volendo fornire strumenti di monitoraggio analoghi a quelli ospedalieri, vi è la necessità di adeguare il sistema allineandolo a quanto proposto in ambito ospedaliero, introducendo come sistema di misurazione le DDD/1000 abitanti. A questo scopo dovrebbero essere coinvolte le due società informatiche convenzionate con la Regione: Umbria Digitale/Umbria Salute.
2. Consumi Ospedalieri. Pur essendo reso disponibile dal 2018, il sistema descritto su citato deve ancora ricevere una formalizzazione a livello Regionale per un uso "routinario" nelle Aziende Ospedaliere.

AZIONI PREVISTE

1. Per gli aspetti legati ai consumi ospedalieri, deve essere formalizzato a livello Regionale l'uso "routinario" nelle Aziende Sanitarie, del Sistema di valutazione dei consumi già sperimentato.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



2. Per gli aspetti legati ai consumi territoriali, è richiesto un allineamento del sistema di valutazione dei consumi a quello ospedaliero in particolare per quanto riguarda la disponibilità dei dati secondo DDD/1000 abitanti. In questo caso è necessario il coinvolgimento delle società informatiche convenzionate con la Regione (Umbria Digitale/Umbria Salute).
3. Prevedere il possibile interfacciamento dei flussi della farmaceutica con quello dei dati epidemiologici della antimicrobica Resistenza.
4. Prevedere a livello di ciascuna Azienda Sanitaria una attività che programmi una periodica valutazione dei consumi degli antibiotici (appaiata a quella dei dati epidemiologici di resistenza) nell'ambito di programmi di "Stewardship" antimicrobica ed attraverso la metodologia dell'audit.
5. Relativamente al Report annuale sul consumo regionale dei farmaci redatto in collaborazione con l'ISS, sarà necessario definire per le prossime edizioni un "focus" sull'uso degli antibiotici ed un approfondimento sui consumi ospedalieri e delle Residenze protette.
6. Prevedere la stesura di un Report annuale che riassume le informazioni sulle caratteristiche di utilizzo degli antibiotici a livello regionale (Indicatore PP10_OS01_IS06) e che sia affiancato ad analogo Report relativo ai consumi veterinari.

Ambito Umano : Indicatori e CRONOPROGRAMMA

Indicatore	ANNO					Valore atteso Finale
	2021	2022	2023	2024	2025	
Report annuale sul consumo regionale degli antibiotici in ambito umano FONTE : Regione		Verifica annuale	Verifica annuale	Verifica annuale	Verifica annuale	SI

b) Ambito Veterinario

Per il raggiungimento degli obiettivi in ambito veterinario, il PNCAR prevede che a livello regionale vengano messe in atto azioni che favoriscano: a) la valutazione periodica dei dati di vendita e/o consumo dei farmaci: b) il miglioramento della efficacia dei controlli ufficiali in materia di farmacovigilanza.

Gli indicatori che saranno utilizzati per verificare il raggiungimento degli obiettivi sono rappresentati da:

1. Individuazione di un referente regionale
2. Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica (Indicatore PP10_OS01_IS08)
3. Implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utilizzo del Sistema Informativo Nazionale della farmacovigilanza (REV)
4. Predisposizione e pubblicazione di un report regionale annuale sull'uso di antibiotici a livello regionale, con dettaglio di dati per singole filiere produttive + (animali non dpa) utilizzo dati grezzi o già elaborati a livello nazionale quando resi disponibili (Indicatore PP10_OS01_IS06).
5. Raccolta dei dati per il monitoraggio integrato umano-veterinario degli antibiotici e delle resistenze regionali e loro trasmissione alla Istituzione centrale, (subordinato a estrazione dati).
6. Classificazione delle Aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso l'uso di mezzi informatici messi a disposizione dal Ministero (Indicatore PP10_OS01_IS09).
7. Produzione di un report annuale e Coordinamento delle attività del Piano Regionale Residui a livello locale come previsto dal PNCAR (Indicatore PP10_OS01_IS07).

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Ambito Veterinario: Indicatori e CRONOPROGRAMMA

Indicatore	ANNO					Valore atteso Finale
	2021	2022	2023	2024	2025	
Report annuale sul consumo regionale degli antibiotici in ambito veterinario FONTE: Regione		Verifica annuale	Verifica annuale	Verifica annuale	Verifica annuale	SI
Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica FONTE: Regione/Aziende Sanitari/Ordini Professionali		Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Almeno il 50% degli allevamenti monitorato con le DDDVET	Almeno il 50% degli allevamenti monitorato con le DDDVET
Classificazione delle Aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso l'uso di mezzi informatici messi a disposizione dal Ministero. FONTE: Regione		Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	100% delle Aziende Classificate	100% delle Aziende Classificate
Produzione di un report annuale e Coordinamento delle attività del Piano Regionale Residui a livello locale come previsto dal PNCAR FONTE: Regione		Produzione report annuale.	Produzione report annuale.	Produzione report annuale.	Produzione report annuale.	SI

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (3 di 7)	COMUNICAZIONE E FORMAZIONE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro

Piano regionale della prevenzione 2020-2025

**DESCRIZIONE**

La diffusione di conoscenze e di informazioni corrette è un presupposto essenziale per l'uso consapevole e appropriato degli antimicrobici. A tal fine, è fondamentale il coinvolgimento sia degli specialisti (medici ed altri operatori sanitari, veterinari, farmacisti, società scientifiche) sia della popolazione generale e di target specifici (pazienti, genitori, insegnanti, popolazione scolastica, consumatori, allevatori, proprietari di animali, agricoltori), la cui sensibilizzazione sul tema può contribuire a preservare l'efficacia di questi farmaci nel tempo. Da una parte, abitudini errate sulla prescrizione e il ricorso improprio agli antimicrobici ne influenzano fortemente il consumo, dall'altro lacune nella comprensione pubblica del problema dell'antimicrobico resistenza alimentano la confusione intorno al fenomeno. Migliorare la comprensione e la consapevolezza del fenomeno attraverso una comunicazione efficace e mirata è il primo dei cinque obiettivi del Piano d'Azione Globale sull'Antimicrobico-Resistenza dell'OMS.

Comunicazione ed Informazione: obiettivi ed azioni generali

Relativamente a questo argomento il PNCAR individua quale obiettivo generale quello di aumentare il livello di consapevolezza sull'AMR, rafforzando la comunicazione efficace e l'informazione sia sul versante del personale sanitario che su quello della opinione pubblica. Ciò prevede che siano messe in campo a livello regionale le azioni descritte di seguito.

- Individuare un referente regionale, che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche.
- Partecipare con iniziative locali alla campagna nazionale annuale di sensibilizzazione.

Per monitorare il raggiungimento degli obiettivi a livello regionale sono utilizzati i seguenti indicatori:

- Individuazione del referente regionale.
- Realizzazione di iniziative locali per la promozione nell'opinione pubblica della consapevolezza della necessità di un uso appropriato degli antibiotici anche attraverso la costruzione di strumenti di comunicazione ed informazione specifici e/o la organizzazione di interventi mirati e specifici per i diversi "stakeholders" (Indicatore PP10_OT3_IT03)
- Conduzione a livello regionale delle indagini conoscitive su percezione e utilizzo di antibiotici (in coerenza con la tempistica fissata a livello nazionale)

Formazione

La formazione rappresenta uno degli strumenti che permettono agli operatori sia nel settore umano che veterinario di raggiungere la consapevolezza e la conoscenza del problema della resistenza agli antimicrobici, delle possibili soluzioni e del ruolo che ogni operatore può avere per contribuire alla soluzione del problema. Le aree di competenza della formazione riguardano tutti gli ambiti della salute pubblica, sia umana che veterinaria. Le tematiche di maggiore interesse sono l'AMR, le ICA, l'uso corretto e prudente degli antibiotici in ambito umano e veterinario. Le opportunità di formazione dovranno essere offerte sia mediante formazione tradizionale che formazione a distanza (FAD). In ultimo, un tema molto rilevante è la definizione del core curriculum per il personale addetto al controllo delle infezioni.

Per il PNCAR l'obiettivo strategico principale in questo campo è quello di promuovere interventi di formazione nei settori dell'uso prudente di antibiotici e della prevenzione e controllo delle infezioni, comprese le ICA, ingaggiando tutti gli attori coinvolti, in un approccio omnicomprensivo. Le azioni previste dal PNCAR da svolgere a livello regionale sono:

- L'individuazione di un referente regionale, che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche.
- L'organizzazione di corsi che coinvolgano sia l'ambito umano che veterinario (secondo un approccio "one health"), e che trattino della AMR, della prevenzione e controllo delle infezioni, comprese le ICA e le zoonosi. I corsi dovranno essere organizzati in ogni Azienda Sanitaria ovvero organizzati a livello regionale con coinvolgimento di tutte le Aziende Sanitarie e dovranno avere cadenza annuale. Dovranno essere svolti secondo metodologia tradizionale o FAD, focalizzando l'attenzione anche sulle misure di controllo prioritarie (Indicatore PP10_OS01_IS19).

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- La definizione di accordi con gli Uffici scolastici Regionali per la organizzazione, coordinata a livello regionale, di incontri e corsi (ad es. FAD) per le scuole primarie e secondarie, con coinvolgimento di insegnanti e alunni. In particolare dovrà essere definita una offerta formativa progettata e gestita insieme alle scuole, università ed ordini professionali (Indicatore PP10_OT02_IT02).
- Inserimento formale del core curriculum per il personale addetto al controllo delle infezioni e a programmi di antimicrobial stewardship tra i criteri di assunzione a livello regionale e aziendale.

Indicatore	ANNO					Valore atteso annuale
	2021	2022	2023	2024	2025	
Esistenza di un programma regionale annuale di informazione e comunicazione basato sulle evidenze, coordinato con le azioni nazionali e le indicazioni del PNCAR		Realizzazione annuale del programma di comunicazione	Realizzazione annuale del programma di comunicazione	Realizzazione annuale del programma di comunicazione	Realizzazione annuale del programma di comunicazione	SI
Corso formativo inerente le problematiche del PNCAR in ogni Azienda Sanitaria ovvero un corso regionale che coinvolga tutte le Aziende Sanitarie secondo un approccio "one health"				100% di Aziende Sanitarie in cui è stato predisposto un corso annuale ovvero un corso regionale rivolto a tutte le Aziende Sanitarie.		100% di Aziende Sanitarie in cui è stato predisposto un corso annuale ovvero un corso regionale rivolto a tutte le Aziende Sanitarie.
FONTE: Regione						
Offerta formativa progettata e gestita insieme alle scuole, università ed ordini professionali inerente le problematiche del PNCAR		Realizzazione di almeno in percorso formativo di carattere regionale				1
FONTE: Regione						

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (4 di 7)	USO CORRETTO DEGLI ANTIBIOTICI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.5 Supporto ai Settori responsabili di un "ambiente organizzato" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per il contrasto a comportamenti additivi (alcol, sostanze, gap, doping, ecc.)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La selezione di microrganismi antibioticoresistenti è strettamente correlata alla pressione antibiotica. In tutti gli ambiti nei quali questa classe di farmaci viene utilizzata, l'introduzione di ogni nuovo antimicrobico è stata accompagnata, dopo un periodo di tempo più o meno lungo, dalla comparsa di microrganismi resistenti a quello stesso antimicrobico. Rispetto ad altri farmaci, l'uso inappropriato di antimicrobici pone questioni particolari di natura clinica ed etica, poiché contribuisce alla selezione di ceppi resistenti e a rendere inefficace il farmaco stesso con conseguenze sui pazienti e sull'intera collettività. Per tale ragione, il ruolo dei professionisti che operano sul campo è fondamentale per raggiungere livelli sempre più elevati di appropriatezza clinica e prescrittiva e pertanto va promosso e sviluppato. Nello stesso tempo è divenuto sempre più rilevante per i cittadini l'acquisizione di una consapevolezza dei rischi connessi all'abuso di antibiotici che sia capace di intervenire attivamente nella gestione del proprio percorso di cura, anche ai fini della tenuta dell'intero sistema. È possibile ridurre l'uso inappropriato di antibiotici, sia in ambito umano che veterinario, attraverso programmi nazionali di contrasto all'antibiotico-resistenza, basati su attività di sorveglianza, strumenti di governo della prescrizione (stewardship), formazione degli operatori e informazione dei cittadini, il tutto accompagnato dalla definizione delle risorse necessarie, del mandato e della infrastruttura coinvolta. Come evidenziato da esperienze già esistenti, per ridurre l'uso inappropriato di antibiotici sono necessari programmi di intervento che includano diverse componenti, quali:

- il monitoraggio dei consumi degli antibiotici sia a livello umano che veterinario (da questo punto di vista, sul versante umano, gli strumenti di misurazione dei consumi degli antimicrobici OsMed- AIFA disponibili in Italia rappresentano un sistema di importanza strategica);
- la definizione di linee guida supportate da evidenze scientifiche;
- l'attivazione di programmi tesi a favorire un uso razionale ed appropriato della terapia antibiotica ("antimicrobial stewardship") e la disponibilità di risorse dedicate per tali programmi;
- il coinvolgimento dei cittadini attraverso campagne di informazione sull'uso prudente degli antibiotici;
- la sorveglianza delle reazioni avverse da antibiotici (incluso la mancata efficacia);
- la messa in atto di interventi regolatori per promuovere l'uso appropriato e prudente degli antimicrobici sia in ambito umano che veterinario.

A) Ambito Umano

Un ambito nel quale sono imprescindibili interventi specifici per l'utilizzo appropriato di antibiotici è sicuramente quello ospedaliero. Numerose società scientifiche e istituzioni internazionali hanno emanato indicazioni per l'attivazione di programmi di "antimicrobial stewardship" in ospedale. Gli elementi essenziali per la messa in atto di questi programmi a livello nazionale e locale secondo vari organismi scientifici (p.es. IDSA ed ECDC) sono:

- la istituzione di gruppi professionali multidisciplinari con la responsabilità di definire le politiche di governo dell'uso responsabile di antibiotici, in armonia con le politiche di controllo delle infezioni, e di team operativi per la loro attuazione pratica;
- l'implementazione di raccomandazioni e linee guida nazionali per la profilassi, la diagnosi e la terapia delle infezioni, periodicamente aggiornate con un sistema di valutazione della loro adozione;
- la registrazione nella documentazione sanitaria della indicazione, del farmaco, della dose e durata del trattamento antibiotico;
- il monitoraggio del consumo degli antibiotici sulla base dei dati ottenuti dai flussi amministrativi;
- i programmi di "audit" e "feed-back" dell'appropriatezza delle prescrizioni;

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- il coinvolgimento di tutte le competenze e servizi essenziali coinvolti ed interessati ed in particolare gli specialisti in Malattie Infettive, microbiologia clinica e gli stessi farmacisti sia ospedalieri che delle farmacie territoriali;
- il potenziamento dei servizi diagnostici microbiologici per attivare una diagnostica rapida nell'identificazione dei patogeni e delle eventuali resistenze;
- la formazione di tutto il personale sanitario (medici ospedalieri e di famiglia, infermieri, farmacisti e personale di laboratorio) sull'uso appropriato dei farmaci antimicrobici in modo tale da consentire il coinvolgimento attivo degli stessi professionisti nel processo di cambiamento del comportamento prescrittivo;
- la definizione di chiare responsabilità e modalità di valutazione che siano fondate sulla base di indicatori precisi di cui facciano parte l'entità di consumo degli antibiotici ed il tipo di epidemiologia delle resistenze.

Partendo da questi presupposti, le principali azioni da intraprendere a livello regionale, previste dal PNCAR in questo ambito, sono le seguenti:

- Individuazione di un referente regionale, che faccia parte del gruppo di coordinamento regionale, che promuova anche il confronto tra regioni e la condivisione di buone pratiche.
- Predisposizione di un piano regionale collegato con il Piano nazionale (integrato con il PRP e il programma di controllo delle infezioni correlate all'assistenza), con standard e indicatori, da aggiornare ogni 3 anni.
- Partecipare alla individuazione degli indicatori per l'uso appropriato di antibiotici da introdurre nella griglia LEA.
- Emanazione di un documento regionale sull'organizzazione delle attività favorevoli al buon uso degli antibiotici ("antimicrobial stewardship").
- Partecipazione attiva della Regione ai programmi nazionali di implementazione di linee guida su temi prioritari.
- Promozione della diffusione nella pratica di tecnologie informatiche utili a supportare una prescrizione appropriata della terapia antimicrobica (p.e. a livello ospedaliero: alert, sistemi esperti, cartelle cliniche informatizzate con sistemi di prescrizione elettronica, ecc.).
- Implementazione, a livello territoriale, di sistemi per il monitoraggio dell'appropriatezza terapeutica a livello di singolo prescrittore attraverso la pratica della metodologia dell'audit (clinica ed organizzativa) sulla prescrizione di antibiotici.

CRITICITA' ESISTENTI A LIVELLO REGIONALE

1. Esiste una ampia eterogeneità dei comportamenti nelle 4 Aziende Sanitarie Umbre, oltre a mancare un modello organizzativo unico ed interdipendente tra le stesse Aziende Sanitarie.
2. Non esiste una metodologia di azione comune a tutte le Aziende Sanitarie che veda, attraverso la valutazione dei consumi degli antibiotici (insieme a quella della epidemiologia delle infezioni), una successiva programmazione di interventi tesi alla modifica dei comportamenti prescrittivi applicando la metodologia dell'audit.
3. Non è ancora in atto una l'applicazione di sistemi informatici esperti a supporto della corretta prescrizione degli antibiotici in tutte le Aziende Sanitarie regionali.

AZIONI PREVISTE

Deve essere prospettata, a livello regionale, una metodologia di approccio al problema condivisa che oltre ad adottare tutte le indicazioni che verranno emanate dal nuovo PNCAR metta comunque in pratica i seguenti punti:

- a. Definizione in ogni realtà Aziendale/Ospedaliera di un team/gruppo di lavoro multidisciplinare dedicato all'attuazione di programmi di miglioramento della pratica prescrittiva inerente gli antibiotici basata sull'uso prudente ed appropriato degli antibiotici stessi. (Indicatore PP10_OS1_IS15).
- b. Nelle more di indicazioni nazionali ed a supporto di programmi di "stewardship" antimicrobica, stesura di raccomandazioni regionali sull'uso corretto degli antibiotici nel trattamento delle principali sindromi infettive ospedaliere e nella prevenzione (p.e. inf, polmonari, addominali, profilassi delle infezioni della ferita chirurgica),

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- c. Utilizzazione dei sistemi informatici per supportare la prescrizione corretta degli antibiotici o tracciarne gli usi inappropriati (p.e. segnali di "alert" da parte di sistemi informatici esperti all'atto della prescrizione nella cartella elettronica ospedaliera o trascrizione della diagnosi nella ricetta elettronica, da parte del MMG e del PLS, ogni qualvolta venga prescritto un antibiotico).
- d. Organizzazione di programmi di monitoraggio dei consumi degli antibiotici allo scopo di migliorarne la qualità di prescrizione utilizzando la metodologia dell'audit sia a livello ospedaliero che territoriale.

b) Ambito Veterinario

In ambito veterinario La Regione Umbria ha adottato le linee guida nazionali per l'uso prudente degli antimicrobici negli allevamenti zootecnici per la prevenzione dell'antimicrobico resistenza che ha trasmesso alle aziende Usl Umbre ed ha promosso, attraverso una specifica formazione, la messa in atto delle linee guida sull'uso di antimicrobici nell'allevamento bovino da latte e suino oltre che negli animali da compagnia. Rappresentanti della Regione hanno partecipato agli incontri ministeriali in cui sono state elaborate le nuove check list della farmacosorveglianza che poi sono state trasmesse alle Aziende Usl, per un periodo di prova al fine di valutarne l'efficacia e l'applicabilità. Le Aziende Usl, attualmente, utilizzano le check-list ministeriali per il controllo ufficiale di farmacosorveglianza.

AZIONI PREVISTE

Tra le azioni previste tra 2021 e 2025:

- la promozione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario (Indicatore PP10_OS01_IS13). Questo obiettivo verrà realizzato attraverso la organizzazione a livello delle Aziende Sanitarie di iniziative indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali e mirate alla verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso appropriato degli antibiotici secondo le linee guida nazionali. Questa attività dovrà essere attuata per tutto il periodo compreso tra il 2021 ed il 2025.
- la promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario attraverso la messa in atto di iniziative regionali rivolte agli "stake-olders" per promuovere l'uso corretto degli antimicrobici. Queste attività dovranno essere coordinate ed in linea con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCR e le linee guida sull'uso prudente degli antibiotici in ambito veterinario (Indicatore PP10_OS01_IS14).

Ambito Umano e Ambito Veterinario: Indicatori e CRONOPROGRAMMA

Indicatore	ANNO					Valore atteso Finale
	2021	2022	2023	2024	2025	
Ambito Umano						
Definizione in ogni realtà Aziendale/Ospedaliera di un team/gruppo di lavoro multidisciplinare dedicato all'attuazione di programmi di miglioramento della pratica prescrittiva inerente gli antibiotici basata sull'uso prudente ed appropriato degli antibiotici stessi (Antimicrobial Stewardship). FONTE : Regione					100% di Aziende Sanitarie/Ospedali in cui è stato predisposto un programma di AS (Antimicrobial Stewardship)	100% di Aziende Sanitarie/Ospedali in cui è stato predisposto un programma di AS (Antimicrobial Stewardship)
Ambito Veterinario						

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Realizzazione di iniziative a livello di ASL indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali e mirate alla verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso appropriato di antibiotici secondo linee guida nazionali.					100% di ASL che aderiscono alle iniziative	100% di ASL che aderiscono alle iniziative
FONTE : Regione						
Organizzazione di iniziative regionali rivolte agli "stakeholders" per promuovere l'uso corretto degli antimicrobici. Queste attività dovranno essere coordinate ed in linea con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCAR e le linee guida sull'uso prudente degli antibiotici in ambito veterinario.		Nr. 1 Iniziativa annuale regionale di promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario.	Nr. 1 Iniziativa annuale regionale di promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario.	Nr. 1 Iniziativa annuale regionale di promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario.	Nr. 1 Iniziativa annuale regionale di promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario.	Nr. 1 Iniziativa annuale regionale di promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario.
FONTE : Regione						

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (5 di 7)	LA SORVEGLIANZA DELL'ANTIMICROBICO RESISTENZA IN AMBITO UMANO E VETERINARIO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;altro:Laboratori di Microbiologia pubblici e privati operanti nella regione Umbria.

DESCRIZIONE

Il contrasto dell'antimicrobico resistenza (AMR) non può prescindere dalla conoscenza delle dimensioni del problema e sono necessari degli idonei strumenti per conoscere i trend del fenomeno e verificare l'impatto di eventuali misure di controllo. Pertanto, la sorveglianza dell'AMR, rappresenta un punto fondamentale di tutte le strategie indicate per combatterla.

Indipendentemente dall'ambito, umano o veterinario, la sorveglianza ha lo scopo di monitorare l'andamento epidemiologico dei microrganismi resistenti, stimare la circolazione e l'impatto di questi patogeni sulla salute umana e animale e fornire dati sul consumo degli antibiotici per metterli in relazione con il fenomeno della AMR.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



L'obiettivo principale per quanto riguarda questo capitolo è il **rafforzamento della sorveglianza dell'AMR come attività stabile e rappresentativa della realtà regionale.**

a) Ambito Umano

Un monitoraggio regionale analitico della AMR è una acquisizione recente in Umbria, applicata in ambito ospedaliero e frutto del risultato di un progetto presentato nel Piano Regionale di Prevenzione:2014-2018.

Il progetto prevedeva la costituzione di una rete di sorveglianza che primariamente interessasse gli ospedali regionali e fosse basata sul contributo operativo di tutti i laboratori pubblici operanti a livello regionale in collegamento con le strutture ospedaliere.

Allo scopo di far sì che la regione Umbria potesse al più presto partecipare con il 100% dei suoi laboratori pubblici alla raccolta del debito informativo nei confronti del progetto ARISS più volte citato ed attualmente considerato riferimento nazionale per questo ambito, l'attività di sorveglianza, degli ultimi due anni, è stata prioritariamente concentrata sul contesto ospedaliero che peraltro è quello che pone in assoluto i maggiori problemi in termini di multiresistenza. Per tale ragione, al momento non sono disponibili dati regionali aggregati relativi all'epidemiologia delle resistenze a livello comunitario e delle Residenze Protette.

I dati di sorveglianza attualmente disponibili sono quelli provenienti dal monitoraggio dei risultati delle emocolture e del liquor da pazienti ricoverati in ambiente Ospedaliero.

I patogeni che sono attualmente inclusi nell'analisi ed il "panel" di antibiotici testati per ogni patogeno sono illustrati nella **Tabella 1** e sono gli stessi che vengono monitorati a livello nazionale da parte dell'Istituto Superiore di Sanità.

Tabella 1.

Umbria: sorveglianza su Emocolture e colture del Liquor: Correlazione Microorganismo - Antibiotici Testati	
Staphylococcus aureo e Stafilococchi coagulasi negativi	-> Oxacillina, Vancomicina, Teicoplanina, Linezolid, Tigecillina, Ciprofloxacina, Cotrimoxazolo
Enterococcus species	-> Vancomicina, Teicoplanina, Linezolid, Tigecillina, Ampicillina, Imipenem, Gentamicina
Streptococcus pneumoniae	-> Vancomicina, Teicoplanina, Linezolid, Piperacillina, Ampicillina, Cefotaxime, Cefepime, Imipenem, Meropenem, Ciprofloxacina
Altri Streptococchi	-> Vancomicina, Teicoplanina, Piperacillina, Ampicillina, Cefotaxime, Cefepime, Imipenem, Meropenem
Escherichia coli	-> Tigecillina, Amoxicillina-clavulanico, Piperacillina-Tazobactam, Cefotaxime, Cefepime, Imipenem, Meropenem, Amikacina, Gentamicina, Ciprofloxacina
Klebsiella species	-> Tigecillina, Amoxicillina-clavulanico, Piperacillina-Tazobactam, Cefotaxime, Cefepime, Imipenem, Meropenem, Amikacina, Gentamicina, Ciprofloxacina, Colistina
Altre enterobacteriaceae	-> Tigecillina, Amoxicillina-clavulanico, Piperacillina-Tazobactam, Cefotaxime, Cefepime, Imipenem, Meropenem, Amikacina, Gentamicina, Ciprofloxacina
Pseudomonas species	-> Tigecillina, Amoxicillina-clavulanico, Piperacillina-Tazobactam, Cefepime, Imipenem, Meropenem, Amikacina, Gentamicina, Ciprofloxacina, Colistina
Acinetobacter species	-> Imipenem, Meropenem, Cotrimoxazolo, Colistina

Il sistema, attualmente, prevede l'estrazione dei dati microbiologici, in formato XLS (patogeno e profilo di resistenza) anonimizzati, direttamente dalle macchine di analisi secondo modalità standardizzate. I dati, in questo formato, vengono quindi inviati dai Laboratori al Centro di riferimento che è presso l'Azienda Ospedaliera di Terni (S.C.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Malattie Infettive) ove con una procedura locale standardizzata, vengono applicati una serie di filtri che servono ad individuare i duplicati in base a specifiche definite in un protocollo approvato tra i laboratori a livello regionale. Una volta che il Centro di coordinamento (Az. Ospedaliera di Terni) ha verificato e reso fruibili i dati, questi vengono reinviiati ai singoli laboratori in un formato ulteriormente elaborabile a livello locale. In questo modo, a livello di ciascun laboratorio, è possibile produrre un report standardizzato ed individualizzabile a seconda delle informazioni ricercate. Infatti, il sistema dà l'opportunità di valutare i risultati utilizzando possibili diversi livelli di aggregazione che vanno dal dato complessivo regionale a quello relativo al singolo ospedale, fino al profilo del singolo reparto. Inoltre, nello stesso modo, è anche possibile identificare la situazione epidemiologica di diverse tipologie di aggregazione intra-ospedaliere (p.e. Area Medica, Chirurgica, Cura intensiva) o di Dipartimento o di singola Struttura Complessa.

CRITICITA' ESISTENTI

1. Ambito Ospedaliero

- a. Pur essendo attivo dal 2018, il sistema di monitoraggio descritto non ha ancora ricevuto una ufficiale formalizzazione Regionale (da definire nella stesura del Piano Regionale);
- b. L'attuale Sistema di Sorveglianza della AMR regionale deve essere interfacciato agli altri sistemi di informazione Regionale (p.e SDO, Anagrafica, farmaceutica etc). La cosa è stata già discussa in fase preliminare con le due Società Umbria-Salute ed Umbria-digitale in modo da trovare una soluzione adeguata e definitiva.
- c. I dati provenienti dal Sistema di monitoraggio della AR regionale in Ospedale verranno utilizzati a livello nazionale quale indicatore di verifica del funzionamento del sistema regionale di segnalazione degli "alert Organisms" (nel caso di non adeguata segnalazione spontanea di infezioni da "alert Organisms" potrebbe risultare una discrepanza tra segnalazione spontanea e dati provenienti dai laboratori).

2. Ambito Residenze Protette e Comunitario

- a. Pur essendo possibile recuperare il dato proveniente dagli stessi laboratori pubblici già coinvolti, al momento, non sono disponibili risultati concernenti le Residenze Protette ed i dati colturali comunitari (in quest'ultimo caso si dovrebbero prendere in considerazione i patogeni isolati dalle urinocolture oltreché dalle emocolture).
- b. Sebbene la maggiore percentuale dei dati epidemiologici comunitari regionali proviene dai laboratori pubblici, non esiste, al momento, un censimento delle attività svolte in questo ambito dai laboratori privati.

AZIONI PREVISTE

1. Formalizzare a livello regionale il Sistema di monitoraggio attualmente in uso a livello ospedaliero in particolare per quanto attiene modalità di recupero, accesso, ed uso dei dati attraverso il coinvolgimento delle Società informatiche in convenzione con la Regione (Umbria Salute ed Umbria Digitale). Nello stesso tempo dovrà essere previsto un programma di attività tese al progressivo incremento dell'adesione delle strutture di ricovero per acuti pubbliche e private allo stesso sistema di sorveglianza (Indicatori PP10_OS01_IS_01; PP10_OS01_IS02).
2. Costituire un analogo sistema di raccolta dati per quanto concerne gli ambiti delle Residenze Protette e della Comunità definendo gli standard di raccolta come già fatto sul versante ospedaliero. In questo caso dovranno essere anche coinvolti i laboratori territoriali privati convenzionati e non.
3. Sarà necessario, interfacciare il Sistema di monitoraggio della AR già esistente e quello a venire con gli altri Sistemi regionali di gestione dati (p.e SDO, Anagrafica, farmaceutica etc.).
4. Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici che partecipano alla sorveglianza che siano omogenee a livello regionale ed in linea con i riferimenti nazionali/interregionali (Indicatore PP10_OS01_IS03)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



5. La disponibilità dei dati di monitoraggio della AR regionali dovrà servire a produrre un Report annuale (contestualmente ad un Report sui consumi degli antibiotici) da indirizzare alle Aziende Sanitarie anche allo scopo di organizzare attività di tipo informativo/formativo, progetti di audit.

Ambito Umano: Indicatori e CRONOPROGRAMMA

Indicatore	ANNO					Valore atteso Finale
	2021	2022	2023	2024	2025	
Adesione regionale al sistema di sorveglianza della AMR (laboratori) FONTE: Regione/ISS		Verifica annuale	Verifica annuale	Verifica annuale	Verifica annuale	SI
% di strutture pubbliche e private accreditate incluse nel sistema di sorveglianza della AMR FONTE: Regione/ISS		Incremento	Incremento	Incremento	100%	100%
Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici (privati), omogenee FONTE: Regione			Sviluppo Procedure di Accreditamento			SI

b) Ambito Veterinario

L'IZSUM (Istituto Zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche) ha un sistema di monitoraggio continuo delle resistenze agli antimicrobici in microrganismi patogeni per gli animali destinati alla produzione di alimenti, in quanto, come azienda sanitaria pubblica che opera nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, si occupa di diagnostica delle malattie infettive negli allevamenti di animali da reddito e negli animali da compagnia. I dati relativi a tutti gli accertamenti analitici, compresi gli antibiogrammi, sono inseriti in un sistema informativo che collega in tempo reale tutti i laboratori. Al fine di poter utilizzare tali dati è necessario identificare i batteri patogeni da monitorare e stabilire i protocolli diagnostici, come metodiche analitiche e pannelli di antibiotici da utilizzare.

AZIONI PREVISTE

Al momento attuale L'IZSUM ha in essere un progetto per la valutazione della resistenza in ceppi dei generi *Streptococcus* e *Staphylococcus* a carattere zoonosico (IZS UM007 /18 RC). Oltre a ciò lo stesso Istituto ha in atto un progetto sulla antibiotico-resistenza nei prodotti della pesca al consumo. Il progetto è finanziato dal Ministero della Salute e i dati saranno disponibili nel 2022. L'Istituto ha in atto un progetto sulla antibiotico-resistenza nei prodotti della pesca al consumo. Il progetto è finanziato dal Ministero della Salute e i dati saranno disponibili nel 2022.

Attraverso la collaborazione tra Regione, IZSUM ed Università di Perugia (Facoltà di Veterinaria), si dovrà operare per:

1. realizzare un sistema di monitoraggio continuo delle resistenze agli antimicrobici su ceppi batterici di riferimento e zoonosici per gli animali destinati alla produzione di alimenti (DPA) ed animali da compagnia. Questo richiederà una progressiva, crescente partecipazione dei laboratori di microbiologia pubblici e privati al sistema di sorveglianza (Indicatore PP10_OS01_IS04).

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



2. promuovere lo sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari (Indicatore PP10_OS01_IS05). Questo richiederà inoltre lo sviluppo di un'attività di ricerca nel settore veterinario anche per approfondire con monitoraggi sistematici il ruolo di alcune specie animali di allevamento intensivo nella diffusione della AMR.

Ambito Veterinario: Indicatori e CRONOPROGRAMMA

Indicatore	ANNO					Valore atteso Finale
	2021	2022	2023	2024	2025	
% di laboratori regionali coinvolti (pubblici e privati) coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia FONTE : Regione		Elenco dei Laboratori	Incremento rispetto all' anno precedente del numero dei laboratori coinvolti nella sorveglianza AMR.	Incremento rispetto all' anno precedente del numero dei laboratori coinvolti nella sorveglianza AMR.	Incremento rispetto all' anno precedente del numero dei laboratori coinvolti nella sorveglianza AMR.	SI
Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari FONTE: Regione/IZSUM/Università di Perugia/CNR-LNR			Sviluppo delle procedure regionali.			SI

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (6 di 7)	SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Le infezioni correlate all'assistenza sono sempre più frequentemente sostenute da microrganismi resistenti ai farmaci di "prima linea", e spesso anche da germi multi-resistenti alla maggior parte delle classi di antibiotici oggi disponibili.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



La sorveglianza è una componente essenziale di programmi mirati a promuovere la qualità dell'assistenza e a ridurre il rischio di infezioni per i pazienti e per gli operatori sanitari. Infatti, sia in Italia che in altri paesi è stato dimostrato empiricamente che la partecipazione a sistemi di sorveglianza attiva delle infezioni correlate all'assistenza si associa nel tempo alla riduzione dell'incidenza di infezioni. A differenza di altre malattie infettive acquisite in comunità, le infezioni correlate all'assistenza non possono essere rilevate attraverso sistemi di notifica "passiva", ossia tramite la segnalazione spontanea da parte del medico curante. Infatti, numerose evidenze sperimentali dimostrano che tale sistema di notifica è gravato da un certo grado di inaccuratezza. Per tale ragione, i sistemi di sorveglianza delle ICA si basano sull'utilizzo di dati amministrativi e su sistemi di sorveglianza attiva, con la collaborazione di referenti dei reparti ospedalieri interessati e di personale addetto al controllo delle infezioni. Attualmente i sistemi di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza si caratterizzano per il fatto di utilizzare in modo combinato fonti informative correnti, quali il laboratorio, l'archivio della farmaceutica, le schede di dimissione ospedaliera, e sistemi di sorveglianza attiva mirati a pazienti a rischio o a problemi specifici. Sebbene i sistemi di sorveglianza della ICA siano più frequentemente applicati in ambito ospedaliero, bisogna sottolineare che sempre più spesso l'assistenza viene prestata anche in ambiti diversi dall'ospedale, quali le strutture residenziali per anziani o l'assistenza domiciliare. Questi ambiti hanno caratteristiche organizzative molto diverse dall'ospedale per acuti, per cui i sistemi di sorveglianza devono necessariamente considerare anche queste specificità. In conclusione, la disponibilità di sistemi di sorveglianza e di monitoraggio delle ICA di elevata qualità e accuratezza, supportati da sistemi informativi integrati, è essenziale per:

- mantenere alto il livello di attenzione su questa problematica;
- definire dimensioni e caratteristiche del problema;
- indirizzare gli interventi;
- monitorare i progressi mediante l'utilizzo di indicatori specifici

A livello Regionale sono previste le seguenti Azioni tese a monitorare e prevenire le ICA secondo quanto previsto dal PNCAR:

1. Segnalazione "alert organisms" (Indicatore PP10_OS01_IS10)

- Garantire l'adesione della Regione al sistema di sorveglianza nazionale che sarà individuato dal PNCAR.
- Partecipazione del 100% dei laboratori di microbiologia alla segnalazione degli "alert" e principalmente delle Enterobacteriaceae carbapenamasi resistenti (CRE).
- Obbligo di segnalazione degli "alert organisms" per le Aziende Sanitarie che, secondo quanto stabilito a livello Ministeriale, dovranno, eventualmente, dichiarare formalmente il caso dello "ZERO REPORTING".
- Continuare ad utilizzare l'Incrocio dei dati provenienti dai sistemi di sorveglianza della AMR regionali con quelli provenienti dalla segnalazione diretta degli "alert organisms" per verificare eventuali fallimenti nel sistema di segnalazione.

2. Sorveglianza delle ICA

- Adesione della Regione al sistema di sorveglianza delle ICA che sarà individuato dal Ministero della Salute. Nelle more, la stessa Regione dovrà scegliere tra uno di quelli già esistenti a livello nazionale, disincentivando lo sviluppo di sistemi locali che non siano compatibili con il sistema regionale/nazionale.
- Secondo quanto richiesto dal Ministero, adesione all'obbligo di raccolta e trasmissione dei dati per le sorveglianze delle ICA previste nei modi e tempi stabiliti dal prossimo piano (Indicatore PP10_OS01_IS11).
- Costituzione di un Comitato per il Controllo delle ICA in ogni Azienda Sanitaria/Ospedale Regionale (Indicatore PP10_OS01_IS16) che provveda annualmente alla stesura di un Report dedicato alle ICA (Indicatore PP10_OS01_IS12)

3. Prevenzione delle ICA

- Garantire l'adesione della Regione al Piano Nazionale di prevenzione delle ICA.
- Partecipazione attiva della Regione ai programmi nazionali di implementazione di linee guida su temi prioritari (p.e. lavaggio delle mani, monitoraggio consumi soluzioni idro-alcoliche) (Indicatore PP10_OS01_IS17).

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Definire in maniera esplicita quale siano le attività regionale tese al monitoraggio e controllo degli obblighi individuati in questo ambito per le Aziende Sanitarie regionali.

Indicatori e CRONOPROGRAMMA

Indicatore	ANNO					Valore atteso Finale
	2021	2022	2023	2024	2025	
Partecipazione del 100% dei laboratori di microbiologia alla segnalazione degli "alert" e principalmente dei CRE FONTE : Regione/ISS		Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Incremento rispetto anno precedente	Grado di copertura 90%	Grado di copertura 90%
Partecipazione Regionale ad almeno 3 sorveglianze delle ICA come da indicazioni del Ministero della Salute definendo un Piano progressivo di sviluppo della Sorveglianza Regionale FONTE : Regione/ISS		Numero sorveglianze annuale : 3				Partecipazione a tre sorveglianze Nazionali
Costituzione di un Comitato per il Controllo delle ICA in ogni Azienda Sanitaria /Ospedale Regionale FONTE : Regione		100% delle Aziende Sanitarie /Ospedali				100% delle Aziende Sanitarie/ Ospedali
Produzione di un Report annuale sulle ICA per ogni Comitato per il Controllo delle ICA Azienda Sanitaria/Ospedale FONTE: Regione		100% dei Comitati produce report annuale.	100% dei Comitati produce report annuale.	100% dei Comitati produce report annuale.	100% dei Comitati produce report annuale.	100% dei Comitati produce report annuale.
Istituzione di un Sistema Regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani. FONTE: Regione				100% di Ospedali che dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica		100% di Ospedali che dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (7 di 7)	RICERCA EPIDEMIOLOGICA PER INDIVIDUARE I GRUPPI DI POPOLAZIONE CHE POSSONO SUBIRE MAGGIORMENTE L'IMPATTO DEL FENOMENO DELL'AMR E SULLA BASE DEI RISULTATI DEFINIRE PER QUESTI GLI INTERVENTI MIGLIORATIVI/CORRETTIVI DA METTERE IN ATTO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.12 Attività di "Ricerca –Azione" finalizzata a processi partecipati, ecc
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Oggi, la resistenza antimicrobica (AMR) è una delle più gravi minacce per la salute pubblica globale, per la sicurezza alimentare e quindi per lo sviluppo ed il progresso della società. Senza antibiotici efficaci, qualsiasi attività medica diventa più pericolosa, a causa del rischio di complicanze infettive. Tuttavia, la principale causa della resistenza antimicrobica, in tutti i paesi del mondo, è l'uso eccessivo ed inappropriato degli stessi antimicrobici. Questo può accadere in vari settori oltre a quello medico, per esempio, nell'agricoltura, nell'allevamento e nell'acquacoltura.

Nonostante, l'Assemblea Mondiale della Sanità nel 2015 abbia fissato l'obiettivo di definire un piano d'azione globale per "assicurare il più a lungo possibile, la efficacia degli antimicrobici nel trattamento e nella prevenzione delle malattie infettive", attualmente, uomini, donne e diversi gruppi che compongono la società presentano diversi livelli di esposizione e rischio alle resistenze antibiotiche.

Per esempio, nei paesi del terzo mondo, l'aumento della resistenza agli antibiotici, insieme alla mancanza di acqua potabilizzata e servizi igienici nelle istituzioni sanitarie, aumenta il rischio di infezioni da germi resistenti in corso di gravidanza e parto. Nello stesso modo, gli operatori sanitari e gli addetti alle pulizie che non sono dotati di mezzi di protezione, nel corso del loro lavoro, (p.e. guanti, maschere e altri indumenti protettivi) sono maggiormente esposti ai microbi resistenti. Nei contesti agricoli, gli operatori che lavorano senza attrezzature protettive o che puliscono le stalle dei bovini, suini e pollame che sono infettati da batteri resistenti ai farmaci possono acquisire infezioni da questi agenti patogeni oltre a poterli diffondere ai membri della propria famiglia ed ai conoscenti. Ed ancora, è dimostrato che l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici è proporzionale al livello di consapevolezza e conoscenza della problematica delle resistenze da parte dei prescrittori, dei farmacisti e degli stessi politici. Ed infatti, le persone più giovani e chi presenta livelli culturali o tassi di scolarizzazione più bassi spesso non hanno nemmeno la conoscenza di quale sia la funzione degli antibiotici e la loro modalità di azione. Nel 2014 in Spagna, alcuni ricercatori hanno dimostrato, per esempio, che i giovani sono più propensi a richiedere erroneamente al medico la prescrizione di antibiotici per gestire infezioni causate da agenti virale.

Dato che l'AMR è un problema che sta interessando tutto il mondo, è fondamentale che si mettano in atto interventi concreti per intervenire efficacemente su tutti questi aspetti.

In questo senso, è importante che nei settori con un rischio noto di resistenza antimicrobica, vengano messe in atto misure per monitorare quali gruppi di popolazione possano sperimentare esposizioni e tassi di resistenza antimicrobica più elevati e quindi conseguenze peggiori dovute ad una infezione. Ovviamente, questo tipo di

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



monitoraggio, non può interessare solo il settore sanitario, ma deve includere anche tutti gli altri settori implicati quali l'agricoltura, e l'ambiente.

Una strategia per sviluppare un'azione efficace dovrebbe prestare attenzione alle differenze di esposizione, rischio e impatto tra uomini e donne e tra i diversi gruppi socioeconomici, prendendo in considerazione caratteristiche come l'occupazione, le condizioni di lavoro oltre che l'esistenza di fattori di rischio individuale come sono le comorbidità e l'età stessa.

Questo pone ovviamente problemi sul versante dell'equità proprio per la necessità di assicurare interventi che garantiscano che nessuno sia lasciato indietro.

Come suggerito dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (<https://www.who.int/antimicrobial-resistance/national-action-plans/AMRGenderEquityGuidance-Sept2018.pdf>) è necessario capire meglio come i vari determinanti individuali e sociali siano capaci di influenzare l'esposizione e il comportamento di diversi gruppi della popolazione in relazione all'uso di antibiotici e alle pratiche di prescrizione. Nello stesso tempo, sul piano comunicativo e formativo, è necessario adattare le campagne e i messaggi sanitari allo scopo di raggiungere meglio i gruppi chiave come i giovani ed il personale sanitario.

Le Problematiche regionali

I dati italiani relativi alla antimicrobico resistenza sono tra i peggiori in Europa. Per tale ragione nel 2017 il Ministero della Salute ha messo in atto il primo Piano Nazionale di Contrasto alla Anti-Microbico Resistenza (PNCAR) di durata quinquennale.

In Umbria, nel 2019, la situazione epidemiologica in termine di resistenze è risultata nella media nazionale così come il livello di consumo degli antibiotici. Nella stessa regione, nello stesso anno, picchi di utilizzo degli antimicrobici si sono dimostrati nell'età pediatrica e nelle età > 65 anni ; esiste inoltre un maggior uso di antibiotici nel sesso femminile.

Nel 2018, nell'ambito della popolazione ospedaliera, la mortalità per sepsi (circa 1800 episodi) è stata del 70% nei soggetti di età pari o superiore ai 75 anni e meno del 5% in coloro che presentavano una età inferiore ai 65 anni.

E' noto che, particolari gruppi di popolazione, a causa delle loro condizioni, sono esposti ad un maggior rischio di contrarre infezioni e di soccombere in caso di una infezione causata da patogeni resistenti. Gli immunocompromessi, gli anziani, tutti coloro che presentano comorbidità (patologie cardio-respiratorie, metaboliche etc) appartengono a quella fascia di popolazione che abbiamo definito fragile anche nel corso della pandemia da SARS-CoV-2 e per la quale sono state introdotte determinazioni specifiche da parte dello stesso Ministero della Salute.

Equità in tema di AMR e PRP Umbro

Obiettivi

Partendo da queste premesse, in una situazione in cui, anche a livello nazionale, mancano informazioni certe su questa tipologia di problematiche, per queste tematiche, nei prossimi 5 anni, sembra importante concentrare le attività regionali in due ambiti :

a) ricerca epidemiologica per individuare i gruppi di popolazione che possono subire maggiormente l'impatto del fenomeno dell'antimicrobico resistenza e definire per questi quale sia la reale situazione regionale e gli interventi da porre in essere;

b) comunicazione e formazione rivolti alla popolazione "target" (p.e. giovani, donne, persone anziane, genitori, personale operante nella sanità, nell'agricoltura, nell'allevamento) allo scopo di migliorare il livello di conoscenza e consapevolezza del problema in modo da superare eventuali "gap" socio-culturali.

Azioni

Per quanto riguarda la ricerca epidemiologica oltre alla Regione saranno coinvolti l'Università degli Studi di Perugia, gli Ordini Professionali (Medici, Veterinari, Farmacisti) e la stessa ARPA (Agenzia Regionale Protezione Ambientale) oltre che le organizzazioni degli "Stake-holders" che operano negli ambiti potenzialmente interessati (p.e. agricoltura, allevamento, ambiente). L'obiettivo è quello di svolgere almeno una "survey" entro il 2023 su queste tematiche e

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



sulla base dei risultati definire eventuali interventi correttivi/migliorativi. In questo senso, una priorità potrebbe essere data a situazione che, anche nel corso della pandemia da COVID-19, hanno dimostrato di rappresentare un punto debole a livello del Servizio Sanitario Nazionale/Regionale e cioè le Residenze Protette (RSA). Infatti, proprio nelle RSA è presente una fascia di popolazione particolarmente esposta alle problematiche della multiresistenza (età avanzata, presenza di comorbidità, ambiente comunitario favorente la diffusione delle infezioni e delle colonizzazioni da patogeni resistenti).

Per quanto invece attiene all'ambito della comunicazione e della formazione, si potrà fare riferimento a quanto già definito nell'Elenco Azioni Associate al Programma, al punto 2. AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE-2.5 Formazione Congiunta "operatori sanitari e socio-sanitari e altri Settori" programmando attività specifiche rivolte sia alla popolazione in genere che agli operatori del settore.

Ambito Umano e Veterinario: Indicatori e CRONOPROGRAMMA

Indicatore	ANNO					Valore atteso Finale
	2021	2022	2023	2024	2025	
Studio epidemiologico conoscitivo per individuare i gruppi di popolazione che possono subire maggiormente l'impatto del fenomeno dell'AMR e, sulla base dei risultati, definizione degli interventi da porre in essere; FONTE : Regione, Università degli Studi di Perugia, Ordini Professionali, Associaz. degli stake-holders del settore		Pianificazione dello Studio	Implementazione dello Studio	Valutazione dei risultati dello Studio e definizione degli interventi.	Messa in atto degli interventi	SI

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	ricerca epidemiologica per individuare i gruppi di popolazione che possono subire maggiormente l'impatto del fenomeno dell'antimicrobica resistenza e definire per questi quale sia la reale situazione regionale e gli interventi da porre in essere
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Svolgere entro il 2024 una "survey" per individuare i gruppi di popolazione che possono subire maggiormente l'impatto del fenomeno dell'antimicrobica resistenza per poi definire per questi gruppi quale siano gli interventi da porre in essere nel 2025. . In questo senso, una priorità potrebbe essere data a situazione che, anche nel corso della pandemia da COVID-19, hanno dimostrato di rappresentare un punto debole a livello del Servizio Sanitario Nazionale/Regionale e cioè le Residenze Protette (RSA). Infatti, proprio nelle RSA è presente una fascia di popolazione particolarmente esposta alle problematiche della multiresistenza (età avanzata,

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	presenza di comorbidità, ambiente comunitario favorente la diffusione delle infezione e delle colonizzazioni da patogeni resistenti).
ATTORI COINVOLTI	Lo studio vedrà il coinvolgimento della Regione, dell'Università degli Studi di Perugia, degli Ordini Professionali (Medici, Veterinari, Farmacisti) e la stessa Agenzia Regionale Protezione Ambientale (ARPA) oltre che le organizzazioni degli "Stake-holders" che operano negli ambiti potenzialmente interessati (p.e. agricoltura, allevamento, ambiente)
INDICATORE	Studio epidemiologico ("survey") per individuare i gruppi di popolazione che possono subire maggiormente l'impatto della AMR • Formula: studio epidemiologico progettato, gestito, valutato nei risultati secondo il protocollo di studio. • Standard Realizzazione dello studio epidemiologico, della valutazione dei risultati e dei provvedimenti da mettere in atto entro il 2025 • Fonte Popolazione ricoverata presso gli ospedali e le Residenze protette della Regione Umbria

CAPITOLO 4 Programmi Liberi

4.1 PL11 Promozione della salute materno infantile e dei primi 1000 giorni di vita

4.1.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL11
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Casucci Paola
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO1-01 Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale - MO1-02 Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori - MO1-03 Promuovere la salute nei primi 1000 giorni - MO1-04 Promuovere interventi volti a favorire l'allattamento al seno - MO1-05 Individuare precocemente le difficoltà dello sviluppo del bambino da 0 a 36 mesi - MO1-06 Individuare precocemente i segnali a rischio per disagio infantile
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO1LSa Sviluppo di programmi di promozione della salute riproduttiva e pre-concezionale e di prevenzione nei primi 1000 giorni, al fine di garantire le migliori condizioni di "partenza" ai nuovi nati - MO1LSb Attivazione di percorsi di promozione della salute e sani stili di vita familiari per genitori di bambini 0-36 mesi
LEA	- F07 Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare - Art. 24 Assistenza sociosanitaria ai minori , alle donne, alle coppie, alle famiglie

4.1.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed analisi di contesto

Per quanto riguarda la salute materno-infantile, in Umbria il maggior rischio di controlli tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione) è associato alla giovane età (< 20 anni), all'essere straniera o con scolarità medio-bassa. Sotto la media nazionale la percentuale di parti con taglio cesareo (22,1%).

Prendendo in considerazione poi i dati dei Bilanci di salute del biennio 2018-2019 effettuati dai primi 15 giorni di vita all'11° anno di età, dai pediatri di libera scelta si evidenziano alcuni comportamenti:

item: mamme che leggono libri insieme ai propri figli, la percentuale sale rispetto al 2018 passando da 39,5% al 54,9%.

item: attività fisica fuori dall'orario scolastico per almeno 3 volte a settimana, la percentuale sale dal 18% del 2018 al 25% del 2019.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



-item: primo, terzo e sesto mese, quante donne hanno un allattamento completo: la percentuale in lieve aumento passando dal 75% nel 2018 al 77% nel 2019. Al terzo mese la percentuale si abbassa dal 69% al 67% del 2019 e al sesto mese rimane costante nel biennio al 38%.

Analizzando più nello specifico la Salute materna infantile si riportano di seguito i dati sui profili di salute:

in Umbria i parti registrati nel 2019 sono 6.016, tutti avvenuti in Istituti di cura pubblici ed equiparati.

Circa il 50% dei parti avviene in strutture dove risultano almeno 1.000 parti annui; tali strutture rappresentano il 25% dei punti nascita totali. Il 26% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui.

Nel 2019, circa il 21% dei parti in Umbria riguarda madri di cittadinanza non italiana, e risulta essere in linea con il dato Nazionale.

Le aree geografiche di provenienza delle madri più rappresentate, sono quelle dell'Africa (29,7%) e dell'Unione Europea (26,8%). Consistente anche la quota di madri provenienti da altri paesi europei (25,8%), mentre quelle di origine Asiatica e Sud Americana costituiscono rispettivamente l'8,8 e l'8,6% delle madri straniere.

Per quanto riguarda l'età, i dati 2019 indicano per le donne italiane una percentuale quasi del 65% dei parti interessa la classe di età tra 30-39 anni, mentre per le altre aree geografiche è l'incidenza delle madri di età compresa tra 20 e 29 anni che risulta prevalente.

E' di 32,8 anni l'età media delle donne italiane mentre scende a 30,2 anni per le cittadine straniere. L'età media del primo figlio è per le donne umbre superiore ai 32 anni, mentre le donne straniere partoriscono il primo figlio intorno ai 29 anni.

Delle donne che hanno partorito nell'anno 2019 il 46,2% ha una scolarità medio alta, il 17,3% medio bassa ed il 26,7% ha conseguito la laurea (31,2% Italia). Anche tra le donne straniere prevale una scolarità medio alta (44,1%), a differenza di quanto avviene a livello nazionale. Tuttavia è molto più bassa la quota di laureate (15,7%) rispetto alle donne con scolarità medio bassa (36,6%).

La frequenza di madri coniugate risulta pari al 56,1% (62,6% Italia), mentre il 42,4% (35,1% Italia) sono nubili e lo 1,5% separate, divorziate o vedove.

L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 63,6% delle madri ha un'occupazione lavorativa (55% Italia), il 22,5% casalinghe (28,6% Italia) ed il 12,5% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione (14,2% Italia). Tra le straniere prevalgono le casalinghe (48,3%) a fronte di un 71,7% di madri italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

Nel 94,7% delle gravidanze, il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4, mentre nel 92% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie, in media 6,2, con valori superiori a quelli medi italiani.

La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita oltre il primo trimestre di gravidanza è pari al 3,7 % tale percentuale sale all'12,5% per le donne straniere (2,2% e 11% rispettivamente per l'Italia). Le donne con scolarità medio-bassa effettuano la prima visita più tardivamente: la percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dopo l'11° settimana di gestazione è pari al 11,5% mentre per le donne con scolarità alta, la percentuale è del 3,7% (2,2% Italia). Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di controlli tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 19,2% dei casi vs 14,4% del dato nazionale).

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive sono state effettuate in media 12,4 amniocentesi ogni 100 parti, circa 3 volte superiore al dato medio italiano (3,9). Nelle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 36% dei casi. Tali dati, più alti in assoluto a livello nazionale, rendono tuttavia necessario un approfondimento.

Nel 2019 il 22,1% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con un valore sotto la media nazionale (31,8%) e tra i più bassi. Non c'è essenzialmente differenza tra donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 22,2% dei parti di madri straniere e nel 21,8% dei parti di madri italiane.

Nel 2019 sono stati rilevati 15 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,45 nati morti ogni 1.000 nati.

La codifica della causa che ha determinato la natimortalità sembra essere molto difficoltosa anche perché quasi sempre il referto dell'esame autoptico viene reso noto dopo i 10 giorni previsti per la compilazione del CeDAP.



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

Nel 2019 solo per il 20% dei nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 60% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 20% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile con sesso e/o età.

L'OMS ha pubblicato nel 2018 il Nurturing Care Framework (NCF) un documento di riferimento e rilevanza internazionale che fornisce indicazioni e raccomandazioni su come intervenire nelle prime epoche della vita. Il documento contiene una sintesi delle evidenze in campi disciplinari diversi, raccomandazioni operative e azioni che vanno a coprire tutte le cinque componenti della nurturing care: salute, alimentazione, genitoriali responsività, opportunità di apprendimento precoce e protezione/sicurezza. Le azioni quindi della Regione Umbria sono orientate verso l'offerta ad ogni bambino di un ambiente migliore di protezione, promozione e sostegno al suo sviluppo attraverso azioni volte alla riduzione dell'esposizione a fattori di rischio e alla promozione di fattori protettivi, sostenendo le competenze dei genitori, le opportunità offerte dalla comunità e dall'insieme dei servizi.

Altro documento ritenuto fondamentale e quindi di riferimento è quello che il Ministero della Salute nel febbraio 2020 ha pubblicato su "investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita per genitori, operatori sanitari e policy maker per la protezione e la promozione della salute dei bambini e delle generali future". Il documento mette a fuoco le principali azioni preventive di provata efficacia che possono essere adottate sia dai genitori che dagli operatori sanitari utili a minimizzare i fattori di rischio e a rafforzare i fattori di protezione nei primi 1000 giorni di vita.

Il presente progetto quindi si ricollega agli obiettivi strategici 1.7 "sviluppare e migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale", con l'obiettivo 1.8 sulla promozione consapevole degli stili di vita sani ed attivi in tutte le età, nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamenti individuali e trasformazione sociale" nonché con l'obiettivo 1.16 "migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione".

4.1.3 Scheda di programma

4.1.3.1 Descrizione dal PNP

A livello Internazionale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), promuove storicamente buone pratiche per l'assistenza alla nascita, anche attraverso statement dedicati, che hanno la finalità di indirizzare le politiche a livello globale. Con uno sguardo all'appropriatezza e alla sostenibilità delle cure, l'OMS raccomanda di "raggiungere una madre e un bambino in salute con il minor livello di cure possibile compatibile con la sicurezza" (WHO, 1996). Infatti, la tutela della salute in ambito materno-infantile, costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione alla salute hanno in tale ambito sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura. L'OMS ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari a livello mondiale (OMS 2009, Progetto Obiettivo Materno Infantile 2000, Piano Sanitario Nazionale). La sfida di un'appropriata assistenza ostetrica in gravidanza è quella di identificare le donne che richiedono un'assistenza specialistica, permettendo così a quelle con gravidanza fisiologica di procedere con il minor livello di interferenze possibile (RCOG 2015). Questo presuppone che in campo ostetrico debba esistere una valida ragione per interferire con il naturale processo degli eventi. (WHO 1996 Care in Normal Birth: A Practical Guide) Infatti, la crescente medicalizzazione del percorso nascita interferisce con le competenze materne e con l'esperienza di gravidanza e di nascita comportando effetti sulle capacità genitoriali materne e paterne (WHO, 2018). Da qui la decisione di fissare standard di qualità raccomandati per le donne, offrendo un'assistenza ostetrica basata su prove di efficacia per ridurre la medicalizzazione del percorso.

In Italia, il riferimento è la Linea Guida20 "Gravidanza Fisiologica", elaborata dal Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità in cui si ribadisce che la gravidanza e il parto sono processi fisiologici e, conseguentemente, ogni intervento assistenziale proposto deve avere benefici dimostrati ed essere accettabile per le donne in gravidanza. La stessa Linea Guida raccomanda, altresì, che alle donne con gravidanza fisiologica venga offerto il Modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'Ostetrica/o. Questo modello di cura centrato

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



sulla donna, in partnership e in continuità con l'Ostetrica, è ritenuto fondamentale per la tutela della salute sessuale, riproduttiva, materno-neonatale e risulta particolarmente favorevole sotto il profilo del rapporto costo-beneficio e anche costo-efficacia. (The Lancet, Midwifery Series 2014, Tracey The Lancet 2014, Devane RCM 2010). Per tale motivo, il Ministero della Salute ha recentemente incoraggiato soluzioni organizzative che rispondano non solo a criteri di qualità e sicurezza, ma garantiscano una maggiore continuità nell'assistenza ostetrica al peri-partum. Come sottolineato dal Comitato Percorso Nascita nazionale, che coadiuva e supporta le Regioni nella costruzione della nuova rete dei Punti Nascita sulla base dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 137/CU) e del D.M.70/2015, è necessario che l'assistenza sia garantita nell'accompagnamento alla gravidanza, sia al parto che al post partum/puerperio per donne e neonati, venga modulata nel rispetto della sua natura fisiologica, sapendo cogliere e individuare, laddove necessario, la patologia per poi indirizzare alle strutture adeguate. (Ministero della Salute DGPROGS 0034949-P-31/10/2017). Di recente è stato pubblicato il report del Programma Nazionale Esiti curato da Agenas, dal quale emerge che "la progressiva diminuzione della proporzione di parti cesarei primari [effettuati su una donna per la prima volta], dal 29% del 2010 al 24,5% del 2016, insufficiente rispetto allo standard internazionali, costituisce un contenimento importante: la propensione al parto chirurgico rappresenta infatti un comportamento difficile da cambiare, dove la dimensione opportunistica del fenomeno si affianca a una dimensione culturale di sottovalutazione diffusa, sia tra i professionisti sia nella popolazione femminile, dei minori rischi e dei maggiori benefici del parto naturale sia per la donna sia per il bambino." (PNE, 2017).

Gli interventi prioritari:

- la formazione dei professionisti e volontari a contatto con bambini e genitori
- l'informazione e la comunicazione con i genitori, le famiglie e la popolazione in generale
- lo sviluppo di modelli territoriali, percorsi e collaborazione e integrazione operative
- il Programma Nati per Leggere e Nati per la Musica
- la presa in carico di bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità
- la prevenzione primaria e secondaria della trascuratezza, del disagio e del maltrattamento infantile
- le azioni riguardanti il PL16

AZIONI

AZIONE 1- OSTETRICHE COME CONSELOR SU STILI DI VITA ED INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE

AZIONE 2 - SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ

AZIONE 3 – GRAVIDANZA FISIOLÓGICA

AZIONE 4 – SVILUPPO DI BUONE PRATICHE

AZIONE 5 - AZIONE EQUITY - CONOSCENZE SUI CORRETTI STILI DI VITA

CRONOGRAMMA

Attività					
AZIONE 1 - OSTETRICHE COME CONSELOR SU STILI DI VITA ED INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento di operatori sanitari e socio-sanitari su educazione e promozione della salute della donna e della famiglia e aumentare conoscenze e competenze delle ostetriche in tema di "gravidanza fisiologica" e la piena applicazione della linea di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico- BRO di cui il documento nazionale del 31 ottobre 2017 (INDICATORE: formazione dal 2022-2025)	Regione	X	X	X	X
AZIONE 2 – SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Realizzare un corso finalizzato al sostegno alla genitorialità su argomenti quali a) la famiglia: ruoli e cambiamenti; b) come e			X	X	X



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

perché crescere i figli in autonomia, il ruolo e la consapevolezza: la difficoltà di rendersi e renderli liberi; c) educare all'autostima: la valorizzazione di Sé e del mondo, la scelta dei valori; d) relazione e comunicazione: la gestione del conflitto, l'interlocutore, l'altro ed il diverso, il perdono; e) dalla colpa alla vergogna, l'etica nel mondo giovanile, bellezza e verità: il corpo come nemico, dipendenze e disturbi alimentari. (INDICATORE: formazione dal 2023 al 2025)					
Realizzazione di Materiale informativo revisionato e distribuito dai pls, adesione degli assistiti ai bilanci di salute (I III IV e VII) (INDICATORE: disponibilità del documento entro il 2024)	Regione			X	
Realizzazione Moduli di Informazione per l'empowerment dei genitori (INDICATORE: modulistica 2023)	Regione, PLS		X		
AZIONE 3 - GRAVIDANZA FISIOLOGICA	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Implementare i CAN (Corsi di accompagnamento alla nascita) nei territori rimasti scoperti	Regione	X	X	X	X
Ricognizione ed eventuale aggiornamento delle prestazioni erogate nella gravidanza fisiologica per implementare l'Agenda della gravidanza	Regione		X		
Realizzazione dell'Agenda e individuazione delle modalità di consegna e diffusione (INDICATORE: costruzione dell'Agenda)		X			
Formazione degli operatori rispetto all'Agenda della gravidanza dal 2023 (INDICATORE: almeno 1 percorso formativo di carattere regionale DL vigenza del PRP)	Regione		X	X	X
AZIONE 4 – SVILUPPO DI BUONE PRATICHE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Attivare la collaborazione, l'alleanza e la sinergia con tutte i settori le cui politiche a vario titolo hanno impatto sui determinanti di salute oltre ai servizi sanitari, le associazioni di volontariato, il settore educativo e gli Enti locali (INDICATORE: almeno 1 accordo entro il 2023, almeno 1 accordi entro il 2025)	Regione		X		X
AZIONE 5 – AZIONE EQUITY -CONOSCENZE SUI CORRETTI STILI DI VITA	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Promuovere la conoscenza dell'offerta di servizi territoriali in particolare i Consultori, altri servizi che riguardano l'infanzia, le Biblioteche di pubblica lettura (per gli aspetti legati all'apprendimento precoce e al "life long learning" dei genitori), programmi dedicati all'infanzia come nati per leggere NpL Umbria e nati per la musica (NpM), presso la popolazione target, mediante iniziative che possano essere orientate all'equità, attente a barriere culturali, linguistiche specifiche per il contesto umbro. Si interviene inoltre sulla informazione, in particolare ai genitori, relativamente agli stili di vita sani e alle principali infezioni sessualmente trasmesse. MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED (INDICATORE: progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione della HEA, ogni anno a partire dal 2022)	Regione	X	X	X	X

AZIONI EQUITY -

AZIONI CON INDICATORE

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



4.1.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Alcune fonti:

- OMS 2009, Progetto Obiettivo Materno Infantile 2000, Piano Sanitario Nazionale
- Linea Guida20 “Gravidanza Fisiologica
- The Lancet, Midwifery Series 2014, Tracey The Lancet 2014, Devane RCM 2010
- D.M.70/2015
- Programma Nazionale Esiti curato da Agenas 2017
- WHO 1996 Care in Normal Birth: A Practical Guide
- Linee di indirizzo per la definizione e l’organizzazione dell’assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio (BRO)
- Programma Home Visiting” (WHO 2015)
- D.P.C.M. del 12 gennaio 2017.
- OMS - “Health 21”1 è importante investire sulla salute nelle fasi precoci della vita. Consulenze genetiche, buone pratiche alimentari, rinuncia all’assunzione di tabacco durante la gravidanza e pratiche mediche prenatali favoriscono migliori condizioni fisiche alla nascita: riduzione di basso peso e anomalie congenite. UNICEF ha identificato, in coerenza con OMS, i principali requisiti per costruire ambienti favorevoli alla salute sia per gli ospedali2 sia per le comunità3. Di riferimento sono le 8 azioni per favorire una crescita sana del neonato4.
- DoRS – Sintesi di Sintesi di studi/review . <https://www.dors.it/tipologie.php?tipocont=B04>
- Thinking Healthy - A manual for psychosocial management of perinatal depression (“Pensare Positivo - Un manuale per la gestione psicosociale della depressione perinatale”)© Organizzazione Mondiale della Sanità 2015
- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152936/WHO-MSD-MER-15.1-ita.pdf?sequence=8&isAllowed=y> Disuguaglianze di Salute – Primi anni di vita
- <https://www.disuguaglianzedisalute.it/category/temi/primiannidivita/>
- Epicentro - Salute Materno Infantile - Iniziative e progetti <https://www.epicentro.iss.it/materno/iniziative-italia>
- <http://www.unicef.it/doc/148/ospedali-amici-dei-bambini.htm>
- <http://www.unicef.it/doc/5848/comunita-amiche-dei-bambini.htm>
- <http://www.genitoripiu.it/>
- <https://www.polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/0b776cb6-7804-4a0a-bf34->
- “Mutilazioni genitali femminili - Comunicare, conoscere, contrastare un crudele abuso”, a cura di Vincenzo Russo E Anna Re, 2015 Qanat Edizioni
- CEDAP (Link alla sezione di Epicentro dedicata alla documentazione regionale <https://www.epicentro.iss.it/percorso-nascita/documentazione-regioni>)
- Bilanci di salute dei pediatri di libera scelta
- Studio nazionale fertilità (ISS)
- http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3480
- Le disuguaglianze di salute nei percorsi assistenziali
- <https://www.disuguaglianzedisalute.it/download/percorsi-assistenziali/?wpdmdl=1504>
- Disuguaglianze di Salute – Buone Pratiche internazionali
- <https://www.disuguaglianzedisalute.it/category/risorse/buonepratiche/internazionali/>



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

-Disuguaglianze di Salute – Buone Pratiche nazionali

<https://www.disuguaglianzedisalute.it/category/risorse/buonepratiche/nazionali>

4.1.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL11_OT02	Alleanze e sinergie in tutti i settori delle politiche socio-sanitarie
PL11_OT02_IT02	Accordi intersettoriali
formula	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario
Standard	Almeno 1 accordo entro il 2022, almeno 2 accordi entro il 2025;
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PL11_OT03	Competenze e conoscenze nella gravidanza fisiologica
PL11_OT03_IT03	Formazione operatori sanitari, socio-sanitari, insegnanti e altri stakeholder
formula	Presenza di offerta formativa, per operatori sanitari, sociosanitari, insegnanti e altri stakeholder, sui programmi/azioni/interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del PRP
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PL11_OT04	Informazione e conoscenza alla popolazione
PL11_OT04_IT04	Comunicazione
formula	Attività di restituzione dei risultati e diffusione di buone prassi in ordine all’approccio “sistemico” del rischio
Standard	Almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti
Fonte	Regione

EQUITÀ

PL11_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL11_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell’HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell’HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



4.1.5 Obiettivi e indicatori specifici

PL11_OS01	Informazione per l'empowerment dei genitori
PL11_OS01_IS01	materiale informativo revisionato e distribuito dai pls, adesione degli assistiti ai bilanci di salute (I III IV e VII)
formula	presenza
Standard	Disponibilità documento entro il 2024
Fonte	Regione e bilanci di salute
PL11_OS02	Modelli innovativi alla genitorialità
PL11_OS02_IS02	Informazione ai genitori
formula	presenza
Standard	Realizzazione Moduli di Informazione per l'empowerment dei genitori 2022-2025
Fonte	Regione e PLS
PL11_OS03	Aggiornamento e formazione
PL11_OS03_IS03	Aggiornamento e Formazione
formula	presenza
Standard	Realizzazione formazione agli operatori sanitari e socio-sanitari dal 2022-2025
Fonte	Regione
PL11_OS04	La gravidanza fisiologica
PL11_OS04_IS04	Numero di consultori che distribuiscono l'Agenda
formula	Presenza
Standard	Costruzione dell'agenda
Fonte	Regione

4.1.6 Azioni

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (1 di 5)	OSTETRICHE COME CONSELOR SU STILI DI VITA ED INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia; donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Si ripropone in continuità del vecchio piano l'intervento teso a sviluppare la professionalità dell'ostetrica nell'educazione e nella promozione della salute della donna e della famiglia, cercando di stimolare l'adozione di abitudini di vita sane orientate al benessere e a correggere stili di vita a rischio in tutte le occasioni in cui la incontra



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

con particolare riferimento alle malattie sessualmente trasmesse. L'obiettivo è quindi quello di aumentare conoscenze e competenze di ostetriche (territoriali e degli ospedali) e del personale dei Punti nascita degli ospedali e altre figure coinvolte, in tema di "counseling motivazionale breve" nei setting opportunistici; inoltre si orienta ad aumentare conoscenze e competenze delle ostetriche in tema di "gravidenza fisiologica" e la piena applicazione della linea di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico - BRO di cui il documento nazionale del 31 ottobre 2017.

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (2 di 5)	SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.3 Formazione al "Counseling motivazionale breve"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Ricerche epidemiologiche nazionali evidenziano che il numero di adolescenti in condizioni di disagio psicologico, che potenzialmente può sfociare in disturbo vero e proprio, rappresentano il 7-8% della popolazione giovanile.

La salute mentale costituisce parte integrante della salute e del benessere generale; la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi mentali nei più giovani risulta quindi cruciale, poiché circa il 50% delle patologie psichiatriche dell'adulto iniziano prima dei 14 anni d'età.

Per prevenire il disagio giovanile bisogna innanzitutto preparare e sostenere chi può intercettare precocemente e accogliere questo disagio: la figura genitoriale. A tal fine si segnala la partecipazione della Regione Umbria ad un progetto per la individuazione precoce dei disturbi del neurosviluppo approvato con DGR n. 686 del 21/07/2021.

La genitorialità, infatti, non è una competenza solo dei genitori; essere genitori significa essere degli educatori e l'educazione è alla base delle relazioni di aiuto, di cura e pedagogiche. Tutto questo, oggi, significa affrontare problemi completamente diversi da quelli delle generazioni che ci hanno preceduto: siamo protagonisti di battaglie collegate al disagio, alla paura di vivere, alla difficoltà di trovare un significato che riguarda tantissimi giovani del nostro tempo. Il mestiere di educatore nella relazione e nella cura contiene anche il difficile compito di contrastare i molti messaggi ingannevoli e fuorvianti che derivano dal mondo esterno, migliaia di informazioni, di idee, di comportamenti che spesso non sappiamo come vengano metabolizzate ed elaborate, ma che hanno una enorme influenza nella costruzione dell'identità.

Il cambiamento che auspichiamo e attendiamo negli altri, quindi anche nei nostri figli, deve prima essere preparato dal mondo degli adulti.

Attività del programma sono, in continuità con il progetto "l'importanza di chiamarsi genitori" è pertanto:

- realizzare un corso finalizzato al sostegno alla genitorialità su argomenti quali a) la famiglia: ruoli e cambiamenti; b) come e perché crescere i figli in autonomia, il ruolo e la consapevolezza: la difficoltà di rendersi e renderli liberi; c) educare all'autostima: la valorizzazione di Sé e del mondo, la scelta dei valori; d) relazione e comunicazione: la gestione del conflitto, l'interlocutore, l'altro ed il diverso, il perdono; e) dalla colpa alla vergogna, l'etica nel mondo giovanile, bellezza e verità: il corpo come nemico, dipendenze e disturbi alimentari.

Il corso è già stato sperimentato in una edizione con notevole richiesta di partecipazione al punto che si ritiene utile riprodurlo in altri territori.

Il percorso di formazione si svolgerà, come in passato, con un approccio multidisciplinare attraverso il coinvolgimento di diverse figure professionali (psicologi, educatori, filosofi, nutrizionisti, esperto in comunicazione) e

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



seguito una doppia ermeneutica, in quanto gli argomenti saranno analizzati sia dal lato psico-pedagogico sia da quello fenomenologico-esistenziale, non trascurando le implicazioni sociologiche.

Il corso è articolato in 4 moduli l'anno, composti da 4 incontri e della durata di 2 mesi ciascuno (due incontri al mese della durata di circa tre ore).

E' necessario veicolare informazioni di gestione dei potenziali rischi derivanti dall'esposizione di prodotti chimici, prevedendo il coinvolgimento di un centro anti-veleni che possa offrire attraverso esperienze pratiche, indicazioni per evitare le frequenti intossicazioni nei bambini.

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (3 di 5)	GRAVIDANZA FIOLOGICA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.5 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

In continuità con il Piano della prevenzione 2014-2018 si ripropongono alcune attività che non si sono realizzate nei tempi previsti dalla programmazione regionale.

Nella nostra regione l'attività consultoriale è ampiamente diffusa nel territorio e sostenuta da sempre dalla legislazione regionale. Tuttavia, proprio la scelta fatta, ormai alcuni decenni fa, di decentralizzare tale attività nel territorio ha determinato, con il passare del tempo, un progressivo differenziarsi dell'offerta, più come conseguenza delle risorse disponibili che delle esigenze dei territori stessi e delle donne che vi abitano.

Relativamente ai Corsi di Accompagnamento alla nascita (CAN) nonostante la chiusura degli stessi a seguito dell'emergenza COVID, gli stessi sono stati riattivati a giugno 2021 e stanno operando a pieno regime. Attraverso i CAN le donne ricevono informazioni su gravidanza, modalità di parto, allattamento, cura del bambino, genitorialità.

I CAN, infatti, si inseriscono all'interno del Percorso Nascita come parte integrante dell'assistenza perinatale, con l'obiettivo di promuovere la salute delle donne in gravidanza e accompagnarle in un percorso educativo, informativo e di sostegno e per aiutarle nella transizione alla genitorialità e a fare scelte informate; hanno inoltre lo scopo di proporre strategie e tecniche adeguate per affrontare eventuali paure del travaglio e del parto.

Pertanto, nella convinzione che il CAN è un momento fondamentale non solo per fornire alla donna informazioni corrette, ma soprattutto per garantirle sostegno e promuovere empowerment rispetto al ruolo che andrà ad affrontare, attraverso l'intervento di più professionisti che operano in rete, si intende con questo progetto continuare a razionalizzare e uniformare l'offerta dei CAN in quei territori ancora non del tutto sviluppati con incontri anche dopo la nascita finalizzati al sostegno all'allattamento e alla genitorialità.

Contestualmente si intende arrivare ad offrire alla donna un set di "accertamenti specialistici", esenti da qualunque partecipazione alla spesa se viene rispettato il tipo e l'epoca dell'esame, declinati in seno alla cosiddetta "Agenda



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

della Gravidanza". Proprio con l'obiettivo di favorire la presa in carico precoce della donna gravida da parte del territorio si prevede che la consegna dell'Agenda avvenga presso il consultorio fin dalle primissime fasi della gravidanza, permettendo all'ostetrica di avere un primo importante contatto con la donna.

L'Agenda comprende un pacchetto di esami già prenotati e rappresenta un vero e proprio strumento informativo che intende agevolare le donne e le coppie fornendo informazioni sui servizi per la maternità, sui controlli clinici appropriati e sulle scelte che si presentano loro lungo il percorso.

Tutto ciò permette, come già detto, anche di contribuire al superamento delle disuguaglianze, aumentando il numero di donne straniere che accedrebbe ai servizi sanitari dell'area materno infantile in modo appropriato in relazione all'epoca gestionale, dal momento che proprio le donne migranti sembrano accedere più tardi alla prima visita, rispetto a quelle italiane.

Con tale azione, pertanto, s'intende riproporre :

-aumentare l'offerta dei CAN nei territori non coperti

-implementare l'Agenda della gravidanza, per uniformare il controllo della gravidanza, attraverso la definizione di modalità operative e strategie assistenziali comuni tra professionisti e la creazione di un ricettario per la gravidanza fisiologica che favorisca l'accesso alle prestazioni e garantisca appropriatezza nelle prescrizioni alla donna con una gravidanza fisiologica.

Il progetto che qui si presenta attraverso il gruppo regionale permanente per le attività consultoriali integrato dalle professionalità che si riterrà opportuno inserire, si occuperà in particolare di:

- fornire indicatori e strumenti psicologici e psicosociali di rischio/protezione identificati dalla letteratura scientifica quali elementi (anche di contenuto) da inserire nel pacchetto per la formazione degli operatori coinvolti. L'inserimento di tali aspetti psicologici permetterà di considerare dimensioni modificabili dell'esperienza della gravidanza accanto e all'interno delle variabili sociali e socio-culturali (es.: donne straniere e minoranze etniche, donne con bassi livelli socio-economici). Data la complessità del fenomeno gravidanza, attenzione dovrà essere data non solo alla madre ma al suo "contesto" relazionale di vita (partner, padre del nascituro);
- effettuare rilevazioni (al primo contatto previsto dall'Agenda, alla 32° settimana di gravidanza e al 2° mese dopo la nascita del bambino, +- 2 settimane) degli aspetti psico-sociali e psicologici individuati;
- sostegno percepito dalla donna e fiducia nell'ostetrica, stress parentale nella relazione di cura del bambino (Indicatori sentinella di efficacia del progetto);
- vissuto relativo alla scoperta della gravidanza, ansia, depressione, sostegno sociale percepito della donna (anche nella relazione col partner, se presente), paura del parto, depressione post-partum, autoefficacia nell'allattamento, attaccamento prenatale al feto, (indicatori NON sentinella). Tali indicatori non sentinella sono finalizzati a: a) identificare i fattori di rischio riconosciuti dalla letteratura; b) fornire agli operatori elementi di contenuto su cui porre l'attenzione nel percorso di accompagnamento della donna e del suo contesto di vita alla gravidanza fisiologica; c) permettere di individuare (alla fine del piano) popolazioni a rischio legate alle specificità del contesto regionale anche al fine di mettere a punto interventi su misura (tailored).

Alcune di queste misure saranno rivolte alle coppie (future madri e futuri padri).

Le attività principali saranno pertanto rappresentate da:

- implementare i CAN nei territori rimasti scoperti
- ricognizione ed eventuale aggiornamento delle prestazioni erogate nella gravidanza fisiologica per implementare l'Agenda della gravidanza;
- realizzazione dell'Agenda e individuazione delle modalità di consegna e diffusione;
- formazione degli operatori sia rispetto all'Agenda della gravidanza;

coinvolgimento dei mediatori culturali, previsto nella stesura dell'Agenda della gravidanza con l'obiettivo di decodificare culture, tradizioni e abitudini diverse fra loro, mettendole poi in contatto e restituendone il senso originale, per accogliere l'eventuale disagio o difficoltà e restituire fiducia.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (4 di 5)	SVILUPPO BUONE PRATICHE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.7 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia; donne in età fertile
SETTING	comunità; scuola

DESCRIZIONE

Attivare la collaborazione, l'alleanza e la sinergia con tutte i settori le cui politiche a vario titolo hanno impatto sui determinanti di salute oltre ai servizi sanitari, le associazioni di volontariato, il settore educativo e gli Enti locali.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (5 di 5)	CONOSCENZA SUI CORRETTI STILI DI VITA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.11 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	comunità; scuola; ambiente di lavoro; servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria; comune, Municipalità; altro: Biblioteche

DESCRIZIONE

L'azione è quella di promuovere la conoscenza dell'offerta di servizi territoriali in particolare i Consultori, altri servizi che riguardano l'infanzia, le Biblioteche di pubblica lettura (per gli aspetti legati all'apprendimento precoce e al "life long learning" dei genitori), programmi dedicati all'infanzia come nati per leggere NpL Umbria e nati per la musica (NpM), presso la popolazione target, mediante iniziative che possano essere orientate all'equità, attente a barriere culturali, linguistiche specifiche per il contesto umbro., previste anche dal piano "Genitori più". Si interviene inoltre

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



sulla informazione, in particolare ai genitori, relativamente agli stili di vita sani e alle principali infezioni sessualmente trasmesse.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentare la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianze delle prassi organizzative.
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	
ATTORI COINVOLTI	
INDICATORE	Lenti di equità • Formula: Adozione della HEA • Standard Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione della HEA, ogni anno a partire dal 2022 • Fonte Regione, dati ad hoc, analisi qualitativa e sorveglianza 0-2 anni

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



4.2 PL12 Alimenti Nutrizione e Sicurezza

4.2.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL12
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Dott. Piero Macellari
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO6 Malattie infettive prioritarie
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO1-12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale) - MO1-13 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute - MO1-14 Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti - MO1-15 Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione - MO1-16 Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione - MO6-09 Assicurare il rintraccio dell'alimento per l'attivazione del sistema di allerta al fine del ritiro/ricambio dalla commercializzazione dell'alimento pericoloso o potenzialmente pericoloso - MO6-10 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cotture e nelle mense per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti) tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari nella ristorazione collettiva - MO6-11 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti)" - MO6-12 Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da vettori e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	delle malattie trasmesse da alimenti (ivi compresi i servizi SIAN, SIAOA e ospedalieri) - MO6-13 Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti - MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti - MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: - ,contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina,contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol,riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà,contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile,riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato,aumento del consumo di frutta e verdura, - prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) - MO1LSe Sviluppo di conoscenze e competenze (empowerment -life skill) di tutti i componenti della ristorazione collettiva (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholders (famiglie, lavoratori, pazienti, etc) sull'importanza della sana alimentazione per prevenire le complicanze di numerose patologie croniche, ridurre lo spreco alimentare e ridurre l'impatto ambientale correlato all'alimentazione - MO1LSf Implementazione di programmi di controllo ufficiale degli alimenti, con specifiche previsioni:per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti,per il controllo della disponibilità di sale iodato punti vendita e ristorazione collettiva,per la verifica delle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari - MO1LSH Implementazione e sviluppo di programmi di formazione degli addetti alla preparazione/distribuzione di alimenti - MO1LSi Implementazione di programmi regionali di formazione delle Autorità competenti per favorire l'attuazione dei Reg. 1924/2006 e 1169/2011 per quanto riguarda le indicazioni nutrizionali e salutistiche fornite sui prodotti alimentari - MO1LSj Attivazione di un gruppo di coordinamento regionale e aziendale per il raccordo con le attività del TaSiN (Tavolo sicurezza Nutrizionale), con funzione di osservatorio relativamente all'acquisizione di informazioni sullo stato di nutrizione della popolazione con particolare riferimento alla malnutrizione per eccesso e per difetto - MO6LSH Coordinamento tra strutture ospedaliere e Dipartimenti di

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	prevenzione delle Aziende Sanitarie - MO6LSi Realizzazione di un programma regionale di formazione - MO6LSj Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione diretti al personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari - MO6LSk Promuovere iniziative di formazione sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti - MO6LSm Diffusione di materiale informativo/divulgativo sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti su sito web - MO6LSn Istituzione di un laboratorio di riferimento regionale per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano o attivazione di una convenzione con un laboratorio di riferimento di un'altra Regione/PA - MO6LSl - Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione sulle malattie trasmesse da alimenti diretti agli OSA -
LEA	- E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari

4.2.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed analisi di contesto

L'attività di controllo in tema di sicurezza alimentare si sviluppa nell'ambito del Piano dei Controlli Regionali Pluriennali della Regione Umbria, articolato in una serie di programmi e progetti sviluppati, in coerenza con quanto previsto nel "Piano dei Controlli Nazionale Pluriennale (PCNP) 2020-2022" approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 16/CSR). L'assetto del piano pluriennale è stato mantenuto sostanzialmente invariato rispetto al Piano Nazionale Integrato dei Controlli che lo ha preceduto. Il Piano Regionale viene annualmente rivisto, integrato e rimodulato in funzione dei risultati dell'anno precedente o per ottemperare a precise indicazioni ministeriali o comunitarie. Ogni anno vengono eseguiti circa 1.020 campioni di alimenti e 265 tamponi per indagare i pericoli per il consumatore. A questi si aggiungono i circa 109.750 campioni per la ricerca della *Trichinella* spp nelle carni degli animali recettivi (suini, cinghiali, equini). Le indagini previste nel Piano dei Controlli Regionali Pluriennali ai fini della prevenzione delle tossinfezioni alimentari sono le seguenti:

Controllo microbiologico dei parametri di Sicurezza Alimentare

Le ricerche previste nel piano sono state definite in funzione dei parametri microbiologici presenti nel Regolamento CE 2073/2005. Le positività riscontrate hanno confermato che *Salmonella* spp. rimane tra i pericoli microbiologici maggiormente significativi, in particolare su determinate categorie di alimenti rappresentati, in ordine decrescente di frequenza, da carni di pollame, salsicce, salame, formaggio a latte crudo. L'altro pericolo microbiologico più frequentemente riscontrato è rappresentato da *Listeria Monocytogenes* che è stato rilevato sia in prodotti Ready To Eat (RTE) (prosciutto cotto e patè di fegato) che in altri alimenti di origine animale (formaggio e salsiccia stagionata). Con un'incidenza minore sono state riscontrate positività per *Campylobacter*, *Bacillus Cereus*, *Stafilococchi* coagulasi positivi, *Escherichia Coli*, *Yersinia Enterocolitica* sia in alimenti di origine animale che di origine vegetale ed in prodotti misti come la pasticceria. I dati del controllo sui criteri di sicurezza alimentare dal punto di vista microbiologico farebbero pensare che i problemi maggiori siano legati alla presenza di *Salmonella* e *Listeria* negli alimenti ma non sarebbero perfettamente in linea con i report di EFSA che vedono tra i microrganismi agenti di MTA considerati in crescita negli ultimi anni il *Campylobacter* spp il quale viene considerato il microrganismo maggiormente responsabile di malattie legate ad alimenti nei paesi dell'Unione Europea. Poiché l'Umbria è una Regione in cui la norcineria rappresenta un valore importante per l'economia e la tipicità territoriale una filiera che



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

viene tenuta particolarmente sotto controllo è quella suinicola. In base al Reg. CE 2073/2005 vengono eseguiti tamponi sulle carcasse suine al fine di valutare la contaminazione da Salmonella e negli ultimi anni la positività è risultata tra l'8,4% ed 12,5% con oscillazioni annuali che non hanno evidenziato trend significativi in diminuzione. Questo risulterebbe in linea con le positività che poi vengono riscontrate negli insaccati suini. Una zoonosi alimentare su cui si è concentrata l'attenzione negli ultimi tempi è l'epatite E per il consumo di insaccati con carne di cinghiali cacciati. Il cinghiale è una specie che oramai ha i caratteri dell'invasività e per questo ha assunto un ruolo importante nell'epidemiologia di alcune zoonosi anche alimentari visto il largo consumo di carni in Umbria. Lo sviluppo di alcuni focolai di epatite E in cacciatori fa pensare che potrebbe risultare utile avviare un piano di monitoraggio al fine di colmare l'attuale gap di conoscenza relativo a tale pericolo alimentare.

Controllo della presenza di parassiti nei pesci di acqua dolce

Anche i pesci di acqua dolce possono rappresentare causa di zoonosi alimentari per la presenza di parassiti incistati nelle loro carni. L'aumento di interesse verso queste zoonosi è dovuto sia all'aumento significativo di infestazione dei pesci del Lago Trasimeno sia per la segnalazione di alcuni casi umani che ne hanno evidenziato il carattere zoonosico. Nell'ambito del Piano dei Controlli Regionali Pluriennali è stato previsto un apposito monitoraggio con una serie di campionamenti inizialmente di diverse specie pescate e successivamente ci si è concentrati in quelle che hanno maggiormente evidenziato la presenza dei parassiti.

Nel corso degli ultimi 5 anni si è passati da positività intorno al 4% in alcune specie ittiche fino ad arrivare all'attuale 60 % inoltre è stato appurato anche il ruolo di uccelli ittiofagi, oramai diventati stanziali sulle rive del Lago Trasimeno, nel ciclo biologico di alcuni parassiti.

Ricerca di allergeni negli alimenti

La valutazione della presenza di componenti di natura chimica ad attività allergizzante negli alimenti costituisce un elemento di crescente interesse, in virtù dell'aumentato numero di soggetti allergici o intolleranti. La diffusione dell'utilizzo di additivi o di adiuvanti tecnologici, così come le possibili contaminazioni crociate nelle filiere produttive degli alimenti, rendono necessario un attento controllo del fenomeno. Nello svolgimento del piano sono stati presi in considerazione la presenza di sostanze allergeniche negli alimenti e le non conformità registrate sono risultate quasi esclusivamente presenza di soia non dichiarata in etichetta. Controllo sui residui di prodotti fitosanitari in alimenti di origine vegetale e di residui di antiparassitari in alimenti di origine vegetale ed animale. Il monitoraggio per la presenza di residui di prodotti fitosanitari effettuato nel periodo di riferimento ha riguardato numerosi campionamenti previsti su diverse categorie di alimenti di origine vegetale prodotte sia a livello regionale che extraregionale, quali cereali, ortaggi e frutta. Non è stata rilevata alcuna non conformità. Il piano di monitoraggio delle molecole antiparassitarie sugli alimenti, già in essere da molti anni, è stato riconsiderato in attuazione del Programma comunitario coordinato di controllo pluriennale destinato a garantire il rispetto dei limiti massimi e valutare l'esposizione dei consumatori ai residui di antiparassitari nei prodotti alimentari di origine vegetale ed animale. Anche in questo caso la situazione registrata in funzione dei risultati analitici ottenuti può far pensare alla presenza di un livello di rischio estremamente basso. Le non conformità rilevate, infatti, in quattro anni di attività sono state inferiori all'1,0% dei campioni saggiati.

Ricerca di micotossine negli alimenti

Il ventaglio di matrici sottoposte a controllo per il presente piano è stato piuttosto ampio, andando a ricomprendere gli alimenti per la prima infanzia, il vino imbottigliato, la frutta secca e a guscio, le spezie, ecc. Negli ultimi anni non sono state riscontrate non conformità.

Controllo nutrizionale

Tra i bambini della nostra Regione l'1,4% (IC95% 0,9%-2,2%) risulta in condizioni di obesità grave, il 5,8% risulta obeso (IC95% 4,6%-7,1%), il 23,2% sovrappeso (IC95% 20,3%-26,4%), il 69,1% normopeso (IC95% 65,7%-72,4%) e lo 0,5% sottopeso (IC95% 0,2%-1,1%). Complessivamente il 30,4% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità. Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella Regione sarebbe pari a 14.406, di cui obesi 3.405. Nella Regione Umbria, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni, i maschi risultano essere più in sovrappeso delle femmine (24,1% vs 22,3%). In particolare si evince che:

- Bambini che frequentano scuole in Comuni con più di 50.000 abitanti sono in genere meno obesi.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 10% per titolo di scuola elementare o media, a 9% per diploma di scuola superiore, a 2% per la laurea.
- Da quanto riportato dai bambini sulla colazione effettuata il giorno della rilevazione, nella nostra Regione solo il 62% fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 6% non fa colazione e il 32% non la fa qualitativamente adeguata.
- La prevalenza del non fare colazione è più alta nei bambini di madri con titolo di studio più basso (elementare o media).
- Nel 38% delle classi è stata distribuita una merenda di metà mattina.
- Solo una piccola parte di bambini (38%) consuma una merenda adeguata di metà mattina.
- La maggior parte dei bambini (61%) la fa inadeguata e il 1% non la fa per niente.
- Sono emerse differenze per sesso del bambino (i maschi che non fanno merenda sono il doppio delle femmine) e per livello di istruzione della madre.

Per quello che concerne gli sprechi alimentari riferiti comunemente al cibo non consumato, che dunque si trasforma in rifiuto e in dispersione di risorse si rappresenta che tale argomento è parte integrante delle politiche internazionali ed europee in materia di sostenibilità dei modelli di produzione e di consumo. Tuttavia, ad oggi, risulta ancora privo di una visione univoca e, soprattutto a livello comunitario, di una normativa comune che ne stabilisca gli aspetti più elementari, a partire dalle definizioni di cosa siano una eccedenza alimentare e lo spreco. Nel contesto europeo, la problematica è stata affrontata solo dal punto di vista ambientale, prendendo in considerazione l'impatto che i prodotti non consumati hanno nella produzione dei rifiuti e non come una questione che coinvolge anche, e soprattutto, gli aspetti economici e sociali di un paese.

Un deciso passo in avanti in questo senso lo ha fatto l'Italia, con l'entrata in vigore della Legge "Gadda": "Disposizioni concernenti la donazione e la distribuzione di prodotti alimentari e farmaceutici a fini di solidarietà sociale e per la limitazione degli sprechi" (Legge n.166 del 19 agosto 2016) che ha definito, per la prima volta nell'ordinamento nazionale, i concetti di eccedenze alimentari e di spreco, dando anche valore al recupero degli alimenti finalizzato all'alimentazione umana. In questo modo, si sono gettate le basi per una rivisitazione del problema, affidando al Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali (MiPAAF) un ruolo cardine nella trattazione della materia. L'art. 8 della Legge "Gadda" prevede la costituzione del "Tavolo per la lotta agli sprechi e per l'assistenza alimentare", principale strumento di lavoro per lo svolgimento dell'attività di monitoraggio sugli sprechi alimentari. L'Umbria con la legge regionale 14 novembre 2017, n. 16 "interventi regionali per la promozione delle attività di donazione e distribuzione a fini di solidarietà sociale di prodotti alimentari, non alimentari e farmaceutici" ha definito degli adempimenti funzionali alla elaborazione e attuazione di programmi anche in materia di riduzione degli sprechi e produzione di rifiuti.

Il sistema dei controlli sulla filiera alimentare è molto complesso sia a livello nazionale, che nei diversi territori regionali. Inoltre va considerato che sono numerosi gli Enti coinvolti nell'effettuazione dei controlli: il Ministero della Salute, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, le Aziende Sanitarie Locali, nell'ambito delle rispettive competenze, sono le Autorità competenti designate, ai sensi dell'articolo 4 del D. Lgs. 27/2021, con l'aggiunta dei NAS dei Carabinieri da considerare come vero e proprio braccio operativo del Ministero della Salute. Sulla filiera alimentare intervengono però anche il Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali (Ispettorato Repressione Frodi), le Capitanerie di porto e il Corpo Forestale, ed altri Enti che si occupano di condizionalità, le autorità doganali e della Guardia di Finanza. Naturalmente tutto ciò determina spesso sovrapposizione tra le varie autorità di controllo, con conseguente disomogeneità nell'approccio e differenze anche sostanziali nell'esito del controllo. Bisogna però ricordare che l'obiettivo fondamentale anche se non l'unico dei Controlli Ufficiali è prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, sia nel caso di rischi diretti, che in quello dei rischi veicolati dall'ambiente e che, come nel caso della salute nei luoghi di lavoro, anche qui l'attività di controllo svolta dai Servizi Veterinari e Medici impatta con il tessuto produttivo della regione. Per questa ragione è importante garantire, come sistema sanitario, prestazioni di un alto livello qualitativo che possono essere raggiunte solo con una formazione continua degli operatori sanitari.



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

4.2.3 Scheda di programma

4.2.3.1 Descrizione dal PNP

Il Piano regionale della Prevenzione non può esimersi dalle implicazioni conseguenti al recente evento pandemico SARS-COV 2 che necessariamente rafforza la visione della SALUTE ONE HEALT quale armonico sviluppo sostenibile dell'uomo, dell'ambiente e della natura convergente nell'approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per il contenimento di potenziali rischi o per quelli già in essere. La PROMOZIONE DELLA SALUTE diventa necessariamente elemento strategico e di innovazione, alla base di un più generale riorientamento del sistema prevenzione in toto. Ne consegue che, strategie di empowerment e capacity building, così come raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS, diventano trasversali a tutti i Macro Obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. In tale ottica le professionalità di diversi operatori vengono ritenute prioritarie solo se integrate in una rete coordinata tra le diverse strutture, quali ospedali, aziende sanitarie e dipartimenti di Prevenzione, operanti sul territorio regionale. Di pari passo le azioni di sistema che a vario titolo contribuiscono trasversalmente al raggiungimento degli obiettivi di salute ed equità includono gli interventi volti a rafforzare questo approccio intersettoriale. La recente emergenza sanitaria ha di fatto confermato la necessità di ampliare e integrare le misure per migliorare il sistema sanitario e proseguire l'impegno nei programmi di prevenzione delle malattie infettive avviandone di nuovi, laddove ritenuto necessario. L'azione nociva dei microrganismi patogeni, responsabili delle infezioni, può esprimersi anche per ingestione di un alimento contaminato dagli stessi anche attraverso le tossine prodotte. La contaminazione microbiologica di un alimento può avvenire a più livelli ovvero, possono risultare non conformi le materie prime all'origine, oppure durante la fase di lavorazione a causa di errori nella manipolazione, o per cattiva igiene dei locali, degli utensili, delle persone addette, o ancora dopo la produzione per errata conservazione dei prodotti finiti. Le tossinfezioni alimentari sono diventate un problema emergente in Sanità Pubblica, soprattutto nei paesi industrializzati. L'aumento dei casi è ricollegabile, per lo più, all'incremento di allevamenti intensivi e di esercizi nella ristorazione collettiva. In questo ultimo caso una tossinfezione alimentare che riguarda mense all'interno di luoghi di lavoro, scuole, ospedali può coinvolgere un grande numero di persone tra cui pure soggetti fragili, malati o bambini. Un rilevante fattore di rischio è anche rappresentato dalla difficoltà di individuare in tempi brevi l'alimento all'origine dei casi riscontrati. La conseguente tardiva o assente segnalazione ai competenti uffici territoriali delle aziende sanitarie locali, (quali il SIAN- Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e il Servizio Igiene degli Alimenti di Origine Animale -SIAOA) determina l'inevitabile ritardo delle azioni correttive. Le azioni preventive svolgono in tale ambito un ruolo fondamentale a partire dai controlli delle strutture sia di produzione dei pasti che di fruizione e consumo, allineate con la adeguata formazione del personale assegnato a tale funzione. Oltre dal punto di vista igienico e di sicurezza occorre porre attenzione al restituire la giusta informazione alla collettività riguardo un'alimentazione nutrizionalmente corretta. Ad esempio la carenza nutrizionale di iodio o la presenza di allergeni nella dieta di ciascuno può andare ad incidere sulla qualità della vita con effetti negativi sullo stato di salute nelle diverse fasi della crescita che incidono sulle condizioni psico-fisiche della intera popolazione. Una sana alimentazione è in generale, già strumento di prevenzione primaria delle malattie infettive e dovrebbe essere proposta a tutta la collettività avvalendosi di una serie di iniziative mirate a facilitare scelte individuali salutari, favorendo in diversi contesti il consumo di cibi e combinazioni degli stessi in grado di proteggere la salute. Questo concetto non può discostarsi da quello di salubrità e "innocuità" di un alimento e cioè mantenere lo stato igienico ovvero l'assenza di contaminanti microbici o tossici, naturali, involontari o intenzionalmente aggiunti. Sono numerose le leggi in materia di sicurezza alimentare europee e nazionali, a supporto e sostegno della visione che considera la salute come il risultato di un armonico e sostenibile sviluppo dell'essere umano della natura e dell'ambiente. L'approccio One Health, come sopra ricordato, consente di affrontare il tema "alimentazione" ricomprendendolo in una strategia comune della sanità umana e animale, del cambiamento climatico e della difesa della biodiversità secondo una logica in cui la prevenzione rappresenta l'elemento centrale per salvaguardare la salute e l'ambiente. Gli alimenti contaminati, possono funzionare da semplici trasportatori ("veicoli") dei microrganismi con i quali sono venuti in contatto, senza che questi debbano moltiplicarsi nell'alimento;

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



in questi casi si parla di MALATTIE VEICOLATE DAGLI ALIMENTI (MTA). Per prevenire le MTA occorre condividere percorsi e procedure integrate e interdisciplinari considerando che dalla produzione al consumo, gli alimenti seguono un percorso che si può riassumere in tre tappe fondamentali: acquisto, conservazione, preparazione. Seguire degli accorgimenti semplici, in ognuna di queste “tappe”, serve ad evitare la contaminazione, a distruggere i pericoli eventualmente presenti impedendone la moltiplicazione. L’approccio life course consente di ridurre i fattori di rischio individuali e di rimuovere le cause che non consentono al singolo cittadino l’accesso ad ambienti salubri e scelte di vita salutari. Se l’attività dell’operatore sanitario è supportata nel territorio da interventi specifici, quali nella fattispecie, la consulenza nutrizionale e le modalità di accesso per l’attivazione di sistemi a garanzia della sicurezza alimentare è plausibile costruire percorsi mirati per la riduzione del rischio. Parimenti, viene rafforzato e migliorato l’approccio per setting ovvero l’attenzione ai luoghi e ai contesti sociali in cui le persone si impegnano in attività quotidiane e che necessariamente finiscono per influenzare la salute e il benessere degli individui. Il setting è alla base della pianificazione e della realizzazione degli interventi intersettoriali che richiedono il coinvolgimento di attori sanitari e non con un unico obiettivo di salute; una rete multidisciplinare di professionisti che, a vario titolo, contribuiscono a contrastare le malattie in genere e di fatto anche quelle trasmesse con alimenti. Tra le azioni trasversali in grado di contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute e di equità vi rientrano una corretta e esaustiva formazione degli addetti e una efficace comunicazione dei contenuti. La Regione Umbria in questo ambito, che ritiene indispensabile per gestire le attività programmate nei prossimi cinque anni, ha istituito con Determina Direttoriale n.5117/2021 il TaRSiN, un gruppo di coordinamento regionale e aziendale per il raccordo con le attività del TaSiN (Tavolo sicurezza Nutrizionale), avente funzione di osservatorio relativamente all’acquisizione di informazioni sullo stato di nutrizione della popolazione con particolare riferimento alla malnutrizione. Il gruppo è costituito da professionisti esperti di entrambe le USL del territorio umbro ed è attualmente operativo nella condivisione di percorsi riguardo la prima colazione in età scolare, riferiti al consumo di latte e yogurt, ed è anche il primo intervento del presente programma. Contestualmente viene ricordato che la regione Umbria con DGR n. 1528 del 23 dicembre 2013 approvava le “Linee di indirizzo per episodi di malattie veicolate da alimenti (escluse le intossicazioni da funghi)” e successivamente con DGR n.303 del 18 marzo 2019 integrava le “Linee di indirizzo regionali per la gestione di episodi di malattie veicolate da alimenti di cui alla DGR 1528/2013. Indicazioni operative in caso di infezioni da *Listeria monocytogenes*”. Il contesto normativo a cui riferiscono gli atti in materia alimentare è in continua evoluzione pertanto è necessario revisionare le delibere di cui sopra per attualizzarle e renderle ancora più applicabili. (secondo intervento del presente programma). Per aumentare la conoscenza di quanto la Regione Umbria adotta in merito alla prevenzione occorre coinvolgere direttamente il cittadino mediante la creazione di reti inter-istituzionali dei dip Prevenzione delle Az USL UMBRIA 1 e 2 e le aziende Ospedaliere. Con DGR n. 208 del 17 marzo 2021 “Linee Guida per la formazione del personale addetto alle imprese alimentari ai sensi dei Regolamenti CE n. 852/2004 e n. 853/2004. Revoca D.G.R. n. 93/2008 e n. 1849/2008” è stata aggiornata la modalità di erogazione di corsi di formazione per gli OSA operanti nella ristorazione collettiva. Pertanto, secondo il concetto sopra detto, come terzo intervento la regione Umbria prevede nel prossimo quinquennio, di svolgere almeno due edizioni di corsi di aggiornamento (con programmi ancora da stabilire e definire) rivolti agli organi di controllo dei Dip. di prevenzione e operatori di aziende ospedaliere impegnati nel settore della prevenzione delle malattie trasmesse da alimenti. Sarà compito degli organi ufficiali di controllo verificare che gli OSA abbiano ricevuto la formazione adeguata rispetto a quanto la regione ha disposto con i propri documenti ufficiali. Sempre riguardo le MTA, costituisce un rilevante fattore di rischio la mancata individuazione dell’alimento all’origine dei casi umani e conseguentemente la tardiva e/o mancata segnalazione dei casi ai competenti uffici della USL. E’ indispensabile, come già ricordato, che le tossinfezioni e gli alimenti individuati come causa debbano essere tempestivamente segnalati al SIAN, IAOA e Dip Prevenzione delle ASL. A tal riguardo si inserisce il quarto intervento previsto dal presente programma, ovvero quello di rendere efficace la cooperazione tra laboratori di riferimento e ospedalieri per il controllo degli alimenti e soprattutto assicurare il rintraccio del prodotto responsabile della tossinfezione per attivare tempestivamente il sistema di allerta al fine del ritiro/ricambio dell’alimento pericoloso o potenzialmente pericoloso. Il sistema di allerta rapido per alimenti e mangimi (RASFF), una rete, per la notifica di un rischio diretto o indiretto per la salute umana dovuto ad alimenti o mangimi è una rete i cui membri, denominati punti di contatto, sono: la Commissione europea (membro e gestore del sistema), gli Stati membri dell’Unione europea, l’Autorità europea per la sicurezza alimentare



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

(EFSA), l'Associazione europea di libero scambio (EFTA). Le informazioni vengono comunicate e condivise tra i membri della rete in tempo reale attraverso la piattaforma on line i-RASFF, alla quale accedono tutti i punti di contatto che possono sia attivare che leggere le notifiche caricate nel sistema da altri Paesi. La piattaforma i-RASFF ha recentemente subito aggiornamenti conseguenti all'istituzione, con il Regolamento (UE) 2017/625, del sistema IMSOC (sistema per il trattamento delle informazioni per i controlli ufficiali). La regione Umbria ha già provveduto con DGR n. 605 del 30 giugno 2021 avente per oggetto "Recepimento intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee Guida per la gestione operativa del Sistema di allerta per alimenti, mangimi e materiali destinati a venire in contatto con gli alimenti" ad adottare l'Intesa che ha trasmesso agli organi ufficiali di controllo presente nel proprio territorio. Si impegna in questo quinquennio ad aggiornare le modalità laddove il Ministero fornisca ulteriori indicazioni oltre a incentivare il confronto tra laboratori di riferimento e ospedalieri ai fini di migliorare la comunicazione e il coordinamento dei flussi informativi nell'ambito di indagini epidemiologiche e dei successivi provvedimenti da intraprendere. L'intenzione è di utilizzare uno strumento che comunque mantenga la possibilità di inserire con facilità le segnalazioni dei casi sospetti sulla piattaforma permettendo di notificare tempestivamente le allerte alimentari e adottare gli interventi del caso. Il PRCP Piano di Controllo Regionale Pluriennale 2020-2022 - Sicurezza Alimentare - Regione Umbria - Anno 2021- Intesa 16/CSR del 20.2.2020 " delinea i criteri e le modalità per il controllo ufficiale di alimenti sul territorio a carico degli organi preposti. L'aggiornamento e il monitoraggio annuale consente di valutare le conformità delle tipologie alimentari a salvaguardia della salute pubblica e come strumento di prevenzione per eventuali MTA.

L'attenzione verso lo spreco alimentare è relativamente recente e secondo la FAO (Food and Agriculture Organization, ovvero l'agenzia delle Nazioni Unite che si occupa di combattere la fame nel mondo), riguarda ogni anno oltre un terzo del cibo prodotto nel nostro pianeta. *A tal proposito si segnala che l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha adottato l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile*, includendo tra i 17 obiettivi anche un punto (SDG 12 n. 3) che chiede di *"dimezzare lo spreco pro capite globale di rifiuti alimentari nella vendita al dettaglio e dei consumatori e ridurre le perdite di cibo lungo le filiere di produzione e fornitura, comprese le perdite post-raccolto"* entro il 2030. La più recente bibliografia definisce food losses "le perdite alimentari che si riscontrano durante le fasi di produzione agricola, post-raccolto e trasformazione degli alimenti" e food waste invece "gli sprechi di cibo che si verificano nell'ultima parte della catena alimentare (distribuzione, vendita e consumo finale)". Tra le finalità del presente rientrano anche azioni volte ad affrontare la problematica dello spreco alimentare per aumentare i benefici a carico di attività economiche, riduzione dell'inquinamento e più in generale miglioramento della qualità della vita. In alcune produzioni alimentari gli scarti possono diventare sottoprodotti oppure materie prime per il settore zootecnico. I documenti e le linee guida specifici per la ristorazione dovranno tenere conto delle implicazioni e dell'importanza degli sprechi alimentari e fornire indicazioni sulle strategie da adottare.

Infine la necessità di agevolare le attività svolte dai Servizi territoriali attraverso procedure di dematerializzazione, capaci di assicurare una semplificazione delle attività riducendo i tempi di esecuzione delle attività ispettive.

Tale necessità si concretizza nella necessità di implementare uno specifico applicativo che, attraverso l'uso di tablet, permetta di sostituire definitivamente la documentazione cartacea.

In questo modo l'operatore, sfruttando i dati inseriti in SIVA (Sistema Informativo Veterinaria e Alimenti), può svolgere tutte le fasi dell'attività ispettive che si concludono con la redazione dei relativi verbali, direttamente sul campo con l'utilizzo di un tablet touch screen.

AZIONI

AZIONE 1- PREVENZIONE DELLE MTA (MALATTIE VEICOLATE DA ALIMENTI): FORMAZIONE E INFORMAZIONE

AZIONE 2 - PERCHÉ UTILIZZARE IL SALE IODATO

AZIONE 3 - RINTRACCIAMENTO ALIMENTI PERICOLOSI

AZIONE 4 - GESTIONE DELLE MTA

AZIONE 5 - AZIONE EQUITY- NUTRIZIONE E SALUTE

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



CRONOPROGRAMMA

Attività					
AZIONE 1 - PREVENZIONE DELLE MTA (MALATTIE VEICOLATE DA ALIMENTI): FORMAZIONE E INFORMAZIONE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
N. 2 edizioni (con programmi ancora da stabilire e definire) corso informativo/aggiornamento rivolto agli organi di controllo ufficiale nell'ambito della ristorazione collettiva anche per allergie e intolleranze	Regione		X	X	
Aggiornamento e revisione delle D.G.R. n. 93/2008 e n. 1849/2008 riguardanti la formazione del personale addetto alle imprese alimentari.	Regione	X			
Informazione agli organi di controllo riguardo la modalità di erogazione di corsi di formazione in merito agli OSA operanti nella ristorazione collettiva	Regione				X
AZIONE 2 - PERCHÉ UTILIZZARE IL SALE IODATO	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Costruire una campagna di informazione rivolta al personale del settore (gli OSA e il personale sanitario, oltre che interventi a verifica della disponibilità e utilizzo di sale iodato)	Regione	X	X		
Coinvolgere le istituzioni e le famiglie	Regione-USL			X	X
Coinvolgere il TaRSiN per la realizzazione di una efficace campagna di informazione e della valutazione di parametri biologici in grado di determinare una efficace azione preventiva	Regione-Gruppo lavoro DD 5117/2021 (TaRSiN)		X	X	X
AZIONE 3 - RINTRACCIO ALIMENTI PERICOLOSI	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Recepimento intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee Guida per la gestione operativa del Sistema di allerta per alimenti, mangimi e materiali destinati a venire in contatto con gli alimenti"	Regione	X			
Informative regionali rivolte agli operatori interessati nel rintraccio dell'alimento pericoloso (SIAN, SIAOA, ISP, ospedalieri, laboratori)	Regione	X			
Assicurare, con incontri o confronti, alle autorità competenti il coordinamento nella gestione e funzionalità del sistema di allerta per il rintraccio di alimenti pericolosi	Regione-USL		X	X	X
Messa in esercizio dell'applicativo e fornitura di tablet al personale preposto ai controlli ufficiali	Regione	X			
Evoluzioni adeguate	Regione				X
AZIONE 4 - GESTIONE DELLE MTA	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Revisione e aggiornamento DGR n. 1528 DEL 23/12/2013 "Linee di indirizzo per la gestione degli episodi di malattie veicolate da alimenti (escluse le intossicazioni da funghi)"	Regione		X	X	X
Proposta di Linee guida per l'applicazione della normativa sull'igiene degli alimenti in attività di preparazione per la vendita al consumatore finale e/o per la somministrazione di alimenti presso locali utilizzati principalmente come abitazione privata (home food - home restaurant) 2021-2022	Regione	X			



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

AZIONE 5 - AZIONE EQUITY- NUTRIZIONE E SALUTE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Costituzione TaRSiN (INDICATORE:progettazione, applicazione, monitoraggio documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022)	Regione- DD 5117/2021	X			
Trasmissione analisi SWOT Latte e yogurt (INDICATORE:progettazione, applicazione, monitoraggio documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022)	Regione- Gruppo lavoro DD 5117/2021(TaRSiN)	X			
Linee guida per il consumo di latte e yogurt nella in diverse fasce di età (INDICATORE:progettazione, applicazione, monitoraggio documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022)	Regione- Gruppo lavoro DD 5117/2021(TaRSiN)		X	X	X
Azioni riguardo la promozione e gli interventi inerenti la limitazione degli sprechi alimentari (INDICATORE:progettazione, applicazione, monitoraggio documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022)	Regione- Gruppo lavoro DD 5117/2021(TaRSiN)	X	X	X	X

AZIONI EQUITY

AZIONI CON INDICATORE

4.2.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 Regione Umbria

OKKIO ALLA SALUTE

PASSI-Consumo di frutta e verdura

PASSI Consumi di sale

www.alimenti-salute.it

www.salute.gov (malattie trasmesse da alimenti)

www.salute.gov(sicurezza alimentare)

Intesa 16/CSR del 20.2.2020 ai sensi art 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano di Controllo Nazionale Pluriennale 2020-2022

Determinazione Dirigenziale n. 1917/2021 "Piano di Controllo Regionale Pluriennale 2020-2022 - Sicurezza Alimentare -Regione Umbria - Anno 2021- Intesa 16/CSR del 20.2.2020"

Allerta rapido RASFF www.ministerosalute.it

Manuale RASFF www.salute.gov.it

Sprechi alimentari www.salute.gov.it e www.crea.gov.it

Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee Guida per la gestione operativa del Sistema di allerta per alimenti, mangimi e materiali destinati a venire in contatto con gli alimenti".

DGR n. 1528 del 23 dicembre 2013 "Linee di indirizzo per episodi di malattie veicolate da alimenti (escluse le intossicazioni da funghi)" e DGR n.303 del 18 marzo 2019 "Linee di indirizzo regionali per la gestione di episodi di malattie veicolate da alimenti di cui alla DGR 1528/2013

Regolamenti comunitari "pacchetto igiene" http://europa.eu/legislation_summaries/food_safety/index_it.htm

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



4.2.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL12_OT02	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali con Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni di comunicazione e prevenzione condotte nei diversi setting e verso specifiche categorie di popolazione per facilitare l'attuazione di iniziative finalizzate all'adozione di uno stile di vita sano per la prevenzione delle MCNT, anche in ottica One Health.
PL12_OT02_IT02	MONITORAGGIO E FUNZIONALITÀ SISTEMA ALLERTA ALIMENTI
formula	presenza
Standard	Recepimento intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee Guida per la gestione operativa del Sistema di allerta per alimenti, mangimi e materiali destinati a venire in contatto con gli alimenti". informative regionali rivolte agli operatori interessati nel rintraccio dell'alimento pericoloso (SIAN, SIAOA, ISP, ospedalieri, laboratori) Assicurare, con incontri o confronti, alle autorità competenti il coordinamento nella gestione e funzionalità del sistema di allerta per il rintraccio di alimenti pericolosi.
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PL12_OT03	Formazione degli organi di controllo ufficiale operanti nel settore alimentare sui principi di una sana alimentazione, ecosostenibile, equa e della sicurezza alimentare.
PL12_OT03_IT03	AUMENTARE LA CONOSCENZA DEGLI OPERATORI SANITARI A TUTELA DELLA SALUTE PUBBLICA
formula	presenza
Standard	N. 2 edizioni (con programmi ancora da stabilire e definire) corso informativo/aggiornamento rivolto agli organi di controllo ufficiale nell'ambito della ristorazione collettiva anche per allergie e intolleranze. Aggiornamento e revisione delle D.G.R. n. 93/2008 e n. 1849/2008 riguardanti la formazione del personale addetto alle imprese alimentari. Informazione agli organi di controllo riguardo la modalità di erogazione di corsi di formazione in merito agli OSA operanti nella ristorazione collettiva
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PL12_OT04	Promuovere la conoscenza di operatori operanti nel settore alimentare e della popolazione riguardo i principi della sana alimentazione e della sostenibilità ambientale.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PL12_OT04_IT04	MONITORAGGIO DELLE INFEZIONI VEICOLATE DA ALIMENTI
formula	Presenza
Standard	Revisione e aggiornamento DGR n. 1528 DEL 23/12/2013 "Linee di indirizzo per la gestione degli episodi di malattie veicolate da alimenti (escluse le intossicazioni da funghi)" Proposta di Linee guida per l'applicazione della normativa sull'igiene degli alimenti in attività di preparazione per la vendita al consumatore finale e/o per la somministrazione di alimenti presso locali utilizzati principalmente come abitazione privata (home food - home restaurant)
Fonte	Regione

EQUITÀ

PL12_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL12_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

4.2.5 Obiettivi e indicatori specifici

PL12_OS01	MO 01 LS a NUTRIZIONE E SALUTE
PL12_OS01_IS03	VALUTARE IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ NUTRIZIONALE DELLA DIETA
formula	Presenza
Standard	Costituzione TaRSiN Trasmissione analisi SWOT Latte e yogurt Bozza di linee guida per il consumo di latte e yogurt nella in diverse fasce di età
Fonte	Regione
PL12_OS02	MO LS USO DEL SALE IODATO
PL12_OS02_IS04	Formazione/informazione rivolta agli operatori del settore sull'utilizzo del sale iodato per ridurre disordini da carenza iodica.
formula	Presenza
Standard	Costruire una campagna di informazione rivolta al personale del settore Coinvolgere le istituzioni e le famiglie Coinvolgere il TaRSiN per la realizzazione di una efficace campagna di informazione e della valutazione di parametri biologici in grado di determinare una efficace azione preventiva
Fonte	Regione

4.2.6 Azioni

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (1 di 5)	PREVENZIONE DELLE MTA (MALATTIE VEICOLATE DA ALIMENTI): FORMAZIONE E INFORMAZIONE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'entrata in vigore del cosiddetto "Pacchetto Igiene" ha reso necessario aggiornare l'organizzazione della formazione rivolta al personale alimentarista, assicurando, in modo omogeneo e su tutto il territorio regionale, una didattica operativa, specifica e rispondente ai bisogni delle aziende umbre. In base a tale normativa l'Operatore del Settore Alimentare (OSA) è l'attore principale che deve dare piena attuazione alle prescrizioni in essa contenute.

Ribadendo che la formazione del personale non può essere un fatto episodico, ma bensì un continuo aggiornamento in grado di rendere consapevoli gli addetti, in base alle mansioni dai medesimi ricoperte nell'azienda, dei rischi e pericoli connessi con i processi aziendali a tutela della sicurezza e salubrità degli alimenti.

La Regione Umbria sulla base delle esperienze formative acquisite, per continuare ad assicurare in modo omogeneo e su tutto il territorio regionale, una didattica operativa, specifica e rispondente ai bisogni aziendali, ha ritenuto necessario elevare i requisiti dei soggetti formatori, quali responsabili della erogazione dei contenuti in materia di igiene delle lavorazioni e tutela della salubrità degli alimenti e quindi di modificare i requisiti di formazione per gli operatori del settore alimentare.

Gli obiettivi proposti sono finalizzati a ridurre le disuguaglianze aumentando la consapevolezza dei rischi connessi all'uso di alimenti anche per soggetti allergici e intolleranti, promuovendo il coordinamento di strutture ospedaliere, Dip di prevenzione delle Aziende sanitarie anche attraverso partecipazioni a videoconferenze intersettoriali e tavoli di lavoro multidisciplinari.

Formare adeguatamente i soggetti impegnati nelle attività di controllo ufficiale, nell'ambito più generale della ristorazione collettiva, al fine di approntare interventi tempestivi a tutela della salute pubblica.

- N. 2 edizioni (con programmi ancora da stabilire e definire) corso informativo/aggiornamento rivolto agli organi di controllo ufficiale nell'ambito della ristorazione collettiva anche per allergie e intolleranze
- Aggiornamento e revisione delle D.G.R. n. 93/2008 e n. 1849/2008 riguardanti la formazione del personale addetto alle imprese alimentari.
- Informazione agli organi di controllo riguardo la modalità di erogazione di corsi di formazione in merito agli OSA operanti nella ristorazione collettiva

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (2 di 5)	PERCHE' UTILIZZARE IL SALE IODATO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA	3.7 Formazione operatori sanitari e sociosanitari

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PRINCIPALE	
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

La carenza nutrizionale di iodio è la causa più frequente della patologia tiroidea nella popolazione. Come riportato nel precedente Piano regionale della Prevenzione, in Umbria, già dagli anni 80 è operativo un osservatorio per la iodoprofilassi che ha monitorato il consumo di sale iodato nella popolazione correlandolo all'endemia gozzigena. I risultati ottenuti hanno dimostrato che una efficace informazione e sensibilizzazione sui benefici derivanti dall'utilizzo di sale iodato, può ridurre la frequenza delle patologie correlate alla iodocarenza con un risparmio anche in termini di costi socio-sanitari.

La riduzione dei disturbi da carenza alimentare di iodio è indicata come obiettivo primario per la salute pubblica dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla Food and Agriculture Organization. Il Ministero della Salute ha promosso la legge n. 55 del 21 marzo 2005 concernente "Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica" al fine di migliorare gli interventi di sanità pubblica in questo ambito.

Lo iodio può di fatto essere considerato un alimento e non un farmaco, pertanto sensibilizzare la popolazione con politiche sanitarie di "iodioprolifassi" vuole essere un mezzo di prevenzione e non di cura, correlata all'assunzione di giuste quantità di iodio con la dieta a garanzia di un corretto funzionamento della tiroide. Sul fronte del miglioramento della qualità nutrizionale e della sicurezza dell'offerta alimentare, si ritengono opportuni eventi formativi/informativi per gli OSA e il personale sanitario, oltre che interventi a verifica della disponibilità e utilizzo di sale iodato.

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (3 di 5)	RINTRACCIO ALIMENTI PERICOLOSI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Per garantire la sicurezza degli alimenti occorre considerare tutti gli aspetti della filiera agroalimentare come un unico processo, a partire dalla produzione primaria inclusi i mangimi e materiali destinati a venire in contatto con gli alimenti (MOCA). Ciascun elemento della filiera, se fuori controllo, potrebbe risultare un pericolo e/o rischio potenzialmente impattante sulla sicurezza alimentare e conseguentemente sulla tutela della salute pubblica.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Il Regolamento CE n. 178/2002 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 gennaio 2002 che sancisce i principi e i requisiti generali della Legislazione Alimentare, istituisce l'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare e definisce procedure nel campo della Sicurezza Alimentare e in particolare, il capo IV riporta il sistema di allerta rapido per la gestione della crisi e delle situazioni di emergenza. La gestione del sistema di allerta comporta la comunicazione e la condivisione delle informazioni tra i membri della rete in tempo reale attraverso la piattaforma on line I-RASFF, alla quale accedono tutti i punti di contatto che possono sia attivare che leggere le notifiche caricate nel sistema da altri Paesi. Le linee guida si applicano ogni qual volta sussista un rischio per la salute umana, animale e per la salubrità dell'ambiente dovuto ad alimenti, mangimi e materiali od oggetti destinati a venire a contatto con alimenti (MOCA) e consentono anche alle autorità competenti di gestire correttamente il sistema di allerta e il livello di rischio.

- Recepimento intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee Guida per la gestione operativa del Sistema di allerta per alimenti, mangimi e materiali destinati a venire in contatto con gli alimenti".
- informative regionali rivolte agli operatori interessati nel rintraccio dell'alimento pericoloso (SIAN, SIAOA, ISP, ospedalieri, laboratori)
- Assicurare, con incontri o confronti, alle autorità competenti il coordinamento nella gestione e funzionalità del sistema di allerta per il rintraccio di alimenti pericolosi.
- Messa in esercizio dell'applicativo e fornitura di tablet al personale preposto ai controlli ufficiali.
- Evoluzioni adeguate per applicativo tablet

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (4 di 5)	GESTIONE DELLE MTA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.12 Recepimento e implementazione di indirizzi nazionali, WHO, norme UE di settore
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Le malattie veicolate da alimenti continuano ad essere anche nei paesi industrializzati un rilevante problema di sanità pubblica e, pertanto, una rigorosa sorveglianza di tali patologie si connota come elemento fondamentale di un sistema nazionale di controllo degli alimenti. Uno degli effetti indiretti della pandemia è stato quello di aver cambiato alcune delle abitudini alimentari di ognuno. Ad esempio la richiesta dei servizi di consegna a domicilio di cibo pronto, così come la produzione casalinga di cibo ha determinato nuovi bisogni formativi e di conseguenza declinati nuovi criteri di sicurezza alimentare. Il proprio domicilio, in alcune circostanze, dovrebbe essere paragonato a un locale pubblico e offrire quindi gli stessi standard di sicurezza e garantire gli stessi livelli di igiene. La listeriosi, ad esempio, causata dal batterio *Listeria monocytogenes*, viene considerata tra le malattie trasmesse attraverso gli alimenti in quanto, di solito, è dovuta all'ingestione di cibo infetto e raramente l'infezione può verificarsi attraverso il contatto diretto con animali, persone o ambiente contaminato.

La Regione Umbria ha definito procedure specifiche da applicare alla raccolta, alla analisi ed alla valutazione dei dati riguardanti il caso sporadico o il cluster di listeriosi umana, a partire dalla segnalazione alla raccolta dei dati

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



anamnestici, dalla raccolta all'analisi e degli alimenti consumati, fino alle indagini ambientali e alla relazione finale. Data la continua evoluzione della normativa alimentare e considerato quanto sopra esposto riguardo gli standard di sicurezza da riconsiderare a seguito della pandemia occorre aggiornare quanto adottato riguardo la gestione delle MTA e in particolare i casi di infezioni da batteri responsabili anche di tossinfezioni alimentari.

- Revisione e aggiornamento DGR n. 1528 DEL 23/12/2013 "Linee di indirizzo per la gestione degli episodi di malattie veicolate da alimenti (escluse le intossicazioni da funghi)"
- Proposta di Linee guida per l'applicazione della normativa sull'igiene degli alimenti in attività di preparazione per la vendita al consumatore finale e/o per la somministrazione di alimenti presso locali utilizzati principalmente come abitazione privata (home food - home restaurant) 2021-2022

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (5 di 5)	NUTRIZIONE E SALUTE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.7 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione protocolli, percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;età adulta
SETTING	comunità;scuola;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Proposta del TaRSiN di svolgere una analisi SWOT relativa alla situazione della regione Umbria, sulla base dell'esperienza maturata nella realizzazione dei progetti di promozione consumo latte e yogurt in diverse fasce di età nell'ambito di una alimentazione salutare finalizzata a migliorare la qualità nutrizionale della dieta. L'analisi SWOT tiene conto di punti di forza e debolezza propri del contesto di analisi (ambiente interno e ambiente esterno) e benchè di solito venga utilizzata in fase di progettazione e rimanga uno strumento interno ad un gruppo specifico, si ritiene che possa fornire un contributo in grado di aumentare il livello di diffusione del messaggio di comunicazione.

L'approccio alla natura trasversale della nutrizione deve essere intersettoriale, interistituzionale e interprofessionale, anche nella sua componente preventiva. E' obiettivo generale migliorare la salute degli individui appartenente ad una comunità utilizzando le buone pratiche di prevenzione e cura delle malattie croniche non trasmissibili promuovendo il processo di empowerment e motivazione al cambiamento.

- Costituzione TaRSiN
- Trasmissione analisi SWOT Latte e yogurt
- linee guida per il consumo di latte e yogurt nella in diverse fasce di età
- azioni riguardo la promozione e gli interventi inerenti la limitazione degli sprechi alimentari

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Orientare gli interventi verso dei criteri di equità. Aumentare la consapevolezza del potenziale impatto della disuguaglianza, dovuto a carenze in termini di equità.
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Costituzione TaRSiN e inserire un programma nel progetto delle scuole che promuovono salute. Revisione dei menù di tutte le scuole primarie e verificare la % di adesione alle linee guida regionali al fine di ridurre: 1 – Bambini che non fanno la prima colazione 2 – Bambini che fanno una seconda colazione (merenda) non adeguata 3- Bambini che consumano poca frutta e verdura 4- Bambini che assumono bevande zuccherate Miglioramento significativo nelle modalità di gestione dello spreco alimentare nei processi di filiera, con interventi mirati di promozione e formazione verso modelli sostenibili di produzione e consumo alimentare.
ATTORI COINVOLTI	Gruppo di lavoro Tarsin, (regione Umbria, SIAN Az USL UMBRIA 1 e SIAN AZ USL UMBRIA 2, UNIVERSITA' degli studi di Perugia, Pediatri, Comuni, Servizio Promozione salute Az USL UMBRIA)
INDICATORE	Equità e con consapevolezza • Formula: Attività di promozione della salute presso le scuole primarie • Standard valori medi nazionali • Fonte Regione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



4.3 PL13 Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale delle MCNT

4.3.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL13
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Dott.ssa Paola Casucci
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale - MO1-09 Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT - MO1-10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia - MO1-12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale) - MO1-15 Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione - MO1-17 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità - MO1-19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO1LSk Sviluppo di programmi finalizzati alla riduzione del rischio per MCNT e alla presa in carico delle persone affette da patologia, per una gestione integrata e sistemica della cronicità, attraverso: interventi volti a promuovere competenze e comportamenti salutari nelle persone sane e malate e loro caregiver (health literacy, empowerment ed engagement), offerta di counseling individuale anche in contesti opportunistici, per il contrasto del tabagismo e del consumo rischioso e dannoso di alcol e la promozione di sana alimentazione e attività

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	fisica, attivazione di interventi strutturati di esercizio fisico, attivazione di procedure e percorsi preventivi e terapeutico-assistenziali integrati con interventi per le persone già affette da patologia, anche considerando le situazioni di multipatologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura
LEA	- F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale

4.3.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed analisi di contesto

I dati della popolazione umbra raccolti nel biennio 2016-2019 mostrano che circa 6 anziani su 10 riferiscono che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più patologie tra le seguenti: ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie croniche del fegato, cirrosi. Più di ¼ degli ultra 64enni riferisce invece la diagnosi di 2 o più tra le patologie indagate. Il dato è in linea con la media nazionale.

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono diverse patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e ictus cerebrale) e rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale, oltre ad avere un notevole impatto in termini di disabilità. I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc).

Nel triennio 2016-2019 in Umbria emerge che su dieci 18-69enni intervistati 2 riferiscono una diagnosi di ipertensione, 2 di ipercolesterolemia, 3 sono sedentari, 3 fumatori, 4 risultano in eccesso ponderale ($Imc \geq 25$) e 1 consuma 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five a day), come invece raccomandato. Inoltre, quasi il 4% degli intervistati riferisce una diagnosi di diabete. Complessivamente quasi 4 persone su 10 hanno almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare menzionati sopra e solo una piccolissima quota (meno del 3%) risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.

Per diagnosticare l'ipertensione arteriosa esiste consenso sull'opportunità di effettuare un controllo ogni 2 anni negli adulti normotesi e a un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90 mmHg). L'84% dei 18-69enni riferisce di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista. 1 su 5 riferisce una diagnosi di ipertensione.

L'ipertensione è più frequente all'aumentare dell'età, tra gli uomini, tra le classi socialmente più svantaggiate per istruzione o per difficoltà economiche, tra i cittadini italiani e in coloro che sono in eccesso ponderale. Circa l'80% delle persone ipertese dichiara di essere in trattamento farmacologico e di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa. L'Umbria ha una quota di ipertesi maggiore rispetto alla media nazionale.

Per diagnosticare l'ipercolesterolemia non è raccomandato un vero e proprio screening di popolazione ma esistono raccomandazioni internazionali sull'opportunità di effettuare l'esame del colesterolo, pur non essendoci un consenso unanime sulle modalità.

Più di 8 intervistati su 10 tra i 18 e 69 anni riferiscono di aver misurato almeno una volta nella vita la colesterolemia e tra questi circa 1/4 riferisce di essere ipercolesterolemico. L'ipercolesterolemia è più frequente all'aumentare dell'età, fra le classi socialmente più svantaggiate per istruzione o per difficoltà economiche e tra coloro che sono in eccesso ponderale. Anche la percentuale di ipercolesterolemici in Umbria è superiore alla media nazionale.



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

Il 28% degli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico e la maggior parte ha ricevuto i consigli comportamentali da parte di un operatore sanitario.

Poco meno del 5% degli umbri di 18-69 anni riferisce una diagnosi di diabete. La prevalenza di diabetici cresce con l'età (è inferiore al 2% nelle persone con meno di 50 anni ma sfiora il 10% fra quelle di 50-69 anni), è più frequente fra gli uomini, nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzione o condizioni economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri, e tra le persone obese.

L'Umbria è in linea con la media del pool di ASL PASSI.

La prevalenza di persone con diabete non si modifica sostanzialmente nel tempo. Sale al 18.5% invece tra gli ultra 64enni.

Il diabete risulta essere fortemente associato ad altri fattori di rischio cardiovascolare, quali l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, l'eccesso ponderale e la sedentarietà, che risultano molto più frequenti fra le persone con diabete rispetto agli altri.

Il 40% dei diabetici 18-69enni riferisce di seguire una dieta per perdere peso, mentre il 27% fa attività fisica moderata o intensa.

Circa 9 diabetici su 10 riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa e/o aver controllato il colesterolo nell'ultimo anno. Tra i diabetici ipertesi, circa il 91% è in trattamento farmacologico per la pressione arteriosa, mentre circa il 64% dei diabetici ipercolesterolemici assume farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

La maggior parte dei diabetici (48%) è seguito principalmente dal centro diabetologico, o dal medico di medicina generale (21%), o da entrambi (25%). Pochi dichiarano di essere seguiti da altri specialisti (meno del 3%).

Circa il 65% delle persone con diabete ha effettuato il controllo dell'emoglobina glicata negli ultimi 12 mesi (37% negli ultimi 4 mesi). Aumenta nel tempo la conoscenza di questo esame ma 1 persona su 6 con diabete non lo conosce o non ne conosce il significato.

L'91% delle persone con diabete dichiara di essere sotto trattamento farmacologico per il controllo del diabete, la gran parte (78%) con ipoglicemizzanti orali.

Tra i 18-69enni con diagnosi di diabete due terzi riferiscono di aver ricevuto il consiglio di praticare regolarmente più attività fisica, e il 70% di smettere di fumare.

Tra i diabetici in eccesso ponderale il 78% ha ricevuto il consiglio di perdere peso.

Il primo step per approcciare e rispondere alla sfida della assistenza e prevenzione della cronicità, è l'organizzazione della rete assistenziale regionale in Umbria.

Le azioni prioritarie che si intendono sviluppare tenendo presenti le linee strategiche del Piano nazionale della prevenzione 2020-2025 sono le seguenti:

- sviluppare la medicina di genere per garantire equità e appropriatezza delle cure
- realizzare la vera integrazione fra servizi sanitari
- identificare la popolazione target
- attivare la sanità digitale

La programmazione sanitaria regionale intende proseguire strategie avviate negli anni per la gestione dei pazienti con multicronicità, attraverso la definizione di un sistema di assistenza continua, multidimensionale, multidisciplinare, che preveda la valorizzazione della rete assistenziale attraverso:

- la flessibilità dei modelli organizzativi,
- un approccio integrato,
- la stadiazione della popolazione,
- la diversità di genere
- lo sviluppo dell'empowerment e del patient engagement, anche in relazione alla riorganizzazione del sistema delle cure primarie.

Per il perseguimento dell'obiettivo specifico integrazione ospedale-territorio e gestione delle dimissioni protette, l'azione è mirata al miglioramento della qualità delle informazioni sanitarie, attraverso la puntuale e corretta registrazione dei dati nei sistemi operativi preposti, con la corretta alimentazione dei flussi informativi da essi derivanti e soddisfazione del debito informativo nei confronti del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). A tal

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



fine è stata realizzata la formazione degli operatori interessati alla gestione dei flussi informativi. A seguito della disponibilità di tablet per l'assistenza domiciliare infermieristica, per l'utilizzo del Sistema informatizzato territoriale è stato formato tutto il personale che opera in ADI e avviato il loro utilizzo, in tutta la Regione. Strumento essenziale è la realizzazione della Centrale Operativa territoriale (COT). Nella Usl Umbria 2 la COT per garantire una presa in carico delle dimissioni protette dall'Ospedale, è in corso di attivazione, ma la funzione è comunque svolta dal PUA. Nella ASL Umbria 1 è già attivata.

Ogni Distretto lavora costantemente in stretto raccordo con i coordinatori AFT. Il raggiungimento di questo obiettivo si è articolato in maniera differente nelle due ASL, e comunque in entrambe sono state sperimentate forme di presa in carico dei pazienti cronici oltre che con l'attivazione di ambulatori dedicati, anche attraverso la sperimentazione di un progetto specifico ad essi comunque collegato, di medicina di iniziativa.

Nell'ottica di ampliare le attività distrettuali dedicate alla gestione dei pazienti cronici in collegamento con le AFT nella ASL Umbria 2 nell'ambito delle Cure Primarie nella Casa della Salute di Trevi è stata realizzata una importante sperimentazione con l'attivazione e la realizzazione del Progetto "Psicologia nelle Cure Primarie". Con la sperimentazione del progetto è stata valutata l'efficacia dell'intervento psicologico su pazienti con disturbi psicologici reattivi a situazioni di difficoltà varie del ciclo di vita e che, se intercettati in fase esordio, evitano di degenerare in problematiche importanti che possano incidere sulla vita relazionale, lavorativa e sociale dell'individuo. Il compito delle Psicologo nelle cure primarie è stato quello di fornire un primo livello di servizi di cure psicologiche di alta qualità, accessibile, efficace, cost-effective ed integrato con gli altri servizi sanitari, con l'obiettivo di valutare come intervenire in maniera precoce su fasce di popolazione che necessitano di supporto e di valutazione, in un'ottica di empowerment.

Nella ASL Umbria 1, è stato attivato, in sinergia con il servizio di Pneumologica Ambulatoriale, un ambulatorio infermieristico che funge da raccordo tra MMG e Specialista Pneumologo, finalizzato alla presa in carico di pazienti con Patologia Respiratoria Cronica in Ossigeno Terapia Vengono svolte valutazioni periodiche, misurazioni PFR ed EGA, Rilascio/rinnovo Piani Terapeutici per O2 Terapia, con visite specialistiche e misurazioni infermieristico/mediche anche a domicilio per pazienti non deambulanti. Lo stesso ambulatorio, in raccordo con la Unità Ospedaliera di Anestesiologia/Rianimazione ed in collaborazione con un medico anestesista, garantisce verifiche periodiche domiciliari ai pazienti tracheotomizzati, con ventilazione meccanica.

È stato attivato inoltre, l'ambulatorio dello scompenso cardiaco: è stato assegnato alla attività un infermiere del Distretto che, in collaborazione con i cardiologi ospedalieri, garantisce la presa in carico ed il monitoraggio (esami ematici, visite specialistiche, esami strumentali visite specialistiche, il counselling) secondo quanto previsto percorsi previsti dal PDTA Aziendale. È stato inoltre attivato un servizio di ECG a domicilio, garantito dallo stesso infermiere, con monitoraggio di altri parametri, ove necessario, la cui refertazione avviene in remoto da parte dei Cardiologi Ospedalieri.

La Regione Umbria quindi si è posta l'obiettivo di avere a disposizione una modalità di classificazione della popolazione generale, stratificandola in gruppi omogenei di pazienti con livelli diversi di gravità e complessità di malattia e di domanda assistenziale. Lo strumento da utilizzare deve essere rivolto alla classificazione della popolazione e a monitorare l'evoluzione della condizione dello stato di salute degli assistiti residenti nei comuni della Regione Umbria e l'andamento dei costi a carico del sistema sanitario regionale, anche al fine di orientare il percorso di integrazione tra servizi sanitari e socio-sanitari per modularne l'erogazione sulla base del livello di complessità della patologia e delle eventuali limitazioni dovute a presenza di fragilità e disabilità, desunte dai dati della domanda assistenziale espressa.

E' stato avviato un percorso condiviso tra specialisti ambulatoriali, specialisti ospedalieri, rappresentanti dei MMG e direttori di distretto per la definizione condivisa di specifici PDTA nelle Aziende Sanitarie della Regione.

In particolare sono stati elaborati e condivisi i seguenti PDTA:

- PDTA PERCORSO DI ASSISTENZA AL PAZIENTE CON BPCO
- PDTA PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE DIABETICO
- PDTA MALATTIE REUMATICHE INFIAMMATORIE AUTOIMMUNI
- PDTA MALATTIA RENALE CRONICA



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

- PDTA DEMENZE
- PDTA SCOMPENSO CARDIACO

Inoltre in attuazione dei PDTA, sono stati istituiti Gruppi di lavoro aziendali multidisciplinari che hanno coinvolto vari professionisti. I gruppi di lavoro hanno elaborato piani operativi per contestualizzare il Piano regionale Cronicità, in ambito locale.

E' stata potenziata la formazione in tema di multi cronicità, anche attraverso la strutturazione di percorsi formativi specifici. I corsi sono stati rivolti ai MMG ai medici delle AFT ed agli operatori sanitari. Sono state attivate progettazioni per le campagne comunicative rivolte alla popolazione sul cambiamento strutturale in atto e sui temi della cronicità e degli stili di vita.

Al fine di implementare i sopracitati PDTA sono stati coinvolti i professionisti interessati. La progettazione ha previsto la partecipazione di tutti professionisti ospedalieri o territoriali coinvolti nel trattamento di questi pazienti in ciascun territorio.

Inoltre il SSR vuole porre attenzione sulle malattie mentali: patologie mentali e patologie fisiche croniche, come diabete, cancro, malattie cardiache, malattie respiratorie e obesità, risultano essere in stretta relazione bidirezionale. Le malattie croniche si associano ai disturbi mentali in molti pazienti, e ciò ha pesanti ricadute, soprattutto per quanto riguarda la vita sociale e lavorativa. La presenza della malattia mentale con malattie di lunga durata ostacola la cura di sé e l'adesione ai regimi di trattamento, porta ad aumentare la probabilità di fare esperienze di disabilità, fino a provocare un aumento della mortalità.

Tra i soggetti più colpiti: donne, persone con basso livello di istruzione, persone con molte difficoltà economiche, persone affette da una o più malattie croniche. I sintomi della depressione incidono marcatamente sulla qualità della vita, sia attraverso una percezione peggiore del proprio stato di salute, sia con un aumento della media di giorni in cattiva salute fisica e mentale e con limitazioni di attività rispetto alla popolazione generale.

In particolare occorre prendere in considerazione la attuale situazione pandemica, cercando di prevedere le azioni da porre in atto per i pazienti che hanno superato la malattia. Dopo il termine della fase acuta infatti possono determinarsi manifestazioni cliniche subacute e croniche che possono precludere un pieno ritorno al precedente stato di salute. I sintomi attribuiti a questa condizione sono numerosi ed eterogenei, possono riguardare soggetto di qualunque età e con varia gravità della fase acuta di malattia. L'OMS recepisce e contestualizza raccomandazioni sul tema che si definisce Long-COVID. Si ritiene opportuno quindi, anche in presenza di aspetti che ancora sono da definire, porre attenzione alla materia.

4.3.3 Scheda di programma

4.3.3.1 Descrizione dal PNP

Il Piano regionale della cronicità, gli sviluppi normativi recenti nonché le strategie del PNRR, pongono l'attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione; il monitoraggio per fattori di rischio; e la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

Per essere realmente efficaci, infatti, i servizi sanitari devono essere in grado di tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria o sociale. Tale approccio ha l'obiettivo di mantenere l'utenza di riferimento in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura. In tale ottica, particolare attenzione deve essere posta nei riguardi dei soggetti con patologie croniche, condizione oggi sempre più diffusa in termini di incidenza e prevalenza, e per la quale il Piano regionale della Cronicità, ha individuato le diverse fasi principali del percorso assistenziale:

-valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento (stratificazione del rischio);

-valutazione delle priorità d'intervento;

-definizione del profilo d'offerta più appropriata di servizi socio-assistenziali;

-promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce e medicina di iniziativa;

-presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura;

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- erogazione di interventi personalizzati;
- valutazione della qualità delle cure erogate.

La conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita costituiscono un aspetto fondamentale nell'ambito del sistema di governo distrettuale.

E' doveroso introdurre il modello di personalizzazione dell'assistenza conosciuta come "medicina di iniziativa". Infatti lo stesso si realizza grazie alla stratificazione della popolazione consentendo agli interventi di medicina di iniziativa di essere più efficaci nei confronti di quei sottogruppi di popolazione che potrebbero maggiormente beneficiarne per ottimizzare il trattamento multidisciplinare e personalizzare l'assistenza, nel rispetto del principio di equità e di centralità del paziente e delle sue scelte, ma anche in ottica di riduzione degli interventi inappropriati e dei costi associati.

Tutti gli strumenti di gestione del Paziente a nostra disposizione oggi (es. Modelli di Stratificazione, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, Piano di Assistenza Individuale, Piano Riabilitativo Individuale) dovrebbero essere utilizzati in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della Persona e dei suoi bisogni socio-assistenziali attraverso la definizione del Progetto di Salute.

La necessità di differenziare e contestualizzare le strategie di intervento, e quindi i percorsi assistenziali, sulla base dei differenti bisogni, risulta dirimente alla luce delle evoluzioni sociali ed epidemiologiche dell'Umbria descritte nel Piano regionale della Cronicità.

Il target di popolazione maggiormente rappresentativo ad oggi è costituito da persone, solitamente anziane, spesso affette da più patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da fattori quali lo status socio-familiare e ambientale o l'accessibilità alle cure. Tali soggetti sono a rischio più elevato di utilizzo inappropriato dei servizi sanitari: accessi al Pronto soccorso o ricovero in ospedale. La condizione di fragilità, che anticipa l'insorgenza di uno stato più grave e irreversibile, dovrebbe essere individuata precocemente, con strumenti di valutazione multidimensionali e fortemente predittivi, che integrino indicatori sanitari, sociali e socio-sanitari e variabili di contesto.

La Medicina d'Iniziativa quindi diviene un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta il cittadino in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo assiste in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Medicina di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica, alla prevenzione delle complicanze, alla presa in carico globale della multimorbilità. Essa prevede un approccio di presa in carico attento alle differenze di genere e che tenga conto di tutti gli altri aspetti e le fasi della vita dell'individuo durante i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e che caratterizzi tutti i setting assistenziali, al pari degli ambiti di ricerca clinica e di formazione di tutti i professionisti sanitari, per facilitare diagnosi e trattamenti equi, differenziati ed efficaci appropriati.

Gli strumenti della Medicina di Iniziativa sono l'ingaggio proattivo precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia, l'educazione ai corretti stili di vita, la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il sostegno e il controllo della compliance dei pazienti ai programmi diagnostici-terapeutici, il trasferimento in back office delle ricette burocratico-autorizzative.

Attraverso i modelli della medicina d'iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, i pazienti sono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze.

Tale approccio assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sull'educazione alla salute; obiettivi diventano la prevenzione per soggetti considerati a rischio di patologia cronica con la definizione di percorsi condivisi e misurabili e la prevenzione delle complicanze delle patologie croniche stesse. Indispensabile a tal fine diventa il raccordo stretto tra servizi (prevenzione, cure primarie, assistenza territoriale, riabilitazione, arrivando alla definizione di PPDTA - Percorsi Preventivi Diagnostici Terapeutici, che completano insieme alle attività riabilitative la presa in carico globale dell'individuo.



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

Ruolo essenziale avrà la completa realizzazione della Centrale Operativa Territoriale (COT) a garanzia della continuità assistenziale e della razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse nella fase di dimissione protetta dall'Ospedale verso il Territorio.

Il paziente cronico è al centro del percorso e grazie all'integrazione in tempo reale tra ospedale e territorio può fruire di un percorso "protetto" – privo di discontinuità – nel passaggio da un setting assistenziale all'altro.

Grazie al sistema informatizzato il reparto può effettuare la dimissione "protetta" del paziente in qualsiasi momento, superando le difficoltà della gestione manuale basata su schede cartacee e contatti telefonici. Le Centrali Territoriali si occupano dell'organizzazione delle attività domiciliari e della ricerca ed attivazione delle risorse migliori per il setting assistenziale del paziente. Il sistema garantisce all'ospedale un feedback sulla presa in carico da parte del territorio. È possibile utilizzare la piattaforma per la compilazione delle schede mediche ed infermieristiche, per interfacciare il proprio sistema per l'invio della segnalazione e per la gestione dei PDTA.

La COT svolge un ruolo di integratore e di facilitatore tra l'Ospedale ed il Territorio. Dispone della mappa delle disponibilità e delle soluzioni offerte dal territorio e garantisce la continuità assistenziale nel percorso del paziente, organizzando le attività post dimissione e riducendo la percentuale di nuovi ricoveri non necessari.

Il sistema territoriale, costituito dal MMG, dal servizio infermieristico distrettuale (ADI) e dal servizio sociale comunale, è collegato alla Centrale Operativa Territoriale dalla quale riceve le segnalazioni in tempo reale, corredate da tutte le informazioni necessarie alla presa in carico. L'integrazione è realizzata attraverso la piattaforma insieme ad un sistema di comunicazione multicanale (sms, mail, notifica su smartphone ecc.)

Le strutture (Cure Intermedie, RSA, Hospice ecc.) sono integrate nel processo e condividono le disponibilità con la Centrale Operativa Territoriale, in modo tale da garantire l'ottimizzazione del flusso di dimissione e massimizzare il turnover sui posti letto. La piattaforma consente di rendere visibili le proprie disponibilità, effettuare l'accettazione del paziente, gestire le domande di proroga e facilitare il processo di dimissione al domicilio.

Conseguentemente le azioni da intraprendere sono:

- Valutazione dei reali bisogni della popolazione, anche mediante la stratificazione del rischio della popolazione
- Realizzare la presa in carico dei bisogni del territorio tramite la COT con la corretta assegnazione del paziente al setting appropriato di cura (Assistenza domiciliare, residenzialità, semiresidenzialità, riabilitazione)
- Integrazione tra i vari setting assistenziali
- Formazione degli operatori
- Applicazione omogenea sul territorio dei PDTA
- Monitoraggio dell'applicazione dei PDTA
- Informazione alla popolazione

AZIONI

AZIONE 1- FORMAZIONE

AZIONE 2 - EMPOWERMENT

AZIONE 3 – SANITÀ DIGITALE

AZIONE 4 – AZIONE EQUITY – INFORMAZIONE

CRONOGRAMMA

Attività					
AZIONE 1 - FORMAZIONE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Formazione specifica e interdisciplinare, per migliorare le conoscenze e le competenze specifiche e favorire il lavoro di squadra, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.	Regione	X	X	X	X

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



(INDICATORE: almeno un incontro ad inizio attività e un in incontro in corso anno per descrivere obiettivo e monitorare l'andamento)						
AZIONE 2 – EMPOWERMENT	Responsabile	2022	2023	2024	2025	
Empowerment, leva fondamentale per l'efficacia e l'efficienza del sistema. Obiettivo irrinunciabile di un sistema di assistenza alla cronicità è il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia. Per ottenere un buon grado di "empowerment" è necessario che le informazioni fornite alla persona e a tutti i componenti del suo contesto (familiari, caregivers) da ogni figura professionale coinvolta nel processo di cura siano univoche, semplici, comprensibili, omogenee e costantemente ripetute e rinforzate. Sono previsti programmi di promozione e di educazione alla salute (INDICATORE: una campagna di comunicazione per la popolazione all'anno)	Regione	X	X	X	X	
AZIONE 3 – SANITÀ DIGITALE	Responsabile	2022	2023	2024	2025	
Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale) con strumenti informatizzati e digitali che permetteranno il monitoraggio, la consultazione, l'assistenza a distanza del paziente cronico. Indispensabile attivare la COT regionale, come strumento facilitante la presa in carico complessiva del cittadino in una logica di equità, appropriatezza, efficacia ed efficienza. (INDICATORE: numero di pazienti assistiti previsti/numero di pazienti arruolabili nella presa in carico = 100 % dei pazienti assistiti)	Regione	X	X	X	X	
Attivazione e messa a regime dei PPDTA selezionati prioritariamente dal Piano cronicità regionale e tenendo conto della formulazione di specifici PDTA per i Long COVID e pazienti con problemi di salute mentale		X	X	X	X	
Integrazione tra i vari setting assistenziali ogni anno a partire dal 2022		X	X	X	X	
Applicazione omogenea sul territorio dei PDTA ogni anno a partire dal 2022		X	X	X	X	
Monitoraggio dell'applicazione dei PDTA ogni anno a partire dal 2022		X	X	X	X	
AZIONE 4 – AZIONE EQUITY - INFORMAZIONE	Responsabile	2022	2023	2024	2025	
Modalità di informazione e di comunicazione per la popolazione interessata efficaci e orientate all'empowerment dei cittadini al fine anche di affrontare scelte consapevoli (INDICATORE: almeno 1 campagna dedicata alla sanità di iniziativa)					X	
Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	Regione	X	X	X	X	
AZIONI EQUITY						
AZIONI CON INDICATORE						

4.3.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

- Piano Nazionale della Cronicità 2016
- Piano regionale cronicità DGR 906/2017
- Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. WHO Regional Committee for Europe 2016
- Piano Regionale di Prevenzione 2014/2018 nell'analisi di contesto e programmazione strategica e nei suoi progetti specifici, costruiti sulla base delle migliori evidenze di efficacia, allo scopo di concorrere attraverso azioni intersettoriali al raggiungimento di tutti gli obiettivi centrati del PNP stesso e quelli individuati come espressione tipica del territorio e dei suoi bisogni di salute



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

- DGR. n.212/2016 Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale” attuativo del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera (D.M. 2 Aprile 2015 , n. 70);
- D.L. 34/2020, c.d. Decreto Rilancio, convertito nella legge n. 77/2020, all’art. 7
- Accordo con i MMG

4.3.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL13_OT02	attivare la collaborazione, l'alleanza e la sinergia con tutti i settori, non solamente sanitari, le cui politiche a vario titolo hanno impatto sui determinanti di salute oltre a quelli sanitari, quelli sociali nonché collaborazione con le associazioni di volontariato
PL13_OT02_IT05	Tavoli tecnici intersettoriali
formula	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l’approccio One Health anche in coerenza con gli Accordi/Programmi intersettoriali di cui all’indicatore 1.
Standard	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2023
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PL13_OT03	Aumentare le competenze e conoscenze delle equipe con medici specialisti, MMG e PLS, infermieri e altri operatori sanitari. Aumentare conoscenze e competenze dei caregiver in tema di prevenzione ed educazione sanitaria
PL13_OT03_IT03	Formazione (A)
formula	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PL13_OT04	promuovere la conoscenza e competenza sulla gestione delle patologie croniche in termini di corretti stili di vita e programmi che facilitino la presa in carico del paziente cronico
PL13_OT04_IT04	Comunicazione ed informazione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



formula	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024
Fonte	Regione

EQUITÀ

PL13_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL13_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

4.3.5 Obiettivi e indicatori specifici

PL13_OS01	attuare i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) con una logica di prevenzione, trasformandoli in percorsi di prevenzioni diagnostici terapeutici assistenziali (PPDTA)
PL13_OS01_IS01	definizione dei PPDTA
formula	presenza/assenza
Standard	attivazione e messa a regime dei PPDTA selezionati prioritariamente dal Piano cronicità regionale e tenendo conto della formulazione di specifici PDTA per i Long COVID e pazienti con problemi di salute mentale
Fonte	relazioni attività
PL13_OS02	Formazione specifica e interdisciplinare, per migliorare le conoscenze e le competenze specifiche e favorire il lavoro di squadra. Obiettivo prioritario è che tutto il personale dell'assistenza ottenga un'adeguata formazione e dimostrare di avere raggiunto il grado di conoscenza e competenza necessario al raggiungimento degli obiettivi assistenziali. Per tutti i PPDTA del Piano delle cronicità regionale vanno individuati percorsi specifici formativi per tutte le figure professionali coinvolte.
PL13_OS02_IS03	incontri formativi
formula	numero di incontri effettuati

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Standard	almeno un incontro ad inizio attività e un incontro in corso anno per descrivere obiettivo e monitorare l'andamento
Fonte	relazione attività
PL13_OS03	Empowerment, leva fondamentale per l'efficacia e l'efficienza del sistema. Obiettivo irrinunciabile di un sistema di assistenza alla cronicità è il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia. Per ottenere un buon grado di "empowerment" è necessario che le informazioni fornite alla persona e a tutti i componenti del suo contesto (familiari, caregivers) da ogni figura professionale coinvolta nel processo di cura siano univoche, semplici, comprensibili, omogenee e costantemente ripetute e rinforzate. Sono previsti programmi di promozione e di educazione alla salute
PL13_OS03_	campagna di comunicazione per la popolazione
formula	campagne realizzate
Standard	una campagna l'anno
Fonte	relazioni attività
PL13_OS04	Sanità digitale. Strumenti informatizzati e digitali permetteranno il monitoraggio, la consultazione, le assistenza a distanza del paziente cronico. L'informatizzazione permetterà anche la gestione facilitata dei PDTA e il loro monitoraggio. Indispensabile attivare la COT regionale, come strumento facilitante la presa in carico complessiva del cittadino in una logica di equità, appropriatezza, efficacia ed efficienza
PL13_OS04_IS02	Attivazione di progetti di tecnoassistenza
formula	numero di pazienti assistiti previsti/numero di pazienti arruolabili nella presa in carico
Standard	100 % dei pazienti assistiti
Fonte	pazienti assistiti

4.3.6 Azioni

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (1 di 4)	FORMAZIONE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Formazione specifica e interdisciplinare, per migliorare le conoscenze e le competenze specifiche e favorire il lavoro di squadra.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Obiettivo prioritario è che tutto il personale dell'assistenza deve ottenere un'adeguata formazione e dimostrare di avere raggiunto il grado di conoscenza e competenza necessario al raggiungimento degli obiettivi assistenziali.

Per tutti i PDTA del Piano delle cronicità regionale vanno individuati percorsi specifici formativi per tutte le figure professionali coinvolte.

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (2 di 4)	EMPOWERMENT
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.1 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Empowerment, leva fondamentale per l'efficacia e l'efficienza del sistema.

Obiettivo irrinunciabile di un sistema di assistenza alla cronicità è il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia. Per ottenere un buon grado di "empowerment" è necessario che le informazioni fornite alla persona e a tutti i componenti del suo contesto (familiari, caregivers) da ogni figura professionale coinvolta nel processo di cura siano univoche, semplici, comprensibili, omogenee e costantemente ripetute e rinforzate.

Sono previsti programmi di promozione e di educazione alla salute

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (3 di 4)	SANITÀ DIGITALE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.3 Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Sanità digitale. Strumenti informatizzati e digitali permetteranno il monitoraggio, la consultazione, le assistenza a distanza del paziente cronico. L'informatizzazione permetterà anche la gestione facilitata dei PDTA e il loro monitoraggio

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (4 di 4)	INFORMAZIONE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.9 Informazione
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

prevedere modalità di informazione e di comunicazione per la popolazione interessata efficaci e orientate all'empowerment dei cittadini al fine anche di affrontare scelte consapevoli

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	piano di comunicazione
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	coinvolgimento degli ambiti sociali dei comuni, delle associazioni e delle famiglie. Comunicati di progettazione partecipata
ATTORI COINVOLTI	operatori sanitari e dei servizi sociali, terzo settore
INDICATORE	campagna di comunicazione
	• Formula: realizzazione campagna • Standard almeno 1 campagna dedicata alla sanità di iniziativa • Fonte Regione, "passi d'argento", MMG

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



4.4 PL14 Screening oncologici

4.4.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL14
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Stefania Prandini
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO1-20 Aumentare l'estensione dei programmi di screening oncologico alla popolazione target per ciascuno dei 3 tumori oggetto di screening - MO1-21 Aumentare l'adesione ai programmi di screening oncologico - MO1-22 Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO1LSO Offerta di programmi organizzati di screening oncologici per i carcinomi della cervice uterina (test HPV DNA), della mammella e del colon retto - MO1LSp Implementazione di protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV - MO1LSq Implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2
LEA	- F08 Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale

4.4.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Il programma di screening mammografico è stato avviato in Umbria nel periodo 1998-2000 e ha una popolazione bersaglio pari a circa 142.000 donne tra i 50 e i 74 anni.

Secondo i dati sistema informativo regionale per gli screening la partecipazione (corretta per inviti inesitati ed esclusioni dopo invito) allo screening mammografico nel 2019 è stata pari al 72% (senza differenze tra le due Aziende USL), sopra la media italiana (55%), con valori abbondantemente sopra lo standard giudicato accettabile (60%) dal Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa) e con un trend sostanzialmente stabile. Nel 2020, la partecipazione alla mammografia di screening è stata pari al 72%, con un trend stabile nonostante l'impatto che l'epidemia da Covid-19 ha avuto anche sull'organizzazione dei programmi di screening. I principali indicatori di esito evidenziano un buon livello di anticipazione diagnostica.



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

Per quanto riguarda i tempi di attesa, nel 2019 il 93% delle donne con mammografia negativa riceve la risposta entro 3 settimane dalla data del test e il 100% delle donne richiamate per dubbio mammografico effettua l'approfondimento entro 1 mese. Nel 2020 si registra un allungamento dei tempi di attesa per l'approfondimento con una minore quota di donne richiamate per dubbio mammografico (74%) che effettua l'approfondimento entro 1 mese nel 2020.

I dati PASSI riferiti al periodo 2016-2019 confermano che in Umbria circa 8 donne su 10 fra i 50 e i 69 anni si sottopongono a scopo preventivo allo screening mammografico all'interno di programmi organizzati (72%) o per iniziativa personale fuori dai programmi organizzati, sostenendo del tutto o in parte il costo dell'esame. Complessivamente la quota di donne che si sottopone allo screening mammografico è maggiore fra le coniugate o conviventi, fra le più istruite e con minori difficoltà economiche, fra le donne di cittadinanza italiana. Tuttavia, lo screening organizzato riduce le differenze sopra descritte, consentendo una maggiore equità nell'accesso ai programmi di prevenzione.

Nonostante ciò una quota non trascurabile di 50-69enni non si è mai sottoposta a una mammografia a scopo preventivo o lo ha fatto in modo non ottimale: 5 donne su 100 non hanno mai fatto una mammografia e altre 11 su 100 riferiscono di averla effettuata da oltre due anni. La motivazione più frequentemente addotta per la mancata esecuzione dello screening è l'idea di non averne bisogno (20%) e non aver ricevuto una convocazione (26%). In Umbria la copertura dello screening mammografico raggiunge valori migliori rispetto alla media italiana, con un comportamento simile alle regioni del Nord dell'Italia. Il confronto tra le due aziende sanitarie non mostra differenze significative.

A conferma della ormai consolidata presenza dei programmi di screening organizzati nel territorio umbro, la percentuale di donne che si sottopone alla mammografia preventiva mostra nel tempo un andamento stabile. Il programma di screening coloretale è stato avviato in Umbria nel 2006, ha una popolazione bersaglio pari a circa 276.000 persone (donne e uomini) tra i 50 e i 74 anni e invita le donne e gli uomini fra i 50 e i 74 anni ad effettuare a domicilio un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni. L'adesione all'invito nel 2019 è stata pari al 45,1% (46,4 % nella Usl Umbria 1 e 43,5% nella Usl Umbria 2), sopra la media italiana (41%) anche se in lieve calo rispetto al biennio precedente (47,2%) e in linea con lo standard di accettabilità proposto dal Gruppo Italiano per lo Screening Coloretale (GISCoR) per questo indicatore (45%).

L'adesione all'invito nel 2020 ha per questo screening risentito dell'impatto dell'epidemia da Covid-19, con un valore in flessione pari al 41%.

L'adesione all'approfondimento, uno degli indicatori precoci di impatto, negli ultimi anni mostra un trend in lieve calo con valori leggermente sotto lo standard accettabile (>85% GISCoR).

In Umbria il 48% dei 50-69enni intervistati dal sistema PASSI riferisce di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali a scopo preventivo, nei tempi e modi raccomandati (ricerca del sangue occulto fecale, negli ultimi due anni, oppure una colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi cinque anni). È più frequente che a questo esame si sottopongano i 60-69enni, coloro che riferiscono minori difficoltà economiche e i cittadini italiani.

In Umbria la copertura dello screening coloretale totale (dentro e fuori i programmi organizzati) raggiunge valori migliori rispetto alla media nazionale. Il dato mantiene un andamento sostanzialmente stabile nel tempo. Il 76% della popolazione target riferisce di essere stato raggiunto da un qualche intervento di promozione dello screening (lettera della Asl, consiglio, campagna informativa), la cui efficacia cresce all'aumentare del numero di input ricevuti, raggiungendo il massimo con la combinazione di tutti gli interventi. Il programma di screening cervicale è stato avviato in Umbria nel periodo 1999-2000. E' stata completata la fase di transizione dal Pap-test al test HPV primario a intervallo quinquennale per le donne in fascia d'età 30-64 anni; pertanto viene offerto il Pap-test ogni tre anni alle donne tra 25 e 29 anni e il test HPV (per la ricerca del Papilloma Virus Umano) ogni 5 anni alle donne tra i 30 e i 64 anni.

La popolazione bersaglio complessiva è pari circa a 238.600 donne tra i 25 e i 64 anni (21.000 tra i 25 e i 29 anni, 217.600 tra i 30 e i 64 anni).

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Nel 2019 hanno aderito il 76% delle donne invitate (76,6% nella Usl Umbria 1 e 75,3% nella Usl Umbria 2) con un trend in ripresa rispetto al periodo di transizione, nel quale comunque l'adesione all'invito ha riportato valori sopra la media italiana (40%).

Nel 2020 l'adesione all'invito anche per questo screening è stata pari al 70% delle donne invitate, in lieve flessione probabilmente per l'impatto dell'epidemia.

L'adesione alla colposcopia, uno degli indicatori precoci di impatto per questo screening, sia nelle donne che effettuano un test HPV primario di screening sia nelle donne più giovani che effettuano un Pap-test di screening, è molto buona con valori al di sopra dello standard accettabile (GISCI $\geq 80\%$). Il valore predittivo positivo (VPP) nelle donne che effettuano un Pap-test di screening in Umbria si colloca tra i valori più alti a livello nazionale. Anche nelle donne che effettuano un test HPV primario di screening il VPP è in linea con gli standard suggeriti dal GISCI.

Secondo i dati PASSI in Umbria oltre 8 donne su 10, fra i 25 e i 64 anni, si sottopongono a scopo preventivo allo screening del tumore della cervice uterina (Pap-test o Hpv test secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali) all'interno di programmi organizzati (68%) o per iniziativa personale (21%) fuori dai programmi organizzati, sostenendo del tutto o in parte il costo dell'esame.

Complessivamente la quota di donne che si sottopone allo screening cervicale è maggiore fra le più istruite, fra coloro che riferiscono minori difficoltà economiche e fra le donne di cittadinanza italiana.

L'offerta dello screening organizzato riesce a ridurre le disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione: dai dati di copertura non emergono infatti differenze significative di ricorso allo screening per nessuna delle variabili presenti nel sistema, a conferma del buon consolidamento dei programmi nel territorio regionale e dell'equità dell'offerta. Nonostante ciò, il 5% delle donne riferisce di non essersi mai sottoposta allo screening e l'9% di averlo fatto da più tempo del periodo raccomandato. La motivazione più frequentemente addotta per la mancata esecuzione dello screening è l'idea di non averne bisogno (22%) o di non aver avuto tempo (18%).

La copertura dello screening cervicale non è uniforme sul territorio nazionale: c'è un chiaro gradiente Nord-Sud a sfavore delle regioni del Sud Italia. In questo contesto l'Umbria si conferma una delle regioni più virtuose, con un dato migliore rispetto al valore medio nazionale.

Nel tempo si osserva in Umbria la tendenza ad un continuo aumento delle donne che effettuano lo screening cervicale all'interno dei programmi organizzati. Lo stesso trend si osserva a livello nazionale confermando l'efficacia dei programmi di prevenzione organizzati offerti alla popolazione e ormai consolidati nel tempo. L'intervento più efficace nel migliorare l'adesione allo screening, si conferma essere l'invio della lettera di invito da parte della Asl, associato al consiglio del medico operatore sanitario.

I programmi di screening per la prevenzione del tumore della mammella, del tumore della cervice uterina e del tumore del colon retto sono attivi in Umbria già da molti anni nel corso dei quali, per garantire livelli di standardizzazione e di qualità elevati sull'intero territorio regionale, è stato avviato nel 2007 un processo di "regionalizzazione" per alcuni aspetti strategici quali lo sviluppo di un sistema informativo unico per tutti e tre gli screening, la progettazione della comunicazione, sia nei confronti del singolo cittadino sia della collettività, la formazione degli operatori, la valutazione di processo e di esito.

Tale processo ha prodotto una serie di notevoli risultati in termini di miglioramento dell'organizzazione e della qualità degli screening oncologici.

L'attivazione del Laboratorio Unico di Screening su scala regionale nell'attuale Azienda USL Umbria 1, attraverso la centralizzazione delle attività di patologia clinica riferite allo screening cervicale e coloretale, assicura qualità e appropriatezza alle prestazioni di primo livello dello screening. L'introduzione della metodica della citologia in fase liquida (LBC) per l'esecuzione del prelievo cervicale nello screening per il tumore della cervice uterina, che permette di eseguire da un unico campione di cellule prelevate sia il Pap-test sia la ricerca del Papilloma Virus, ha migliorato la qualità della prestazione del primo livello, evitando alle donne un ulteriore prelievo citologico nel caso in cui siano necessari approfondimenti diagnostici.

A partire dal 2008 tramite la DGR 2033/2007 e la DGR 84/2008, con le quali è stato aggiornato il protocollo regionale per le vaccinazioni, la nostra regione ha altresì potenziato la strategia di prevenzione primaria e secondaria del tumore della cervice uterina introducendo la vaccinazione anti-HPV nelle dodicenni.



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

Nel periodo che va dal 2013 al 2017, sulla base di evidenze scientifiche e indicazioni nazionali, sono stati introdotti importanti cambiamenti nei protocolli per gli screening femminili: è stato esteso l'invito biennale ad effettuare una mammografia di screening anche alle donne tra i 70 e i 74 anni ed è stato introdotto il test HPV come test primario di screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina, in un primo momento nelle donne tra i 35 e i 64 anni e a partire dal 2018 anche per le donne tra i 30 e i 34 anni.

E' stato, inoltre, di fondamentale importanza da un punto di vista organizzativo il recepimento da parte delle Aziende USL della DGR 366/2013 che, attraverso l'istituzione dei Centri Screening aziendali e l'individuazione formale dei coordinatori aziendali degli screening, ha determinato un notevole miglioramento del percorso con la garanzia della manutenzione degli aspetti gestionali del primo livello (es. pianificazione degli inviti) e dei rapporti tra questo e il secondo livello.

Con il Piano regionale della Prevenzione 2014-2019, attraverso un percorso di progettazione partecipata con i professionisti impegnati negli screening, sono state avviate ulteriori azioni tese a risolvere alcune importanti e persistenti criticità riguardanti sia il sistema informativo sia l'applicazione dei protocolli diagnostici e dei percorsi di presa in carico della persona con diagnosi di probabile carcinoma.

In particolare, per quanto riguarda il sistema informativo, sono state migliorate le funzioni gestionali (pianificazione degli inviti, gestione operativa del primo livello, percorsi) nel software che gestisce tutti e tre i programmi di screening.

L'implementazione del sistema informativo delle radiologie per la senologia (RIS) nella USL Umbria 2 è stata l'occasione per migliorare l'interfaccia tra software screening e RIS per tutta la regione, con l'importazione tra l'altro dei dati sugli approfondimenti dopo una mammografia di screening positiva.

Sempre per quanto riguarda il sistema informativo, con il PRP 2014-2019 è stata prevista l'importazione nel software gestionale degli screening dei dati riguardanti le vaccinazioni anti-HPV, al fine di impostare le modifiche proposte a livello nazionale rispetto al protocollo degli inviti per screening cervice uterina; è stato, pertanto, predisposto tale software per l'acquisizione di tali dati.

Nel corso del primo semestre del 2019 è stata avviata la definizione del PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) regionale per le neoplasie della mammella, attraverso l'individuazione dei percorsi e dei protocolli diagnostici dello screening, delle modalità di raccordo con le Breast Unit e del percorso per la valutazione e la gestione del rischio su base eredo-familiare per carcinoma della mammella.

Per quanto attiene alla formazione e alla comunicazione, sono stati svolti corsi rivolti agli operatori del primo livello dello screening cervicale e mammografico, riguardanti la comunicazione e la relazione con la donna che accede allo screening e l'importanza della qualità del dato inserito nel software gestionale dello screening ai fini della valutazione epidemiologica e dell'appropriatezza del percorso di screening; periodicamente vengono rivisti i materiali informativi destinati al cittadino (lettere di invito, depliant).

4.4.3 Scheda di programma

4.4.3.1 Descrizione dal PNP

In linea con i principi e gli obiettivi del PNP 2020-2025 e in continuità con quanto già fatto o avviato con il PRP 2014-2019, il Programma prevede di sviluppare azioni per promuovere l'adesione e per facilitare l'accesso alle prestazioni di prevenzione a tutta la popolazione, rispettando criteri di appropriatezza, favorendo l'intersettorialità e tenendo conto di eventuali diseguaglianze.

In Umbria l'impatto della pandemia sull'estensione e l'adesione agli screening è stato contenuto molto bene; si sono registrati solo lievi cali di adesione, inferiori a quelli medi nazionali, solo nello screening cervicale e nello screening coloretale, probabilmente da ascrivere al fatto che sono state modificati i criteri per l'invito (ad. esempio non sono stati fatti i solleciti).

Pertanto, le azioni prioritarie che il programma intende sviluppare sono in parte in continuità con quelle intraprese con il precedente Piano delle Prevenzione e rappresentate da:

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



implementare percorsi diagnostico-terapeutici integrati con i programmi di screening in essere per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2;
 metterla a punto modelli organizzativi efficienti e di qualità che si avvalgano di soluzioni tecnologiche atte a snellire i processi da un lato e a raggiungere capillarmente tutti i cittadini dall'altro;
 adottare protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate contro l'HPV entro i 15 anni di età avvalendosi delle indicazioni contenute nella nota ONS del 26 aprile 2021;
 potenziare il coordinamento multidisciplinare regionale degli screening.

Inoltre, al fine di rendere la comunicazione con i cittadini orientata all'empowerment ed alla scelta informata e consapevole, nell'ambito delle diverse azioni previste saranno realizzate attività (campagne informative anche utilizzando strumenti orientati alla diffusione su WEB, tramite siti istituzionali regionali e aziendali, revisione di materiali informativi, etc.) volte a informare e orientare i cittadini rispetto agli sviluppi e ai cambiamenti, anche organizzativi, che riguardano gli screening.

Per quanto riguarda l'analisi delle disuguaglianze, i dati del sistema di sorveglianza PASSI evidenziano che lo screening organizzato riesce a ridurre le differenze sociali consentendo una maggiore equità nell'accesso ai programmi di prevenzione. Tuttavia, sarebbe utile confermare tale dato e rilevare se esistono eventuali disuguaglianze anche nel percorso avviato con lo screening (approfondimento, terapie) anche attraverso il sistema informativo regionale per gli screening. Pertanto, ai fini delle azioni orientate all'equità si prevede di sviluppare il sistema informativo degli screening al fine di valutare tali disuguaglianze.

AZIONI

AZIONE 1 - IDENTIFICAZIONE DI UN GRUPPO REGIONALE MULTIDISCIPLINARE E INTERSETTORIALE PER GLI SCREENING (REFERENTI AZIENDALI PRIMO E SECONDO LIVELLO SCREENING, RAPPRESENTANTI RETE ONCOLOGICA, MMG, VOLONTARIATO)

AZIONE 2 – ADOTTARE PROTOCOLLI DI SCREENING CERVICALE DIFFERENZIATI PER LE DONNE VACCINATE CONTRO L'HPV ENTRO I 15 ANNI DI ETÀ

AZIONE 3 – PROGETTO PILOTA "UTILIZZO DELL'AUTO-PRELIEVO NEL PROGRAMMA DI SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA CON TEST PER PAPILLOMA VIRUS (HPV) IN 2 DISTRETTI DELL'UMBRIA

AZIONE 4 – IMPLEMENTARE PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI INTEGRATI CON I PROGRAMMI DI SCREENING PER LE DONNE AD ALTO RISCHIO DI CANCRO ALLA MAMMELLA PER MUTAZIONI GENETICHE BRCA1 E BRCA2

AZIONE 5 – RIORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO DI PRIMO LIVELLO PER LO SCREENING COLORETTALE

AZIONE 6 – EQUITY-ORIENTED: SVILUPPO DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE REGIONALI AL FINE DI EVIDENZIARE LE DISEGUAGLIANZE

CRONOGRAMMA

Attività	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Delibera di costituzione del gruppo regionale multidisciplinare e intersettoriale per gli screening (referenti aziendali primo e secondo livello screening, rappresentanti Rete Oncologica, MMG, volontariato)	Regione	X			
Realizzazione di almeno un percorso di formazione finalizzato ad aumentare conoscenze e competenze dei professionisti in tema di appropriatezza (qualità, innovazione, valutazione, comunicazione) degli screening oncologici (INDICATORE: realizzazione di almeno un percorso formativo per ogni anno a partire dal 2022)	Regione/ONS/Gruppo regionale	X	X	X	X
Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per promuovere la conoscenza dell'offerta dei programmi di screening e degli eventuali sviluppi presso la popolazione target, mediante iniziative contesti specifiche attente a barriere culturali e/o linguistiche	Regione/Gruppo regionale/ASL	X	X	X	X



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

(INDICATORE: almeno un intervento per anno a partire dal 2022)					
Delibera di accordo al fine di attivare la collaborazione con Associazioni di cittadini/pazienti per il supporto dello sviluppo e della realizzazione di percorsi organizzati per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica (INDICATORE: Almeno 1 accordo di carattere regionale entro il 2022)	Regione	X			
Elaborazione e adozione di un documento regionale sul PDTA per neoplasie della mammella che comprenda lo sviluppo di percorsi organizzati per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica (INDICATORE: Documento regionale adottato entro il 2022)	Regione/Gruppo regionale	X			
Definizione e attivazione a livello aziendale dei percorsi per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica secondo le modalità previste dal documento regionale (INDICATORE: percorso aziendale attivato entro il 2023)	ASL/AO		X		
Elaborazione e adozione di un documento regionale con linee di indirizzo per la riorganizzazione dello screening cervicale sulla base della vaccinazione (INDICATORE: Documento regionale adottato entro il 2022)	Regione/Gruppo regionale/ONS	X			
Avvio da parte dei centri screening aziendali degli inviti differenziati per le donne vaccinate contro l'HPV entro i 15 anni di età (INDICATORE: 100% delle donne da invitare per la prima volta ad effettuare un Pap-test per le quali è presente nel sistema informativo degli screening l'informazione sulla vaccinazione contro HPV)	ASL		X		
Revisione e delibera dell'accordo regionale con le Farmacie sulla base delle "Linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di Comunità" per il coinvolgimento delle farmacie nel percorso di primo livello dello screening coloretale	Regione/Associazioni Farmacie	X			
Attività di monitoraggio dei risultati previsti nell'accordo regionale con le farmacie	Regione/ASL		X	X	X
Realizzare un report regionale attraverso l'analisi dei dati già presenti nel sistema informativo regionale al fine di evidenziare eventuali disuguaglianze nell'accesso e/o nei percorsi di screening (AZIONE EQUITY e INDICATORE: almeno 1 report regionale annuale)	Regione/ASL	X	X	X	X
Individuare, sulla base delle criticità rilevate dall'analisi dei dati, strategie adeguate ad implementare il flusso stesso in termini di qualità e completezza e consentire una reportistica periodica e l'utilizzo di ulteriori fonti di informazioni riguardanti i determinanti socio-economici	Regione/ASL				
Avvio degli inviti a eseguire il test HPV mediante auto-prelievo per le donne residenti in 2 territori della regione (distretti dell'Alto Tevere per la USL Umbria 1 e della Val Nerina per la USL Umbria 2), come previsto dal Progetto "Utilizzo dell'auto-prelievo nel programma di screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina con test per Papilloma Virus (HPV) in 2 distretti dell'Umbria"	ASL	X			
Relazione di valutazione del Progetto	Regione		X		

AZIONI EQUITY**AZIONI CON INDICATORE**

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



4.4.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

L'erogazione di attività di screening organizzati per la prevenzione delle patologie oncologiche rappresenta un'importante azione di sanità pubblica, la cui applicabilità deve essere validata attraverso la soddisfazione degli ancor validi principi di Wilson-Jungner (rivisti ed ampliati nel 1968 dal WHO).

In merito allo screening mammografico, grazie anche all'attuale dibattito per la valutazione del rapporto tra effetti positivi dello screening mammografico (riduzione della mortalità specifica) ed effetti negativi (sovradiagnosi e sovra-trattamento) il WHO ha redatto un position paper che convalida lo screening mammografico come efficace e sostenibile per la riduzione della mortalità per tumore al seno (a condizione del rispetto di criteri qualitativi nella erogazione del programma di screening) ed in tal senso raccomanda, in contesti con alte risorse e con un servizio sanitario organizzato, l'erogazione di un programma di screening mammografico per le donne 50-69 anni con chiamata biennale.

Anche per quanto riguarda la definizione di percorsi efficaci ed efficienti per l'individuazione ed il monitoraggio di donne ad alto rischio ereditario familiare sono presenti evidenze che definiscono vantaggioso l'attuazione di tali percorsi.

In merito allo screening cervicale l'introduzione della metodologia di ricerca del HPV-DNA è ormai considerata come quella più efficace per diminuire mortalità ed incidenza del tumore della cervice uterina. Inoltre, nel 2016, una Consensus Conference, promossa dall'Osservatorio Nazionale Screening e dal GISCI con l'obiettivo di definire le migliori modalità di screening nelle ragazze vaccinate contro l'HPV e i bisogni conoscitivi necessari per definire strategie di screening basate sulle evidenze, ha concordato che le ragazze vaccinate nel dodicesimo anno di vita entreranno nello screening a 30 anni e dovrà essere offerto loro il test HPV primario di screening, mentre per le non vaccinate si deve prevedere il mantenimento dell'attuale protocollo con citologia di screening nella fascia 25-29 anni e test HPV con citologia di triage da 30 a 64 anni.

In merito allo screening colon rettuale le principali evidenze sono sintetizzate nelle recenti linee guida europee, che validano l'utilizzo del test del sangue occulto delle feci per ridurre la mortalità con efficacia pari rispetto all'utilizzo della colonscopia di screening. Analogamente al percorso mammografico è importante la riflessione e l'analisi dei percorsi di qualità e di formazione con particolare attenzione ai cancri di intervallo.

Fonti:

- Wilson JMG, Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease. WHO Chronicle 1968;22(11):473
- WHO. (2014). WHO position paper on mammography screening (p. 82). Switzerland.
- Ministero della Salute. PROGRAMMA DI SCREENING MAMMOGRAFICO: ERRORI INTERPRETATIVI SUPPOSTI NELLA LETTURA DELLA MAMMOGRAFIA e CANCRI INTERVALLO (pp. 1–20). (2008).
- Hilgart, J., Coles, B., & Iredale, R. Cancer genetic risk assessment for individuals at risk of familial breast cancer (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON, (2). (2012).
- Ronco, G., Accetta, G., Angeloni, C., Arbyn, M., Barzon, L., Biggeri, A., ... Rossi, P. G. (2012). Ricerca del dna di papillomavirus umano (hpv) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino. Epidemiol Prev, 36(suppl 1), 1–72.
- Saslow, D., Solomon, D., Lawson, H. W., Killackey, M., Kulasingam, S. L., Cain, J., ... Moscicki, A. (2012). American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer, 62(3), 147–172. <http://doi.org/10.3322/caac.21139>.



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

- Ministero per la Salute Documento di indirizzo sull'utilizzo dell'HPV-DNA come test primario per lo screening del cancro del collo dell'utero (nota prot. n. 1068-P-14.01.2013 della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute)
- Segnan, N., Patnick, J., & Von Karsa, L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. (E. Commission, Ed.). (2010).
- GISCOR. "Rilevazione dei cancri di intervallo e stima della sensibilità dei programmi di screening colonrettale. Manuale operativo" a cura di: Gruppo di lavoro GISCoR sui cancri di intervallo e la stima della sensibilità Epidemiol Prev 2013; 37(2-3) marzo-giugno supplemento 1
- Osservatorio Nazionale Screening. <https://www.osservatorionazionale screening.it/>
- Epicentro - I programmi di screening organizzati: uno strumento efficace di prevenzione dei tumori <https://www.epicentro.iss.it/tumori/CancerDayScreening>
- Progetto CCM 2012 "Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e di contrasto". http://www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_progetto_378_listaFile_List11_itemName_0_file.pdf
- CPO Piemonte - Progetto P.I.O – Programma Integrato Oncologia - Interventi per ridurre le disuguaglianze nell'accesso allo screening, incrementare la partecipazione nella popolazione generale ed in sottogruppi specifici. https://www.cpo.it/workspace/files/progetto-pio_analisi-qualitati-575681678896e.pdf
- USL di Bologna - "Gli effetti delle disuguaglianze sociali nell'accesso agli screening oncologici"
- <http://www.asmn.re.it/allegati/DITO/ConvegnoLoSviluppoIniziaQui/abstractprofessionisti/vivarelliabstract.pdf>
- Salute Internazionale "Gli screening, uno strumento che può ridurre le disuguaglianze nella salute". <https://www.saluteinternazionale.info/2010/06/gli-screening-uno-strumento-che-puo-ridurre-le-disuguaglianze-nella-salute/?pdf=4265>
- Disuguaglianze di Salute - Disuguaglianze socioeconomiche nella prognosi e nel trattamento del tumore della mammella in Italia. <https://www.disuguaglianzedisalute.it/disuguaglianze-socioeconomiche-nella-prognosi-e-nel-trattamento-del-tumore-della-mammella-in-italia>
- Le disuguaglianze di salute nei percorsi assistenziali <https://www.disuguaglianzedisalute.it/download/percorsi-assistenziali/?wpdmdl=1504>

4.4.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL14_OT02	Attivare la collaborazione con Associazioni di cittadini/pazienti al fine di stipulare alleanze a supporto dello sviluppo e della realizzazione di percorsi organizzati per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica
PL14_OT02_IT02	Accordi intersettoriali
formula	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni del Programma (es. ANCI; Scuola; Prefetture e Forze dell'Ordine; altre istituzioni; Associazioni di Promozione sociale; Associazioni di categoria; espressioni della società civile; ecc.)
Standard	Almeno 1 accordo entro il 2022

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Fonte	Regione

FORMAZIONE

PL14_OT03	Aumentare conoscenze e competenze dei professionisti in tema di appropriatezza (qualità, innovazione, valutazione, comunicazione) degli screening oncologici
PL14_OT03_IT03	Formazione per operatori sanitari coinvolti nei programmi di screening oncologici
formula	Presenza di offerta formativa per operatori sanitari su programmi/azioni/interventi riguardanti gli screening oncologici
Standard	Realizzare almeno 1 percorso formativo regionale per ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PL14_OT04	Promuovere la conoscenza dell'offerta dei programmi di screening presso la popolazione target, mediante iniziative contestuali specifiche attente a barriere culturali e/o linguistiche
PL14_OT04_IT04	Comunicazione e informazione sui programmi di screening oncologici
formula	Disponibilità di iniziative/materiali di comunicazione per diffondere la conoscenza di eventuali sviluppi dei programmi di screening
Standard	Almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

EQUITÀ

PL14_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL14_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

4.4.5 Obiettivi e indicatori specifici

PL14_OS01	Miglioramento della qualità del percorso relativo allo screening mammografico attraverso l'implementazione del PDTA regionale per le neoplasie della mammella e lo sviluppo di percorsi organizzati per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica (mutazioni BRCA1 e BRCA2)
PL14_OS01_IS01	PDTA mammella regionale
formula	Documento su PDTA regionale
Standard	Documento regionale adottato entro il 2022
Fonte	Regione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PL14_OS01_IS04	Percorso aziendale per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica
formula	Percorso aziendale per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica
Standard	Percorso definito e attivato a livello aziendale
Fonte	regione
PL14_OS02	Riorganizzazione dello screening cervicale sulla base della vaccinazione
PL14_OS02_IS02	Documento con linee di indirizzo
formula	Documento regionale con linee di indirizzo
Standard	Documento regionale adottato entro il 2022
Fonte	Regione
PL14_OS02_IS03	Proporzione di popolazione per cui è attivo e funzionante il linkage tra il Sistema Screening e l'Anagrafe Regionale Vaccinale
formula	Numero di donne da invitare per la prima volta ad effettuare un Pap test per le quali è presente nel sistema informativo degli screening l'informazione sulla vaccinazione contro HPV/numero di donne da invitare per la prima volta ad effettuare un Pap test
Standard	100%
Fonte	sistema informativo screening
PL14_OS04	Miglioramento per lo screening coloretale della partecipazione ai programmi di screening organizzato rispetto al dato del 2020
PL14_OS04_	Partecipazione allo screening coloretale
formula	popolazione 50-74 anni che aderisce allo screening (che effettua un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci su invito)/popolazione 50-74 anni invitata
Standard	valore accettabile GISCor
Fonte	Sistema informativo screening

4.4.6 Azioni

PROGRAMMA	PL14
TITOLO AZIONE (1 di 6)	IDENTIFICAZIONE DI UN GRUPPO REGIONALE MULTIDISCIPLINARE E INTERSETTORIALE PER GLI SCREENING (REFERENTI AZIENDALI PRIMO E SECONDO LIVELLO SCREENING, RAPPRESENTANTI RETE ONCOLOGICA, MMG, VOLONTARIATO)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.13 Altro (specificare)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Attivare la collaborazione con Associazioni di cittadini/pazienti al fine di stipulare alleanze a supporto dello sviluppo e della realizzazione di percorsi organizzati per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica	
OT02IT02	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	età adulta; terza età

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



SETTING	comunità; servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Con la presente azione si intende ricostruire e potenziare il coordinamento multidisciplinare regionale per gli screening oncologici, i cui obiettivi sono il monitoraggio, la garanzia di miglioramento continuo della qualità, la formazione specifica dei programmi di screening presenti sul territorio e l'adeguato conferimento dei dati per i debiti informativi nazionali (NSG, Adempimenti e Programmi Liberi del PNP). Tale azione ha anche lo scopo di integrare nel gruppo regionale figure sinora poco coinvolte, quali MMG e terzo settore.

Con tale gruppo si prevede, altresì, di valutare l'opportunità di sperimentare, sulla base delle evidenze scientifiche, dei dati di incidenza dei tumori nella popolazione umbra nel confronto con quella nazionale e delle indicazioni di livello nazionale, nuovi interventi di prevenzione.

In tale contesto sarà valutata la possibilità di avviare una sperimentazione per lo screening del cancro gastrico, in un territorio della regione, partendo dal progetto a suo tempo presentato alla regione Umbria, comunque meritevole di aggiornamenti rispetto alle evidenze più recenti, con l'obiettivo di produrre risultati ed evidenza scientifica nell'ottica di individuazione di misure di prevenzione e contrasto all'incidenza di tale neoplasia. Tra l'altro, nella collaborazione con il Network AIRTUM a supporto del PRP uno degli obiettivi è quello di misurare le incidenze dei tumori nelle diverse zone della Regione, come quella del cancro gastrico, proprio per definire e proporre eventuali studi e/o interventi mirati.

Nel confronto a livello nazionale ed interregionale anche con l'ONS (Osservatorio Nazionale Screening) resta la valutazione di implementazione di programmi di screening oncologici per altre sedi/organismi, quali quello per il carcinoma polmonare.

PROGRAMMA	PL14
TITOLO AZIONE (2 di 6)	ADOPTARE PROTOCOLLI DI SCREENING CERVICALE DIFFERENZIATI PER LE DONNE VACCINATE CONTRO L'HPV ENTRO I 15 ANNI DI ETÀ
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.1 Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Riorganizzazione dello screening cervicale sulla base della vaccinazione	
OS02IS02	Documento con linee di indirizzo
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

A partire dal 2008 la nostra regione, tra le prime in Italia, tramite la DGR 2033/2007 e la DGR 84/2008 ha aggiornato il protocollo regionale per le vaccinazioni e potenziato in tal modo la strategia di prevenzione primaria e secondaria del tumore della cervice uterina introducendo la vaccinazione anti-HPV nelle dodicenni (coorti di nascita 1996-1997).

L'arrivo delle coorti di donne che hanno aderito al programma di vaccinazione anti-HPV pone ai programmi di screening la necessità di ripensare la propria proposta; pertanto nel 2016, una Consensus Conference, promossa dall'Osservatorio Nazionale Screening e dal GISCI ha concordato che le ragazze vaccinate nel dodicesimo anno di vita



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

entreranno nello screening a 30 anni e dovrà essere offerto loro il test HPV primario di screening, mentre per le non vaccinate si deve prevedere il mantenimento dell'attuale protocollo con citologia di screening nella fascia 25-29 anni e test HPV con citologia di triage da 30 a 64 anni.

In Umbria le ragazze vaccinate contro l'HPV a 12 anni hanno già raggiunto l'età di accesso allo screening nel 2021. Tuttavia, la copertura della coorte del 1996 è chiaramente più bassa delle coorti successive (44,5% a fronte di un dato medio successivo intorno all'80%). Quindi è opportuno che a partire dal 2022, per le donne che arrivano per la prima volta allo screening e che probabilmente per la maggior parte saranno vaccinate contro l'HPV, vengano applicati i protocolli indicati a livello nazionale.

Con la presente azione si intende, pertanto, adeguare i protocolli alle indicazioni fornite dalla Consensus Conference del 2016, portando a compimento quanto già avviato con il precedente Piano della Prevenzione (linkage tra anagrafi vaccinali e screening attraverso la definizione del set di informazioni necessario) e realizzando le seguenti attività per riorganizzare lo screening sulla base della vaccinazione anti-HPV:

elaborazione e approvazione di un documento di indirizzo regionale

adeguamento dei materiali informativi previsti per l'invito

formazione degli operatori coinvolti nel processo di riorganizzazione

riorganizzazione inviti screening cervicale da parte dei centri screening

PROGRAMMA	PL14
TITOLO AZIONE (3 di 6)	PROGETTO PILOTA "UTILIZZO DELL'AUTO-PRELIEVO NEL PROGRAMMA DI SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA CON TEST PER PAPILLOMA VIRUS (HPV) IN 2 DISTRETTI DELL'UMBRIA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.1 Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

In Umbria il protocollo dello screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina prevede, dal 2018, che le donne di età compresa tra 25 e 29 anni vengano invitate ad eseguire il PAP test come test primario, con l'indicazione di ripetere il test ad intervalli triennali, mentre alle donne di età compresa tra i 30 e i 64 anni venga proposto il test HPV, con un intervallo di screening di cinque anni.

Il passaggio al test HPV come test di screening primario per il carcinoma della cervice uterina, in donne di età uguale o maggiore a 30 anni, permette di effettuare la ricerca del virus HPV su materiale prelevato con sistemi di auto-prelievo da parte delle donne, con un basso rischio di ripetizione del test per campionamento inadeguato. Diversi studi hanno evidenziato che l'offerta del test HPV tramite l'auto-prelievo alle donne non aderenti ai programmi di screening può aumentare l'adesione, in quanto questa modalità di raccolta può favorire la partecipazione di quelle donne che non rispondono all'invito tradizionale per problemi organizzativi (mancanza di

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



tempo, scarsa flessibilità degli orari ambulatoriali) o per motivazioni personali (imbarazzo o fastidio associati alla modalità tradizionale di prelievo).

L'auto-prelievo costituisce altresì una modalità alternativa rivolta a tutta la popolazione femminile in target, anche a quella già aderente, nel caso in cui il programma di screening presenti delle criticità organizzative, ad esempio relative all'accessibilità degli ambulatori (limitatezza di punti prelievo, viabilità lenta e complicata, assenza di parcheggi, orari degli ambulatori non corrispondenti alle richieste della popolazione) oppure relative a carenza di personale addetto al prelievo.

D'altra parte, l'epidemia da Covid-19 ha messo in evidenza la necessità di riorganizzare, in casi di emergenza, una serie di attività assistenziali, in particolare per i contesti dove si interagisce con persone per definizione sane che non possono essere esposte a rischi come i programmi di screening, tenendo conto dell'esigenza di operare in completa sicurezza sia per gli operatori che per gli utenti.

L'Umbria ha già sperimentato tale modalità di prelievo per lo screening cervicale nel periodo giugno 2017-luglio 2018 con il progetto del Piano della Prevenzione 2014-2019 "L'importante è che tu possa partecipare", per le donne di 35-64 anni "mai aderenti" allo screening, per favorire l'adesione di questo specifico target, potenzialmente più vulnerabile. I risultati della sperimentazione nelle donne mai aderenti, in termini di adesione*, tasso di inadeguati* e invio in colposcopia*, sono stati in linea con i risultati che si ritrovano nel processo di screening con l'invito attivo presso il consultorio.

I dati riferiti all'adesione evidenziano una situazione piuttosto buona, tuttavia in alcuni distretti l'adesione, anche se sopra gli standard accettabili GISci (50%), si colloca al di sotto del 60%. E' in questi distretti che si vuole sperimentare una modalità parallela di screening attuando la campagna già promossa nelle donne mai aderenti con il programma "L'importante è che tu possa partecipare" al fine di stimolare attivamente l'adesione laddove risulta più bassa. Il Progetto pilota denominato "Utilizzo dell'auto-prelievo nel programma di screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina con test per Papilloma Virus (HPV) in 2 distretti dell'Umbria", elaborato con i coordinatori Screening delle due Aziende sanitarie e approvato con D.G.R. 723/2021, prevede l'invito attivo a eseguire il test HPV mediante auto-prelievo per circa 1.806 donne residenti in 2 territori della regione (distretti dell'Alto Tevere per la USL Umbria 1 e della Valnerina per la USL Umbria 2), per il periodo gennaio 2022 – dicembre 2022, con avvio degli inviti nel mese di dicembre 2021; l'obiettivo del progetto è quello di valutare l'utilizzo dell'auto-prelievo in rapporto ai costi sostenuti e ai risultati, stimando le differenze di adesione tra donne invitate ad eseguire il test HPV con prelievo tradizionale e donne invitate ad eseguire l'auto-prelievo, ai fini dell'introduzione di tale modalità di prelievo quale modello organizzativo di routine per il programma di screening mediante test HPV. Il kit per effettuare l'auto-prelievo sarà inviato a domicilio; il protocollo del progetto prevede per altro che, in caso di positività, la donna venga mandata ad effettuare un Pap-test presso il consultorio a lei più vicino; nel caso vengano riscontrate atipie citologiche, la donna viene invitata a sottoporsi ad esame colposcopico.

PROGRAMMA	PL14
TITOLO AZIONE (4 di 6)	IMPLEMENTARE PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI INTEGRATI CON I PROGRAMMI DI SCREENING PER LE DONNE AD ALTO RISCHIO DI CANCRO ALLA MAMMELLA PER MUTAZIONI GENETICHE BRCA1 E BRCA2
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.3 Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Miglioramento della qualità del percorso relativo allo screening mammografico attraverso l'implementazione del PDTA regionale per le neoplasie della mammella e lo sviluppo di percorsi	



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

organizzati per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica (mutazioni BRCA1 e BRCA2)	
OS01IS01	PDTA mammella regionale
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Le donne con una storia familiare di carcinoma della mammella si trovano spesso di fronte a una serie di scelte complesse e talvolta difficili, quali l'effettuazione di test genetici e l'utilizzo dei risultati dei test stessi, l'effettuazione della sorveglianza supplementare, la scelta delle misure di prevenzione (comprese talvolta la chirurgia) e, non ultime, le considerazioni circa la fertilità e la pianificazione familiare.

In Umbria per quello che riguarda la valutazione e la gestione del rischio ereditario-familiare per il carcinoma della mammella sono tuttora presenti alcune criticità che possono essere così sintetizzate:

1. le donne non ricevono informazioni univoche e non hanno un punto di riferimento rispetto al rischio di sviluppare un carcinoma della mammella su base ereditaria e familiare;
 2. esistono difformità nei tempi, nella metodologia e negli strumenti di valutazione del rischio;
 3. anche quando la donna viene identificata come a rischio non esiste un percorso di presa in carico multidisciplinare.
- Già con il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 era stato previsto di creare una rete per l'individuazione e la presa in carico delle donne con rischio ereditario-familiare che si basasse sul modello "Hub and Spoke", con l'obiettivo di garantire appropriatezza e qualità nei livelli assistenziali, equità nelle condizioni di accesso e di erogazione, salvaguardia rigorosa degli aspetti etici associati alla diagnostica genetica e adeguato counselling.

Nel 2019 è stato pertanto avviato un tavolo regionale, formato da più gruppi di lavoro, con l'obiettivo di definire il PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) regionale per le neoplasie della mammella, attraverso l'individuazione dei percorsi e dei protocolli diagnostici dello screening, delle modalità di raccordo con le Breast Unit e del percorso per la valutazione e la gestione del rischio su base ereditario-familiare per carcinoma della mammella. Per una serie di eventi interni alla regione e successivamente legati alla pandemia, il lavoro del tavolo si è interrotto. Sulla base delle indicazioni contenute nell'attuale Piano della Prevenzione e ribadite dall'Osservatorio Nazionale Screening, è necessario, pertanto, riprendere i lavori e portare a compimento il percorso avviato nel 2019.

Con la presente azione si intende, quindi, rivedere e adottare il PDTA regionale per le neoplasie della mammella e, in particolare modo, attuare i percorsi già in parte individuati per quanto riguarda la valutazione e la gestione del rischio ereditario-familiare per il carcinoma della mammella.

PROGRAMMA	PL14
TITOLO AZIONE (5 di 6)	RIORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO DI PRIMO LIVELLO PER LO SCREENING COLORETTALE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.8 Sottoscrizione accordi di collaborazione con altri Settori (Associazioni di cittadini/pazienti, Società Scientifiche, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



CICLO DI VITA	età adulta; terza età
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Il percorso organizzativo del programma di screening per la prevenzione del tumore del colon retto in Umbria prevede l'invito per le donne e gli uomini fra i 50 e i 74 anni residenti ad effettuare un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (Fecal Occult Blood Test - FOBT) ogni due anni, attraverso l'invio a domicilio del kit per effettuare il test (provetta, lettera di invito con le istruzioni sul retro, dépliant informativo e busta di sicurezza per la spedizione al Laboratorio regionale di riferimento).

Con l'Accordo regionale per la disciplina dei rapporti con le Farmacie (D.G.R. 254/2018 modificato con D.G.R. 179/2019) e l'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 167 del 17/10/2019 "Linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di Comunità" era stato individuato un "nuovo" percorso dello screening per la prevenzione del tumore del colon retto. Tale percorso prevedeva il coinvolgimento delle Farmacie sia nella consegna dei kit per il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ai cittadini appartenenti alle categorie meno responsive all'invito (nuovi ingressi e non aderenti), sia nella riconsegna del test, effettuato dal cittadino a domicilio, al Laboratorio di riferimento regionale. Tale coinvolgimento è necessario anche per l'impossibilità comunicata da Poste Italiane di continuare a fornire il servizio di postalizzazione dei campioni biologici, servizio utilizzato fino ad ora per l'invio dei test da parte dei cittadini al Laboratorio per la refertazione.

A causa della pandemia non è stato possibile dare corso a tali accordi e alla transizione al nuovo percorso. Pertanto con tale azione si intende rivedere gli accordi e dare seguito al coinvolgimento delle farmacie nel percorso di primo livello dello screening, coinvolgimento finalizzato anche al raggiungimento degli obiettivi di adesione della popolazione target al programma di screening regionale.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL14
TITOLO AZIONE (6 di 6)	SVILUPPO DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE REGIONALI AL FINE DI EVIDENZIARE LE DISEGUAGLIANZE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.4 Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi (quantitativi e qualitativi) regionali
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta; terza età
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Fin dalla fase di attivazione dei programmi di screening tutte le aziende sanitarie si sono dotate di un software per la gestione dei programmi che, nel periodo 2007-2008, è stato convertito in un software unico per l'intera regione; tale software gestisce attualmente tutti e tre i programmi di screening e viene utilizzato anche a livello regionale per il monitoraggio e la valutazione epidemiologica.

La valutazione dei programmi di screening è effettuata a livello regionale utilizzando gli indicatori definiti dai gruppi nazionali GISMa (Gruppo Italiano Screening Mammografico), GISCor (Gruppo Italiano Screening Coloretale) e GISCi

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



(Gruppo Italiano Screening Citologico), che consentono da un lato di rispondere al debito informativo nei confronti dell'Osservatorio Nazionale Screening e dall'altro di tenere sotto controllo i processi principali. Con il PRP 2014-2019 sono state avviate ulteriori azioni tese a risolvere alcune importanti e persistenti criticità riguardanti sia il sistema informativo; in particolare, sono state migliorate le funzioni gestionali (pianificazione degli inviti, gestione operativa del primo livello, percorsi) nel software che gestisce tutti e tre i programmi di screening, è stata migliorata l'interfaccia tra software screening e RIS per tutta la regione, con l'importazione tra l'altro dei dati sugli approfondimenti dopo una mammografia di screening positiva ed è stata predisposto il software gestionale degli screening per l'importazione dei dati riguardanti le donne vaccinate contro l'HPV, al fine di impostare le modifiche proposte a livello nazionale rispetto al protocollo degli inviti per screening cervice uterina. Con la presente azione si intende sviluppare il sistema di monitoraggio regionale degli screening al fine di evidenziare disuguaglianze nell'accesso o nei percorsi, sia attraverso l'analisi dei dati già presenti nel sistema informativo regionale, sia attraverso l'utilizzo e l'integrazione di ulteriori fonti di informazioni riguardanti i determinanti socio-economici.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Evidenziare disuguaglianze nell'accesso e/o nel percorso di screening
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Analisi dei dati già presenti nel sistema informativo regionale e utilizzo di ulteriori fonti di informazioni riguardanti i determinanti socio-economici
ATTORI COINVOLTI	Servizi regionali Aziende USL
INDICATORE	report
	• Formula: Attività di analisi dei dati di processo ed esito degli screening oncologici • Standard almeno 1 report annuale • Fonte Regione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



4.5 PL15 Transizione culturale ecologica ed esperienziale sui riferimenti base del PNP

4.5.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL15
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Dr. Marco Cristofori Responsabile Centro di Salute Globale
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO3 Incidenti domestici e stradali
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale - MO1-12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale) - MO1-13 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute - MO1-15 Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione - MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane - MO1-19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità - MO3-04 Monitorare il fenomeno, inclusa la percezione della popolazione rispetto ai rischi di incidente domestico, mettendo in sinergia i flussi informativi - MO3-06 Migliorare i dati disponibili per la valutazione epidemiologica dell'incidentalità stradale

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO1LSc Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, articolato in azioni di documentata efficacia, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico (a partire dalla scuola dell'infanzia), per la promozione della salute fisica e mentale - MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: - , contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina, contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol, riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà, contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile, riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato, aumento del consumo di frutta e verdura, - prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) - MO1LSe Sviluppo di conoscenze e competenze (empowerment -life skill) di tutti i componenti della ristorazione collettiva (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholders (famiglie, lavoratori, pazienti, etc) sull'importanza della sana alimentazione per prevenire le complicanze di numerose patologie croniche, ridurre lo spreco alimentare e ridurre l'impatto ambientale correlato all'alimentazione - MO1LSh Implementazione e sviluppo di programmi di formazione degli addetti alla preparazione/distribuzione di alimenti - MO1LSj Attivazione di un gruppo di coordinamento regionale e aziendale per il raccordo con le attività del TaSiN (Tavolo sicurezza Nutrizionale), con funzione di osservatorio relativamente all'acquisizione di informazioni sullo stato di nutrizione della popolazione con particolare riferimento alla malnutrizione per eccesso e per difetto - MO1LSI Sviluppo di programmi intersettoriali per ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di salute pubblica - MO1LSm Implementazione di programmi trasversali che impattino sui fattori di protezione per un invecchiamento in buona salute e con ridotto carico di malattia e disabilità (empowerment individuale e dei caregiver, stili e ambienti di vita, condizioni e risorse sociali, rete di sostegno e di assistenza, etc.) - MO3LSa Sviluppo di programmi per la promozione di corretti stili vita con particolare riguardo all'attività fisica e al corretto utilizzo dei farmaci nell'anziano - MO3LSc Attivazione di percorsi di formazione sulla sicurezza domestica rivolti ai collaboratori familiari, agli insegnanti, agli operatori sanitari e socio-sanitari, a MMG e PLS
LEA	- B06 Promozione della sicurezza stradale - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	sani - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica - F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari - F09 Prevenzione delle dipendenze

4.5.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed analisi di contesto

Il contesto demografico e socio economico

In Umbria la popolazione è in costante calo dal 2013 per lo squilibrio legato a dinamiche demografiche deboli sul versante del ricambio della popolazione; nel 2020 la pandemia da SARS CoV-2 ha accentuato tali dinamiche: dal 1/1/2020 al 01/01/2021 la popolazione umbra è passata da 870.165 a 865.013 abitanti, con un decremento di 5.9 x 1000 residenti.

La distribuzione della popolazione è disomogenea all'interno del territorio regionale, con zone ad alta densità demografica (Perugino) e zone dove la popolazione è molto più distribuita (Valnerina).

Costante è anche l'invecchiamento della popolazione umbra: nel 2020 la popolazione anziana rappresenta il 26,2% contro il 23,5% italiano. Questa percentuale, in costante aumento, colloca l'Umbria tra le regioni più anziane. Anche la popolazione anziana ha una grande variabilità nel territorio regionale, andando dal 23.9% del distretto dell'Assisano fino a raggiungere la sua maggior concentrazione nel distretto dell'Orvietano (29.9%)

La quota di popolazione straniera è pari al 10,6% della popolazione umbra, contro l'8,5% della media nazionale; nella popolazione di 6-10 anni la componente straniera rappresenta in entrambi i sessi il 14% dei residenti. Anche la popolazione straniera si distribuisce nel territorio regionale in maniera disomogenea, andando dal 7.1% del distretto dell'Alto Chiascio all' 11.9% del distretto del Perugino.

Tra il 2011 e il 2019, in Umbria il livello dell'istruzione è migliorato, in linea con quanto si registra a livello nazionale. La percentuale di persone con un titolo di studio secondario o superiore è il 54,1% della popolazione.

Il tasso di disoccupazione è in calo dal 2017, ma più alto nelle donne.

Il reddito familiare medio è superiore a quello medio nazionale e a quello stimato per il complesso delle regioni del centro. La concentrazione dei redditi è minore rispetto al resto del paese.

Anche in Umbria, si rileva il progressivo assottigliamento delle dimensioni familiari: dal 2014 al 2019 il numero delle famiglie aumenta ma il numero medio di componenti diminuisce (2,24).

Lo stato di salute

La speranza di vita alla nascita e a 65 anni si mantengono in Umbria superiori rispetto alla media italiana, anche se nel 2020, come nel resto del paese, c'è stato un calo rispetto al 2019 per effetto della pandemia.

Tra le cause principali di morte nel periodo 2012 – 2018 si osservano le malattie del sistema circolatorio, seguite dalle demenze e dai tumori maligni del polmone, che rappresentano la causa di morte oncologica più frequente e la quarta causa per numero di decessi in assoluto nel genere maschile. I tumori maligni del seno rappresentano la causa di morte oncologica più frequente e la settima causa per numero di decessi in assoluto nel genere femminile.



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

Nello stesso periodo sono aumentate le malattie croniche respiratorie, le malattie infettive e parassitarie, superando i tumori del pancreas ed i tumori maligni dello stomaco. Sono in aumento anche i decessi causati da influenza e polmonite.

L'Umbria è una delle regioni con la mortalità evitabile più bassa in entrambe le province, soprattutto per i maschi, sia per la frazione legata alla prevenzione che quella legata al trattamento.

Le malattie cardiovascolari rappresentano la causa più frequente di mortalità. Tra i 18-69 anni quasi 4 persone su 10 hanno almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare e solo una piccolissima quota (meno del 3%) risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.

La prevalenza d'ipertensione arteriosa è circa il 21% tra i 18 e i 69 anni, mentre quella del diabete è intorno al 5%; entrambi i fattori di rischio sono più frequenti tra gli uomini, tra le classi socialmente più svantaggiate per istruzione o per difficoltà economiche, tra i cittadini italiani e in coloro che sono in eccesso ponderale.

In Umbria si stimano, per il 2019, circa 6.400 nuove diagnosi di tumore maligno. Le sedi più frequenti nei maschi sono prostata, polmone, colon-retto; nelle donne mammella, colon-retto, polmone. Si assiste ad un notevole calo di incidenza per i tumori del colon-retto negli uomini, tra i più consistenti a livello nazionale, dovuto molto probabilmente all'introduzione dello screening a livello regionale e, viceversa, ad un trend in aumento per il tumore del polmone nelle donne particolarmente significativo nella nostra regione. In aumento nelle donne umbre anche la mortalità per questo tipo di tumore.

Rispetto al 2018 nel 2019 diminuiscono sia gli incidenti che i feriti, più che nel resto del Paese; tuttavia, aumenta il numero delle vittime della strada del 6,3%, a fronte di un calo in Italia del 4,8%.

Dal 2008 si osserva una riduzione, seppur non significativa, delle persone che hanno guidato sotto effetto dell'alcol. La guida sotto l'effetto dell'alcol è un comportamento riferito più spesso dagli uomini, dai 25-34enni e da coloro che hanno un maggior livello di istruzione.

L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuale è nel tempo in significativo aumento anche se meno frequente fra le persone più svantaggiate, per istruzione e/o per reddito.

Gli incidenti domestici in Umbria presentano un trend in lieve flessione ma sostanzialmente stabile negli ultimi 5 anni. La percezione del rischio d'infortunio in ambito domestico è scarsa, al di sotto del dato medio nazionale. La frequenza delle cadute aumenta con l'età non presenta differenze di genere, ma è maggiore fra le persone che riferiscono molte difficoltà economiche.

L'indice di salute mentale in Umbria è in crescita negli ultimi anni, tuttavia rimane costantemente sotto la media italiana e tra i valori più bassi a livello nazionale. Circa l'8% degli adulti di età 18-69 anni riferisce sintomi depressivi, valori tra i più elevati a livello nazionale, anche se nel tempo (dal 2012) si osserva una chiara tendenza alla riduzione. Sono più colpiti gli anziani, le donne, le persone socialmente più svantaggiate che non possiede un lavoro regolare, chi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica e chi vive da solo. Il consumo di farmaci antidepressivi risulta tra i più elevati a livello nazionale.

Per quanto riguarda la salute materno-infantile, in Umbria il maggior rischio di controlli tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione) è associato alla giovane età (< 20 anni), all'essere straniera o con scolarità medio-bassa. Sotto la media nazionale la percentuale di parti con taglio cesareo (22,1%).

Il consumo di antibiotici in Umbria è in netta riduzione negli ultimi anni e al di sotto dei valori medi nazionali.

I fattori di rischio comportamentali

In Umbria l'eccesso ponderale riguarda un bambino su 3, 2 adulti su 5 e 3 anziani su 5.

L'analisi dei trend mostra una leggera diminuzione dell'obesità nei bambini e una stabilità della quota di persone adulte in eccesso ponderale. Costante nel tempo anche il consumo di frutta e verdura.

La popolazione umbra è in maggior misura attiva o parzialmente attiva; la percentuale di sedentari tra i 18-69enni risulta significativamente inferiore rispetto al dato medio nazionale. La sedentarietà è più frequente nelle donne e tra le persone svantaggiate per condizione economica o istruzione. Nonostante sia ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche, l'Umbria conferma valori maggiori rispetto a quelli medi nazionali.

L'Umbria si conferma la regione con la più alta prevalenza di fumatori: tra i 18-69enni infatti circa 1 su 4 è fumatore, con un trend stabile e in controtendenza rispetto al dato nazionale in costante diminuzione. Sotto la media italiana

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



anche la percezione del rispetto del divieto nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro e la percentuale di case “libere da fumo”.

Il consumo di alcol a maggior rischio e il consumo binge sono in Umbria più alti della media nazionale. Molto bassa l'attenzione degli operatori verso il problema.

Sia l'abitudine al fumo che il consumo di alcol sono più diffusi tra i giovani, gli uomini e le persone con istruzione media.

Per quanto riguarda la sedentarietà, le disuguaglianze incidono maggiormente per le donne nelle classi di età 45-54 e 65-74 e per gli uomini nelle classi 45-54 e 55-64 anni. Eliminando le disuguaglianze il rischio di mortalità per il fattore sedentarietà si ridurrebbe per gli uomini di 45-54 anni del 6,8% e per le donne di 45-54 anni del 5,9%.

Per quanto riguarda il sovrappeso, ad essere più esposti al fattore di rischio risultano gli uomini di 65-74 anni.

Le disuguaglianze incidono per le donne in tutte le classi di età, soprattutto per quelle nella fascia 30-44 anni.

Eliminando le disuguaglianze il rischio di mortalità per il fattore sovrappeso si ridurrebbe per le donne di 55-64 anni del 2,3% e per le donne di 65-74 anni del 2,4%.

Per quanto riguarda l'abitudine al fumo, ad essere più esposti al fattore di rischio risultano gli uomini di 30-44 e 45-54 anni. Le disuguaglianze incidono soprattutto per le donne nella classe di età 30-44, per gli uomini maggiormente nella classe di età 65-74, ma significativamente anche in quelle 45-54 e 30-44 anni.

Eliminando le disuguaglianze il rischio di mortalità per il fattore abitudine al fumo si ridurrebbe per gli uomini di 30-44 anni del 6,8% e per quelli di 45-54 anni del 7,8%.

I programmi di popolazione

Per quanto riguarda le vaccinazioni, l'Umbria ha sempre registrato, nel corso degli ultimi anni, coperture vaccinali al di sopra della media nazionale.

Le coperture relative alla vaccinazione anti HPV, sia nei maschi sia nelle femmine, sono anch'esse sopra la media del paese. Inoltre sono state introdotte nel calendario vaccinale la vaccinazione contro l'Herpes Zoster nei 65enni e nelle categorie a rischio previste dal PNPV, la vaccinazione anti HPV alle ragazze di 25 anni, non vaccinate in precedenza, in occasione della prima chiamata per lo screening del tumore del collo dell'utero e l'offerta attiva e gratuita del vaccino anti HPV alle donne con storia documentata di lesioni da HPV recentemente trattate. I dati sulla vaccinazione antinfluenzale mostrano nella campagna vaccinale 2020-2021 coperture decisamente migliori di quelli del periodo precedente e decisamente superiori alla media nazionale.

Le coperture dei tre screening si confermano fra le più alte in Italia, con un andamento stabile nel tempo. Tuttavia, anche se gli screening in Umbria hanno resistito molto bene all'impatto dell'epidemia, occorre recuperare il lieve calo nell'adesione per lo screening cervicale e per quello del colon-retto.

La visione One Health parte dall'assunto che la salute delle persone è intrinsecamente legata a quella degli animali e dell'ambiente, pertanto qualsiasi modello sanitario ad essa ispirato deve prevedere un'integrazione interdisciplinare, coordinata e trasparente delle professionalità che operano in settori diversi della sanità pubblica, ma che condividono gli stessi interessi ed obiettivi sanitari. L'interrelazione tra animali, ecosistemi e salute umana è la chiave per comprendere l'epidemiologia delle infezioni umane, in quanto 6 su 10 malattie infettive nell'uomo hanno un'origine animale (zoonosi). One Health, pertanto, promuove l'applicazione di un approccio collaborativo, multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente animali-ecosistemi umani.

La pandemia da COVID-19 (zoonosi da spillover) ha sottolineato come la salute umana e la salute degli animali siano interdipendenti e legate alla salute degli ecosistemi in cui esistono. Inoltre, la situazione mondiale causata da COVID-19 è molto più di un'emergenza sanitaria, in quanto si tratta piuttosto di una crisi politica, sociale ed economica che avrà un impatto a lungo termine sul benessere delle persone, sulle loro abitudini e sul ruolo della politica nella gestione delle complesse emergenze globali. Per questo, la pandemia ha fortemente sottolineato la rilevanza di un approccio anche di Global Health, ovvero l'area di studio e di ricerca che ha come priorità il miglioramento della salute e il raggiungimento dell'equità nella salute per tutti e la livello mondiale.

La Global Health rappresenta, quindi, un paradigma interdisciplinare per la salute e l'assistenza sanitaria, radicato nell'approccio teorico dei determinanti sociali di salute, basato sui principi enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata e



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

sostanziato da ampie evidenze scientifiche. Oltre a ciò, con Global Health, si intendono anche politiche di salute pubblica e pratiche di prevenzione e di promozione della salute.

La pandemia mostra chiaramente, pertanto, come One e Global Health abbiano molti punti in comune e vadano a confluire nella così detta Planetary Health, definita come il "raggiungimento del più alto standard raggiungibile di salute, benessere ed equità in tutto il mondo attraverso un'attenzione giudiziosa ai sistemi umani che modellano il futuro dell'umanità e ai sistemi naturali della Terra che definiscono i limiti ambientali sicuri entro i quali l'umanità può prosperare". La Planetary Health, di cui One e Global Health fanno parte, coniata nel rapporto della Lancet-Commission, mira a cercare ulteriori soluzioni per la sostenibilità umana e ambientale globale attraverso la collaborazione e la ricerca in tutti i settori, inclusi l'economia, l'energia, l'agricoltura, l'acqua e la salute.

Secondo l'approccio One e Global Health, la promozione della salute, come intesa dalla Carta di Ottawa del 1986 e da tutti i documenti internazionali ad essa seguenti, rappresenta un processo sociopolitico globale: esso investe non soltanto le azioni finalizzate al rafforzamento delle capacità e delle competenze degli individui, ma anche l'azione volta a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche in modo tale da mitigare l'impatto che esse hanno sulla salute del singolo e della collettività. Perciò, si propone di raggiungere l'equità nelle condizioni di salute, attraverso la predisposizione e l'attuazione di interventi intersettoriali ed interistituzionali volti a ridurre le disuguaglianze ed offrire a tutti eque opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute auspicabile, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche".

Alla luce di un approccio globale alla salute della persona, secondo una visione di One e Global Health, si rende necessario ampliare non solo i modelli di promozione e tutela della salute stessa, ma anche le metodologie di ricerca e di valutazione delle attività. In quest'ottica di globalità, appare chiara la necessità di comprendere le principali metodologie di analisi quantitativa e qualitativa al fine di condividere un linguaggio comune e sviluppare metodologie base di ricerca ed analisi dei dati utili alla realizzazione di progetti di promozione della salute.

Al fine di comprendere analizzare i contesti, diventa, pertanto, centrale il riferimento al Global Burden of Disease (GBD) che raccoglie i più recenti dati epidemiologici di 195 paesi nel mondo per valutare qual è il peso sulla salute delle diverse malattie e fattori di rischio. I dati del GBD per i singoli paesi sono utili nel campo della salute per misurare i successi, identificare le criticità, fare confronti con altri territori e stabilire nuove priorità.

Per una comprensione epidemiologica dei fenomeni, inoltre, è fondamentale il contributo dei Sistemi di Sorveglianza Nazionale, tra cui la Sorveglianza Passi, Passi d'Argento, OkKio alla salute, HBSC (Health Behaviour in School-aged Children). Inoltre, altri contributi alla comprensione epidemiologica dei contesti vengono anche da altre indagini, curate ad esempio dal CNR, come ESPAD®Italia e IPSAD®Italia.

Accanto alla sorveglianza umana, non vanno dimenticati i Sistemi di sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria. Il sistema di reti di sorveglianza epidemiologica è essenziale per il buon governo e la gestione dei sistemi veterinari per la prevenzione ed il controllo delle malattie animali, delle zoonosi e la sicurezza alimentare. Questo sistema deve assicurare, in via prioritaria, l'identificazione precoce, la diagnosi e la risposta tempestiva in caso di presenza delle malattie animali, comprese le zoonosi.

Per fare ciò diventa centrale un approccio che metta in comunicazione ed interazione vari setting, tra cui importantissima la scuola, oltre all'ambiente di lavoro, la comunità e i servizi sanitari. Il setting, configurandosi come il contesto nel quale è più facile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione, costituisce anche il bersaglio dell'azione di promozione della salute. Relativamente alle scuole, ed alla luce di un approccio life course, è importante il riferimento al modello Schools for Health in Europe Network Foundation, secondo cui una scuola che promuove salute è una scuola che dà attuazione ad un piano strutturato e sistematico per la salute, il benessere e lo sviluppo del capitale sociale di tutti gli alunni, del personale docente e non docente, delle famiglie e della comunità, tutti soggetti di cambiamento coinvolti in un processo di sviluppo complessivo. A questo proposito l'OMS definisce la "scuola promotrice di salute" quella che costantemente consolida la propria capacità di essere ambiente favorevole alla salute per apprendere e lavorare. Secondo questo approccio, è centrale, per il lavoro con i bambini e gli adolescenti, il riferimento a buone prassi e interventi evidence based e alle metodologie di life skill education e peer education finalizzate al potenziamento delle abilità personali in termini di autostima, autoefficacia e resilienza, coinvolgendo anche le famiglie e l'intera comunità scolastica.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Inoltre, a garanzia della realizzazione di processi di partecipazione nelle azioni di promozione della salute, un contributo fondamentale è rappresentato dalle indicazioni del Project Cycle Management – PCM, la metodologia e l'insieme di strumenti che la Commissione europea ha introdotto agli inizi degli anni '90 per garantire una maggiore efficacia dei progetti e dei programmi e anche un miglioramento complessivo dei meccanismi di gestione dei programmi stessi. L'approccio del PCM suggerisce che gli attori-chiave e i beneficiari di un progetto effettivo, in concomitanza con le principali fasi del ciclo del progetto, incontri di analisi e progettazione di gruppo, assicurando una dimensione di progettazione e gestione partecipativa ai loro interventi. Questi workshop sono condotti secondo il metodo GOPP (Goal Oriented Project Planning), che rappresenta una metodologia di partecipazione della comunità validata.

Numerose sono, comunque, le metodologie validate di partecipazione ed ascolto della comunità quali, ad esempio, focus group, World Cafè, Design Thinking, Open Space Technology e altri. Accanto, quindi, alla conoscenza delle principali nozioni proposte da un approccio quantitativo, per la comprensione epidemiologica dei fenomeni, appare fondamentale considerare anche le prospettive qualitative di analisi dei dati che tengano conto di opinioni, percezioni, convinzioni e credenze delle singole persone. La ricerca, infatti, appare sempre più orientata verso disegni misti, che combinino metodologie quantitative e qualitative al fine di migliorare la comprensione della salute e garantire maggiore efficacia degli interventi proposti.

La visione unica e globale della salute, quindi, esce dal campo scientifico, ormai ricco di evidenze, e diventa oggetto di confronto culturale e politico. Tutto ciò che sembra lontano dalle problematiche locali, in realtà, in un mondo globalizzato, è dietro l'angolo e ne è un esempio la pandemia da COVID-19, che ha cambiato la vita di tutta la popolazione mondiale fino nei più piccoli villaggi o paesini.

4.5.3 Scheda di programma

4.5.3.1 Descrizione dal PNP

Il Programma, tenendo conto degli obiettivi dell'Agenda 2030, secondo una logica integrata, promuove l'adozione di un approccio One e Global Health nella prevenzione e promozione della salute, al fine sia di comprendere ed includere nelle progettualità le complesse relazioni tra uomo, animali, ambiente, sia di attenzionare le conseguenze socioeconomiche e socioantropologiche di tale interazione. Tutto ciò vuole rappresentare l'occasione per promuovere programmi sostenibili di tutela e promozione della salute, basandosi su un approccio globale alla comunità e sui principi di equità, sostenibilità, inclusione, empowerment e capacity building.

Il Programma è fortemente in linea con gli obiettivi del PNP e soprattutto ne diffonde i principi fondanti. Infatti, per raggiungerne gli importanti obiettivi, le metodologie di promozione della salute sono finalizzate a promuovere l'empowerment, la partecipazione e lo sviluppo della comunità. L'inserimento in tale ottica strategica e operativa richiede, agli operatori coinvolti, nuove conoscenze e nuove capacità.

In particolare, al fine di perseguire gli obiettivi fissati, il Programma si articola su una serie di azioni di formazione e aggiornamento degli Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN, promuovendo il rafforzamento di competenze e consapevolezza di tutti gli attori della comunità sugli obiettivi di sostenibilità e di contrasto alle disuguaglianze come individuati dall'Agenda 2030 secondo un approccio intersettoriale ed interistituzionale One e Global Health. In particolare, verranno proposte una serie di iniziative formative esperienziali centrate su:

- Metodologie di progettazione partecipata;
- Cultura del dato: aspetti epidemiologici qualitativi e quantitativi;
- Project Cycle Management;
- Marketing sociale;
- Evidence based prevention;
- Health Equity Audit (HEA);
- Particolare riferimento alle disuguaglianze di genere
- Global Burden of Disease;



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

- Schools for Health in Europe Network Foundation.

Nello specifico dell'area One Health, verranno proposte iniziative formative su:

- Approccio metodologico "One Health";
- Malattie infettive e pressione ambientale;
- Fenomeni pandemici e "spillover";
- Antimicrobicoresistenza (AMR) e utilizzo dei farmaci in medicina veterinaria e umana;
- Cambiamenti climatici;
- Fenomeni migratori.
- Transizione One Health – EcoHealth – Global Health verso una visione ampia ai determinanti ambientali e globali della salute
- Supporto alla creazione di banche dati interattive facilmente interrogabili presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale

Oltre a ciò, per favorire l'empowerment individuale e di comunità sono previste anche attività di comunicazione per migliorare le conoscenze sui rischi per la salute derivanti dall'esposizione a fattori ambientali antropici e naturali e per orientare i cittadini verso scelte più salutari e ecosostenibili.

In ultimo, verranno elaborate delle Linee guida per la promozione della salute secondo un'ottica One e Global Health da rivolgere ai Servizi Sanitari ed a tutti gli attori coinvolti nelle attività interistituzionali e intersettoriali di tutela della salute.

Il Programma è sostenuto da:

- Attività regionali, interregionali, nazionali ed internazionali del Centro per la Salute Globale (CERSAG) con accordi specifici, convenzioni, progetti e altro;
- Partecipazione al Gruppo Tecnico Nazionale sui Sistemi di Sorveglianza;
- Accordo con Ufficio Scolastico Regionale per la diffusione del modello SHE;
- Tavoli tecnici inter istituzionali;
- Attività precedenti realizzate nella promozione della salute dalla Rete regionale di promozione della salute e dal CERSAG.
- Collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale

AZIONI

AZIONE 1- COSTRUZIONE E DIFFUSIONE DI UN PROFILO DI SALUTE FUNZIONALE ALL'EQUITÀ

AZIONE 2 – DIFFONDERE IL PARADIGMA DELL'HEALTH EQUITY AUDIT (HEA) E DELLA MISURAZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE - LABORATORIO DI EQUITÀ

AZIONE 3 – AUMENTARE LE CONOSCENZE SULLE METODOLOGIE EVIDENCE BASED NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

AZIONE 4 - AUMENTARE LE CONOSCENZE E LE COMPETENZE SU MALATTIE EMERGENTI E RIEMERGENTI BASATE ANCHE SUL CAMBIAMENTO CLIMATICO

AZIONE 5 – AUMENTARE LE CONOSCENZE SUL FENOMENO DELL'ANTIMICROBICOESISTENZA (AMR)

AZIONE 6 – AUMENTARE LE CONOSCENZE SUL CAMBIAMENTO CLIMATICO IN TERMINI DI PRESSIONE AMBIENTALE E FENOMENI CORRELATI, MIGRAZIONI, NUOVE PANDEMIE, SOSTENIBILITÀ.

AZIONE 7 – DIFFONDERE E PROMUOVERE L'APPLICAZIONE DI PRATICHE DI PROGETTAZIONE PARTECIPATA SECONDO IL PROJECT CYCLE MANAGEMENT (PCM)

AZIONE 8 – FORMALIZZAZIONE DELLE PARTNERSHIP E DEI GRUPPI DI LAVORO TEMATICI INTERSETTORIALI SULLE COLLABORAZIONI DEL CERSAG

AZIONE 9 – PROMUOVERE E SUPPORTARE AZIONI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE INTEGRATE E INTERSETTORIALI SUI PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



CRONOGRAMMA

Attività					
AZIONE 1 - COSTRUZIONE E DIFFUSIONE DI UN PROFILO DI SALUTE FUNZIONALE ALL'EQUITÀ	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Basare la programmazione e la promozione della salute su evidenze sia di letteratura sia costruite con i dati correnti e ad hoc al fine della produzione e della capacità di lettura di un Profilo di salute quali-quantitativo con la capacità di individuare l'impatto delle disuguaglianze e delle iniquità sui determinanti distali e prossimali della salute. Dai dati epidemiologici all'azione. (INDICATORE: realizzazione di almeno un corso formativo entro il 2024)	Regione			X	
AZIONE 2 - DIFFONDERE IL PARADIGMA DELL'HEALTH EQUITY AUDIT (HEA) E DELLA MISURAZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE - LABORATORIO DI EQUITÀ	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Costituzione di un laboratorio di equità basato sul modello HEA multidisciplinare e intersettoriale che tenga conto delle disuguaglianze sociali e sanitarie a partire dai dati quantitativi provenienti dai sistemi di sorveglianza, dai flussi correnti e da indagini qualitative e antropologiche (INDICATORE: laboratorio attivo entro il 2023)	CERSAG		X		
AZIONE 3 - AUMENTARE LE CONOSCENZE SULLE METODOLOGIE EVIDENCE BASED NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Realizzazione propedeutica dei corsi presenti nel programma al fine di diffondere competenze generali sull'approccio evidence based, one health e analisi del rischio nell'ambito degli argomenti sul rapporto uomo, animale, ambiente e sulla ricerca e operatività legate agli argomenti tipici della one health e global health basati sulle evidenze (INDICATORE: almeno un corso a partire dal 2023)	Regione		X		
AZIONE 4 - AUMENTARE LE CONOSCENZE E LE COMPETENZE SU MALATTIE EMERGENTI E RIEMERGENTI BASATE ANCHE SUL CAMBIAMENTO CLIMATICO	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Formazione legata alle malattie emergenti e riemergenti con particolare attenzione agli eventi pandemici compresa l'epidemia di SARS COV 2 ma anche della diffusione di virus influenzali potenzialmente pandemici, saranno affrontati gli argomenti legati alle malattie trasmesse da vettori e alla loro emergenza rispetto al cambiamento climatico e degli habitat dei vettori. Si affronteranno argomenti di tipo modellistico e di diffusione. Si diffonderà anche la cultura del significato e utilità di un piano pre-pandemico. (INDICATORE: realizzazione di almeno un corso formativo specifico entro il 2024)	Regione			X	
AZIONE 5 - AUMENTARE LE CONOSCENZE SUL FENOMENO DELL'ANTIMICROBICORESISTENZA (AMR)	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Realizzare corsi di formazione sull'area one health: attività formative ed esperienziali sul quadro dell'antimicrobicoresistenza (AMR) (INDICATORE: realizzazione di almeno un corso ogni 2 anni a partire dal 2021 fino al 2025)	Centro Regionale Salute Globale e Regione	X	X	X	X
AZIONE 6 - AUMENTARE LE CONOSCENZE SUL CAMBIAMENTO CLIMATICO IN TERMINI DI PRESSIONE AMBIENTALE E FENOMENI CORRELATI, MIGRAZIONI, NUOVE PANDEMIE, SOSTENIBILITÀ.	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Realizzare corsi di formazione sui determinanti della salute, soprattutto distali. E' importante la conoscenza dei fenomeni globali che interessano la salute e che condizionano poi lo stato di salute della comunità ed individuale quindi Cambiamento climatico e conseguenze, fenomeni di spillover legati a pressione ambientale, e alla sostenibilità delle attività umane.	Regione				
AZIONE 7 - DIFFONDERE E PROMUOVERE L'APPLICAZIONE DI PRATICHE DI	Responsabile	2022	2023	2024	2025

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGETTAZIONE PARTECIPATA SECONDO IL PROJECT CYCLE MANAGEMENT (PCM)					
Attività di formazione, accompagnamento, co-progettazione con altri Settori per avvio/sviluppo di Reti di setting che “promuovono salute” (scuole, comuni, luoghi di lavoro, ambienti sanitari, ecc.) (INDICATORE: realizzazione di almeno un corso a partire dal 2023)	Regione		X		
AZIONE 8 - FORMALIZZAZIONE DELLE PARTNERSHIP E DEI GRUPPI DI LAVORO TEMATICI INTERSETTORIALI SULLE COLLABORAZIONI DEL CERSAG	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Realizzare collaborazioni e accordi (convenzione) che coprono fondamentalmente tre argomenti principali della Salute globale che sono: 1 - One Health 2 - Disuguaglianze in salute e fenomeni globali 3 - Migrazioni e fenomeni correlati Gruppi essenziali alla visione interistituzionale e alla nascita del laboratorio sull'equità. Anche alla messa a punto di programmi, linee guida e processi organizzativi	Regione				
AZIONE 9 - PROMUOVERE E SUPPORTARE AZIONI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE INTEGRATE E INTERSETTORIALI SUI PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Attività di promozione della salute per la prevenzione dei fattori comportamentali individuali di rischio per la salute (Fumo, Alcol, Sedentarietà, Alimentazione, incidenti domestici e stradali) devono essere orientate al miglioramento delle capacità di salute all'interno di una comunità definita e i bisogni devono essere tradotti in domanda di salute, con metodologie partecipate ed intersettoriali basati sulle analisi dei contesti secondo metodologia validata (Es. precede/proceed o di Green) e sulla attenzione assoluta legata alle disuguaglianze. L'azione ha lo scopo di porre una lente di equità calcolando alcuni indicatori quantitativi di disuguaglianza ma anche, ove possibile, qualitativi e di tipo antropologico culturale.					
AZIONI EQUITY					
AZIONI CON INDICATORE					

4.5.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

La visione One Health parte dall'assunto che la salute delle persone è intrinsecamente legata a quella degli animali e dell'ambiente, pertanto qualsiasi modello sanitario ad essa ispirato deve prevedere un'integrazione interdisciplinare, coordinata e trasparente delle professionalità che operano in settori diversi della sanità pubblica, ma che condividono gli stessi interessi ed obiettivi sanitari. L'interrelazione tra animali, ecosistemi e salute umana è la chiave per comprendere l'epidemiologia delle infezioni umane, in quanto 6 su 10 malattie infettive nell'uomo hanno un'origine animale (zoonosi). One Health, pertanto, promuove l'applicazione di un approccio collaborativo, multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente animali-ecosistemi umani.

La pandemia da COVID-19 (zoonosi da spillover) ha sottolineato come la salute umana e la salute degli animali siano interdipendenti e legate alla salute degli ecosistemi in cui esistono. Inoltre, la situazione mondiale causata da COVID-19 è molto più di un'emergenza sanitaria, in quanto si tratta piuttosto di una crisi politica, sociale ed economica che avrà un impatto a lungo termine sul benessere delle persone, sulle loro abitudini e sul ruolo della politica nella gestione delle complesse emergenze globali. Per questo, la pandemia ha fortemente sottolineato la rilevanza di un approccio anche di Global Health, ovvero l'area di studio e di ricerca che ha come priorità il miglioramento della salute e il raggiungimento dell'equità nella salute per tutti e la livello mondiale.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



La Global Health rappresenta, quindi, un paradigma interdisciplinare per la salute e l'assistenza sanitaria, radicato nell'approccio teorico dei determinanti sociali di salute, basato sui principi enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata e sostanziato da ampie evidenze scientifiche. Oltre a ciò, con Global Health, si intendono anche politiche di salute pubblica e pratiche di prevenzione e di promozione della salute.

La pandemia mostra chiaramente, pertanto, come One e Global Health abbiano molti punti in comune e vadano a confluire nella così detta Planetary Health, definita come il "raggiungimento del più alto standard raggiungibile di salute, benessere ed equità in tutto il mondo attraverso un'attenzione giudiziosa ai sistemi umani che modellano il futuro dell'umanità e ai sistemi naturali della Terra che definiscono i limiti ambientali sicuri entro i quali l'umanità può prosperare". La Planetary Health, di cui One e Global Health fanno parte, coniata nel rapporto della Lancet-Commission, mira a cercare ulteriori soluzioni per la sostenibilità umana e ambientale globale attraverso la collaborazione e la ricerca in tutti i settori, inclusi l'economia, l'energia, l'agricoltura, l'acqua e la salute.

Secondo l'approccio One e Global Health, la promozione della salute, come intesa dalla Carta di Ottawa del 1986 e da tutti i documenti internazionali ad essa seguenti, rappresenta un processo sociopolitico globale: esso investe non soltanto le azioni finalizzate al rafforzamento delle capacità e delle competenze degli individui, ma anche l'azione volta a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche in modo tale da mitigare l'impatto che esse hanno sulla salute del singolo e della collettività. Perciò, si propone di raggiungere l'equità nelle condizioni di salute, attraverso la predisposizione e l'attuazione di interventi intersettoriali ed interistituzionali volti a ridurre le disuguaglianze ed offrire a tutti eque opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute auspicabile, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche".

Alla luce di un approccio globale alla salute della persona, secondo una visione di One e Global Health, si rende necessario ampliare non solo i modelli di promozione e tutela della salute stessa, ma anche le metodologie di ricerca e di valutazione delle attività. In quest'ottica di globalità, appare chiara la necessità di comprendere le principali metodologie di analisi quantitativa e qualitativa al fine di condividere un linguaggio comune e sviluppare metodologie base di ricerca ed analisi dei dati utili alla realizzazione di progetti di promozione della salute.

Al fine di comprendere analizzare i contesti, diventa, pertanto, centrale il riferimento al Global Burden of Disease (GBD) che raccoglie i più recenti dati epidemiologici di 195 paesi nel mondo per valutare qual è il peso sulla salute delle diverse malattie e fattori di rischio. I dati del GBD per i singoli paesi sono utili nel campo della salute per misurare i successi, identificare le criticità, fare confronti con altri territori e stabilire nuove priorità.

Per una comprensione epidemiologica dei fenomeni, inoltre, è fondamentale il contributo dei Sistemi di Sorveglianza Nazionale, tra cui la Sorveglianza Passi, Passi d'Argento, OkKio alla salute, HBSC (Health Behaviour in School-aged Children). Inoltre, altri contributi alla comprensione epidemiologica dei contesti vengono anche da altre indagini, curate ad esempio dal CNR, come ESPAD®Italia e IPSAD®Italia.

Accanto alla sorveglianza umana, non vanno dimenticati i Sistemi di sorveglianza epidemiologica in sanità pubblica veterinaria. Il sistema di reti di sorveglianza epidemiologica è essenziale per il buon governo e la gestione dei sistemi veterinari per la prevenzione ed il controllo delle malattie animali, delle zoonosi e la sicurezza alimentare. Questo sistema deve assicurare, in via prioritaria, l'identificazione precoce, la diagnosi e la risposta tempestiva in caso di presenza delle malattie animali, comprese le zoonosi.

Per fare ciò diventa centrale un approccio che metta in comunicazione ed interazione vari setting, tra cui importantissima la scuola, oltre all'ambiente di lavoro, la comunità e i servizi sanitari. Il setting, configurandosi come il contesto nel quale è più facile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione, costituisce anche il bersaglio dell'azione di promozione della salute. Relativamente alle scuole, ed alla luce di un approccio life course, è importante il riferimento al modello Schools for Health in Europe Network Foundation, secondo cui una scuola che promuove salute è una scuola che dà attuazione ad un piano strutturato e sistematico per la salute, il benessere e lo sviluppo del capitale sociale di tutti gli alunni, del personale docente e non docente, delle famiglie e della comunità, tutti soggetti di cambiamento coinvolti in un processo di sviluppo complessivo. A questo proposito l'OMS definisce la "scuola promotrice di salute" quella che costantemente consolida la propria capacità di essere ambiente favorevole alla salute per apprendere e lavorare. Secondo questo approccio, è centrale, per il lavoro con i bambini e gli adolescenti, il riferimento a buone prassi e interventi evidence based e alle metodologie di life skill education e peer education finalizzate al potenziamento



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

delle abilità personali in termini di autostima, autoefficacia e resilienza, coinvolgendo anche le famiglie e l'intera comunità scolastica.

Inoltre, a garanzia della realizzazione di processi di partecipazione nelle azioni di promozione della salute, un contributo fondamentale è rappresentato dalle indicazioni del Project Cycle Management – PCM, la metodologia e l'insieme di strumenti che la Commissione europea ha introdotto agli inizi degli anni '90 per garantire una maggiore efficacia dei progetti e dei programmi e anche un miglioramento complessivo dei meccanismi di gestione dei programmi stessi. L'approccio del PCM suggerisce che gli attori-chiave e i beneficiari di un progetto effettivo, in concomitanza con le principali fasi del ciclo del progetto, incontri di analisi e progettazione di gruppo, assicurando una dimensione di progettazione e gestione partecipativa ai loro interventi. Questi workshop sono condotti secondo il metodo GOPP (Goal Oriented Project Planning), che rappresenta una metodologia di partecipazione della comunità validata.

Numerose sono, comunque, le metodologie validate di partecipazione ed ascolto della comunità quali, ad esempio, focus group, World Cafè, Design Thinking, Open Space Technology e altri. Accanto, quindi, alla conoscenza delle principali nozioni proposte da un approccio quantitativo, per la comprensione epidemiologica dei fenomeni, appare fondamentale considerare anche le prospettive qualitative di analisi dei dati che tengano conto di opinioni, percezioni, convinzioni e credenze delle singole persone. La ricerca, infatti, appare sempre più orientata verso disegni misti, che combinino metodologie quantitative e qualitative al fine di migliorare la comprensione della salute e garantire maggiore efficacia degli interventi proposti.

La visione unica e globale della salute, quindi, esce dal campo scientifico, ormai ricco di evidenze, e diventa oggetto di confronto culturale e politico. Tutto ciò che sembra lontano dalle problematiche locali, in realtà, in un mondo globalizzato, è dietro l'angolo e ne è un esempio la pandemia da COVID-19, che ha cambiato la vita di tutta la popolazione mondiale fino nei più piccoli villaggi o paesini.

Le evidenze mostrano che:

- È ritenuto necessario agire congiuntamente su policy integrate, secondo approcci multisettoriali ed interistituzionali, e rafforzare le competenze individuali e professionali;
- Per contrastare le disuguaglianze e promuovere l'equità è centrale la condivisione delle responsabilità con tutti gli stakeholders, coinvolgendo i cittadini e i portatori di interesse con azioni estese sul territorio secondo metodologie validate di progettazione partecipata;
- È maggiore l'efficacia di azioni basate su molteplici determinanti di salute nell'ottenere risultati di salute e educativi;
- Le azioni sono più efficaci se si utilizzano metodologie validate come life skill education e peer education;
- La valutazione quali-quantitativa e la cultura del dato permettono di effettuare analisi di contesto anche in riferimento all'equità;
- La ricerca qualitativa eseguita con tecniche di rilevazione strutturate e metodologie di analisi del contenuto attendibili e validate permettono di ricostruire capillarmente le dinamiche comunitarie e l'ascolto attivo dei target.

1. *Carta di Ottawa per la promozione della salute - Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.*
2. *Dahlgren G., Whitehead M., 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategypaper for Europe. Institute of Futures Studies, Stockholm.*
3. *Dichiarazione di Alma Ata, 1978. Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, Alma Ata, USSR, 6-12 settembre 1978.*
4. *Formez – Centro di formazione e studi, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della funzione pubblica, 2002. Project Cycle Management. Manuale per la formazione. XPress srl, Roma.*
5. *Green L.W., Kreuter M.W., 1991. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. Mountain View, Mayfield.*
6. *OMS, 2008. Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health.*

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



7. OMS, 2010. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2.*
8. Sen A., 1999. *Development as Freedom.* Oxford University Press, New York.
9. SHE, 2013. *SHE online school manual. 5 steps to a health promoting school.*
10. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks (World Health Organization 2016).*
11. *Preventing noncommunicable diseases (NCDs) by reducing environmental risk factors (World Health Organization 2017).*
12. *Climate change and health country profile: Italy.* World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260380/WHO-FWC-PHE-EPE-15.52-eng.pdf>
13. *WHO Declaration of the 6th Ministerial Conference on Environment and health.* http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/341944/OstravaDeclaration_SIGNED.pdf?ua=1
14. *COP24 special report: health and climate change* ISBN 978-92-4-151497-2 WHO, 2018.
15. *Global strategy on health, environment and climate change the transformation needed to improve lives and well-being sustainably through healthy environments,* WHO, 2019.
16. Tediosi F., Missoni E., 2013. *Education in Global Health policy and management.* Egea, Milano.
17. Marceddu E., Cristofori M., 2018. *One Health – Global Health. La Salute Umana,* 267.
18. Missoni E., Pacileo G., 2016. *Elementi di salute globale. Globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana.* Franco Angeli, Milano.
19. UN, 2015. *UN adopts new Global Goals, charting sustainable development for people and planet by 2030.* <https://news.un.org/en/story/2015/09/509732-un-adopts-new-global-goals-charting-sustainable-development-people-and-planet>
20. Carta F., De Philippis M., 2021. *The impact of the COVID-19 shock on labour income inequality: Evidence from Italy. Questioni di Economia e Finanza – Occasional Paper. Numero 606.*
21. *Global wealth report 2020.* Research Institute – Credit Suisse, october 2020.

4.5.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL15_OT02	Diffondere e promuovere l'utilizzo di metodologie di progettazione ed intervento intersettoriali con i portatori di interesse, istituzionali e non, finalizzati all'azione di promozione della salute in più setting e su diversi target soprattutto per l'approccio Global Health.
PL15_OT02_IT03	Progettare partecipando
formula	• Formula: Diffusione delle metodologie di progettazione partecipata interistituzionale e multi ed inter disciplinare
Standard	• Standard: realizzazione di almeno una formazione sul tema entro il 2022
Fonte	CERSAG REGIONE

FORMAZIONE

PL15_OT03	Promuovere la diffusione di conoscenze e di competenze per tutti gli operatori in ambito sanitario e non sui principi basilari del PNP.
PL15_OT03_IT04	Formazione comunitaria trasversale
formula	Realizzazione di un programma formativo sui principi basilari del PNP

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Standard	• Standard: realizzazione di due percorsi formativi a partire dal 2022 entro il 2025
Fonte	CERSAG Regione

COMUNICAZIONE

PL15_OT04	Promuovere interventi di comunicazione ed informazione in ambito One Health e Global Health, rivolti sia alla popolazione che a target specifici
PL15_OT04_IT05	Comunicare per agire
formula	Formula realizzazione di almeno un corso e un prodotto di comunicazione durante il periodo di validità del Piano
Standard	• Standard 1 corso formazione e 1 prodotto comunicazione
Fonte	CERSAG Regione

EQUITÀ

PL15_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL15_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

4.5.5 Obiettivi e indicatori specifici

PL15_OS01	Formulare linee guida sulla promozione della salute secondo l'approccio One e Global Health
PL15_OS01_	Linea Guida Regionale per un approccio One e Global Health
formula	Realizzazione delle linee guida regionali sulla promozione della salute secondo l'approccio One e Global Health
Standard	Realizzazione durante il periodo di validità del piano.
Fonte	Centro Regionale Salute Globale e Regione
PL15_OS02	Realizzare corsi di formazione sull'area one health
PL15_OS02_	Corsi di formazione area One Health - argomenti correlati
formula	Realizzazione di percorsi formativi sull'area One Health
Standard	• Standard: Realizzazione di almeno un corso ogni 2 anni a partire dal 2021 fino al 2025
Fonte	Centro Regionale Salute Globale e Regione
PL15_OS03	Realizzare corsi di formazione per la diffusione della cultura del dato
PL15_OS03_IS01	Dai dati epidemiologici all'azione
formula	Realizzazione di percorsi formativi specifici
Standard	Realizzazione di almeno un corso entro il 2024

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Fonte	CERSAG Regione
PL15_OS04	Realizzare corsi di formazione sulle metodologie e gli strumenti per la promozione della salute
PL15_OS04_	Là cassetta degli attrezzi per la promozione della salute IHUPE
formula	Realizzazione di percorsi formativi dedicati
Standard	Realizzazione di almeno un corso a partire dal 2023
Fonte	CERSAG Regione
PL15_OS05	Realizzare corsi di formazione sul modello Schools for Health in Europe Network Foundation
PL15_OS05_	Scuola in salute
formula	• Formula: Realizzazione di percorsi formativi specifici in linea con la programmazione regionale
Standard	Realizzazione di almeno un corso entro il 2023
Fonte	CERSAG Regione
PL15_OS06	Strutturare ed Implementare, in collaborazione con le attività dell'osservatorio epidemiologico regionale riguardo un'epidemiologia finalizzata all'azione attraverso il laboratorio CERSAG su Equità
PL15_OS06_	Laboratorio di equità
formula	Realizzazione nell'ambito del CERSAG di un laboratorio sull'equità
Standard	Laboratorio attivo entro il 2023
Fonte	CERSAG

4.5.6 Azioni

PROGRAMMA	PL15
TITOLO AZIONE (1 di 9)	COSTRUZIONE E DIFFUSIONE DI UN PROFILO DI SALUTE FUNZIONALE ALL'EQUITÀ
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.5 Predisposizione/diffusione di Profili di salute ed Equità
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

La formazione insita nel programma ha lo scopo di basare la programmazione e la promozione della salute su evidenze sia di letteratura sia costruite con i dati correnti e ad hoc al fine della produzione e della capacità di lettura di un Profilo di salute quali-quantitativo con la capacità di individuare l'impatto delle disuguaglianze e delle iniquità sui determinanti distali e prossimali della salute.



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

PROGRAMMA	PL15
TITOLO AZIONE (2 di 9)	DIFFONDERE IL PARADIGMA DELL'HEALTH EQUITY AUDIT (HEA) E DELLA MISURAZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE - LABORATORIO DI EQUITÀ
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.5 Predisposizione/diffusione di Profili di salute ed Equità
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

Nell'ambito della funzione epidemiologica regionale all'interno del Centro Regionale per la Salute Globale necessita la costituzione di un laboratorio di equità basato sul modello HEA multidisciplinare e intersettoriale che tenga conto delle disuguaglianze sociali e sanitarie a partire dai dati quantitativi provenienti dai sistemi di sorveglianza, dai flussi correnti e da indagini qualitative e antropologiche.

Messa a punto anche di indagini ad Hoc.

La diffusione di questi profili è essenziale per la programmazione a lungo termine regionale.

PROGRAMMA	PL15
TITOLO AZIONE (3 di 9)	AUMENTARE LE CONOSCENZE SUL CAMBIAMENTO CLIMATICO IN TERMINI DI PRESSIONE AMBIENTALE E FENOMENI CORRELATI, MIGRAZIONI, NUOVE PANDEMIE, SOSTENIBILITÀ
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Ai fini dell'applicazione di un'attenta disamina dei determinanti della salute, soprattutto distali è importante la conoscenza dei fenomeni globali che interessano la salute e che condizionano poi lo stato di salute delle comunità ed individuale quindi Cambiamento climatico e conseguenze, fenomeni di spillover legati a pressione ambientale, e alla sostenibilità delle attività umane.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



La formazione su queste tematiche sarà di tipo frontale ma anche esperienziale con visione di modelli e sviluppo di competenze.

Target Dipartimenti di Prevenzione, associazioni e isociale dei Comuni

PROGRAMMA	PL15
TITOLO AZIONE (4 di 9)	AUMENTARE LE CONOSCENZE SULLE METODOLOGIE EVIDENCE BASED NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta “operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Viste le funzioni di ricerca e soprattutto formazione del Centro Regionale per la salute globale, in un'ottica one health si ritiene fondamentale la realizzazione propedeutica dei corsi presenti nel programma al fine di diffondere competenze generali sull'approccio evidence based, one health e analisi del rischio nell'ambito degli argomenti sul rapporto uomo, animale, ambiente e sulla ricerca e operatività legate agli argomenti tipici della one health e global health basati sulle evidenze.

Conoscere le fonti di evidence, soprattutto quelle di promozione della salute da parte degli operatori sanitari

Target rappresentato prevalentemente da operatori del SSR ma anche esterni ai fini dell'attuazione di attività di progettazione partecipata

PROGRAMMA	PL15
TITOLO AZIONE (5 di 9)	AUMENTARE LE CONOSCENZE E LE COMPETENZE SU MALATTIE EMERGENTI E RIEMERGENTI BASATE ANCHE SUL CAMBIAMENTO CLIMATICO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta “operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

DESCRIZIONE

Azione specifica di formazione legata alle malattie emergenti e riemergenti con particolare attenzione agli eventi pandemici compresa l'epidemia di SARS COV 2 ma anche della diffusione di virus influenzali potenzialmente pandemici, saranno affrontati gli argomenti legati alle malattie trasmesse da vettori e alla loro emergenza rispetto al cambiamento climatico e degli habitat dei vettori.

Si affronteranno argomenti di tipo modellistico e di diffusione.

Modalità di formazione frontale ma anche con la proiezione e l'utilizzo di mappe di diffusione e di esperienze degli operatori e dei relatori

Si diffonderà anche la cultura del significato e utilità di un piano pre pandemico.

PROGRAMMA	PL15
TITOLO AZIONE (6 di 9)	AUMENTARE LE CONOSCENZE SUL FENOMENO DELL'ANTIMICROBIORESISTENZA (AMR)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Fra gli argomenti one health il fenomeno dell'AMR è uno dei principali problemi emergenti da qualche anno, tanto è vero che si parla di una possibile pandemia da batteri AMR, il fenomeno va inquadrato attraverso attività formative ed esperienziali nel suo quadro più ampio. L'AMR è un fenomeno legato all'uso inappropriato di antibiotici in medicina umana che ha conseguenze diverse a seconda del target su cui avviene tale uso, esempio in pediatria. A fronte di questo però è fondamentale conoscere l'uso degli antibiotici anche come ausiliari negli allevamenti intensivi. E' anche importante trasferire conoscenze e competenze sui meccanismi che generano l'AMR.

Modalità della formazione sarà frontale ma anche di tipo esperienziale e congiunta intersettoriale. Presentazione di esperienze ed esercitazioni in gruppi

Target: Dipartimenti di prevenzione e servizi medici territoriali ed ospedalieri, target secondari associazioni di allevatori, di pazienti e associazioni

PROGRAMMA	PL15
TITOLO AZIONE (7 di 9)	DIFFONDERE E PROMUOVERE L'APPLICAZIONE DI PRATICHE DI PROGETTAZIONE PARTECIPATA SECONDO IL PROJECT CYCLE MANAGEMENT (PCM)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.3 Attività di formazione, accompagnamento, co-progettazione con altri Settori per avvio/sviluppo di Reti di setting che "promuovono salute" (scuole, comuni, luoghi di lavoro, ambienti sanitari, ecc.)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Ai fini di una progettazione/ programmazione metodologicamente corretta e aderente ai modelli europei previsi dal piano, sono necessari i requisiti validati del Project Cycle Management con la conoscenza dei vari step che prevedono la partecipazione attiva degli stakeholders dei target con implicitata una programmazione fin dall'inizio della valutazione a vari step. L'adesione a questo modello favorisce l'individuazione di bisogni comunitari, di soluzioni e strategia condivise, di azioni intersettoriali e di una valutazione ex ante, di processo, di outcome e impatto. Permette di schematizzare la progettazione e di non perdere step fondamentali quali partecipazione e sostenibilità

Modalità della formazione di tipo esperienziale con la costruzione di un progetto partecipato in tutte le sue fasi

Target: operatori sanitari della prevenzione e non. Operatori di associazioni e istituzioni coinvolti nelle attività di promozione della salute sul territorio

PROGRAMMA	PL15
TITOLO AZIONE (8 di 9)	FORMALIZZAZIONE DELLE PARTNERSHIP E DEI GRUPPI DI LAVORO TEMATICI INTERSETTORIALI SULLE COLLABORAZIONI DEL CERSAG
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.7 Attività di "Ricerca -Azione" finalizzata a processi partecipati, HEA, ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Nell'ambito del Centro Regionale del CERSAG sono presenti sia nel comitato scientifico che su argomenti specifici una serie di collaborazioni e accordi (convenzione) che coprono fondamentalmente tre argomenti principali della Salute globale che sono:

- 1 - One Health
- 2 - Disuguaglianze in salute e fenomeni globali
- 3 - Migrazioni e fenomeni correlati

Gruppi essenziali alla visione interistituzionale e alla nascita del laboratorio sull'equità. Anche alla messa a punto di programmi, linee guida e processi organizzativi

La visione olistica-globale One Health parte dall'assunto che la salute delle persone è intrinsecamente legata a quella degli animali e dell'ambiente, pertanto qualsiasi modello sanitario ad essa ispirato deve prevedere un'integrazione



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

interdisciplinare, coordinata e trasparente delle professionalità che operano in settori diversi della sanità pubblica e non solo. One Health, pertanto, promuove l'applicazione di un approccio collaborativo e multi professionale per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente animali ed ecosistemi umani.

Per migliorare l'efficacia dell'approccio "One Health", vi è la necessità di stabilire un migliore equilibrio settoriale tra i gruppi e le reti esistenti, in particolare tra veterinari e medici, e per aumentare la partecipazione degli operatori ambientali e del settore faunistico, così come di sociologi, decisori istituzionali ed esperti dello sviluppo sostenibile senza trascurare le disuguaglianze e le diversità.

La visione globale della salute, quindi, esce dal campo scientifico, ormai ricco di evidenze, e diventa oggetto di confronto culturale e politico. Di politica della salute e della sanità, ovviamente, ed è in questa direzione che bisognerà lavorare ancora di più nel prossimo futuro.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL15
TITOLO AZIONE (9 di 9)	PROMUOVERE E SUPPORTARE AZIONI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE INTEGRATE E INTERSETTORIALI SUI PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.3 Supporto ai Settori responsabili di "ambienti organizzati" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per favorire stile di vita attivo (pause attive, Pedibus, Playground, Gruppi di cammino, Scale per la salute, Bike to work, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;scuola;comune, Municipalità;altro:Associazioni e terzo settore

DESCRIZIONE

Le attività di promozione della salute per la prevenzione dei fattori comportamentali individuali di rischio per la salute (Fumo, Alcol, Sedentarietà, Alimentazione, incidenti domestici e stradali) devono essere orientate al miglioramento delle capacità di salute all'interno di una comunità definita e i bisogni devono essere tradotti in domanda di salute, con metodologie partecipate ed intersettoriali basati sulle analisi dei contesti secondo metodologia validata (Es. precede/proceed o di Green) e sulla attenzione assoluta legata alle disuguaglianze. L'azione ha lo scopo di porre una lente di equità calcolando alcuni indicatori quantitativi di disuguaglianza ma anche, ove possibile, qualitativi e di tipo antropologico culturale.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Individuazione dei fattori di disuguaglianza in base all'equity audit sui fattori di rischio comportamentali
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	In sinergia con tutta la rete di promozione della salute regionale e nell'ambito della programmazione di interventi su vari setting in collegamento con altri progetti regionali quali Gioco d'azzardo o Mutilazioni genitali femminili oltre che sui quattro principali fattori di rischio. Individuare priorità di intervento quantificabili e distribuiti in base alle priorità sull'equità da condividere per orientare i servizi specifici e la promozione della salute.
ATTORI COINVOLTI	CERSAG e gruppo di lavoro sull'equità, tutti gli operatori delle reti di promozione della salute per i setting individuati (Scuola, ambienti di vita, comunità) i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta, i portatori di interesse e i soggetti rappresentativi dei target su cui si eserciterà l'azione in modo diverso secondo le priorità legate alle disuguaglianze ritenute significative.
INDICATORE	Aumentare le capacità di salute comunitarie rispetto ai gruppi con maggiore iniquità rilevata - maggiore conoscenza
	• Formula: Utilizzo di uno strumento di indagine ad hoc • Standard Almeno una rilevazione prima della fine del piano • Fonte Sistema di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento e indagine ad hoc

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



4.6 PL16 Ridurre la frequenza delle malattie trasmissibili: strategie e interventi di prevenzione, sorveglianza e controllo

4.6.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL16
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Anna Tosti
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO6 Malattie infettive prioritarie
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO6-01 Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita - MO6-02 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile - MO6-03 Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi) - MO6-04 Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti) in particolare con riferimento all'integrazione vaccino HPV screening. - MO6-05 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) - MO6-06 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole - MO6-07 Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive - MO6-08 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C) - MO6-12 Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da vettori e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti (ivi compresi i servizi SIAN, SIAOA e ospedalieri)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	- MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti - MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano - MO6-16 Monitorare i punti d'entrata ad alto rischio di nuove specie invasive di vettori. - MO6-17 Monitorare l'insorgenza di resistenze agli insetticidi nei vettori - MO6-18 Consolidamento dei sistemi di sorveglianza: - sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta (PFA) - sorveglianza ambientale - MO6-19 Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST (es. Clamidia, Gonorrea, etc.) sulla popolazione - MO6-20 Incrementare e favorire strategie parallele, secondo il modello fondato sui CBVCT*, che promuovano l'esecuzione del Test HIV e del counseling nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari - MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST - MO6-22 Adesione alle Linee Guida e alla normativa vigente per l'attuazione dello screening per HIV, per le altre malattie a trasmissione sessuale (HBV, Sifilide, HCV) e del complesso Torch all'inizio della gravidanza - MO6-23 PrEP - concepire e realizzare protocolli dedicati seguendo le Linee Guida vigenti, su popolazioni adeguatamente selezionate
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO6LSa Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e integrazione delle fonti - MO6LSb Coordinamento e integrazione tra diversi livelli istituzionali nella attuazione di interventi di prevenzione, nel periodico ritorno informativo a tutti i livelli e nel monitoraggio sistematico - MO6LSe Rafforzamento della capacità di risposta alle emergenze infettive - MO6LSf Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e integrazione delle fonti - MO6LSg Offerta dei test HCV, HBV e HIV alle popolazioni a rischio e della vaccinazione anti HBV - MO6LSm Diffusione di materiale informativo/divulgativo sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti su sito web - MO6LSn Istituzione di un laboratorio di riferimento regionale per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano o attivazione di una convenzione con un laboratorio di riferimento di un'altra Regione/PA - MO6LSo Applicazione di Piani di sorveglianza e risposta alle malattie trasmesse da vettori - MO6LSp Predisposizione di raccomandazioni per il monitoraggio dei

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	punti d'entrata ad alto rischio - MO6LSq Predisposizione di raccomandazioni per il monitoraggio dell'insorgenza di resistenze agli insetticidi nei vettori - MO6LSr Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e di laboratorio e integrazione delle fonti - MO6LSs Offerta dei test di screening delle IST sulla popolazione target - MO6LSst Mappatura e monitoraggio dell'attivazione di iniziative CBVCT rivolti a popolazioni target - MO6LSu Promozione di interventi sui comportamenti: comprendono azioni sui comportamenti a rischio (esercizio consapevole della sessualità, miglioramento dell'adesione alla terapia, corretto uso del profilattico maschile e femminile, counseling) - MO6LSv Promozione dei protocolli gestionali multidisciplinari specifici attraverso gli strumenti e i canali ritenuti idonei - MO6LSc Promozione della immunizzazione attiva - MO6LSd Comunicazione del rischio per la popolazione generale e specifici sottogruppi - MO6LSw Interventi farmacologici: strategie di prevenzione basate sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali (PrEP, PEP, TasP, terapia per prevenire la trasmissione materno-fetale)
LEA	- A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse - A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse - A03 Vaccinazioni - A04 Medicina del viaggiatore - A05 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - Art. 24 Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie

4.6.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed analisi di contesto

PROFILO DI SALUTE ED EQUITÀ

Le malattie trasmissibili in Umbria

Le emergenze infettive che si sono verificate in Italia negli ultimi anni - dalla pandemia da SARS Cov-2 tuttora in corso, all'influenza pandemica, alle epidemie ricorrenti di morbillo, all'epidemia da virus Ebola, ai casi di malattie trasmissibili costantemente presenti e spesso con decorso "cronico" come l'infezione da HIV, le epatiti B e C, la Tubercolosi - rendono necessaria l'adozione di specifici protocolli di prevenzione e controllo che tengono conto non più soltanto del contesto regionale o nazionale, ma anche di quello internazionale. La globalizzazione, la rapidità e l'aumento degli spostamenti, insieme ai cambiamenti climatici hanno, peraltro, favorito il rapido diffondersi di patologie anche poco conosciute trasmesse da diversi tipi di animali e da insetti vettori e, pertanto, è sempre più necessaria anche la condivisione delle conoscenze tra i settori medico e veterinario e la promozione di collaborazioni

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



e integrazioni per definire strategie di intervento integrate e “OneHealth”. L’analisi dell’andamento epidemiologico delle più importanti malattie infettive negli ultimi anni, se si valuta separatamente la riduzione di quelle a trasmissione aerea nel 2020 e 2021, nel corso pandemia da Sars Cov-2 Umbria grazie all’utilizzo delle precauzioni standard, evidenzia un andamento abbastanza costante negli ultimi anni. In Umbria l’epidemia di morbillo del 2016/2017, nonostante gli elevati tassi di copertura vaccinale, ha visto il verificarsi nei due anni citati, di 103 casi notificati, con un maggior numero di casi nella classe di età 35-44 anni e diversi contagi anche fra gli operatori sanitari. Nel 2018 e nel 2019 sono stati notificati rispettivamente 12 e 10 casi, mentre nell’ultimo anno e mezzo non si sono avute segnalazioni.

Per quanto concerne le malattie batteriche invasive, nel corso degli quattro ultimi anni il dato delle notifiche è rimasto pressoché costante: i casi di MIB da pneumococco sono riferiti sempre a classi di età più avanzate e sono sempre meno i casi nei quali l’agente batterico non è stato identificato, anche se ancora sono ancora presenti difficoltà nella tipizzazione dei meningococchi.

Le nuove infezioni da HIV, il cui andamento viene valutato grazie al contributo scientifico dell’Università di Perugia (Malattie Infettive), sono state in media 55 ogni anno dal 2011 al 2017, quindi 42 nel 2018 e 40 nel 2019: l’infezione è sempre più presente nel sesso maschile (75% M e 25% F nel 2019), l’età mediana risulta in decremento, mentre il trend risulta stazionario fino al 2018 per quanto riguarda la nazionalità con un maggior numero di casi negli italiani, oscillanti fra il 60% e il 70%. Da più di 10 anni la maggior parte dei casi di infezione riporta come modalità di trasmissione rapporti eterosessuali o omo-bisessuali e sempre minore è il numero dei casi riferiti all’uso di droghe.

Il 23% dei casi di infezione da HIV, nel 2019, aveva più di 50 anni e, a conferma della carenza della percezione del rischio, il motivo del test è riferito soprattutto alla presenza di sintomi: conseguentemente, l’infezione è stata diagnosticata, nel 20% dei casi riferiti al 2019, in presenza di patologie già definienti AIDS.

In analogia a quanto avviene nel resto del Paese, l’incidenza della Tubercolosi si è mantenuta bassa, ma fino al 2017 è stata pressoché costante con una media di 60/65 casi notificati ogni anno, con una tendenza alla diminuzione dal 2018, fino ad arrivare ai 22 casi nel 2020; tuttavia è sempre rimasta alta l’incidenza nei residenti stranieri (il numero dei casi nei cittadini italiani e stranieri è pressoché uguale), sia per i casi di tubercolosi polmonare che di extrapulmonare.

Quanto alle epatiti, in passato si sono verificati cluster epidemici di epatite A, legati al consumo di frutti di bosco surgelati nel 2013/2014, quindi, dal 2015 al 2018, sono stati segnalati in Umbria 67 casi di malattia - 7 nelle donne e 60 negli uomini - di cui alcuni presumibilmente legati ai cluster di infezione verificatisi soprattutto tra gli uomini omosessuali, tra febbraio 2016 e febbraio 2017, in 13 Paesi europei, tra cui l’Italia.

Quanto all’epatite C, negli ultimi 3 anni risultano notificati in Umbria, solo 1 caso nel 2018 e 3 nel 2019. Nel 2019, in Italia sono stati segnalati 40 nuovi casi di epatite C acuta, mentre nel 2020 risultano 19 nuovi casi con un’incidenza di 0,04 casi per 100.000 abitanti, in diminuzione rispetto a quella del 2019. L’esposizione nosocomiale rappresenta il principale fattore di rischio (42,1%), il secondo fattore per frequenza di casi è il ricorso a trattamenti estetici (come manicure, piercing e tatuaggi) (42,1%) seguito dall’assunzione di droghe per via parenterale (riportato dal 23,5% dei casi). Il 21,4% dei casi ha un convivente HCV positivo; in calo la percentuale di casi che riporta una esposizione sessuale, intesa come partner sessuali multipli o mancato uso del profilattico in corso di rapporti occasionali (5,6% dei casi rispetto ai 30,6% dell’anno precedente).

Quanto alle arbovirosi soggette a sorveglianza speciale come Chikungunya, Dengue, Zika, West Nile, Usutu, Encefalite da zecca (Tbe) e le infezioni neuro-invasive da virus Toscana, in Umbria non sono stati segnalati casi, ma, considerata la situazione nazionale e internazionale sarà opportuno ipotizzare strategie di intervento integrate e “OneHealth” mirate a fronteggiarle. Infatti, in Italia, dal 1 gennaio al 30 settembre 2020 sono stati rilevati:

- 3 casi confermati di Chikungunya
- 21 casi confermati di infezione neuro-invasiva - TBE
- 3 casi confermati di Zika
- 30 casi confermati di Dengue
- 36 casi confermati di Toscana Virus
- 68 casi umani confermati di infezione da West Nile Virus (WNV)



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

- Nello stesso periodo è stato segnalato il primo caso di Usutu virus nella forma neuroinvasiva.

Pur non avendo avuto segnalazione di casi in Umbria, la malattia da West Nile virus è endemica negli animali anche in territori confinanti con l'Umbria e questo comporta la gestione di un piano per la sorveglianza dei casi umana e veterinari oltre che entomologica.

Separatamente sarà affrontato, nel PP 10, il problema delle infezioni resistenti agli antibiotici e delle Infezioni Correlate all'assistenza.

Contesto

Il programma già previsto nel precedente PRP prevedeva un miglioramento della sorveglianza attraverso l'utilizzo di un nuovo sistema di notifica, valutando diverse possibilità. L'emergenza legata alla pandemia ha "rallentato" la decisione sull'alternativa da acquisire rispetto al sistema attualmente in uso collegato alla piattaforma utilizzata in Umbria per le notifiche, alla quale i medici umbri già accedono agevolmente attraverso i siti web delle Aziende USL. Pertanto è attualmente in corso il previsto studio di fattibilità, con una valutazione comparativa delle diverse possibilità, compresa l'eventuale acquisizione del "PREMAL" o di un sistema in riuso prodotto da altre Regioni, al fine di acquisire un sistema di sorveglianza efficace che faciliti le segnalazioni da parte degli operatori sanitari e permetta azioni preventive da parte della Sanità Pubblica più tempestive ed efficaci.

Il cambiamento delle condizioni climatiche ed ambientali registrato a livello globale negli ultimi decenni ha fortemente influenzato la diffusione delle malattie infettive trasmesse da vettori.

Per monitorare adeguatamente la circolazione di queste infezioni nel territorio regionale umbro è necessario implementare una sorveglianza integrata, entomologica, veterinaria ed umana (come suggerito dal Piano Nazionale Integrato di Sorveglianza della West Nile e dal Piano Nazionale di Sorveglianza e risposta alle Arbovirosi trasmesse da zanzare invasive). L'approccio integrato avrà l'obiettivo di rilevare precocemente la circolazione di virus patogeni e dei vettori che li trasmettono.

L'andamento dei casi di TBC e HIV viene regolarmente seguito con la collaborazione (ratificata da un protocollo operativo) dell'Università di Perugia, attraverso la Clinica delle Malattie Infettive, così come i casi di Paralisi Flaccida acuta vengono indagati ormai da tempo, anche se con un parziale rallentamento negli ultimi due anni, dal Laboratorio di Virologia della stessa Università. Sempre l'ambulatorio di Malattie infettive presso l'Az. Ospedaliera di Perugia ha attivato l'offerta di PrEP (Profilassi Post Esposizione), PEP (protocollo SIRHO), TasP.

L'attività di informazione per la prevenzione delle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) nei confronti dei giovani viene realizzata nelle 2 ASL nei Consultori Giovani, ma si prevede di monitorare e migliorare tali servizi.

Relativamente alle attività di prevenzione vaccinale, va innanzitutto ricordato l'Umbria ha sempre registrato, nel corso degli ultimi anni, coperture vaccinali al di sopra della media nazionale, grazie ad una continua valutazione della qualità del servizio offerto.

Il "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019" è stato recepito dalla Giunta regionale con deliberazione n. 274/2017 e successivamente, con delibera n. 344/2018 ha dato indicazioni operative per l'attuazione in Umbria del PNPV 2017/2019 e per l'aggiornamento del "Protocollo regionale vaccinazioni" vigente. All'approvazione della legge 119/2017 sono seguite quindi, in tutto il territorio regionale, azioni di recupero degli inadempienti finalizzate soprattutto all'accesso scolastico, che hanno portato ad un notevole incremento delle coperture vaccinali già registrate ogni anno alla scadenza del 31 dicembre. Ogni anno infatti vengono ricalcolati i dati delle coperture vaccinali (su 100 residenti) a 24 mesi di età e sono aggiornate quelle raggiunte nei bambini di 3 e 4 anni, eventualmente dovute a ritardi nella somministrazione. Grazie all'anagrafe vaccinale informatizzata, è stato possibile provvedere all'invio delle certificazioni prima dell'accesso alle scuole al fine di facilitare le famiglie dei vaccinati.

Tra le attività salienti degli ultimi anni, anche in attuazione del precedente PRP è compreso anche un percorso di valutazione di qualità dei Servizi vaccinali che ha visto la realizzazione, a partire dal 2018, di Attività di Audit interno nei Distretti delle due Az. USL, per verificare l'attuazione dello specifico protocollo regionale.

Dai dati di copertura registrati annualmente (al 31.12 degli anni 2016,2017,2018,2019, per i nati dal 2014 al 2017) nonché gli incrementi relativi al vaccino antipolio contenuto nella vaccinazione esavalente e per quello contro il morbillo, emerge come per quest'ultimo si è avuto l'incremento maggiore e, comunque, tutti i nati dal 2014 al 2017

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



sono coperti per più del 95%. Le coperture vaccinali a 24 mesi, rilevate al 31.12.2019 sono state, per le vaccinazioni “obbligatorie”, tutte superiori al 95%, con lievi differenze a livello territoriale.

Per rendere più agevole la trasmissione dei dati all’Anagrafe Nazionale Vaccini e per acquisire ulteriori funzioni utili al governo del processo vaccinale nel suo insieme (appuntamenti, registrazione, produzione di report per la valutazione delle attività, ecc.) è stata quindi allineata l’anagrafe vaccinale con quella sanitaria, ed è stato acquisito, in riuso, un nuovo sistema gestionale al quale verrà data la possibilità di accesso anche a MMG e PLS, che è stato utilizzato immediatamente per la gestione delle vaccinazioni anti CoV-Sars-2.

Con il verificarsi della pandemia da Sars-CoV-2, all’interno delle indicazioni contenute nel “Piano Gestione Attività territoriali Emergenza Coronavirus” è stata rimodulata l’attività dei Servizi vaccinali, garantendo inizialmente il mantenimento della chiamata attiva per le vaccinazioni essenziali (Esavalente + 1 Prevenar + 1 Rotavirus, 2 Esavalente + 2 Prevenar + 2 Rotavirus, 1 – 2 e 3 MENB, MPRV + MENC, MEN4 C nella coorte degli undicenni). Successivamente, per evitare che una prolungata riduzione delle vaccinazioni potesse provocare un aumento di suscettibili e un maggior rischio di diffusione di malattie infettive prevenibili con vaccino, è stato necessario riprogrammare l’attività dei servizi vaccinali, alla luce dello scenario epidemiologico connesso all’epidemia di Sars-CoV2 e, a partire dalla seconda metà di giugno 2020 (prima con DGR n. 374 del 13/05/2020 “Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 2” e quindi con DGR n. 467 del 10/06/2020 “Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 3”) sono state date disposizioni riguardo alla ripresa di diverse attività sanitarie, tra le quali anche quelle relative alle vaccinazioni.

Ogni azienda Sanitaria ha pertanto elaborato un piano d’azione ad hoc per il recupero delle dosi di vaccini non somministrate a causa della emergenza epidemica, prevedendo gli inviti vaccinali per il recupero delle dosi di vaccino non somministrate nel periodo interessato alla sospensione e il piano di recupero impostato dalle Aziende territoriali ha permesso il riallineamento quasi totale dei target di copertura dell’anno 2020.

Dalla rilevazione (integrata al 15.06.2021) infatti è emerso come il livello di copertura raggiunga, nelle quasi totalità delle tipologie vaccinali, valori superiori al 95%.

Anche i dati di copertura per HPV, aggiornati al 15.06.21, comprensivi dei recuperi delle somministrazioni non eseguite nel 2020 evidenziano come, sia per le femmine che per i maschi, sebbene si registri una flessione di circa tre punti percentuali, si avvicinino molto a quelle registrate per la coorte precedente e, presumibilmente, siano ancora sopra la media del Paese.

Preso atto del riavvio delle attività routinarie dei servizi vaccinali la Giunta regionale, con DGR 531 del 09/06/2021 ha quindi dato indicazione alle Az. USL di provvedere, entro l’ultimo semestre del 2021 a predisporre quanto necessario per dare piena attuazione al Piano Vaccini Nazionale e, quindi per avviare:

- l’offerta attiva e gratuita, con invito alla somministrazione, per la vaccinazione contro l’Herpes Zoster alla coorte dei 65enni (partendo dalla coorte 1956 nel 2021) e nelle categorie a rischio previste dal PNPV, mantenendo la gratuità per le coorti degli aventi diritto per le quali è stata comunque già offerta gratuitamente, su richiesta, dopo il recepimento del PNPV
- l’offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti HPV alle ragazze di 25 anni, non vaccinate in precedenza, in occasione della prima chiamata per lo screening del tumore del collo dell’utero;
- l’offerta attiva e gratuita del vaccino anti HPV alle donne con storia documentata di lesioni da HPV recentemente trattate, in tutte le occasioni utili di contatto con il servizio sanitario regionale, fino all’età di 64 anni.

Quanto alla vaccinazione antinfluenzale che, nell’attuale contesto epidemiologico, assume una indubbia rilevanza, emerge come il dato regionale standardizzato su 100 abitanti, collochi la Regione Umbria di 3,2 punti sopra la media nazionale. Nello specifico considerato un dato complessivo di 232765 vaccinazioni, il 7.7% della popolazione vaccinata è rappresentata dagli under 45. I dati relativi alle dosi somministrate e alle coperture raggiunte nella campagna 2020/2021 soprariportati sono decisamente migliori di quelli dell’anno precedente con coperture negli anziani e nel complesso della popolazione decisamente superiori alla media nazionale (dati pubblicati dal Ministero della Salute), anche se ancora sono migliorabili le coperture nelle fasce di età più giovani. Nello specifico, l’incremento rilevato è circa il 2.7% nella fascia 6 mesi – 64 anni e addirittura il 13% nella fascia over 65 (considerata la più vulnerabile) essendo passati da un 64% ad un 77.4%.



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

4.6.3 Scheda di programma

4.6.3.1 Descrizione dal PNP

Il programma comprende linee strategiche di intervento, obiettivi ed attività che permetteranno la prosecuzione del percorso già avviato con il precedente PRP. Alla base di tutti gli interventi persiste la necessità di disporre di un sistema di sorveglianza che permetta di seguire l'andamento epidemiologico delle malattie trasmissibili e di mettere a disposizione delle Aziende strumenti informativi adeguati e tempestivi che consentano la realizzazione efficace e rapida degli interventi di prevenzione e controllo. Peraltro è indispensabile rispondere ai debiti informativi verso il livello nazionale e rendere interoperabili i diversi sistemi che gestiscono segnalazioni, sorveglianze speciali, reti dei laboratori, vaccinazioni, screening. Elaborare Piani di preparazione e risposta nei confronti delle nuove malattie diventa poi fondamentale, e l'emergenza legata alla pandemia lo ha dimostrato, quando gli interventi da mettere in campo coinvolgono tutto il sistema sanitario nel suo complesso, presuppongono un cambiamento nel modo di lavorare dei Servizi di Prevenzione e creano difficoltà anche allo svolgimento delle attività di prevenzione e cura routinarie.

Il **sistema di notifica** delle malattie infettive in uso è datato e le schede di segnalazione in alcuni casi non sono più adeguate; il Ministero della Salute sta dismettendo il Sistema SIMID e propone nuove modalità di acquisizione delle notifiche di malattie infettive, adottando come unico sistema il PREMAL, già ratificato da un'intesa in Conferenza Stato Regioni, al quale le Regioni dovranno uniformarsi rapidamente. Pertanto non si ritiene più conveniente apportare modifiche all'esistente per renderlo conforme al PREMAL, ma è stato attivato uno studio di fattibilità, con valutazione comparativa di diverse possibilità, comprese l'acquisizione o del "PREMAL" proposto dal Ministero della Salute o di un sistema in riuso prodotto da altre Regioni.

Si intende acquisire uno strumento che mantenga la possibilità per i medici di inserire con facilità le segnalazioni dei casi sospetti sulla piattaforma alla quale già accedono agevolmente attraverso i siti web delle Aziende USL, permettendo alla Sanità pubblica di notificare tempestivamente le malattie e adottare gli interventi del caso. La pandemia ha "rallentato" la decisione sull'alternativa da acquisire rispetto al sistema in uso, ma entro il primo trimestre del 2022 dovrà essere acquisito il nuovo sistema e avviata la formazione degli operatori della Sanità Pubblica per la gestione delle notifiche; saranno quindi organizzati corsi per MMG, PLS, Medici ospedalieri/Dir. Sanitarie e Laboratori, sulle modalità di segnalazione e di collegamento con i servizi ISP.

È necessario peraltro considerare anche i **Sistemi di sorveglianza speciali**, attivati da Ministero della Salute e ISS (Vedi DPCM 3 marzo 2017), per malattie batteriche invasive-MIB, morbillo e rosolia, epatiti virali, HIV e AIDS, malattie da vettori, MTA, legionellosi ecc., che costituiscono fonti di informazioni più ricche e specifiche, utilissime per gli interventi di sanità pubblica; le suddette patologie diffuse a volte comportano l'ospedalizzazione e promuovere l'adesione da parte degli Ospedali, dei MMG e dei PLS a queste sorveglianze è difficile, in quanto vengono spesso considerate oneri aggiuntivi alle attività di cura, già di per sé impegnative. Quanto all'HIV e alla TBC fondamentale è stato, negli ultimi anni, il supporto dell'Università di Perugia che ha raccolto, inviato all'ISS ed elaborato i dati sulle nuove diagnosi di infezione da HIV, ne ha studiato l'andamento insieme a quello della malattia tubercolare nel territorio umbro. Comprendere l'importanza delle informazioni indispensabili per svolgere interventi preventivi, così come la tipizzazione di alcuni agenti infettanti, per studiarne l'andamento epidemiologico e ridurre i casi è fondamentale e quindi verranno programmati corsi di formazione specifici, per tutti gli operatori sanitari interessati, da realizzare periodicamente a partire dal secondo semestre 2022.

Ugualmente dovranno essere verificati periodicamente l'attualità e il funzionamento di **procedure/protocolli aziendali** già attivi per la risposta ad emergenze di tipo infettivo, anche sulla base delle pregresse o delle più attuali esperienze (MIB, Ebola, Pandemia) provvedendo ad adeguare e/o uniformare le procedure, ove necessario. Sulla base delle ricognizioni e delle valutazioni che verranno fatte entro il 2023, potranno eventualmente essere condivise nuove linee di indirizzo regionali (entro il 2024) che dovranno essere acquisite con Atti aziendali di implementazione/aggiornamento procedure/protocolli.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Una volta approvato il nuovo **Piano Pandemico regionale** dovranno essere attivati Simulazioni/moduli formativi annuali a partire dal 2022, ai quali saranno affiancati, da parte delle Aziende, Corsi di informazione su eventuali nuovi protocolli/procedure adottati.

Quanto alle **malattie infettive croniche o di lunga durata**, una attenzione particolare si ritiene necessaria per tentare di ridurre l'incidenza della *Tubercolosi* che, pur essendo guaribile, continua a circolare anche in Umbria, seppure con una tendenza alla diminuzione dal 2018, fino ad arrivare ai 22 casi nel 2020; tuttavia è sempre rimasta alta l'incidenza nei residenti stranieri (il numero dei casi nei cittadini italiani e stranieri è pressoché uguale) sia per i casi di tubercolosi polmonare che di extrapolmonare. Si ritiene pertanto indispensabile che le diverse le strutture sanitarie e gli operatori che entrano in contatto con i singoli casi di TBC o di Infezioni Tubercolari Latenti, collaborino ridefinire un Protocollo specifico per la prevenzione, la diagnosi precoce, il trattamento dei casi entro il 2024. Saranno anche definite strategie di comunicazione adeguate e interventi informativi da realizzare a partire dal 2023, per ridurre i contagi nella popolazione più fragile.

Fondamentale inoltre sarà potenziare l'offerta dei test per le malattie infettive croniche o di lunga durata: HCV (alle categorie di popolazione individuate dal decreto del 2021), HBV e HIV (con la collaborazione delle Associazioni attive sul territorio Umbro) e offrire il vaccino anti HBV ai suscettibili a rischio al fine di ridurre i rischi di trasmissione.

Il cambiamento delle condizioni climatiche ed ambientali registrato a livello globale negli ultimi anni sta fortemente influenzando la diffusione delle malattie infettive **trasmesse da vettori** e l'Italia, come dimostrano i dati rilevati nel 2020, non è affatto indenne da queste malattie. Per monitorare adeguatamente la circolazione di queste infezioni è pertanto indispensabile attivare la sorveglianza integrata, entomologica, veterinaria ed umana per rilevare precocemente la circolazione di virus patogeni, dei vettori che li trasmettono e quindi attivare interventi di contenimento. La Giunta regionale ha recepito il Piano Nazionale Integrato di Sorveglianza della West Nile e dal Piano Nazionale di Sorveglianza e risposta alle Arbovirosi sulla base dei quali verrà attivato il Tavolo Tecnico regionale entro il primo trimestre 2022, per definire il programma regionale entro il 2023. Le Az. USL predisporranno protocolli operativi di sorveglianza e risposta entro il 1° semestre 2024, condividendoli tra i diversi servizi interni al DIP, le altre strutture della Azienda USL (servizi e ambulatori territoriali, MMG e PLS), le Az. Ospedaliere o gli altri soggetti esterni al SSR (comuni, IZS, ecc.).

Quanto alle malattie trasmesse da alimenti – **infezioni e tossinfezioni alimentari** – risultano ancora difficoltà, soprattutto nella collaborazione fra le diverse strutture del SSR e i diversi Servizi interessati e verranno trattate nel vedi PL 13.

Quanto alla **prevenzione vaccinale**, in Umbria negli ultimi anni si sono ottenute coperture vaccinali al di sopra della media nazionale, grazie anche ad una continua valutazione della qualità del servizio offerto. Il PNPV 2017-2019" è stato recepito dalla Giunta regionale con deliberazione n. 274/2017 che successivamente, con delibera n. 344/2018 ha dato indicazioni operative per l'attuazione in Umbria del PNPV 2017/2019 e per l'aggiornamento del "Protocollo regionale vaccinazioni". Dopo la legge 119/2017 sono state attivate azioni di recupero degli inadempienti che hanno portato ad un notevole incremento delle coperture vaccinali già registrate negli anni precedenti alla scadenza del 31 dicembre. Grazie all'anagrafe vaccinale informatizzata, collegata con quella sanitari, è stato possibile provvedere all'invio delle certificazioni prima dell'accesso alle scuole al fine di facilitare le famiglie dei vaccinati.

Tra le attività salienti concretizzate, anche in attuazione del precedente PRP, il percorso di **valutazione di qualità dei Servizi vaccinali** che ha visto la realizzazione, a partire dal 2018, di Attività di Audit interno in tutti i Distretti delle due Az. USL, al verificare l'attuazione dello specifico protocollo regionale e delle relative procedure aziendali.

Con delibera n. 531/2021 la Giunta Regionale ha approvato la sostituzione del vaccino monovalente contro il Meningococco C con il quadrivalente ACWY nei nuovi nati, l'offerta attiva della vaccinazione contro l'Herpes Zoster ai 65enni e agli affetti da specifiche patologie, nonché la vaccinazione contro il Papillomavirus alle ragazze mai vaccinate che accedono allo screening e alle donne recentemente trattate per lesioni da HPV (ovviamente prevedendo l'interoperabilità dei S.I. malattie infettive, screening e vaccinazioni).

Le attività di sanità pubblica (Contact tracing, sorveglianza di casi e dei contatti, esecuzione dei tamponi) svolte dai DIP e dai Distretti, nonché l'organizzazione dei punti vaccinali per la somministrazione dei vaccini contro il coronavirus, non hanno più permesso le periodiche attività di **formazione continua** "a sostegno" del lavoro dei sanitari che operano nei servizi vaccinali; al fine di continuare ad assicurare elevati standard qualitativi dei Servizi,



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

oltre ad un aggiornamento sulle integrazioni al protocollo vaccinale regionale, dovranno essere realizzati specifici corsi per gli operatori e i PLS, con particolare attenzione al counseling.

Questo processo continuo, insieme ad una campagna per mantenere l'interesse alla vaccinazione nella popolazione generale dovrebbe contribuire a mantenere al 95% le coperture vaccinali nei bambini di 24 mesi di età già raggiunte nel 2020 per esavalente e morbillo, incrementare quelle per meningococco C e B e pneumococco, migliorare le coperture per HPV ed implementare gradualmente quella per Herpes Zoster a partire dal 2022

Per la popolazione adulta si individuano interventi di promozione della adesione consapevole in due target specifici: **donne in età fertile e operatori sanitari**. Si prevede di attivare una campagna informativa, da veicolare anche attraverso i MMG, con la collaborazione di specialisti e Ostetriche, rivolta alle donne sulle vaccinazioni (DTPa) da effettuare prima, durante e dopo la gravidanza, al momento del primo accesso allo screening o dopo i trattamenti chirurgici per lesioni provocate da HPV.

Fondamentale sarà l'attivazione, nelle Az. Sanitarie (USL e A. Ospedaliere) una campagna di promozione delle vaccinazioni con l'offerta diretta agli operatori sanitari non immunizzati delle vaccinazioni contro influenza, morbillo, parotite, rosolia e varicella, epatite B, con particolare attenzione a coloro che lavorano in Strutture/Reparti dove sono assistiti soggetti fragili e a rischio.

Le persone che hanno **comportamenti o attività lavorative a rischio** o già affette da specifiche patologie spesso non conoscono le opportunità dell'offerta vaccinale e possono essere raggiunte (senza ledere il diritto alla privacy) solo dai propri medici curanti. La maggior parte di queste persone sono ben identificabili tra le categorie individuate per la vaccinazione contro il COVID-19 e nelle coorti oggetto dello screening per l'epatite C. Disponendo già di un denominatore per patologia sarà possibile indicare ai medici l'elenco degli assistiti per le quali si chiederà di proporre attivamente le diverse vaccinazioni e di inviare i propri assistiti ai Servizi vaccinali, o di somministrarle direttamente (per influenza, pneumococco, COVID-19).

In questo momento in cui l'attenzione sulle malattie infettive si è riaccesa a seguito del COVID_19, verrà progettato un nuovo **sistema di comunicazione istituzionale** sulla prevenzione del rischio da Malattie infettive (Sezione dedicata in piattaforma/sito istituzionale dedicato alla prevenzione) e sulla One Health, attivando, con la collaborazione del CERSAG, uno specifico gruppo di lavoro con esperti in comunicazione.

Alla luce di quanto previsto dal PNP 2020-2025, degli obiettivi conseguiti e delle criticità emerse dalla realizzazione dei progetti previsti dal precedente piano, tenendo in considerazione degli obiettivi specifici previsti, per l'attuazione del presente Programma a livello regionale sono da promuovere le azioni/interventi sopra accennate e descritte nella specifica sezione laddove sono anche declinate le attività di cui si compongono.

In merito all'equità per lo specifico programma partendo dall'analisi del profilo di salute e di equità e dall'analisi di contesto emerge la necessità di promuovere la seguente azione: "Rendere più efficace la promozione delle vaccinazioni per i soggetti con comportamenti a rischio al fine di aumentare le coperture vaccinali per epatite B e HPV. Tutto ciò al fine di sostenere la promozione della salute e la prevenzione caratterizzate da un'esplicita attenzione al contrasto delle disuguaglianze emerse. E' obiettivo strategico migliorare la disponibilità di dati aggiornati per le diverse variabili per evidenziare tutte le possibili disuguaglianze per orientare gli interventi e le azioni.

Alla luce di quanto previsto dal PNP, degli obiettivi conseguiti e delle criticità emerse dalla realizzazione dei progetti previsti dal precedente piano, tenendo in considerazione degli obiettivi specifici previsti per l'attuazione del programma "PL- Ridurre la frequenza delle Malattie Trasmissibili: strategie e interventi per prevenzione, sorveglianza e controllo." a livello regionale saranno promosse le seguenti AZIONI declinate in una serie di specifiche attività.

AZIONI

AZIONE 1- ADEGUARE IL SISTEMA DI NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE E PROGRAMMARE LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI COINVOLTI

AZIONE 2 – PREDISPORRE UN PROGRAMMA FORMATIVO PER GLI OPERATORI SANITARI SULLE MALATTIE INFETTIVE POCO CONOSCIUTE O CHE COINVOLGONO GRUPPI DI POPOLAZIONE A RISCHIO E SULLA ONE-HEALTH, NONCHÉ UN PIANO DI COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE RIVOLTO ALLA POPOLAZIONE, AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



AZIONE 3 – REALIZZARE ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE, SUPPORTO E SCREENING CON PARTICOLARE ATTENZIONE AD ALCUNE CATEGORIE DI POPOLAZIONE (GIOVANI) SU MALATTIE INFETTIVE CRONICHE O DI LUNGA DURATA

AZIONE 4 – ASSICURARE ELEVATI STANDARD QUALITATIVI DEI SERVIZI VACCINALI E RIDURRE I SUSCETTIBILI PER LE MALATTIE PER LE QUALI ESISTE UN VACCINO EFFICACE

AZIONE 5 - REALIZZARE INTERVENTI PER SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ARBOVIROSI

AZIONE 6 – PARALISI FLACCIDE ACUTE: CONSOLIDAMENTO DELLA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E DI LABORATORIO E INTEGRAZIONE DELLE FONTI

AZIONE 7 – MAPPATURA E MONITORAGGIO DELL'ATTIVAZIONE DI INIZIATIVE CBVCT RIVOLTI A POPOLAZIONI TARGET (vedi anche PP4)

AZIONE 8 – ATTIVARE PIANI E PROTOCOLLI DI RISPOSTA PER LE DIVERSE PATOLOGIE E PREDISPORRE UN ADEGUATO PIANO FORMATIVO DEL PERSONALE SANITARIO E DI INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE

AZIONE 9 – INTEGRAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA TBC

AZIONE 10 - REALIZZARE ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE, SUPPORTO E SCREENING CON PARTICOLARE ATTENZIONE AD ALCUNE CATEGORIE DI POPOLAZIONE SU MALATTIE INFETTIVE CRONICHE O DI LUNGA DURATA (HCV)

AZIONE 11 – ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE, SUPPORTO E SCREENING PER LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV

AZIONE 12 – AZIONE EQUITY- RENDERE PIU' EFFICACE LA PROMOZIONE DELLE VACCINAZIONI PER I SOGGETTI CON COMPORTAMENTI A RISCHIO AL FINE DI AUMENTARE LE COPERTURE VACCINALI PER EPATITE B E HPV

CRONOGRAMMA

Attività					
AZIONE 1 - ADEGUARE IL SISTEMA DI NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE E PROGRAMMARE LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI COINVOLTI	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Acquisire un nuovo Sistema di notifica per rendere sempre più agevole e completa la segnalazione da parte di MMG, PLS, medici ospedalieri, per aumentare le notifiche e mettere a disposizione tempestivamente le informazioni indispensabili all'attivazione di misure preventive e/o di contenimento svolte dai DIP. È in corso la valutazione comparativa delle diverse possibilità, compresa l'eventuale acquisizione del "PREMAL", che sortirà in Atto regionale entro il 31.03.22 (INDICATORE: proposta di atto regionale sul nuovo Sistema di notifica proposto entro il 31.03.2022)	Regione	X			
Programmare ed attivare: - Corso di formazione ECM per operatori della Sanità Pubblica entro maggio 2022 sull'utilizzo del nuovo S.I. (compatibilmente con le attività legate alla Pandemia). - Corso di formazione sulle modalità di segnalazione al Servizio ISP competente per territorio dei casi sospetti di malattia trasmissibile, replicati in più moduli, per i sanitari che fanno diagnosi di casi - MMG, PLS, Medici ospedalieri/Dir. Sanitarie, Laboratoristi - entro il II semestre 2022	Regione	X			
Implementare il Nuovo sistema di sorveglianza nelle Aziende USL entro il 2022 e avviare la regolare trasmissione delle notifiche (INDICATORE: numero di casi sospetti di morbillo testati annualmente in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100 . Risultato atteso ≥ 80% (LEA)	Regione	X			
Organizzazione di Seminari monotematici realizzati annualmente a partire dal 2023 per gli attori operatori coinvolti nelle sorveglianze speciali (PS, Pediatrie, Malattie infettive, Pneumologie, ecc)	Regione		X	X	X
AZIONE 2 - PREDISPORRE UN PROGRAMMA FORMATIVO PER GLI	Responsabile	2022	2023	2024	2025

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



OPERATORI SANITARI SULLE MALATTIE INFETTIVE POCO CONOSCIUTE O CHE COINVOLGONO GRUPPI DI POPOLAZIONE A RISCHIO E SULLA ONE-HEALTH, NONCHÉ UN PIANO DI COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE RIVOLTO ALLA POPOLAZIONE					
Elaborare, col supporto del CERSAG, di un programma formativo/informativo per diffondere, tra gli operatori sanitari, consapevolezza e conoscenze sulla One-Health, su nuove malattie infettive e parassitarie non abbastanza conosciute o su infezioni prevenibili di cui non si parla più al fine di evitarne la diffusione, con particolare attenzione a categorie di persone a rischio (viaggiatori, migranti, allevatori, ecc..)	Regione, CERGAS	X			
Realizzazione dei corsi di formazione sulla one health entro il 2023 (vedi PL15) (INDICATORE: almeno 1 Corso di formazione sulla one health, sulle nuove malattie infettive e parassitarie, avvio dei corsi di formazione entro il primo semestre)	Regione		X	X	X
Attivazione di un gruppo di lavoro con gli specialisti delle Az. USL e delle Az. Ospedaliere, con la collaborazione del CERSAG per elaborare, entro il 2022, un nuovo Piano di comunicazione istituzionale rivolto alla popolazione (Sezione dedicata in piattaforma/sito istituzionale dedicato alla prevenzione) con particolare attenzione alla prevenzione delle “nuove” malattie trasmissibili e all’adesione consapevole ai programmi di prevenzione. (INDICATORE: - progettazione Piano di comunicazione nel 2022)	Regione	X			
Avvio della Campagna di comunicazione nel 2023, prosecuzione della Campagna nel 2024-2025			X	X	X
Realizzazione della campagna comunicativa a partire dal 2023	Regione		X		
AZIONE 3 – REALIZZARE ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE, SUPPORTO E SCREENING CON PARTICOLARE ATTENZIONE AD ALCUNE CATEGORIE DI POPOLAZIONE (GIOVANI) SU MALATTIE INFETTIVE CRONICHE O DI LUNGA DURATA	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Potenziamento degli interventi per giovani e utenti dei SerD: ascolto, informazione sui comportamenti a rischio (esercizio consapevole della sessualità, corretto uso del profilattico maschile e femminile, counseling) da realizzare all’interno dei Consultori Familiari nei Centri di salute	Regione				
Collaborazione degli operatori sanitari con altre agenzie/istituzioni su Progetti rivolti ad adolescenti e giovani adulti. In particolare con il Centro Servizi Giovani del Comune di Perugia per il Progetto regionale “Young Angles Umbria”- YAU previsto già dal precedente PRP	Regione				
Potenziamento del ruolo dei Consultori giovani tramite l’attivazione di una formazione specifica del personale sul counselling mirato alla specifica fascia di età a supporto anche di interventi di sensibilizzazione su HIV, AIDS e, in generale, IST, sulle misure di prevenzione e sui test disponibili.	Regione			X	
AZIONE 4 - ASSICURARE ELEVATI STANDARD QUALITATIVI DEI SERVIZI VACCINALI E RIDURRE I SUSCETTIBILI PER LE MALATTIE PER LE QUALI ESISTE UN VACCINO EFFICACE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Attivazione di corsi di formazione continua per tutti gli operatori dei servizi vaccinali e PLS, con particolare attenzione al counseling e alle novità in tema di vaccinazioni (INDICATORE: realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni	Regione		X	X	X

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



anno di vigenza del Piano, a partire dal 2023)					
Progettare ed attivare nel corso del 2023 una campagna per l'adesione consapevole alle vaccinazioni nella popolazione generale (vedi progetto "Comunicazione"), con particolare attenzione ai genitori dei nuovi nati, alle donne in gravidanza, ai giovani, agli operatori sanitari, dopo aver considerato le diverse modalità di accesso alle informazioni e i setting dove sono raggiungibili.	Regione		X		
INDICATORE 1: mantenere al 95% le coperture vaccinali già raggiunte nel 2020 per esavalente (Polio), Trivalente (Morbillo), incrementare quelle per meningococco C e B, pneumococco INDICATORE 2: migliorare le coperture per HPV ed implementare gradualmente quella per Herpes Zoster a partire dal 2022: 30% - 50%- 65%- 75%		X	X	X	X
Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita entro il 2024, offrendo attività supplementari di immunizzazione attiva e proponendo la vaccinazione in tutte le occasioni di contatto con il Servizio sanitario, anche con il supporto dei MMG e dei PLS ai quali verrà fatto conoscere lo stato vaccinale nei confronti del Morbillo dei propri assistiti nati dal 1975 al 2000 non vaccinati o che non hanno memoria della pregressa malattia	Regione			X	
Progettare e attivare una specifica campagna informativa a livello regionale, da veicolare attraverso i MMG, ma anche con la collaborazione degli Specialisti e delle Ostetriche, rivolta alle donne sulle vaccinazioni da effettuare prima, durante e dopo la gravidanza o dopo i trattamenti chirurgici per lesioni provocate da HPV (INDICATORE: % di donne vaccinate per DTPa in gravidanza nel 2024 , % donne trattate per carcinoma della CU vaccinate per HPV nel 2023)	Regione		X	X	
Attivazione, nelle Az. Sanitarie (USL e A. Ospedaliere) una campagna di promozione delle vaccinazioni con offerta attiva agli operatori sanitari non immunizzati delle vaccinazioni contro influenza, morbillo, parotite, rosolia e varicella, epatite B, con particolare attenzione a coloro che lavorano in Strutture/reparti dove sono assistiti i soggetti più fragili e a rischio (INDICATORI: - % operatori sanitari immuni per MPRV ed Ep.B nel 2024 - % annuale di operatori sanitari immunizzati annualmente contro l'influenza)	Regione			X	
Promuovere con maggiore efficacia le vaccinazioni per i soggetti a rischio per i quali il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale e il Protocollo regionale delle vaccinazioni prevede l'accesso ad alcune vaccinazioni con modalità di offerta attiva e gratuita (LEA) Le persone già affette da specifiche patologie, o appartenenti ad alcune categorie che hanno comportamenti o attività lavorative a rischio, o anziane possono avere difficoltà ad accedere ai Servizi vaccinali, né è possibile per problematiche legate, in alcuni casi, alla tutela dei dati personali, possono essere raggiunte solo dai propri medici di medicina generale, con i quali sarà indispensabile collaborare per poter fornire la prestazione vaccinale dovuta.	Regione	X	X	X	X
AZIONE 5 - REALIZZARE INTERVENTI PER SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ARBOVIROSI	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Definire/implementare protocolli operativi, da parte delle az. USL, per una adeguata attività di prevenzione, vigilanza e controllo realizzata	Regione, Dipartimenti di	Tavolo regional	Progrmma		



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

“in sinergia” per malattie veicolate da artropodi tra i diversi servizi interni al DIP, con altre strutture della Azienda USL (servizi e ambulatori territoriali, MMG) con Az. Ospedaliera o soggetti esterni al SSR: - attivazione Tavolo regionale con Enti/Istituzioni per elaborare indicazioni operative rispetto al “Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi nel 2022 - programma regionale “Arbovirosi” definito ed approvato dalla giunta Regionale entro il I semestre	Prevenzione delle Az. USL, IZSUM, Laboratori regionali di riferimento, ANCI.	e	definito ed approvato		
INDICATORE: protocolli operativi approvati con delibere Aziendali ed attivati entro il 1° semestre 2024				X	
AZIONE 6 – PARALISI FLACCIDE ACUTE: CONSOLIDAMENTO DELLA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E DI LABORATORIO E INTEGRAZIONE DELLE FONTI	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Incontri tra i referenti delle Az. Sanitarie per riconfermare il protocollo di collaborazione al Sistema di sorveglianza nazionale delle PFA, attraverso dal Laboratorio di Virologia della Sez. di Microbiologia dell’Università presso l’az. Ospedaliera di Perugia ed è collegato ai Presidi Ospedalieri e riavvio delle segnalazioni entro il II semestre 2022 (I NDICATORE: tasso di segnalazione annuale dei casi di PFA (in un anno il sistema nazionale di sorveglianza prevede almeno 1 caso di PFA non polio ogni 100.000 ragazzi con età inferiore a 15 anni) in incremento a partire dal 2022	Regione	X	X	X	X
Attivazione di un gruppo di lavoro interistituzionale, multidisciplinare per definire la modalità di costruzione di un sistema di sorveglianza ambientale sulle acque fognarie che preveda l’individuazione della struttura incaricata della raccolta dei campioni e di quella deputata alle analisi, dei siti di campionamento, la modalità e la frequenza della raccolta	Regione		X	X	
AZIONE 7 - MAPPATURA E MONITORAGGIO DELL’ATTIVAZIONE DI INIZIATIVE CBVCT RIVOLTI A POPOLAZIONI TARGET (vedi anche PP4).	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Costituzione di un gruppo di lavoro entro il 2022, per elaborare un progetto di collaborazione con le Associazioni (ANLAIDS - Unità di strada , Omphalos) al fine di Incrementare le conoscenze epidemiologiche sull’andamento dell’infezione da HIV con la collaborazione delle associazioni radicate e attive sul territorio umbro, che svolgono iniziative CBVCT: numero persone indirizzati ad eseguire lo screening e testate, numero positivi, numero positivi indirizzati ai test di conferma e presi in carico agli ambulatori di malattie infettive	Regione	X			
Elaborare un sistema di raccolta di dati condiviso informatizzato con garanzia di anonimato sull’offerta dei test per HIV da parte delle associazioni, al fine di raccogliere indicazioni utili alla conoscenza della diffusione dell’HIV	Regione		X		
AZIONE 8 - ATTIVARE PIANI E PROTOCOLLI DI RISPOSTA PER LE DIVERSE PATOLOGIE E PREDISPORRE UN ADEGUATO PIANO FORMATIVO DEL PERSONALE SANITARIO E DI INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Elaborazione del nuovo Piano Pandemico Regionale entro il 31.10.2021	Regione	X			
Effettuazione di una ricognizione per verificare l’attualità e il funzionamento di procedure/protocolli aziendali già attivi per la risposta ad emergenze di tipo infettivo, anche sulla base delle pregresse o delle più attuali esperienze (MIB, Ebola, Pandemia, ecc)	Regione		X	X	

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



entro il 2023 Ove necessario adeguare e/o uniformare le procedure, si prevede l'emanazione di linee di indirizzo entro il 2023 e Atti aziendali di implementazione/aggiornamento di procedure/protocolli entro il 2024					
Attivazione da parte delle Aziende di moduli formativi e simulazioni annuali sulla risposte alle emergenze, a partire dal 2022	Regione	X	X	X	X
AZIONE 9 – INTEGRAZIONE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA TBC	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Consolidamento della sorveglianza epidemiologica della TBC e promozione della collaborazione di tutte le strutture sanitarie e degli operatori che entrano in contatto con i singoli casi di TBC o di Infezioni Tubercolari Latenti al fine di aggiornare e condividere il Protocollo di sorveglianza e controllo. (INDICATORE: riduzione progressiva della % di casi di TBC polmonare persi al follow-up; 20% nel 2022, 15% nel 2023, 5% nel 2024, 5% nel 2025)	Regione	X	X	X	X
Incontri con soggetti istituzionali e del privato sociale che si occupano della salute delle popolazioni più fragili, coinvolgendo i mediatori culturali e i leader delle diverse comunità straniere presenti sul territorio regionale, al fine di partecipare a progetti di comunicazione mirati a sostenere la diffusione di corrette informazioni sulle malattie infettive e sull'accesso alle cure per ridurre i contagi nella popolazione più fragile. Elaborazione di un documento sui percorsi diagnostico-terapeutici attivi in Umbria per la prevenzione e il controllo delle TBC e di linee strategiche regionali sulla comunicazione del rischio e sulla prevenzione entro il 2023	Regione		X		
AZIONE 10 - REALIZZARE ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE, SUPPORTO E SCREENING CON PARTICOLARE ATTENZIONE AD ALCUNE CATEGORIE DI POPOLAZIONE SU MALATTIE INFETTIVE CRONICHE O DI LUNGA DURATA (HCV)	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Attivare, a partire dal 2022, l'offerta del test di screening per HCV alle categorie di popolazione individuate: utenti SerD, carcerati e coorte dei nati negli anni 1969-1989, al fine di avviare precocemente la terapia ove necessaria e ridurre al massimo la circolazione del virus. Laddove le persone risultino positive o, comunque, si individui una situazione di rischio, si ritiene opportuno offrire anche i test per HBV e HIV; ugualmente l'offerta dei test deve essere allargata anche ai familiari/contatti, oltre che ai soggetti a rischio. A livello regionale, al fine di uniformare le procedure di offerta attiva dei test per HCV, che peraltro sono già in parte attive nei SerD e negli Istituti penitenziari, sono in corso di approvazione, da parte della Giunta regionale, specifici programmi sulla base dei quali le aziende sanitarie dovranno procedere a definire le procedure attuative per realizzare quanto previsto dal Decreto del 14 maggio 2021 sul controllo dell'epatite C per le diverse categorie.	Regione	X			
AZIONE 11 – ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE, SUPPORTO E SCREENING PER LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Intensificare le strategie di prevenzione basate sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali in soggetti HIV positivi e in soggetti HIV negativi con comportamenti a rischio: PrEP (Profilassi Post Esposizione), PEP (protocollo SIRHO), TasP. Si ritiene quindi fondamentale:	Regione	X			



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

- l'attivazione di un gruppo di lavoro per l'analisi e la condivisione dei protocolli relativi alla PrEP (INDICATORE: GdL per l'analisi e la condivisione dei protocolli relativi alla PrEP entro il 2022)					
- il consolidamento dell'attività di consulenza e prescrizione farmacologica (quest'ultima a pagamento da parte dell'interessato se HIV negativo) già avviata dall'Ambulatorio di Malattie Infettive presso l'Az. Ospedaliera di Perugia (INDICATORE: atti aziendali di approvazione di protocollo "PrEP" avvio attività di trattamento farmacologico nel 2023)			X		
valutazione della opportunità e la possibilità di una analoga iniziativa presso l'Azienda Ospedaliera di Terni (INDICATORE: offerta dei trattamenti di PrEP disponibile in tutta la Regione nel 2024-2025)				X	X
AZIONE 12 – AZIONE EQUITY- RENDERE PIU' EFFICACE LA PROMOZIONE DELLE VACCINAZIONI PER I SOGGETTI CON COMPORTAMENTI A RISCHIO AL FINE DI AUMENTARE LE COPERTURE VACCINALI PER EPATITE B E HPV	Responsabile	2022	2023	2024	2025
Elaborazione di un programma operativo per promuovere l'adesione alle vaccinazioni (offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni per HBV e HPV) di tutte le categorie a rischio elencate nel documento nazionale in occasione dell'offerta dello screening per l'HCV prevista dal programma regionale e con la collaborazione dei MMG. (INDICATORE: la partecipazione al programma di offerta vaccinale a tutti i MMG e si ipotizza che almeno il 35% di quelli coinvolti aderiscano al programma entro il 2024)	Regione			X	
Per attivare la partecipazione dei MMG dovrà essere prevista una attenta azione informativa sulla necessità di raggiungere queste popolazioni, col supporto della formazione al counseling proposta già in altri progetti del PRP, a partire dal 2022, potranno proporre a tutti gli aventi diritto, con particolare attenzione alle persone che hanno comportamenti a rischio, di sottoporsi alle vaccinazioni contro l'Epatite B e contro l'HPV verrà effettuata nei servizi vaccinali presso i Centri di salute delle Az. USL. (INDICATORE: quanto alla rilevazione delle coperture, verrà elaborato il calcolo delle coperture vaccinali per HBV nella fascia d'età 1969/1989 all'inizio e alla fine della campagna di screening per l'epatite C)	Regione	X			

AZIONI EQUITY**AZIONI CON INDICATORE**

4.6.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL16_OT02	1. Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni di comunicazione e prevenzione condotte nei diversi setting e verso specifiche categorie di popolazione

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	(Az. USL, Az. Ospedaliere, Laboratori, MMG, PLS, specialisti, altri Op. sanitari, , associazioni)
PL16_OT02_IT06	Attivazione del Tavolo tecnico multisettoriale regionale sulle Malattie Trasmesse da Vettori sarà composto dai rappresentanti dei seguenti Enti/Istituzioni: Competenti Direzioni Regionali e dei diversi Servizi coinvolti; Dipartimenti di Prevenzione delle Az. USL, IZSUM, Laboratori regionali di riferimento, ANCI.
formula	Atto di costituzione del Tavolo tecnico per l'elaborazione di indicazioni operative rispetto ai contenuti del "Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi
Standard	presenza/assenza
Fonte	regione

FORMAZIONE

PL16_OT03	3Garantire opportunità di formazione su sorveglianza e prevenzione delle m.i. agli operatori sanitari coinvolti nelle diverse strutture (serv. ISP e Amb. Vaccinali, laboratori, direzioni sanitarie Ospedali., MMG, PLS, Specialisti)
PL16_OT03_IT02	Formazione intersettoriale
formula	Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022
Fonte	Regione
PL16_OT04_IT03	Corso sulla One-Health, sulle nuove malattie infettive e parassitarie
formula	presenza/assenza
Standard	Realizzazione di almeno un corso annuale, a partire dal 2023
Fonte	regione

COMUNICAZIONE

PL16_OT05	Costruire strumenti di comunicazione (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder e a precise categorie di popolazione
PL16_OT05_IT04	Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici
formula	Esistenza di un programma regionale annuale di informazione e comunicazione basato sulle evidenze, coordinato con le azioni nazionali e le indicazioni del PNCAR
Standard	Realizzazione annuale del programma di comunicazione
Fonte	Regione
PL16_OT05_IT05	Piano di comunicazione istituzionale rivolto alla popolazione (Sezione dedicata in piattaforma/sito istituzionale dedicato alla prevenzione) con particolare attenzione alla prevenzione delle "nuove" malattie trasmissibili e all'adesione consapevole ai

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	programmi di prevenzione.
formula	presenza/assenza
Standard	Realizzazione di una Campagna informativa sulla prevenzione delle nuove malattie trasmissibili per l'adesione consapevole ai programmi di prevenzione a supporto delle Azioni del Programma
Fonte	regione

EQUITÀ

PL16_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL16_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

4.6.5 Obiettivi e indicatori specifici

PL16_OS01	Consolidare il sistema di sorveglianza delle PFA
PL16_OS01_IS03	Tasso di segnalazione annuale dei casi di PFA
formula	N. casi PFA non polio segnalati di PFA/100.000 ragazzi di età < 15 anni
Standard	Almeno 1 caso PFA non polio ogni 100.000 ragazzi con età inferiore a 15 anni
Fonte	regione
PL16_OS02	a. Rendere più efficace la sorveglianza al fine di rispondere in modo tempestivo, coordinato ed efficace al verificarsi degli eventi infettivi
PL16_OS02_IS06	Atto di approvazione del nuovo sistema di sorveglianza delle malattie infettive
formula	Atto di approvazione del nuovo sistema di sorveglianza entro il 31.12.2021
Standard	Utilizzo a regime del nuovo sistema e trasferimento dei dati di sorveglianza nei tempi stabiliti
Fonte	regione
PL16_OS03	b. Attivare e/o mantenere efficienti sistemi di risposta adeguati, con Piani e Protocolli di intervento differenziati, da attivare sia nel caso in cui si verificano piccoli cluster epidemici o malattie che possono dare origine e vere e proprie epidemie, sia nel caso in cui vengano registrati casi di malattie da vettori o di zoonosi.
PL16_OS03_IS08	Elaborare e proporre alla Giunta regionale, entro i termini stabiliti, il nuovo Piano Pandemico Regionale
formula	Atto di approvazione del Piano Pandemico regionale
Standard	presenza/assenza
Fonte	regione
PL16_OS04	c. Mettere in atto interventi formativi/informativi/educativi, rivolta agli operatori e alla popolazione, al fine di evitare il diffondersi di infezioni prevenibili non abbastanza conosciute o di cui non si parla più, o che coinvolgono particolari categorie

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



	di persone a rischio
PL16_OS04_IS01	Realizzazione di programma formativo per MMG PLS su nuove malattie infettive e parassitarie e one-health
formula	Programma formativo approvato entro 2022
Standard	presenza
Fonte	regione
PL16_OS06	e. Ridurre l'impatto delle malattie infettive croniche o di lunga durata con particolare attenzione a HIV/AIDS, epatite B e C, TBC attivando specifici interventi per la prevenzione
PL16_OS06_IS09	Implementazione percorsi diagnostico-terapeutici TBC
formula	% di casi di TBC polmonare persi al follow-up
Standard	Riduzione progressiva dei casi persi al follow-up
Fonte	regione
PL16_OS07	f. Attivare protocolli terapeutici condivisi per il trattamento post-esposizione all'HIV
PL16_OS07_IS04	Presenze e implementazione di protocolli aziendali relativi alla Profilassi Post Esposizione
formula	presenza/assenza
Standard	Presenza
Fonte	regione
PL16_OS08	g. Predisporre piani di prevenzione e controllo delle arbovirosi
PL16_OS08_IS02	Protocolli operativi approvati con delibere Aziendali ed attivati entro il 1° semestre 2024
formula	Attività di prevenzione controllo implementate
Standard	presenza/assenza
Fonte	regione
PL16_OS09	h. Consolidare l'anagrafe vaccinale per migliorare l'immunizzazione attiva, con particolare attenzione al Piano di eliminazione del Morbillo e della rosolia congenita
PL16_OS09_IS05	Mantenimento coperture vaccinali
formula	Vaccinati/ivitati alla vaccinazione
Standard	Mantenere al 95% le coperture vaccinali già raggiunte nel 2020 per esavalente (Polio), Trivalente (Morbillo), incrementare quelle per meningococco C e B, pneumococco,
Fonte	regione
PL16_OS12	k. Predisporre programmi di offerta vaccinale specifici per donne e operatori sanitari
PL16_OS12_IS07	Avviare specifiche attività di offerta vaccinale per donne e operatori sanitari
formula	Offerta attiva avviata
Standard	presenza
Fonte	regione



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

4.6.6 Azioni

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (1 di 12)	ADEGUARE IL SISTEMA DI NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE E PROGRAMMARE LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI COINVOLTI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'adeguamento del sistema di notifica finora utilizzato è il presupposto indispensabile per avere a disposizione le informazioni necessarie, a livello di sanità Pubblica, per gestire le malattie infettive

Sono state pertanto previste le seguenti attività:

- Acquisizione di un **nuovo Sistema di notifica** per rendere rendendo sempre più agevole e completa la segnalazione da parte di MMG, PLS, medici ospedalieri, per aumentare le notifiche e mettere a disposizione tempestivamente le informazioni indispensabili all'attivazione di misure preventive e/o di contenimento svolte dai DIP. È in corso la valutazione comparativa delle diverse possibilità, compresa l'eventuale acquisizione del "PREMAL", che sortirà in una proposta di approvazione da parte dalla Giunta regionale entro il 31.03.2022
- Per garantire le necessarie competenze agli operatori coinvolti programmare ed attivare:
 - **Corso di formazione ECM per operatori della Sanità Pubblica entro maggio 2022** sull'utilizzo del nuovo S.I. (compatibilmente con le attività legate alla Pandemia).
 - **Corso di formazione sulle modalità di segnalazione al Servizio ISP** competente per territorio dei casi sospetti di malattia trasmissibile, replicati in più moduli, per i sanitari che fanno diagnosi di casi - MMG, PLS, Medici ospedalieri/Dir. Sanitarie, Laboratoriisti - **entro il II semestre 2022.**
- Promuovere una migliore collaborazione, da parte degli Ospedali, dei MMG e dei PLS, ai Sistemi di sorveglianza speciali, paralleli a quello delle segnalazioni dei casi (per malattie batteriche invasive-MIB, morbillo e rosolia, epatiti virali, HIV e AIDS, malattie da vettori, MTA ecc.), attivati da Ministero della Salute e ISS (Vedi DPCM 3 marzo 2017."Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie") che costituiscono fonti di informazioni più specifiche utilissime per gli interventi di sanità pubblica.
- Organizzazione di Seminari monotematici brevi realizzati *annualmente* a partire dal 2023 per gli attori operatori coinvolti nelle sorveglianze speciali (PS, Pediatrie, Malattie infettive, Pneumologie, ecc).
- **Implementare il Nuovo sistema di sorveglianza nelle Aziende USL entro il 2022 e avviare la regolare trasmissione delle notifiche**

Indicatori: Proposta di atto regionale sul nuovo Sistema di notifica entro il 31.03.2022

Numero di casi sospetti di morbillo testati annualmente in un laboratorio di riferimento qualificato/(numero di casi sospetti di morbillo)*100 . Risultato atteso $\geq 80\%$ (LEA)

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (2 di 12)	PREDISPORRE UN PROGRAMMA FORMATIVO PER GLI OPERATORI SANITARI SULLE MALATTIE INFETTIVE POCO CONOSCIUTE O CHE COINVOLGONO GRUPPI DI POPOLAZIONE A RISCHIO E SULLA ONE-HEALTH, NONCHÉ UN PIANO DI COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE RIVOLTO ALLA POPOLAZIONE,
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

- Elaborazione, col supporto del CERSAG, di un **programma formativo/informativo** per diffondere, tra gli operatori sanitari, consapevolezza e conoscenze sulla One-Health, su nuove malattie infettive e parassitarie non abbastanza conosciute o su infezioni prevenibili di cui non si parla più al fine di evitarne la diffusione, con particolare attenzione a categorie di persone a rischio (viaggiatori, migranti, allevatori, ecc..)
- **Realizzazione dei corsi di formazione sulla one health entro il 2023** (vedi PL15)
- Attivazione di un gruppo di lavoro con gli specialisti delle Az. USL e delle Az. Ospedaliere, con la collaborazione del CERSAG **per elaborare, entro il 2022, un nuovo Piano di comunicazione istituzionale** rivolto alla popolazione (Sezione dedicata in piattaforma/sito istituzionale dedicato alla prevenzione), con particolare attenzione alla prevenzione delle “nuove” malattie trasmissibili e all’adesione consapevole ai programmi di prevenzione.
- **Realizzazione della campagna comunicativa a partire dal 2023**

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (3 di 12)	REALIZZARE ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE, SUPPORTO E SCREENING CON PARTICOLARE ATTENZIONE AD ALCUNE CATEGORIE DI POPOLAZIONE (GIOVANI) SU MALATTIE INFETTIVE CRONICHE O DI LUNGA DURATA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria



Piano regionale della prevenzione 2020-2025

DESCRIZIONE

In particolare, al fine di sviluppare competenze utili a prevenire i comportamenti a rischio nei giovani verranno sviluppate le seguenti attività:

- **Potenziamento degli interventi per giovani e utenti dei SerD: ascolto, informazione sui comportamenti a rischio (esercizio consapevole della sessualità, corretto uso del profilattico maschile e femminile, counseling)** da realizzare all'interno dei Consultori Familiari nei Centri di salute esiste uno spazio dedicato alla popolazione con meno di 25 anni: **il Consultorio Giovani** che è un punto di ascolto, di informazione e di primo intervento a cui ci si può rivolgere per qualsiasi necessità, incertezza, disagio o domanda personale. In questo luogo i giovani possono trovare risposta concreta a problemi e a dubbi di carattere sociale e sanitario nel massimo rispetto della privacy. Il Servizio è gratuito e con accesso diretto. Tali servizi quindi sono spazi privilegiati per attività di informazione sulle IST nei confronti dei ragazzi. In una delle due Az. USL vengono svolte attività esterne rivolte agli adolescenti e giovani adulti tramite "Sportelli di ascolto" presso le Scuole.
- **Collaborazione degli operatori sanitari con altre agenzie/istituzioni su Progetti rivolti ad adolescenti e giovani adulti.** In particolare con il Centro Servizi Giovani del Comune di Perugia per il Progetto regionale "Young Angles Umbria"- YAU previsto già dal precedente PRP. YAU è un servizio di ascolto e informazione online rivolto a ragazze e ragazzi tra i 14 e i 29 anni e gestito da coetanei appositamente formati e affiancati da esperti: costituisce uno spazio virtuale dove i ragazzi possono parlare liberamente e richiedere informazioni su salute, benessere fisico e psichico, sessualità, scuola, formazione, lavoro, eventi, cultura e tempo libero e anche sull'accesso ai servizi sanitari-
- **Potenziamento, a partire dal 2024, del ruolo dei Consultori giovani** tramite l'attivazione di una formazione specifica del personale sul counselling mirato alla specifica fascia di età a supporto anche di interventi di sensibilizzazione su HIV ,AIDS e , in generale, IST, sulle misure di prevenzione e sui test disponibili

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (4 di 12)	ASSICURARE ELEVATI STANDARD QUALITATIVI DEI SERVIZI VACCINALI E RIDURRE I SUSCETTIBILI PER LE MALATTIE PER LE QUALI ESISTE UN VACCINO EFFICACE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.13 Recepimento e implementazione di indirizzi nazionali, WHO, norme UE di settore
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

- Attivazione di corsi di formazione continua per tutti gli operatori dei servizi vaccinali e PLS, con particolare attenzione al counseling e alle novità in tema di vaccinazioni;
- Progettare ed attivare nel corso del 2023 una campagna per l'adesione consapevole alle vaccinazioni nella popolazione generale (vedi progetto "Comunicazione") da, con particolare attenzione ai genitori dei nuovi dati, alle donne in gravidanza, ai giovani, agli operatori sanitari, dopo aver considerato le diverse modalità di accesso alle informazioni e i setting dove sono raggiungibili

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



- Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita offrendo attività supplementari di immunizzazione attiva e proponendo la vaccinazione in tutte le occasioni di contatto con il Servizio sanitario, anche con il supporto dei MMG e dei PLS ai quali verrà fatto conoscere lo stato vaccinale nei confronti del Morbillo dei propri assistiti nati dal 1975 al 2000 non vaccinati o che non hanno memoria della pregressa malattia
- Progettare e attivare una specificata campagna informativa a livello regionale, da veicolare attraverso i MMG, ma anche con la collaborazione degli Specialisti e delle Ostetriche, rivolta alle donne sulle vaccinazioni da effettuare prima, durante e dopo la gravidanza o dopo i trattamenti chirurgici per lesioni provocate da HPV
- Attivazione, nelle Az. Sanitarie (USL e A. Ospedaliere) una campagna di promozione delle vaccinazioni con offerta attiva agli operatori sanitari non immunizzati delle vaccinazioni contro influenza, morbillo, parotite, rosolia e varicella, epatite B, con particolare attenzione a coloro che lavorano in Strutture/reparti dove sono assistiti i soggetti più fragili e a rischio.
- Promuovere con maggiore efficacia le vaccinazioni per i soggetti a rischio per i quali il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale e il Protocollo regionale delle vaccinazioni prevede l'accesso ad alcune vaccinazioni con modalità di offerta attiva e gratuita (LEA).
Le persone già affette da *specifiche patologie*, o appartenenti ad alcune categorie che hanno *comportamenti o attività lavorative a rischio*, o anziane possono avere difficoltà ad accedere ai Servizi vaccinali, né è possibile per problematiche legate, in alcuni casi, alla tutela dei dati personali, possono essere raggiunte solo dai propri medici di medicina generale, con i quali sarà indispensabile collaborare per poter fornire la prestazione vaccinale dovuta (vedi azione EO).

Mantenere al 95% le coperture vaccinali già raggiunte nel 2020 per esavalente (Polio), Trivalente (Morbillo), incrementare quelle per meningococco C e B, pneumococco,

Migliorare le coperture per HPV ed implementare gradualmente quella per Herpes Zoster (a partire dal 2022 : 30% - 50% - 65% - 75%)

% di donne vaccinate per DTPa in gravidanza nel 2024

% donne trattate per carcinoma della CU vaccinate per HPV nel 2023

% operatori sanitari immuni per MPRV - Ep.B nel 2024

% annuale di operatori sanitari immunizzati annualmente contro l'influenza

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (5 di 12)	REALIZZARE INTERVENTI PER SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ARBOVIROSI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.13 Recepimento e implementazione di indirizzi nazionali, WHO, norme UE di settore
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE**REALIZZARE INTERVENTI PER SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ARBOVIROSI**

- Definire/implementare protocolli operativi, da parte delle az. USL, per una adeguata attività di prevenzione, vigilanza e controllo realizzata “in sinergia” per malattie veicolate da artropodi tra i diversi servizi interni al DIP, con altre strutture della Azienda USL (servizi e ambulatori territoriali, MMG) con Az. Ospedaliere o soggetti esterni al SSR. La Giunta regionale, con DGR ha recepito l’Intesa Stato/regioni del 15/01/2020, sul il documento “Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025”, ed ha stabilito che il Tavolo tecnico multisettoriale regionale sulle Malattie Trasmesse da Vettori sarà composto dai rappresentanti dei seguenti Enti/Istituzioni: Competenti Direzioni Regionali e dei diversi Servizi coinvolti; Dipartimenti di Prevenzione delle Az. USL, IZSUM, Laboratori regionali di riferimento, ANCI.
- Il Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria, sicurezza alimentare della Direzione Salute e Welfare, provvederà entro il I trimestre 2022, a costituire ed attivare il **Tavolo regionale** sopracitato con i referenti nominati dai diversi Enti/Istituzioni partecipanti che dovrà elaborare un documento finalizzato a fornire indicazioni operative rispetto ai contenuti del “Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025”, per lo sviluppo di attività/interventi da realizzare con modalità omogenea e coordinata sul territorio umbro
 - Definizione programma regionale “Arbovirosi” - Piano di sorveglianza e risposta alle malattie trasmesse da vettori - che comprenda:
 - individuazione di un laboratorio di riferimento
 - raccomandazioni per il monitoraggio dei punti d’entrata ad alto rischio e dell’insorgenza di resistenze agli insetticidi nei vettori

Indicatore: Protocolli operativi approvati con delibere Aziendali ed attivati entro il I° semestre 2024

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (6 di 12)	PARALISI FLACCIDE ACUTE: CONSOLIDAMENTO DELLA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E DI LABORATORIO ED INTEGRAZIONE DELLE FONTI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L’ACCESSIBILITÀ E L’APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L’ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL’OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.2 Attivazione protocolli di collaborazione tra Servizi sociosanitari finalizzati a migliorarne l’integrazione
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

In Umbria l’attività di sorveglianza è rimasta attiva con segnalazioni da tutto il territorio fino a due anni fa, ma attualmente, da partire dall’inizio dell’emergenza COVID, le segnalazioni arrivano solo da una parte delle strutture. Si rende pertanto necessario ricostruire la rete di collaborazione tra le Strutture sanitarie e attivare ulteriori accordi tra i Soggetti coinvolti per attivare ex-novo la sorveglianza ambientale.

- Incontri tra i referenti delle Az. Sanitarie per riconfermare il protocollo di collaborazione al Sistema di sorveglianza nazionale delle PFA , attraverso dal Laboratorio di Virologia della Sez. di Microbiologia

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



dell'Università presso l'az. Ospedaliera di Perugia ed è collegato ai con i Presidi Ospedalieri e riavvio delle segnalazioni entro il II semestre 2022

- Attivazione di un gruppo di lavoro interistituzionale, multidisciplinare per definire la modalità di costruzione di un sistema di sorveglianza ambientale sulle acque fognarie che preveda l'individuazione della struttura incaricata della raccolta dei campioni e di quella deputata alle analisi, dei siti di campionamento, la modalità e la frequenza della raccolta.

Indicatore: Tasso di segnalazione annuale dei casi di PFA (in un anno il sistema nazionale di sorveglianza prevede almeno un caso di PFA non polio ogni 100.000 ragazzi con età inferiore a 15 anni) in incremento a partire dal 2022

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (7 di 12)	MAPPATURA E MONITORAGGIO DELL'ATTIVAZIONE DI INIZIATIVE CBVCT RIVOLTE A POPOLAZIONE TARGET (VEDI ANCHE PP4)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.3 Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio sanitaria

DESCRIZIONE

Mappatura e monitoraggio dell'attivazione di iniziative CBVCT (vedi anche **PP4**). Al fine migliorare la conoscenza sull'andamento dell'infezione è fondamentale la collaborazione con le associazioni per definire le modalità di raccolta delle informazioni e pertanto sono previsti i seguenti interventi.

- *Costituzione di un gruppo di lavoro entro 2022, per elaborare un progetto di collaborazione con le Associazioni (ANLAIDS - Unità di strada, Omphalos) al fine di Incrementare le conoscenze epidemiologiche sull'andamento dell'infezione da HIV con la collaborazione delle associazioni radicate e attive sul territorio umbro, che svolgono **iniziative CBVCT**: numero persone indirizzati ad eseguire lo screening e testate, numero positivi, numero positivi indirizzati ai test di conferma e presi in carico agli ambulatori di malattie infettive*
- Elaborare, entro il 2023, un sistema di raccolta di dati condiviso informatizzato con garanzia di anonimato sull'offerta dei test per HIV da parte delle associazioni, al fine di raccogliere indicazioni utili alla conoscenza della diffusione dell'HIV

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (8 di 12)	ATTIVARE PIANI E PROTOCOLLI DI RISPOSTA PER LE DIVERSE PATOLOGIE E PREDISPORRE UN ADEGUATO PIANO FORMATIVO DEL PERSONALE SANITARIO E DI INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.5 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE**Sono previsti:**

- Elaborazione del nuovo Piano Pandemico Regionale entro il 31.10.2021
- Effettuazione di una ricognizione per verificare l'attualità e il funzionamento di procedure/protocolli aziendali già attivi per la risposta ad emergenze di tipo infettivo, anche sulla base delle pregresse o delle più attuali esperienze (MIB, Ebola, Pandemia, ecc) entro il 2022
Ove necessario adeguare e/o uniformare le procedure, si prevede l'emanazione di linee di indirizzo regionali entro il 2023 e *Atti aziendali di implementazione/aggiornamento di procedure/protocolli entro 2024*
- Attivazione, da parte delle Aziende di moduli formativi e simulazioni annuali sulle risposte alle emergenze, a partire dal 2022

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (9 di 12)	INTEGRAZIONE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA TBC
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.10 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;età lavorativa
SETTING	comunità;altro:Comunità straniera

DESCRIZIONE

Pur rimanendo basso il numero di casi annualmente registrato in Umbria, l'incidenza della malattia su alcune categorie di popolazione risulta particolarmente elevata, pertanto si ritiene di dover avviare alcuni specifici interventi.

- Consolidamento della sorveglianza epidemiologica della TBC e promozione della collaborazione di tutte le strutture sanitarie e degli operatori che entrano in contatto con i singoli casi di TBC o di Infezioni Tubercolari Latenti al fine di aggiornare e condividere il Protocollo di sorveglianza e controllo.
- Incontri con soggetti istituzionali e del privato sociale che si occupano della salute delle popolazioni più fragili, coinvolgendo i mediatori culturali e i leader delle diverse comunità straniere presenti sul territorio regionale, al fine di partecipare progetti di comunicazione mirati a sostenere la diffusione di corrette informazioni sulle malattie infettive e sull'accesso alle cure per ridurre i contagi nella popolazione più fragile.
- Elaborazione di un documento sui percorsi diagnostico-terapeutici attivi in Umbria per la prevenzione e il controllo delle TBC e di linee strategiche regionali sulla comunicazione del rischio e sulla prevenzione entro 2023.

Indicatore: % di casi di TBC polmonare persi al follow-up

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (10 di 12)	REALIZZARE ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE, SUPPORTO E SCREENING CON PARTICOLARE ATTENZIONE AD ALCUNE CATEGORIE DI POPOLAZIONE SU MALATTIE INFETTIVE CRONICHE O DI LUNGA DURATA (HCV)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.12 Recepimento e implementazione di indirizzi nazionali, WHO, norme UE di settore
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;donne in età fertile
SETTING	comunità;altro:Carceri, SerD

DESCRIZIONE

In base a quanto stabilito dal **Decreto 14 maggio 2021** si prevede, in particolare, di attivare l'offerta del test di **screening per HCV** alle categorie di popolazione individuate: utenti SerD, carcerati e coorte dei nati negli anni 1969-1989, al fine di avviare precocemente la terapia ove necessaria e ridurre al massimo la circolazione del virus.

Laddove le persone risultino positive o, comunque, si individui una situazione di rischio, si ritiene opportuno offrire anche i test per HBV e HIV; ugualmente l'offerta dei test deve essere allargata ai contatti/familiari di coloro che risultano positivi per tutte le suddette patologie. Attualmente l'unico vaccino disponibile è quello per l'epatite B e, pertanto, al fine di ridurre i rischi di trasmissione offrire il vaccino anti HBV anche familiari/contatti, oltre che ai soggetti a rischio.

A livello regionale, al fine di uniformare le procedure di offerta attiva dei test per HCV, che peraltro sono già in parte attive nei SerD e negli istituti penitenziari, sono in corso di approvazione, da parte della Giunta regionale, specifici programmi sulla base dei quali le aziende sanitarie dovranno procedere a definire le procedure attuative per realizzare quanto previsto dal decreto sul controllo dell'Epatite C per le diverse categorie target.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (11 di 12)	ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE, SUPPORTO E SCREENING PER LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA HIV
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.7 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione protocolli, percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Al fine di limitare la diffusione dell'infezione di intende Intensificare le strategie di prevenzione basate sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali in soggetti HIV positivi e in soggetti HIV negativi con comportamenti a rischio: PrEP (Profilassi Post Esposizione) , PEP (protocollo SIRHO), TasP.

Ad oggi risulta attivato (prima dell'emergenza COVID) un servizio di consulenza e prescrizione farmacologica (quest'ultima a pagamento da parte dell'interessato se HIV negativo) presso l'ambulatorio di Malattie Infettive dell'A.O. di Perugia che intercetta numerosi soggetti a rischio che richiedono l'effettuazione dei test per HIV.

Sulla base di diversi studi la PrEP è stata inserita tra i metodi di prevenzione dell'infezione da HIV ed è raccomandata nelle popolazioni a rischio dalle principali società di malattie infettive Nazionali ed internazionali (SIMIT,EACS,CDC).

Nonostante l'epidemia di COVID-19 l'ambulatorio già attivo ha continuato a funzionare e, tenuto conto che la maggior parte delle persone a rischio si rivolge agli ambulatori di malattie infettive delle due Az. Ospedaliere, si ritiene quindi fondamentale:

- l'attivazione di un gruppo di lavoro per l'analisi e la condivisione dei protocolli relativi alla PeEP
- il consolidamento dell'attività già avviata dall'Ambulatorio di Malattie Infettive presso l'Az. Ospedaliera di Perugia e la valutazione della opportunità e la possibilità di una analoga iniziativa presso l'Azienda Ospedaliera di Terni.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL16
TITOLO AZIONE (12 di 12)	RENDERE PIU' EFFICACE LA PROMOZIONE DELLE VACCINAZIONI PER I SOGGETTI CON COMPORTAMENTI A RISCHIO AL FINE DI AUMENTARE LE COPERTURE VACCINALI PER EPATITE B E HPV
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.10 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale e quindi il Protocollo regionale delle vaccinazioni prevedono l'accesso con modalità di offerta attiva e gratuita (LEA) delle vaccinazioni per HBV e HPV per tutte le categorie a rischio elencate nel documento nazionale.

I soggetti a rischio in quanto affetti da specifiche patologie vengono avviati alle vaccinazioni dai MMG e dagli Specialisti presso i quali sono in cura.

Le persone con comportamenti ad incrementato rischio di infezione, tuttavia, possono avere difficoltà ad accedere ai Servizi vaccinali, né i Servizi sono in grado di procedere con chiamata attiva, infatti in molti casi questo non è possibile, perché di difficile individuazione o per problematiche legate alla tutela dei dati personali.

Il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale raccomanda la vaccinazione contro l'Epatite B alle seguenti categorie:

- Conviventi e contatti di soggetti HBsAg positivi, indipendentemente dall'età
- Vittime di punture accidentali con aghi potenzialmente infetti
- Detenuti
- Soggetti dediti alla prostituzione
- Uomini che fanno sesso con uomini
- Donatori di sangue appartenenti a gruppi sanguigni rari

Per l'HPV il Piano Nazionale individua uomini che fanno sesso con uomini e le "Linee guida italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1" (novembre 2013) danno indicazione per vaccinare anche i soggetti con infezione da HIV.

Risulta pertanto indispensabile adottare le strategie più opportune per proporre le vaccinazioni a tutti coloro che ne hanno diritto.

- Una buona occasione, da parte del Servizio Sanitario, per "intercettare" le categorie a rischio cui proporre la vaccinazione contro l'epatite B o l'HPV è rappresentata dal programma regionale per l'offerta dello screening per HCV; tuttavia questo screening, pur raggiungendo alcune categorie a rischio, copre solo la coorte dei nati dal 1969 al 1989. Si ritiene pertanto che alcune delle categorie sopra elencate possano essere raggiunte solo tramite i medici di medicina generale con i quali sarà indispensabile collaborare per poter fornire la prestazione vaccinale dovuta: verrà quindi elaborato, in collaborazione con i MMG, un programma operativo anche per promuovere l'adesione alle vaccinazioni dei soggetti a rischio.
- Per attivare la partecipazione dei MMG dovrà essere prevista una attenta azione informativa sulla necessità di raggiungere queste popolazioni, col supporto della formazione al counseling proposta già in altri progetti del PRP, a partire dal 2022, potranno proporre a tutti gli aventi diritto, con particolare attenzione alle persone che hanno comportamenti a rischio, di sottoporsi alle vaccinazioni previste dal PNPV inviandoli ai servizi vaccinali muniti di richiesta specifica. La somministrazione delle vaccinazioni contro l'Epatite B e contro l'HPV verrà quindi effettuata nei servizi vaccinali presso i Centri di salute delle Az. USL.

Indicatori:

La partecipazione al programma di offerta vaccinale sarà proposta a tutti i MMG e si ipotizza che almeno il 35% di quelli coinvolti aderiscano al programma entro il 2024.

Quanto alla rilevazione delle coperture, verrà elaborato il calcolo delle coperture vaccinali per HBV nella fascia d'età 1969/1989 all'inizio e alla fine della campagna di screening per l'epatite C.

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Attivare l'offerta vaccinale a diverse categorie a rischio previste dal PNPV tramite i MMG e gli altri operatori sanitari
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Le persone già affette da specifiche patologie, o appartenenti ad alcune categorie che hanno comportamenti o attività lavorative a rischio, o anziane possono avere difficoltà ad accedere ai Servizi vaccinali, né è possibile contattare per problematiche legate, in alcuni casi, alla tutela dei dati personali, possono essere raggiunte solo dai propri medici di medicina generale, con i quali sarà indispensabile definire le modalità di collaborazione. Per le vaccinazioni che devono essere eseguite nei servizi vaccinali sarà quindi cura del medico fare le relative richieste di somministrazione.
ATTORI COINVOLTI	MMG, Operatori sanitari
INDICATORE	Attivazione di un programma operativo per promuovere le adesioni nei soggetti a rischio in collaborazione con i MMG • Formula: N. medici che propongono l'adesione ai programmi vaccinali/ medici di medicina generale • Standard almeno il 35% dei mmg , nel 2025 aderiscono al programma di offerta vaccinale • Fonte regione

APPENDICE 1 ALLEGATI

APPENDICE 2 TABELLE DI SINTESI PER IL MONITORAGGIO DEI PP E DEI PL

INDICATORI TRASVERSALI

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico	PP01_OT01	Accordi intersettoriali (a)	Presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" (Accordo Stato Regioni 17.01.19)	Regione	1 Accordo entro il 2022	si				
PP01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico	PP01_OT01	Accordi intersettoriali (b)	presenza di Accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni (es. ANCI, Associazioni di promozione sociale e/o Sportiva, ecc.)	Regione	Almeno 2 Accordi entro il 2025				2	
PP01	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole dell'Approccio globale alla salute; di cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.	PP01_OT02	Formazione congiunta "Scuola - Sanità" per la condivisione del modello Scuole che Promuovono Salute	Presenza di offerta formativa per operatori sanitari, dirigenti/insegnanti sul modello Scuole che Promuovono Salute	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, progettato e gestito insieme alla scuola	1				
PP01	Garantire opportunità di formazione a Dirigenti, Insegnanti, altro personale della Scuola, amministratori locali, agenzie educative e altri stakeholder	PP01_OT03	Formazione operatori sanitari, socio-sanitari, insegnanti e altri stakeholder	Presenza di offerta formativa, per operatori sanitari, socio-sanitari, insegnanti e altri stakeholder, sui programmi/azioni/interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del PRP	1	1	1	1	1

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Costruire strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder	PP01_OT04	Comunicazione per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali di comunicazione rivolti a scuole, genitori, enti locali, associazioni, ecc. per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti	Regione e MIUR –USR	Progettazione e produzione di almeno 2 strumenti/materiali (uno riguardante l'approccio e uno riguardante i risultati raggiunti) a carattere regionale entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione/diffusione dei risultati, ogni anno dal 2023 al 2025 - realizzazione di almeno 2 iniziative di comunicazione/diffusione (una riguardante l'approccio e una riguardante i risultati raggiunti) a livello regionale nel 2025		2	1	1	2
PP01	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PP01_OT05	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si
PP02	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli all'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità), il contrasto alla sedentarietà e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati	PP02_OT01	Accordi intersettoriali	Presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder	Regione	Almeno 1 Accordo regionale entro il 2022		1			

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP02	Promuovere il coinvolgimento multidisciplinare di operatori sanitari e non sanitari per la realizzazione di attività di sensibilizzazione e per l'attuazione di programmi di attività fisica e/o sportiva adattata all'età	PP02_OT02	Formazione intersettoriale	Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP02	Organizzare percorsi di formazione al counseling breve per gli operatori del SSN coinvolti	PP02_OT04	Formazione sul counseling breve	Presenza di offerta formativa per gli operatori del SSN (inclusi MMG e PLS) finalizzata all'acquisizione di competenze sul counseling breve	Regione	Disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target formativo, entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP02	Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder	PP02_OT05	Comunicazione ed informazione	Disponibilità e realizzazione di interventi di comunicazione ed informazione rivolti sia alla popolazione sia ai diversi stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP02	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	PP02_OT06	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si
PP03	Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavoro nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti	PP03_OT01	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma	Presenza di Accordi formalizzati	Regione	Almeno 1 Accordo di carattere regionale entro il 2022		1			
PP03	Garantire opportunità di formazione dei professionisti sanitari e medici	PP03_OT02	Formazione dei Medici Competenti al counseling breve	Presenza di offerta regionale di programmi formativi validati (anche FAD)	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo entro il 2022		1			

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP03	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute	PP03_OT03	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022 realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023		si	1	1	1
PP03	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza dei datori di lavoro sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze di salute, delle prassi organizzative	PP03_OT04	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si
PP04	Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio	PP04_OT01	Accordi intersettoriali	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni del Programma (es. ANCI; Scuola; Prefetture e Forze dell'Ordine; altre istituzioni; Associazioni di Promozione sociale; Associazioni di categoria; espressioni della società civile; ecc.)	Regione	Almeno 1 accordo entro il 2022	1				
PP04	Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale a Decisori, Policy maker, Amministratori locali, altri Stakeholder, Operatori di tutte le Agenzie e Organizzazioni educative e sociali presenti nel territorio	PP04_OT02	Formazione (A)	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022	1	1	1	1	1
PP04	Svolgere attività di formazione rivolta ai referenti istituzionali in materia di dipendenze basati su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum	PP04_OT03	Formazione (B)	Disponibilità di percorsi formativi per gli attori coinvolti su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum (programmi validati)	Regione	Almeno 1 percorso formativo, entro il 2022	1				

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Svolgere attività di formazione sul counseling breve rivolte agli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari (inclusi MMG e PLS)	PP04_OT04	Formazione (C)	Disponibilità di un programma di formazione sul counseling breve rivolto agli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS).	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo ogni anno a partire dal 2022.		1	1	1	1
PP04	Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva	PP04_OT06	Comunicazione ed informazione	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024		si	1	1	1
PP04	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	PP04_OT07	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP05	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città Metropolitane/ Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell'ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche	PP05_OT01	Accordi intersettoriali	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario	Regione	Almeno 1 accordo entro il 2022, almeno 2 accordi entro il 2025;	1				2
PP05	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	PP05_OT02	Formazione Operatori sanitari e sociosanitari – ambito età pediatrica	Presenza di offerta formativa per gli operatori sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e sociosanitari finalizzata allo sviluppo della cultura della sicurezza degli ambienti domestici e della strada e alla crescita delle competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022	1	1	1	1	1
PP05	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	PP05_OT02	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari – ambito anziani	Presenza di offerta formativa per gli operatori Sanitari e Sociosanitari (inclusi i MMG), i collaboratori familiari e i caregiver per la prevenzione degli incidenti negli ambienti domestici tra gli anziani, anche attraverso il corretto uso dei farmaci	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022	1	1	1	1	1
PP05	Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio	PP05_OT03	Comunicazione e informazione	Disponibilità di iniziative/strumenti/materiali di comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza in ambiente domestico e sulla strada nelle comunità locali	Regione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022	1	1	1	1	1

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP05	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle azioni programmate	PP05_OT04	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021		si	si	si	si
PP06	Sviluppare un confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Part Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008	PP06_OT01	Intersettorialità	Confronto nei tavoli territoriali, con le parti sociali e datoriali, strutturato all'interno del Comitato ex art 7 d.lgs 81/2008	Regione	Almeno 2 incontri annui (livello regionale/territoriale) con redazione dei relativi verbali		si	si	si	si
PP06	Organizzare percorsi di formazione per le aziende individuate e percorsi di formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro	PP06_OT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione	Regione	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)		1	1	1	1
PP06	Produrre report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate	PP06_OT03	Comunicazione	Attività di restituzione dei risultati e diffusione di buone prassi in ordine all'approccio "sistemico" del rischio	Regione	Almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti		1	1	1	1
PP06	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi	PP06_OT05	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021		si	si	si	si

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP07	Sviluppo delle collaborazioni e delle azioni integrate: intradipartimentali tra Istituzioni (Mds, INAIL, INL, NAS, ICQRF, MIPAAF, MISE, MIT, MLPS, MIUR, VVF) finalizzate agli obiettivi di prevenzione tra parti sociali e stakeholder (EE.BB, Società Scientifiche, OO.SS. e Associazioni datoriali di settore); con Ordini e collegi professionali	PP07_OT01	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7	Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione	Regione	Almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP (livello regionale/territoriale con redazione dei relativi verbali)		2	2	2	2
PP07	Realizzazione di attività di formazione dei soggetti del sistema della prevenzione in agricoltura e in edilizia.	PP07_OT02	Formazione SSL rivolta agli operatori del settore edile per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatologico	Attuazione di percorsi di formazione secondo i criteri definiti in ambito nazionale, rivolto agli operatori dei settori edilizia ed agricoltura e delle ASL per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatologico	Regione	Almeno n. 3 iniziative/incontri/seminari/convegni all'anno		3	3	3	3
PP07	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo in edilizia ed agricoltura, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder	PP07_OT06	Comunicazione dell'approccio al rischio	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi interistituzionali, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio, nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP07	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PP07_OT08	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP08	Confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008	PP08_OT02	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7	Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex. art. 7 del d.lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione	Regione	Almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP (livello regionale/territoriale con redazione dei relativi verbali)		si	si	si	si
PP08	Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza	PP08_OT03	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione	Regione	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)		1	1	1	1
PP08	Elaborazione e diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi (cancerogeno, ergonomico, psicosociale)	PP08_OT05	Comunicazione dell'approccio al rischio	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi interistituzionali, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio, nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP08	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PP08_OT06	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021		si	si	si	si
PP09	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	PP09_OT01	Attività intersettoriali	Elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, anche attuati di accordi di programma/convenzioni previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92	Regione	Almeno un programma/accordo entro il 2022		1			

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP09	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	PP09_OT01	Tavoli tecnici intersettoriali	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersectoriali/interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health anche in coerenza con gli Accordi/Programmi intersettoriali di cui all'indicatore 1.	Regione	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2023			1		
PP09	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze	PP09_OT02	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN	Disponibilità di un programma di interventi di formazione sui temi ambiente, clima e salute, compresa la valutazione di impatto ambientale e sanitario, epidemiologia ambientale e tossicologia ambientale, comunicazione del rischio, temi della valutazione e gestione del rischio chimico, ecc., per operatori interni al SSN (con particolare riferimento ai MMG, PLS) e operatori del SNPA, anche attraverso modalità via web (FAD)	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022		1	1	1	1
PP09	Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	PP09_OT04	Iniziativa/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute	Disponibilità di almeno un programma di interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari ed al pubblico volto a promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute	Regione	Realizzazione di almeno un intervento di informazione/sensibilizzazione per ogni anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP09	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PP09_OT05	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, ARPA, IZZSS, Ordini professionali/Federazioni, Comuni, Enti, istituzioni, allevatori, operatori del settore alimentare e farmaceutico e altri stakeholder, finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR	PP10_OT01	Tavoli tecnici intersettoriali	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersectoriali/interdisciplinari finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR	Regione	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2022		1			
PP10	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti	PP10_OT02	Formazione sull'uso appropriato di antibiotici	Presenza di offerta formativa progettata e gestita insieme alla Scuola, alle Università e agli Ordini professionali	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo di carattere regionale, entro il 2022		1			
PP10	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità sull'uso appropriato degli antibiotici. Costruire strumenti di comunicazione e informazione, organizzare interventi mirati e specifici per i diversi stakeholder	PP10_OT03	Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici	Esistenza di un programma regionale annuale di informazione e comunicazione basato sulle evidenze, coordinato con le azioni nazionali e le indicazioni del PNCR	Regione	Realizzazione annuale del programma di comunicazione		si	si	si	si
PP10	Orientare gli interventi per garantire l'equità nel Paese aumentando la consapevolezza nelle diverse comunità, nella popolazione e nelle categorie maggiormente a rischio	PP10_OT04	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021		si	si	si	si
PL11	Alleanze e sinergie in tutti i settori delle politiche socio-sanitarie	PL11_OT02	Accordi intersettoriali	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario	Regione	Almeno 1 accordo entro il 2022, almeno 2 accordi entro il 2025;		1			2

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL11	Competenze e conoscenze nella gravidanza fisiologica	PL11_OT03	Formazione operatori sanitari, socio-sanitari, insegnanti e altri stakeholder	Presenza di offerta formativa, per operatori sanitari, sociosanitari, insegnanti e altri stakeholder, sui programmi/azioni/interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del PRP		1	1	1	1
PL11	Informazione e conoscenza alla popolazione	PL11_OT04	Comunicazione	Attività di restituzione dei risultati e diffusione di buone prassi in ordine all'approccio "sistemico" del rischio	Regione	Almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti		1	1	1	1
PL11	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL11_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022		si	si	si	si
PL12	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali con Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni di comunicazione e prevenzione condotte nei diversi setting e verso specifiche categorie di popolazione per facilitare l'attuazione di iniziative finalizzate all'adozione di uno stile di vita sano per la prevenzione delle MCNT, anche in ottica One Health.	PL12_OT02	MONITORAGGIO E FUNZIONALITÀ SISTEMA ALLERTA ALIMENTI	presenza	Regione	Recepimento intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee Guida per la gestione operativa del Sistema di allerta per alimenti, mangimi e materiali destinati a venire in contatto con gli alimenti". informative regionali rivolte agli operatori interessati nel rintraccio dell'alimento pericoloso (SIAN, SIAOA, ISP, ospedali, laboratori) Assicurare, con incontri o confronti, alle autorità competenti il coordinamento nella gestione e funzionalità del sistema di allerta per il rintraccio di alimenti pericolosi.		si	si	si	si

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL12	Formazione degli organi di controllo ufficiale operanti nel settore alimentare sui principi di una sana alimentazione, ecosostenibile, equa e della sicurezza alimentare.	PL12_OT03	AUMENTARE LA CONOSCENZA DEGLI OPERATORI SANITARI A TUTELA DELLA SALUTE PUBBLICA	presenza	Regione	N. 2 edizioni (con programmi ancora da stabilire e definire) corso informativo/aggiornamento rivolto agli organi di controllo ufficiale nell'ambito della ristorazione collettiva anche per allergie e intolleranze. Aggiornamento e revisione delle D.G.R. n. 93/2008 e n. 1849/2008 riguardanti la formazione del personale addetto alle imprese alimentari. Informazione agli organi di controllo riguardo la modalità di erogazione di corsi di formazione in merito agli OSA operanti nella ristorazione collettiva	si	si	si	si	si
PL12	Promuovere la conoscenza di operatori operanti nel settore alimentare e della popolazione riguardo i principi della sana alimentazione e della sostenibilità ambientale.	PL12_OT04	MONITORAGGIO DELLE INFEZIONI VEICOLATE DA ALIMENTI	Presenza	Regione	Revisione e aggiornamento DGR n. 1528 DEL 23/12/2013 "Linee di indirizzo per la gestione degli episodi di malattie veicolate da alimenti (escluse le intossicazioni da funghi)" Proposta di Linee guida per l'applicazione della normativa sull'igiene degli alimenti in attività di preparazione per la vendita al consumatore finale e/o per la somministrazione di alimenti presso locali utilizzati principalmente come abitazione privata (home food - home restaurant)	si	si	si	si	si
PL12	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL12_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL13	attivare la collaborazione, l'alleanza e la sinergia con tutti i settori, non solamente sanitari, le cui politiche a vario titolo hanno impatto sui determinanti di salute oltre a quelli sanitari, quelli sociali nonché collaborazione con le associazioni di volontariato	PL13_OT02	Tavoli tecnici intersettoriali	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersectoriali/interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health anche in coerenza con gli Accordi/Programmi intersettoriali di cui all'indicatore 1.	Regione	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2023			1		
PL13	Aumentare le competenze e conoscenze delle equipe con medici specialisti, MMG e PLS, infermieri e altri operatori sanitari. Aumentare conoscenze e competenze dei caregiver in tema di prevenzione ed educazione sanitaria	PL13_OT03	Formazione (A)	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022		1	1	1	1
PL13	promuovere la conoscenza e competenza sulla gestione delle patologie croniche in termini di corretti stili di vita e programmi che facilitino la presa in carico del paziente cronico	PL13_OT04	Comunicazione ed informazione	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024		si	1	1	1
PL13	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL13_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL14	Attivare la collaborazione con Associazioni di cittadini/pazienti al fine di stipulare alleanze a supporto dello sviluppo e della realizzazione di percorsi organizzati per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica	PL14_OT02	Accordi intersettoriali	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni del Programma (es. ANCI; Scuola; Prefetture e Forze dell'Ordine; altre istituzioni; Associazioni di Promozione sociale; Associazioni di categoria; espressioni della società civile; ecc.)	Regione	Almeno 1 accordo entro il 2022		1			
PL14	Aumentare conoscenze e competenze dei professionisti in tema di appropriatezza (qualità, innovazione, valutazione, comunicazione) degli screening oncologici	PL14_OT03	Formazione per operatori sanitari coinvolti nei programmi di screening oncologici	Presenza di offerta formativa per operatori sanitari su programmi/azioni/interventi riguardanti gli screening oncologici	Regione	Realizzare almeno 1 percorso formativo regionale per ogni anno a partire dal 2022		si	si	si	si
PL14	Promuovere la conoscenza dell'offerta dei programmi di screening presso la popolazione target, mediante iniziative conteste specifiche attente a barriere culturali e/o linguistiche	PL14_OT04	Comunicazione e informazione sui programmi di screening oncologici	Disponibilità di iniziative/materiali di comunicazione per diffondere la conoscenza di eventuali sviluppi dei programmi di screening	Regione	Almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno a partire dal 2022		si	si	si	si
PL14	Orientare gli interventi a criteri di equità, aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL14_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si
PL15	Diffondere e promuovere l'utilizzo di metodologie di progettazione ed intervento intersettoriali con i portatori di interesse, istituzionali e non, finalizzati all'azione di promozione della salute in più setting e su diversi target soprattutto per l'approccio Global Health.	PL15_OT02	Progettare partecipando	Formula: Diffusione delle metodologie di progettazione partecipata interistituzionale e multi ed inter disciplinare	CERSAG REGIONE	Standard: realizzazione di almeno una formazione sul tema entro il 2022	si	si			

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL15	Promuovere la diffusione di conoscenze e di competenze per tutti gli operatori in ambito sanitario e non sui principi basilari del PNP.	PL15_OT03	Formazione comunitaria trasversale	Realizzazione di un programma formativo sui principi basilari del PNP	CERSAG Regione	Standard: realizzazione di due percorsi formativi a partire dal 2022 entro il 2025	si	si		si	si
PL15	Promuovere interventi di comunicazione ed informazione in ambito One Health e Global Health, rivolti sia alla popolazione che a target specifici	PL15_OT04	Comunicare per agire	Formula realizzazione di almeno un corso e un prodotto di comunicazione durante il periodo di validità del Piano	CERSAG Regione	Standard 1 corso formazione e 1 prodotto comunicazione	si			1	
PL15	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL15_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si
PL16	1. Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni di comunicazione e prevenzione condotte nei diversi setting e verso specifiche categorie di popolazione (Az. USL, Az. Ospedaliere, Laboratori, MMG, PLS, specialisti, altri Op. sanitari, , associazioni)	PL16_OT02	Attivazione del Tavolo tecnico multisettoriale regionale sulle Malattie Trasmesse da Vettori sarà composto dai rappresentanti dei seguenti Enti/Istituzioni: Competenti Direzioni Regionali e dei diversi Servizi coinvolti; Dipartimenti di Prevenzione delle Az. USL, IZSUM, Laboratori regionali di riferimento, ANCI.	Atto di costituzione del Tavolo tecnico per l'elaborazione di indicazioni operative rispetto ai contenuti del "Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi"	regione	presenza/assenza		si			

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL16	3Garantire opportunità di formazione su sorveglianza e prevenzione delle m.i. agli operatori sanitari coinvolti nelle diverse strutture (serv. ISP e Amb. Vaccinali, laboratori, direzioni sanitarie Ospedali., MMG,PLS, Specialisti)	PL16_OT03	Formazione intersettoriale	Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022		1	1	1	1
PL16	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza negli operatori sanitari su malattie infettive e parassitarie in un'ottica "One Health"	PL16_OT04	Corso sulla One-Health, sulle nuove malattie infettive e parassitarie	presenza/assenza	regione	Realizzazione di almeno un corso annuale, a partire dal 2023			si	si	si
PL16	Costruire strumenti di comunicazione (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder e a precise categorie di popolazione	PL16_OT05	Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici	Esistenza di un programma regionale annuale di informazione e comunicazione basato sulle evidenze, coordinato con le azioni nazionali e le indicazioni del PNCAR	Regione	Realizzazione annuale del programma di comunicazione		si	si	si	si
PL16	Costruire strumenti di comunicazione (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder e a precise categorie di popolazione	PL16_OT05	Piano di comunicazione istituzionale rivolto alla popolazione (Sezione dedicata in piattaforma/sito istituzionale dedicato alla prevenzione) con particolare attenzione alla prevenzione delle "nuove" malattie trasmissibili e all'adesione consapevole ai programmi di prevenzione.	presenza/assenza	regione	Realizzazione di una Campagna informativa sulla prevenzione delle nuove malattie trasmissibili per l'adesione consapevole ai programmi di prevenzione a supporto delle Azioni del Programma		si	si	si	si

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL16	Orientare gli interventi a criteri di equità, aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL16_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si

Piano regionale della prevenzione 2020-2025

INDICATORI SPECIFICI

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")	PP01_OS02	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")	presenza	Regione	disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali		si			
PP01	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")	PP01_OS02	Sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"	presenza	Regione	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022; Disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023		si	si	si	si
PP01	Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.	PP01_OS03	Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute	presenza di 1 Rete regionale di "Scuole che Promuovono Salute" formalizzata da MIUR - USR	MIUR - USR.	Rete regionale formalizzata entro il 2022		si			
PP01	Diffondere l'adozione dell'"Approccio globale alla salute" nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	PP01_OS01	Istituti raggiunti dal Programma - Adesione alla Rete (* Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola)	(N. Istituti scolastici * che aderiscono formalmente alla Rete con impegno a recepire l'"Approccio globale" e a realizzare gli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate") / (N. Istituti scolastici presenti sul territorio regionale) *100	Regione, Anagrafe MIUR ("Scuole in chiaro")	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro 2024; almeno il 30% entro il 2025			10	20	30

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Diffondere l'adozione dell'“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	PP01_OS01	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate	(N. Scuole* che realizzano almeno 1 intervento di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”) / (N. Scuole presenti sul territorio regionale la cui Direzione Scolastica ha aderito alla Rete) *100 (* Per Scuole si deve intendere il plesso o la tipologia di indirizzo (es. liceo scientifico, liceo tecnologico, istituto agrario, ecc.); quindi nell'anagrafe MIUR i rispettivi codici meccanografici.)	Regione, Anagrafe MIUR (“Scuole in chiaro”)	almeno il 50%, ogni anno a partire dal 2022		50	50	50	50
PP02	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	PP02_OS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età	(N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo) / (N. totale Comuni) * 100	Regione	20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025			20		50
PP02	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	PP02_OS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)	(N. ASL sul cui territorio è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)) / (N. totale ASL) *100	Regione	50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025			50		100

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP03	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	PP03_OS02	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere ("Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	presenza	Regione	disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali		si			
PP03	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	PP03_OS02	Disponibilità di un sistema di monitoraggio regionale per la rilevazione della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili"	presenza	Regione	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022, disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023		si	si	si	si
PP03	Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	PP03_OS01	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)	(N. sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili", per ciascuna area indicata nel Documento stesso) / (N. sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche aderenti al Programma) * 100	Regione	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro il 2025			10		20
PP03	Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	PP03_OS01	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)	(N. Aziende Sanitarie e Ospedaliere aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili", per ciascuna area indicata nel Documento stesso) / (N. Aziende sanitarie e ospedaliere aderenti al Programma) * 100	Regione	almeno il 20% entro il 2023; almeno il 50% entro il 2025			20		50

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula e implementazione di un sistema di monitoraggio, con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative	PP04_OS01	Sistema di monitoraggio regionale	Attivazione e implementazione di un sistema di monitoraggio, con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi	Regione	Progettazione /adattamento entro il 2022; Disponibilità e utilizzo entro il 2023		si	si		
PP04	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting	PP04_OS02	Copertura (target raggiunti dal Programma)	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano Programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in setting extra scolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo) /n° Aziende Sociosanitarie del territorio*100	Regione	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024			50	80	
PP04	Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo	PP04_OS03	Copertura (target raggiunti dal Programma)	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato/(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100	Regione	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024			50	80	
PP04	Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato	PP04_OS04	Copertura (target raggiunti dal Programma)	(N. Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di riduzione dei rischi e del danno rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi) /(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100	Regione	almeno il 50% entro il 2023, almeno l'80% entro il 2025			50		80

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA	PP04_OS05	Copertura (target raggiunti dal Programma)	(N Aziende Socio-sanitarie che attuano programmi di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio) / (n° Aziende Socio-sanitarie del territorio)*100	Regione	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2025			50		80
PP04	Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative	PP04_OS01	7.1 REPORT SUI DATI EPIDEMIOLOGICI SIGNIFICATIVI	NUMERO REPORT PRODOTTI	REGIONE - OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO DIPENDENZE	1 REPORT ALL'ANNO DI SINTESI DUI DATI EPIDEMIOLOGICI SIGNIFICATIVI		1	1	1	1
PP04	Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo	PP04_OS03	8.1 ESTENSIONE DEL PROGETTO YAU	NUMERO ZONE SOCIALI PARTNER DEL PROGETTO YAU	REGIONE-ANCI	1 ZONA SOCIALE PARTNER ALL'ANNO		1	1	1	1
PP04	Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo	PP04_OS03	8.2 INTERVENTI DI PREVENZIONE IN AMBITO FAMILIARE	NUMERO DISTRETTI CHE REALIZZANO 1 SPAZIO ON LINE, 1 NEWSLETTER E 1 INCONTO CON LE FAMIGLIE	REGIONE - ASL	1 SPAZIO ON LINE, 1 NEWSLETTERS E 1 INCONTO CON LE FAMIGLIE IN 1 DISTRETTO NEL 2022 (10%), 1 SPAZIO ON LINE, 1 NEWSLETTERS E 1 INCONTO CON LE FAMIGLIE IN 3 DISTRETTI NEL 2023 (25%), 1 SPAZIO ON LINE E 1 NEWSLETTERS E 1 INCONTO CON LE FAMIGLIE IN 6 DISTRETTI NEL 2024 (50%)		1	3	6	

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato	PP04_OS04	9.1 INTERVENTI DI PREVENZIONE RIVOLTI AGLI ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI	NUMERO DISTRETTI CHE REALIZZANO 1 PUNTO DI ASCOLTO RIVOLTO AD ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI	REGIONE - ASL	1. PUNTO DI ASCOLTO RIVOLTO AD ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI IN 2 DISTRETTI NEL 2022 (15%), 1. PUNTO DI ASCOLTO RIVOLTO AD ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI IN 4 DISTRETTI NEL 2023 (30%), 1. PUNTO DI ASCOLTO RIVOLTO AD ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI IN 6 DISTRETTI NEL 2024 (50%)		2	4	6	
PP04	Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari	PP04_OS06	11.1 ESTENSIONE SCREENING HCV E HIV	NUOVI UTENTI SERD TOSSICODIPENDENTI SOTTOPOSTI A SCREENING HCV E HIV	REGIONE E ASL	20% NUOVI UTENTI SERD TOSSICODIPENDENTI SOTTOPOSTI A SCREENING HCV E HIV NEL 2022, 50% NUOVI UTENTI SERD TOSSICODIPENDENTI SOTTOPOSTI A SCREENING HCV E HIV NEL 2023		20	50		
PP04	Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA	PP04_OS05	10.1 INTERVENTI IN TEMA DI RIDUZIONE DEL DANNO	DEFINIZIONE INDIRIZZI E STANDARD E ATTIVAZIONE SERVIZI SPECIFICI	REGIONE	DEFINIZIONE DOCUMENTO PER LE LINEE DI INDIRIZZI E GLI STANDARD IN TEMA DI RIDUZIONE DEL DANNO NEL 2022, 5 UNITA' DI STRADA PRESENTI NEL TERRITORIO NEL 2023		sì	5		
PP04	Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato	PP04_OS04	9.2 INTERVENTI DI PREVENZIONE INDICATA RIVOLTA AGLI STRANIERI	INIZIATIVE DI PREVENZIONE INDICATA RIVOLTA AGLI STRANIERI	REGIONE	COSTITUZIONE GRUPPO DI LAVORO SUL TEMA STRANIERI NEL 2022, 1 INIZIATIVA DI PREVENZIONE INDICATA RIVOLTA AGLI STRANIERI NEL 2023		sì	1		
PP04	Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato	PP04_OS04	9.3 INIZIATIVE DI SENSIBILIZZAZIONE RIVOLTE AGLI OVER 65	NUMERO INIZIATIVE REALIZZATE CON IL SUPPORTO DELLE ASSOCIAZIONI	REGIONE	1 INIZIATIVA DI SENSIBILIZZAZIONE DEL 2022, 1 INIZIATIVA DI SENSIBILIZZAZIONE NEL 2024		1		1	

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula (N. di Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) nei quali la ASL ha espresso un contributo nell'ambito del procedimento di VAS) / (N. totale di PUMS) *100	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_OS01	Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) *	Documentazione regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")	Regione	30% di PUMS entro il 2023; 80% di PUMS entro il 2025			30		80
PP05	Estendere/implementare strategie e azioni per promuovere la sicurezza negli ambienti domestici	PP05_OS02		presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" (Accordo Stato Regioni 17.01.19)	Regione	Disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali		si			
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_OS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età	(N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo) / (N. totale Comuni) * 100	Regione	20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025			20		50
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_OS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)	(N. ASL sul cui territorio è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)) / (N. totale ASL) *100	Regione	50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025			50		100

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_OS01	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere ("Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	presenza	Regione	disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali		si			
PP05	Monitorare l'andamento del fenomeno incidenti domestici	PP05_OS06	Report regionale	Attività di analisi dei dati di accesso al Pronto Soccorso riferiti ad incidenti stradali e domestici	Regione	Almeno un report regionale per ogni anno di vigenza del piano a partire dal 2022		si	si	si	si
PP06	Promuovere l'approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro), al sostegno, alla autovalutazione e gestione dei rischi, al ruolo dei lavoratori (RLS) nell'organizzazione della salute e sicurezza aziendale, tramite l'attivazione di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP) in "settori" specifici individuati in ciascuna Regione sulla base delle specificità territoriali (diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura)	PP06_OS01	Progettazione e realizzazione, da parte di ogni Regione, di PMP rivolti ad aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura	Formula: n. di PMP "attuati" * su aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura (* Per attuazione del PMP si intende la completa esecuzione delle fasi ed attività indicate nello specifico paragrafo del MO4)	Regione	maggiore o uguale a 3					3
PP07	Promozione delle attività di vigilanza, controllo e assistenza alle imprese anche applicando alle attività di controllo i principi dell'assistenza "empowerment" e dell'informazione; contrasto all'utilizzo di macchine ed attrezzature da lavoro non conformi o prive dei Requisiti Essenziali di Sicurezza e creazione della banca dati delle non conformità ai RES	PP07_OS01	Strategie di intervento per le attività di vigilanza, controllo, assistenza	Programmazione annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza	Regione	Report annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza in rapporto al numero di aziende agricole presenti sul territorio (privilegiando le micro imprese) e di aziende del commercio macchine anche nelle manifestazioni fieristiche e, per l'edilizia, al numero di notifiche preliminari significative (importo lavori maggiore di 30.000 euro) pervenute l'anno precedente		si	si	si	si

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP07	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto/uso del trattore, uso di sostanze pericolose, contenimento dei rischi nei lavori stagionali) tramite l'attivazione in ciascuna Regione/ASL di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP), di contrasto ad uno o più rischi specifici del settore edilizia ed agricoltura, individuato sulla base delle specificità territoriali e conformemente alle risorse e competenze disponibili	PP07_OS02	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto)	Regione	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun comparto (edilizia e agricoltura); 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento; 2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza		si	si	si	si
PP07	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)	PP07_OS03	Sorveglianza Sanitaria Efficace	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)	Regione	(per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) - 2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente la sorveglianza sanitaria, per i comparti Edilizia e Agricoltura - 2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti - 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza		si	si	si	si
PP08	Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	PP08_OS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali	presenza	Regione	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun rischio; 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento; 2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza		si	si	si	si

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard (per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B); 2022: presenza documenti di buone pratiche condivise inerente alla sorveglianza sanitaria; 2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti, 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza	2021	2022	2023	2024	2025
PP08	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti	PP08_OS02	Sorveglianza Sanitaria Efficace	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)	Regione			si	si	si	si
PP09	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	PP09_OS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali	Stipula di almeno un Accordo, Attuazione degli Accordi	Regione	Stipula Accordo entro il 2022. Rispetto tempistiche ed attività previste dagli Accordi		si			
PP09	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	PP09_OS01	Rete regionale integrata ambiente e salute	Realizzazione di una Rete regionale integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN e SNPA	Regione	Formalizzazione della rete entro il 2023			si		
PP09	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	PP09_OS01	Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali	Formalizzazione di indirizzi e criteri regionali	Regione	Formalizzazione entro il 2023			si		
PP09	Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute	PP09_OS02	Programma e realizzazione interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato	Formalizzazione di un Programma annuale regionale di controllo in materia di sicurezza chimica, trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato	Regione	Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo		si	si	si	si
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_OS03	Piani Regionali per l'amianto	Formalizzazione del Piano Regionale Amianto	Regione	Approvazione del Piano Regionale Amianto entro il 2025					si

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_OS03	Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica	Adozione di documento regionale riguardante le buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati - Realizzazione di interventi formativi specifici sulle buone pratiche	Regione	Adozione del documento regionale entro il 2023 - Realizzazione di almeno un intervento formativo entro il 2025			si		si
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_OS03	Urban health	Partecipazione a tavoli tecnici inter istituzionali di valutazione dei programmi/progetti dedicati a rigenerazione urbana/urban health/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a promuovere ambienti "salutogenici"	Regione	rappresentanza socio-sanitaria in almeno un tavolo tecnico interistituzionale secondo la programmazione delle politiche regionali di sviluppo					si
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_OS03	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano	Realizzazione del sistema informativo	Regione	Realizzazione entro il 2025					si
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (a)	adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute	Regione / ISS	SI (verifica annuale)		si	si	si	si
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (b)	percentuale di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate incluse nel sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano: (N. strutture di ricovero per acuti aderenti alla sorveglianza dell'AMR) / (N. totale delle strutture di ricovero per acuti) x 100	Regione / ISS	100% (entro il 2025, ma con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)		si	si	si	100

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (c)	Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza, omogenee tra le Regioni	Regione	SI (entro 2023)			si		
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (d)_laboratori	% laboratori regionali (pubblici e privati) coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia	Regione	Elenco dei laboratori al 2022 e verifica annuale di aumento della percentuale annua di partecipazione entro il 2025.		si	si	si	si
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (d)_procedure	Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari	Regione/IZS/CNR-LNR	SI (entro il 2023)			si		
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): A	Restituzione annuale, da parte della Regione alle Aziende Sanitarie, di informazioni relative al consumo di antibiotici in ambito umano e veterinario, al fine di ottemperare agli obiettivi di riduzione dei consumi previsti dal PNCAR e successive versioni. In ambito veterinario tali informazioni scaturiscono dal sistema di tracciabilità del farmaco veterinario e REV	Regione	Produzione Report annuale (a partire dal 2022)		si	si	si	si

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): B	coordinamento delle attività del piano regionale residui a livello locale annuale del piano come previsto dal PNCAR	Regione	produzione report annuale		si	si	si	si
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): C	promozione dell'applicazione degli strumenti informativi messi a disposizione dal Ministero per la definizione di DDDVET per gli antimicrobici e le categorie di animali produttori di alimenti	Regione/ASL/Ordini Professionali	almeno il 50% degli allevamenti deve essere monitorato con le DDDVET entro il 2025, con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo		si	si	si	50
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): D	Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici tool informativi messi a disposizione dal Ministero	Regione	100% (entro il 2025), con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)		si	si	si	100
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (e)	% di strutture di ricovero in cui è stata effettivamente attivata la sorveglianza dei CRE, con un grado di copertura >90% (verificata attraverso lo "zero reporting" oppure attraverso l'incrocio con il flusso informativo regionale dei laboratori ove disponibile)	Regione/ISS	>90% (entro 2025), con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo		si	si	si	90

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (f)	Partecipazione regionale ad almeno tre sorveglianze delle infezioni correlate all'assistenza, come da indicazioni del Ministero della Salute, definendo un piano progressivo di sviluppo della sorveglianza regionale	Regione/SS	n. 3 sorveglianze (entro 2022)		3			
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (g)	Formula % di Comitati per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA) che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza: (N. CC-ICA che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza / (N. totale CC-ICA) x 100	Regione	100% (ANNUALE)		100	100	100	100
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Promozione dell'applicazione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario (a)	Offerta e realizzazione di iniziative, a livello di ASL, indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali mirate alla verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso appropriato di antibiotici secondo linee guida nazionali entro il 2025	Regione	100% ASL aderiscono alle iniziative entro il 2025					100
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (b):	Esistenza di iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario coordinate con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCR e le linee guida sull'uso prudente	Regione	almeno 1 iniziativa annuale		1	1	1	1

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano (c):	Esistenza di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di Antimicrobial stewardship (AS) in tutte le Aziende sanitarie/Ospedali (N Aziende sanitarie/Ospedali in cui è stato predisposto un programma di AS) / (N. totale Aziende sanitarie/Ospedali) x 100	Regione	100%, (entro il 2025)					100
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (a):	Esistenza di un Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza in tutti gli ospedali pubblici: (N. ospedali che hanno attivato un Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza) / (N. totale ospedali) x 100	Regione	100%, (entro il 2022)		100			
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (b):	Istituzione di un sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani: (N. ospedali che dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica) / (N. totale di ospedali della Regione) x100	Regione	100% (entro 2024)				100	
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA	% di Aziende che hanno inserito negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, per medici, veterinari e farmacisti sul buon uso degli antibiotici e per tutti gli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA: (N.Aziende sanitarie in cui è stato predisposto almeno un corso di formazione all'anno) / (N. totale Aziende sanitarie) x 100	Regione	100% (entro 2024)					100

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL11	Informazione per l'empowerment dei genitori	PL11_OS01	materiale informativo revisionato e distribuito dai pls, adesione degli assistiti ai bilanci di salute (I III IV e VII)	presenza	Regione e bilanci di salute	Disponibilità documento entro il 2024	si	70	80	90	100
PL11	Modelli innovativi alla genitorialità	PL11_OS02	Informazione ai genitori	presenza	Regione e PLS	Realizzazione Moduli di Informazione per l'empowerment dei genitori 2022-2025		100	100	100	100
PL11	Aggiornamento e formazione	PL11_OS03	Aggiornamento e Formazione	presenza	Regione	Realizzazione formazione agli operatori sanitari e socio-sanitari dal 2022-2025		100	100	100	100
PL11	La gravidanza fisiologica	PL11_OS04	Numero di consultori che distribuiscono l'Agenda	Presenza	Regione	Costruzione dell'agenda		100	100		
PL12	MO 01 LS a NUTRIZIONE E SALUTE	PL12_OS01	VALUTARE IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ NUTRIZIONALE DELLA DIETA	Presenza	Regione	Costituzione TaRSIN Trasmissione analisi SWOT Latte e yogurt Bozza di linee guida per il consumo di latte e yogurt nella in diverse fasce di età	si	si	si	si	si
PL12	MO LS USO DEL SALE IODATO	PL12_OS02	Formazione/informazione rivolta agli operatori del settore sull'utilizzo del sale iodato per ridurre disordini da carenza iodica.	Presenza	Regione	Costruire una campagna di informazione rivolta al personale del settore Coinvolgere le istituzioni e le famiglie Coinvolgere il TaRSIN per la realizzazione di una efficace campagna di informazione e della valutazione di parametri biologici in grado di determinare una efficace azione preventiva	si	si	si	si	si
PL13	attuare i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDITA) con una logica di prevenzione, trasformandoli in percorsi di prevenzione diagnostici terapeutici assistenziali (PPDTA)	PL13_OS01	definizione del PPDTA	presenza/assenza	relazioni attività	attivazione e messa a regime dei PPDTA selezionati prioritariamente dal Piano cronicità regionale e tenendo conto della formulazione di specifici PDITA per i Long COVID e pazienti con problemi di salute mentale	si	si	30	50	80

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL13	Formazione specifica e interdisciplinare, per migliorare le conoscenze e le competenze specifiche e favorire il lavoro di squadra. Obiettivo prioritario è che tutto il personale dell'assistenza ottenga un'adeguata formazione e dimostrare di avere raggiunto il grado di conoscenza e competenza necessario al raggiungimento degli obiettivi assistenziali. Per tutti i PPDTA del Piano delle cronicità regionale vanno individuati percorsi specifici formativi per tutte le figure professionali coinvolte.	PL13_OS02	incontri formativi	numero di incontri effettuati	relazione attività	almeno un incontro ad inizio attività e un in incontro in corso anno per descrivere obiettivo e monitorare l'andamento	si	si	si	si	si
PL13	Empowerment, leva fondamentale per l'efficacia e l'efficienza del sistema. Obiettivo irrinunciabile di un sistema di assistenza alla cronicità è il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia. Per ottenere un buon grado di "empowerment" è necessario che le informazioni fornite alla persona e a tutti i componenti del suo contesto (familiari, caregivers) da ogni figura professionale coinvolta nel processo di cura siano univoche, semplici, comprensibili, omogenee e costantemente ripetute e rinforzate. Sono previsti programmi di promozione e di educazione alla salute	PL13_OS03	campagna di comunicazione per la popolazione	campagne realizzate	relazioni attività	una campagna l'anno	si	si		si	

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL13	Sanità digitale. Strumenti informatizzati e digitali: permetteranno il monitoraggio, la consultazione, le assistenze a distanza del paziente cronico. L'informatizzazione permetterà anche la gestione facilitata dei PDTA e il loro monitoraggio. Indispensabile attivare la COT regionale, come strumento facilitante la presa in carico complessiva del cittadino in una logica di equità, appropriatezza, efficacia ed efficienza	PL13_OS04	Attivazione di progetti di tecnoassistenza	numero di pazienti assistiti previsti/numero di pazienti arruolabili nella presa in carico	pazienti assistiti	100 % dei pazienti assistiti	si	si	50	80	100
PL14	Miglioramento della qualità del percorso relativo allo screening mammografico attraverso l'implementazione del PDTA regionale per le neoplasie della mammella e lo sviluppo di percorsi organizzati per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica (mutazioni BRCA1 e BRCA2)	PL14_OS01	PDTA mammella regionale	Documento su PDTA regionale	Regione	Documento regionale adottato entro il 2022		si			
PL14	Miglioramento della qualità del percorso relativo allo screening mammografico attraverso l'implementazione del PDTA regionale per le neoplasie della mammella e lo sviluppo di percorsi organizzati per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica (mutazioni BRCA1 e BRCA2)	PL14_OS01	Percorso aziendale per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica	Percorso aziendale per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica	regione	Percorso definito e attivato a livello aziendale			si		
PL14	Riorganizzazione dello screening cervicale sulla base della vaccinazione	PL14_OS02	Documento con linee di indirizzo	Documento regionale con linee di indirizzo	Regione	Documento regionale adottato entro il 2022		si			
PL14	Riorganizzazione dello screening cervicale sulla base della vaccinazione	PL14_OS02	Proporzione di popolazione per cui è attivo e funzionante il linkage tra il Sistema Screening e l'Anagrafe Regionale Vaccinale	Numero di donne da invitare per la prima volta ad effettuare un Pap test per le quali è presente nel Sistema informativo degli screening l'informazione sulla vaccinazione contro HPV/numero di donne da invitare per la prima volta ad effettuare un Pap test	sistema informativo screening	100%			100		
PL14	Miglioramento per lo screening collettivo della partecipazione ai programmi di screening organizzato rispetto al dato del 2020	PL14_OS04	Partecipazione allo screening collettivo	popolazione 50-74 anni che aderisce allo screening (che effettua un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci su invito)/popolazione 50-74 anni invitata	Sistema informativo screening	valore accettabile GSCor				45	

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL15	Formulare linee guida sulla promozione della salute secondo l'approccio One e Global Health	PL15_OS01	Linea Guida Regionale per un approccio One e Global Health	Realizzazione delle linee guida regionali sulla promozione della salute secondo l'approccio One e Global Health	Centro Regionale Salute Globale e Regione	Realizzazione durante il periodo di validità del piano.	si	si	si	si	si
PL15	Realizzare corsi di formazione sull'area one health	PL15_OS02	Corsi di formazione area One Health - argomenti correlati	Realizzazione di percorsi formativi sull'area One Health	Centro Regionale Salute Globale e Regione	Standard: Realizzazione di almeno un corso ogni 2 anni a partire dal 2021 fino al 2025	1	1	1	1	1
PL15	Realizzare corsi di formazione per la diffusione della cultura del dato	PL15_OS03	Dai dati epidemiologici all'azione	Realizzazione di percorsi formativi specifici	CERSAG Regione	Realizzazione di almeno un corso entro il 2024	si	si	si	si	si
PL15	Realizzare corsi di formazione sulle metodologie e gli strumenti per la promozione della salute	PL15_OS04	La cassetta degli attrezzi per la promozione della salute IHUPE	Realizzazione di percorsi formativi dedicati	CERSAG Regione	Realizzazione di almeno un corso a partire dal 2023	si	si	si	2	2
PL15	Realizzare corsi di formazione sul modello Schools for Health in Europe Network Foundation	PL15_OS05	Scuola in salute	Formula: Realizzazione di percorsi formativi specifici in linea con la programmazione regionale	CERSAG Regione	Realizzazione di almeno un corso entro il 2023	si	si	si	2	2
PL15	Strutturare ed implementare, in collaborazione con le attività dell'osservatorio epidemiologico regionale riguardo un'epidemiologia finalizzata all'azione attraverso il laboratorio CERSAG su Equità	PL15_OS06	Laboratorio di equità	Realizzazione nell'ambito del CERSAG di un laboratorio sull'equità	CERSAG	Laboratorio attivo entro il 2023	si	si	si	si	si
PL16	Consolidare il sistema di sorveglianza delle PFA	PL16_OS01	Tasso di segnalazione annuale dei casi di PFA	N. casi PFA non polio segnalati di PFA/100.000 ragazzi di età <15anni	regione	Almeno 1 caso PFA non polio ogni 100.000 ragazzi con età inferiore a 15 anni		si	si	si	si
PL16	a. Rendere più efficace la sorveglianza al fine di rispondere in modo tempestivo, coordinato ed efficace al verificarsi degli eventi infettivi	PL16_OS02	Atto di approvazione del nuovo sistema di sorveglianza delle malattie infettive	Atto di approvazione del nuovo sistema di sorveglianza entro il 31.12.2021	regione	Utilizzo a regime del nuovo sistema e trasferimento dei dati di sorveglianza nei tempi stabiliti	si	si	si	si	si
PL16	b. Attivare e/o mantenere efficienti sistemi di risposta adeguati, con Piani e Protocolli di intervento differenziati, da attivare sia nel caso in cui si verificano piccoli cluster epidemici o malattie che possono dare origine a vere e proprie epidemie, sia nel caso in cui vengano registrati casi di malattie da vettori o di zoonosi.	PL16_OS03	Elaborare e proporre alla Giunta regionale, entro i termini stabiliti, il nuovo Piano Pandemico Regionale	Atto di approvazione del Piano Pandemico regionale	regione	presenza/assenza	si	si	si	si	si

Piano regionale della prevenzione 2020-2025



PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL16	c. Mettere in atto interventi formativi/informativi/educativi, rivolta agli operatori e alla popolazione, al fine di evitare il diffondersi di infezioni prevenibili non abbastanza conosciute o di cui non si parla più, o che coinvolgono particolari categorie di persone a rischio	PL16_OS04	Realizzazione di programma formativo per MMG PLS su nuove malattie infettive e parassitarie e one-health	Programma formativo approvato entro 2022	regione	presenza		si	si	si	
PL16	e. Ridurre l'impatto delle malattie infettive croniche o di lunga durata con particolare attenzione a HIV/AIDS, epatite B e C, TBC attivando specifici interventi per la prevenzione	PL16_OS06	Implementazione percorsi diagnostico-terapeutici TBC	% di casi di TBC polmonare persi al follow-up	regione	Riduzione progressiva dei casi persi al follow-up		20	15	5	5
PL16	f. Attivare protocolli terapeutici condivisi per il trattamento post-esposizione all'HIV	PL16_OS07	Presenze e implementazione di protocolli aziendali relativi alla Profilassi Post Esposizione	presenza/assenza	regione	Presenza		si	si	si	si
PL16	g. Predisporre piani di prevenzione e controllo delle arbovirosi	PL16_OS08	Protocolli operativi approvati con delibere Aziendali ed attivati entro il 1° semestre 2024	Attività di prevenzione controllo implementate	regione	presenza/assenza		si	si	si	si
PL16	h. Consolidare l'anagrafe vaccinale per migliorare l'immunizzazione attiva, con particolare attenzione al Piano di eliminazione del Morbillo e della rosolia congenita	PL16_OS09	Mantenimento coperture vaccinali	Vaccinati/invitati alla vaccinazione	regione	Mantenere al 95% le coperture vaccinali già raggiunte nel 2020 per esavalente (Polio), Trivalente (Morbillo), incrementare quelle per meningococco C e B, pneumococco,	95	95	95	95	95
PL16	k. Predisporre programmi di offerta vaccinale specifici per donne e operatori sanitari	PL16_OS12	Avviare specifiche attività di offerta vaccinale per donne e operatori sanitari	Offerta attiva avviata	regione	presenza		si	si	si	si

***IL PROFILO DI SALUTE E DI EQUITÀ
PER IL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2020 – 2025
DELLA REGIONE UMBRIA***

INDICE

Premessa

1. Il contesto demografico

2. Il contesto socio-economico e i determinanti di salute

- Livello di istruzione
- Occupazione e livello socio-economico
- Caratteristiche delle famiglie
- Anziani e invecchiamento attivo

3. Lo stato di salute

- Mortalità
- Speranza di vita e stato di salute percepito
- Malattie croniche
- Infortuni sul lavoro e malattie professionali
- Incidenti stradali
- Incidenti domestici
- Salute mentale
- Salute materno-infantile
- Disabilità
- Consumo di antibiotici ed andamento epidemiologico delle resistenze batteriche

4. I fattori di rischio comportamentali

- Abitudine al fumo, consumo di alcol e uso di sostanze illecite
- Alimentazione e eccesso ponderale
- Sedentarietà e attività fisica
- Diseguaglianze ed equità
- Gioco d'azzardo

5. L'ambiente

6. I programmi di popolazione

- Vaccinazioni
- Screening oncologici

7. L'epidemia da SARS CoV2

- Andamento dell'epidemia in Umbria
- Focus dai sistemi di sorveglianza

8. La sicurezza alimentare

9. La salute animale

Premessa

Il Piano Regionale della Prevenzione non può prescindere dalla descrizione del profilo di salute della popolazione umbra, che rappresenta sia un punto di partenza per identificare obiettivi e azioni sui quali attivare le risorse della prevenzione all'interno della regione, sia un bilancio di come le azioni messe in campo siano state efficaci nel migliorare la salute dei cittadini, al netto dell'azione dei determinanti su cui non agiscono le azioni del Piano.

Nel presente profilo, gli indicatori sono aggiornati per lo più al 2019, in alcuni casi comprendono anche un'analisi del 2020.

Nell'analisi degli indicatori di salute dei residenti si è dato risalto, ove possibile, oltre che al confronto geografico Umbria - Italia, anche ai trend temporali per valutare cosa si sia modificato negli ultimi anni.

Naturalmente, il confronto con i valori nazionali non esaurisce le dimensioni attraverso le quali definire obiettivi di salute: frequenza e rilevanza dei problemi di salute non variano solo per genere e diverse fasce di età ma anche per area territoriale.

Il presente profilo di salute "regionale" è stato redatto attraverso il ricorso alle principali fonti informative disponibili ed è stato articolato in sette capitoli.

Il primo e il secondo sono dedicati alle caratteristiche demografiche e socio-economiche della popolazione residente, essendo questi due elementi fortemente influenzanti la salute e i bisogni dei cittadini.

Il terzo capitolo è dedicato alla descrizione dello stato di salute attraverso dati provenienti da diverse fonti informative.

Il quarto capitolo presenta e descrive i principali fattori di rischio (soprattutto comportamentali) che condizionano fortemente la salute dei cittadini. Si tratta di fattori di rischio di interesse soprattutto per il macro obiettivo inerente le malattie croniche non trasmissibili. Azioni di prevenzione efficaci su questi fattori sarebbero potenzialmente in grado di assicurare un alto guadagno di salute, contribuendo alla sostenibilità del nostro sistema sanitario, gravemente minacciata dal carico di malattie croniche.

Il quinto capitolo approfondisce il tema dell'ambiente per quanto riguarda i principali fattori di rischio ambientali mentre il sesto fornisce un quadro rispetto alla qualità dei programmi di sanità pubblica.

Il settimo capitolo traccia una sintesi dell'andamento dell'epidemia da SARS Cov2 e, attraverso l'analisi dei sistemi di sorveglianza, degli effetti che si sono determinati sulla percezione della popolazione e su alcuni fattori di rischio comportamentali.

Infine, l'ottavo capitolo e il nono capitolo fanno il punto rispetto alla sicurezza alimentare e alla salute animale.

Il tema della lotta alle disuguaglianze legate a condizioni socio-economiche, etniche e di genere è trasversale a quasi tutti i capitoli, dove vengono descritti gli effetti dei determinanti sociali sulla distribuzione dei fattori di rischio, delle malattie e sull'accesso ai programmi di prevenzione efficaci.

Capitolo 1 - Il contesto demografico

Fonti dei dati: ISTAT

La ricchezza nella disponibilità di dati e la necessità di delineare il profilo di salute della popolazione residente in Umbria, sono alla base della realizzazione di questo rapporto sintetico. Vengono infatti delineati i contorni del profilo della nostra popolazione a supporto delle altre informazioni disponibili, in modo da comprendere e contestualizzare eventuali differenze e fornire indicazioni utili alla programmazione sanitaria.

Nel 2020 la pandemia da SARS CoV-2 ha prodotto effetti non soltanto, per quanto prevalentemente, sulla mortalità ma anche sulla mobilità residenziale interna e con i Paesi esteri, arrivando a incidere persino sui comportamenti riproduttivi (nell'ultimo mese dell'anno) e nuziali. Ne scaturisce un quadro globale, già di per sé fortemente squilibrato da dinamiche demografiche deboli sul versante del ricambio della popolazione, nel quale le stesse problematiche risultano accentuate e moltiplicate.

Il calo della popolazione

L'Italia al 1/1/2020 contava 59.641.488 abitanti. Al 01/01/2021 si stima che sia passata a 59.257.566 con un calo di circa 384.000 abitanti (-6,4 x 1000 residenti).

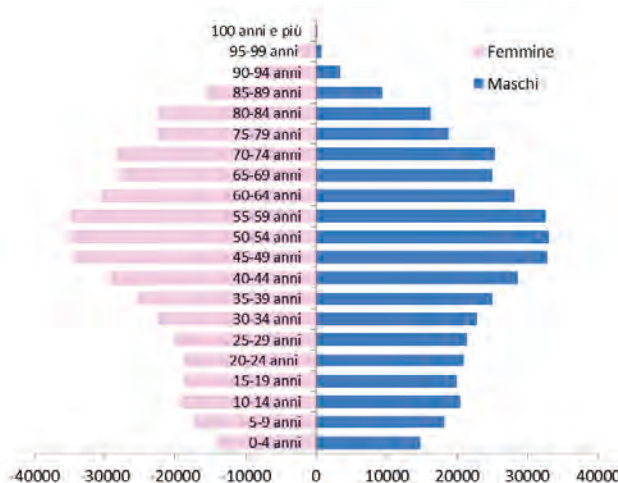
L'Umbria nello stesso intervallo è passata da 870.165 a 865.013 abitanti, con un decremento di 5,9 x 1000 residenti.

In questo anno si osserva un ulteriore calo delle nascite pari a 6,0 x 1000 abitanti (rispetto a 6,4 del 2019) e un massimo di decessi pari a 12,8 x 1000 abitanti (rispetto a 11,7 del 2019) con una dinamica naturale negativa di 5884 unità.

Il riflesso di tali andamenti comporta un'ulteriore riduzione della popolazione residente in Umbria, scesa al 01/01/2021 a 865.013 persone. Ininterrottamente in calo da 8 anni consecutivi, e specificamente dal 2013 quando raggiunse la cifra record di 892.742 residenti, l'ammontare della popolazione registra nel 2020 una riduzione di 5.152 unità sull'anno precedente (-5,9 x 1000 residenti).

Di seguito (fig. 1) si riporta la distribuzione della popolazione per sesso e fasce di età quinquennali (piramide delle età) che evidenzia lo spostamento della popolazione verso le classi di età più avanzate. La fascia di età più rappresentata è 50-54 anni per entrambi i sessi.

Fig. 1 - Popolazione residente per sesso e fasce d'età al 01/01/2021. Umbria



Complessivamente la popolazione è composta per il 48,3% da maschi e 51,7% da femmine.

La fascia di età tra 0-14 anni rappresenta il 12.0% del totale, quella di 15-64 anni il 61.8% mentre la popolazione anziana (65 anni e +) è arrivata al 26,2%. L'età media è 47.5 anni, superiore rispetto a quella media italiana (46.0 anni).

Si riduce il numero delle nascite rispetto al 2019 (-5.9%) e il numero medio di figli per donne in età fertile (1.15 vs 1.24 Italia). L'età media al parto è 32.3 anni (vs 32.2 in Italia).

In tabella 1 si riportano i principali indicatori di bilancio demografico.

Tab. 1 -Indicatori di bilancio demografico anno 2020 Tassi x 1000 residenti. Confronto Umbria Italia.

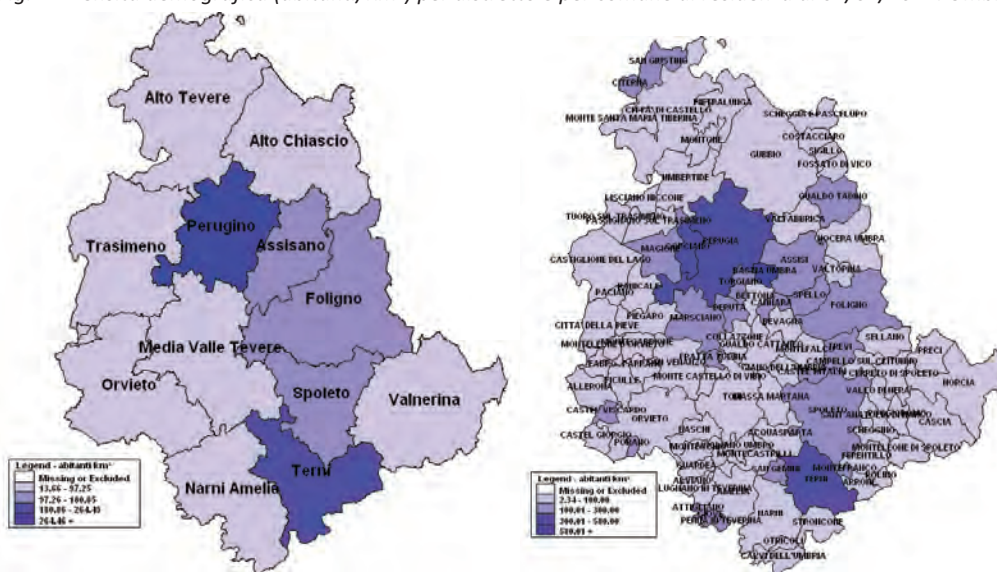
Ripartizioni	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso migratorio interno	Tasso migratorio estero	Tasso migratorio totale
Umbria	6.0	12.8	-6.8	0.6	1.8	2.4
ITALIA	6.8	12.6	-5.8	0.0	1.3	1.3

La densità abitativa

La densità demografica sul territorio regionale è pari a 102.2 abitanti/Km2, circa la metà del valore medio nazionale (196.2); nella provincia di Perugia essa si attesta a 101,5 e in quella di Terni a 104,2.

I distretti mostrano una diversa densità demografica passando da 348 abitanti/Km2 nel Distretto del Perugino a 13.7 in quello della Valnerina. Anche tra i comuni si osserva una grande variabilità passando da 771 abitanti/Km2 a Bastia Umbra a 2.34 a Poggiodomo (fig. 2).

Fig. 2 - Densità demografica (abitanti/Km²) per distretto e per comune di residenza al 01/01/2021. Umbria



La popolazione anziana

01/01/2021 in **Italia** gli anziani (65 anni e più) costituiscono il 23.5% della popolazione residente.

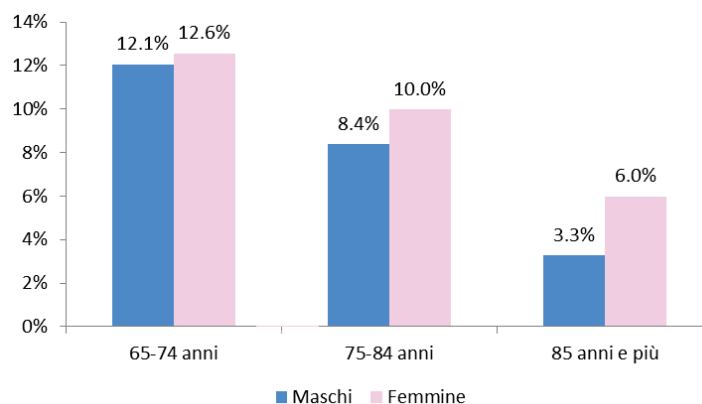
Umbria sono il **26.2%**.

La popolazione umbra di 65 anni e più è costituita da 226.502 soggetti, pari al 26.2% della popolazione residente totale. Questa percentuale, in costante aumento, colloca l'Umbria tra le regioni più anziane.

È costituita per il 43,7% da maschi e per il 56.3% da femmine.

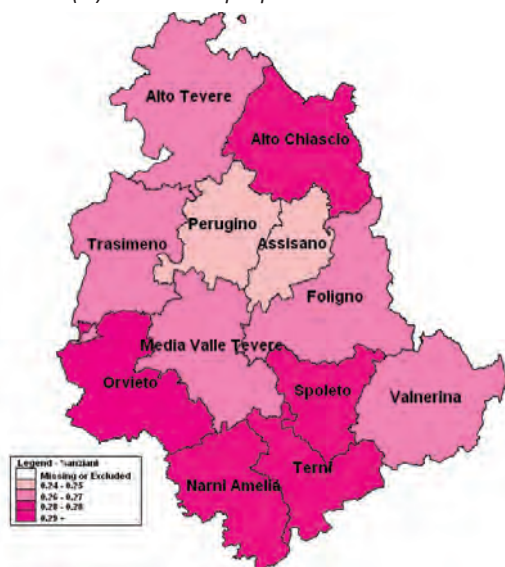
Di seguito (fig. 3) si riporta la distribuzione di questa parte di popolazione per sesso e fasce di età che conferma la prevalenza del sesso femminile.

Fig. 3 - Popolazione residente (%) di 65 anni e più per sesso e fasce di età al 01/01/2021. Umbria



La percentuale di popolazione di 65 anni e più ha una grande variabilità nel territorio regionale, andando dal 23.9% del distretto dell'Assisano fino a raggiungere la sua maggior concentrazione nel distretto dell'Orvietano (29.9%)(fig. 4).

Fig. 4 - Popolazione residente (%) di 65 anni e più per distretto di residenza al 01/01/2021. Umbria



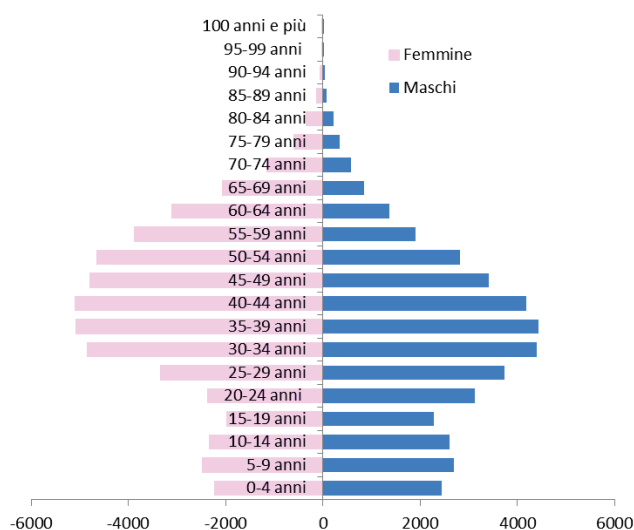
Il contributo degli stranieri

01/01/2021 in Italia gli stranieri costituiscono l'8.5% della popolazione residente. In Umbria sono il **10,6%**.

La popolazione straniera umbra è costituita da 92.083 soggetti, pari al 10.6% della popolazione residente totale. Per il 45% sono maschi e il 55% sono femmine.

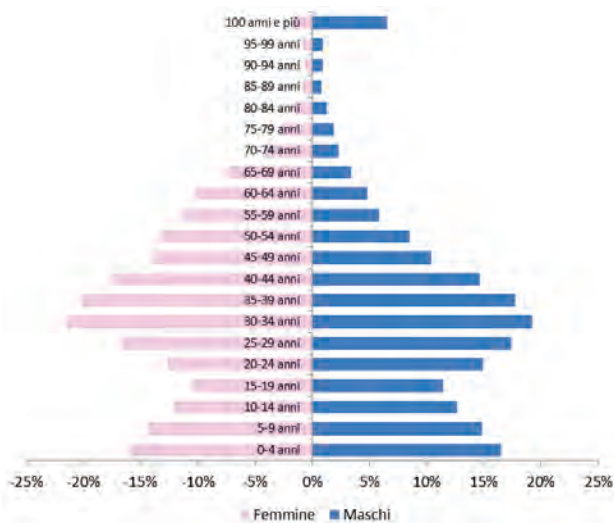
Di seguito (fig. 5) si riporta la distribuzione della popolazione per sesso e fasce di età quinquennali (piramide delle età) che evidenzia, in confronto con la popolazione totale umbra, una maggior distribuzione nelle fasce di età più giovani. La fascia di età più rappresentata è 35-39 anni per i maschi e 40-44 anni per le femmine.

Fig. 5 - Popolazione residente straniera per sesso al 01/01/2021. Umbria



La quota di stranieri raggiunge la maggior percentuale sul totale della popolazione residente in entrambi i sessi tra i 30-34enni. L'alta percentuale di stranieri tra i maschi con 100 anni e più è frutto della bassa numerosità di popolazione in questa fascia di età (fig. 6).

Fig. 6 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera per sesso e classe d'età al 01.01.2021. Umbria



Nella popolazione di 6-10 anni la componente straniera rappresenta in entrambi i sessi il 14% dei residenti.

Tra i 18-69enni circa il 13% sono stranieri. La quota di stranieri diminuisce all'aumentare dell'età, passando dal 16.5% dei 18-34enni, al 15.4% dei 35-49enni fino all'8.4% dei 50-69enni.

Infine, tra gli ultra 64enni, la percentuale di stranieri rappresenta l'1.9%, passando dal 3.0% nei 65-74enni fino ad arrivare allo 0.5% negli ultra 84enni.

Anche la popolazione straniera si distribuisce nel territorio regionale in maniera disomogenea, andando dal 7.1% del distretto dell'Alto Chiascio all' 11.9% del distretto del perugino (fig. 7).

Fig. 7 - Popolazione residente (%) straniera per distretto di residenza al 01/01/2021 in Umbria



La composizione per cittadinanza

Nel 2019 il 61,5% degli stranieri residenti in Umbria proviene dall'Europa, il 20,3% è originario di un paese africano mentre i cittadini di Asia e America rappresentano, rispettivamente, il 9,9% e l'8,2% del totale. Del tutto residuali le presenze dall'Oceania e quelle delle persone senza cittadinanza (apolidi).

Gli stranieri cittadini di un paese dell'Unione europea rappresentano il 35,5% del totale e quelli dall'Europa centro-orientale il 25,8%. Con riferimento all'Africa, l'area settentrionale è quella maggiormente rappresentata (13,1% del totale stranieri), seguita da quella occidentale (5,7%). I cittadini asiatici provengono in prevalenza da paesi orientali o centro-meridionali del continente (rispettivamente 5,1% e 4,1%). Infine, il 7,5% di tutti gli stranieri residenti è originario di un paese dell'America centro-meridionale.

Il rapporto di genere nella popolazione straniera è eterogeneo rispetto alle varie provenienze. L'incidenza della popolazione femminile prevale tra gli europei (60,7%) e tra gli americani (60,4%). È minoritaria tra gli africani (41,3%), soprattutto tra i cittadini dell'area occidentale del continente (30,6%) mentre l'Africa centro-meridionale si differenzia dal resto del continente per una presenza di donne superiore alla media (51,5%). Gli asiatici registrano una quota di popolazione femminile pari al 44,1%, con valori inferiori alla media per le comunità dell'Asia centro-meridionale (33,0%) mentre dall'area orientale del continente provengono in maggioranza donne (53,4%).

Rispetto alla media nazionale, nel 2019 in Umbria è maggiore la quota di europei (61,5% contro 49,6%) ed è inferiore quella di asiatici (9,9% contro 21,0%). L'incidenza dei vari continenti risulta diversa a seconda della provincia di riferimento. In quella di Terni è più elevata la quota di europei (66,7%) e di asiatici (14,9%) mentre africani e americani sono relativamente più presenti a Perugia (22,5% e 9,2%, rispettivamente).

In Umbria, le prime 10 nazionalità estere, in ordine di numerosità, aggregano il 71,7% degli stranieri residenti e rappresentano, in prevalenza, i paesi dell'Europa balcanica o orientale; in Italia, le medesime dieci collettività ne rappresentano il 59,2%. I cittadini rumeni coprono il 27,1% del totale degli stranieri residenti e costituiscono la comunità più numerosa. Essi mostrano un'incidenza più accentuata rispetto a quanto si registra nel complesso del Paese (22,7%). Seguono i cittadini albanesi, che rappresentano il 13,0% del totale (l'8,4% in Italia) e quelli del Marocco, con il 10,0% (8,2% a livello nazionale) mentre il peso degli altri paesi, a partire dall'Ucraina (5,1%), è decisamente inferiore. La comunità latino-americana più numerosa è quella dell'Ecuador (3,1%). Tra gli asiatici prevalgono i cinesi con il 2,7%, la quota è, però, pari a meno della metà di quella che si osserva a livello nazionale (5,7%).

Capitolo 2 - Il contesto socio-economico e i determinanti di salute

Fonti dei dati: Ministero dell'istruzione, ISTAT, BES 2020, Passi D'Argento (PDA)

Le condizioni socio-economiche degli individui costituiscono un importante predittore di salute: persone maggiormente istruite, con un lavoro, un reddito stabile e in buone condizioni economiche hanno indicatori di salute più favorevoli di chi non possiede queste caratteristiche.

Livello di istruzione

La scuola concorre allo sviluppo del capitale umano di un territorio, oltre che a quello intellettuale e cognitivo dello studente, favorendo l'inserimento sociale, lavorativo, la cura di sé e l'orientamento nei servizi sociali e sanitari, come confermato ormai da numerosi studi.

Al 31 dicembre 2019, tra gli 811.201 umbri di 9 anni e più, il 38,4% ha un diploma di scuola secondaria di secondo grado o di qualifica professionale, il 25,5% la licenza di scuola media e il 15,7% la licenza elementare. Le persone con un titolo terziario o superiore sono il 15,7%: il 4,1% ha conseguito un titolo di primo livello, l'11,2% uno di secondo.

Le persone analfabete rappresentano lo 0,5% della popolazione di 9 anni e più mentre gli alfabeti privi di titolo di studio sono il 4,3%.

Tra gli individui dai 55 anni in su, il 61,2% ha un basso livello di istruzione e il 38,7% possiede un titolo di studio medio-alto (di cui solo il 10,1% ha conseguito un titolo di studio elevato). Tra questi ultimi prevalgono gli uomini (44,3% vs 34,4%), mentre la quota di donne con basso livello di istruzione è superiore a quella maschile (65,7% vs 55,8%).

Tra il 2011 e il 2019, in Umbria il livello dell'istruzione è migliorato, in linea con quanto si registra a livello nazionale. La quota di coloro che sono senza titolo di studio o ne posseggono uno fino alla scuola secondaria di primo grado nel 2011 rappresentava oltre la metà della popolazione con 9 anni e più (53,2%) ed ora si attesta al 45,9%. All'opposto, la percentuale di persone con un titolo di studio secondario o superiore passa dal 46,8% al 54,1%. La crescita dei titoli di studio più alti beneficia soprattutto quelli terziari (+22,2%), in particolare quelli di Alta formazione (compresi i dottorati di ricerca) che arrivano a superare gli analfabeti (3.925 contro 3.768).

Rispetto alla situazione nazionale, in Umbria il grado d'istruzione presenta un profilo caratterizzato da un peso maggiore di titoli di studio secondario (+2,7 punti percentuali) e terziario o superiore (+1,5 punti percentuali). All'interno della regione, la provincia di Terni presenta una quota leggermente più elevata di persone con titolo di studio secondario di secondo grado (38,8% contro 38,2% di Perugia). La differenza tra i due territori diventa un po' più ampia se si considera il peso dei soli titoli di studio terziario o superiore: la provincia di Perugia si attesta al 16,0%, quella di Terni al 14,9%.

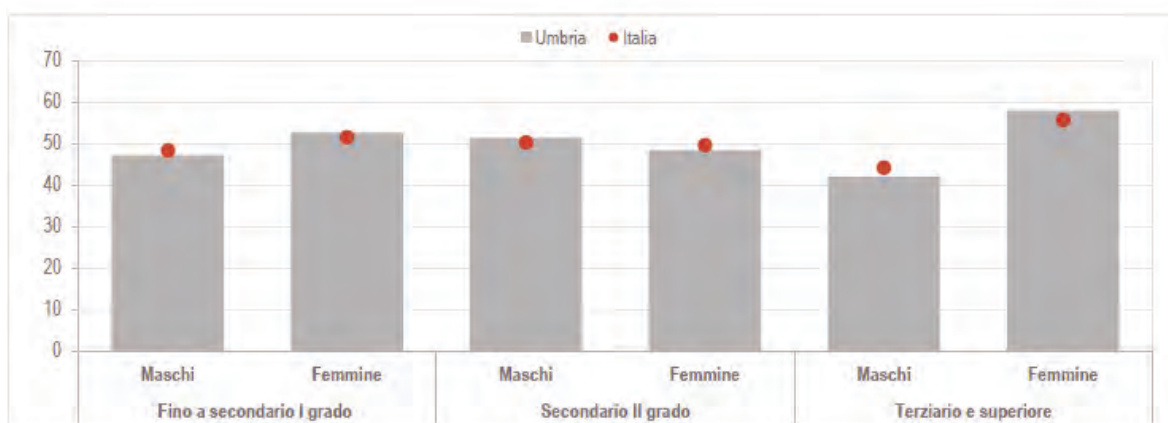
La distribuzione percentuale della popolazione per grado di istruzione nei diversi comuni mostra come l'istruzione più elevata sia più diffusa nei centri di grandi dimensioni rispetto a quelli più piccoli. Tra i primi cinque comuni con la percentuale più elevata di istruzione terziaria o superiore ricadono i due capoluoghi di provincia Perugia (22,5%) e Terni (17,0%), quote analoghe si riscontrano anche a Corciano (18,6%), Foligno (16,6%) e Orvieto (16,6%). Viceversa, la percentuale di popolazione con al più la scuola secondaria di primo grado è maggiore nei comuni montani e meno popolosi: a Monteleone di Spoleto, Poggiodomo e Polino, tre piccoli centri della Valnerina, si attesta intorno al 60%.

La distribuzione dei titoli di istruzione per genere in Umbria, come nel complesso del Paese, è caratterizzata da una traiettoria di recupero e avanzamento nei percorsi scolastici delle donne, che rappresentano la maggioranza nei titoli di studio più bassi, giungono a un equilibrio tra i diplomati e arrivano a superare la componente maschile nell'istruzione terziaria.

Nel 2019, le donne rappresentano la maggioranza in coloro che hanno al massimo un'istruzione secondaria di primo grado: 52,7% in Umbria e 51,6% in Italia. La differenza è particolarmente accentuata fino alla licenza elementare, dove la preponderanza della componente femminile si attesta, nella regione, intorno al 60%. La netta prevalenza del genere femminile tra coloro che hanno un titolo di studio basso o ne sono sprovvisti è da attribuire alla preponderanza di popolazione anziana di essi, dove le donne sono la maggior parte.

La distribuzione per genere è più equilibrata in corrispondenza dei diplomi di scuola secondaria di secondo grado o di qualifica professionale: le donne sono il 48,5% dei diplomati contro il 51,5% degli uomini (rispettivamente 49,7% e 50,3% in Italia). Invece, tra coloro che possiedono un titolo di istruzione terziario o superiore le donne sono il 58% e gli uomini il 42% (55,8% e 44,2% a livello nazionale) (fig.8).

Fig. 8 - Popolazione di 9 anni e più per grado di istruzione e genere. Umbria e Italia. Anno 2019. Composizione percentuale



Fonte - Il censimento permanente della popolazione in Umbria. Prima diffusione dei dati definitivi 2018 e 2019. Istat

In Umbria sono presenti 805 sedi scolastiche statali (312 infanzia, 285 primaria, 112 secondaria di I grado, 350 secondaria di II grado). Gli **iscritti negli istituti scolastici** e ai servizi educativi per l'infanzia in Umbria nell'anno 2020-2021 sono stati circa 115.000, dei quali il 3,7% sono alunni con disabilità (tab. 2).

Tab. 2 - Alunni, classi e alunni con disabilità delle scuole statali per regione e livello scolastico_ A.S. 2020/2021

Regione	Infanzia			Primaria			I grado			II grado		
	Alunni	Sezioni	Alunni con disabilità	Alunni	Classi	Alunni con disabilità	Alunni	Classi	Alunni con disabilità	Alunni	Classi	Alunni con disabilità
Piemonte	63.416	3.028	1.283	167.534	8.947	6.204	111.591	5.322	4.457	176.925	8.155	4.839
Lombardia	106.683	4.746	2.829	412.089	20.456	18.907	268.011	12.375	13.905	386.862	17.155	9.683
Veneto	40.333	1.920	896	201.779	10.644	7.275	134.355	6.359	5.124	205.888	9.091	4.352
Friuli V.G.	14.406	752	324	46.182	2.608	1.520	30.641	1.529	1.073	49.813	2.521	1.133
Liguria	19.059	839	460	51.807	2.792	2.438	36.624	1.711	1.753	62.615	2.820	2.201
Emilia R.	49.317	2.219	1.059	181.622	8.925	7.107	119.612	5.331	4.780	196.636	8.554	6.289
Toscana	60.577	2.694	1.127	143.646	7.240	5.317	99.543	4.554	3.913	167.958	7.723	5.782
Umbria	16.422	749	311	35.526	1.999	1.350	23.785	1.131	1.038	39.389	1.884	1.577
Marche	29.151	1.356	622	62.633	3.379	2.467	41.630	1.960	1.639	72.187	3.333	2.327
Lazio	81.877	3.727	2.265	231.825	11.956	11.160	157.046	7.400	6.672	251.989	11.472	7.432
Abruzzo	26.358	1.230	678	51.975	2.877	2.349	34.245	1.709	1.547	56.869	2.776	2.117
Molise	5.076	285	78	10.851	676	378	7.134	397	268	13.384	697	453
Campania	112.752	5.880	2.617	245.203	13.954	11.090	181.147	9.363	7.714	310.635	14.594	8.644
Puglia	76.645	3.673	1.651	167.395	8.821	6.457	113.672	5.468	4.550	204.624	9.750	6.626
Basilicata	10.373	537	163	20.714	1.267	596	14.347	794	437	28.465	1.494	733
Calabria	37.976	1.956	709	80.160	4.913	2.986	52.872	2.895	2.090	97.093	5.024	2.948
Sicilia	101.786	5.067	2.308	214.341	11.859	10.313	145.994	7.381	7.482	240.386	11.558	7.883
Sardegna	24.025	1.222	527	58.804	3.450	2.520	39.867	2.222	1.989	73.392	3.903	2.880
Italia	876.232	41.880	19.907	2.384.026	126.763	100.434	1.612.116	77.901	70.431	2.635.110	122.504	77.899

Fonte - Focus "Principali dati della scuola – Avvio Anno Scolastico 2020/2021". Elaborazione su dati del Ministero dell'Istruzione - Ufficio Gestione Patrimonio Informativo e Statistica

La tabella 3 riporta la distribuzione regionale degli studenti per percorso di studio. In Umbria il 55,7% degli studenti sceglie il percorso liceale, il 27,5% un percorso tecnico e il 16,8% un percorso professionale.

Tab. 3 - Alunni delle scuole secondarie di II grado statali per regione e percorso di studio_ A.S. 2020/2021

Regione	Percorso di studio			Totale
	Licei	Tecnici	Professionali	
Piemonte	86.284	60.291	30.350	176.925
Lombardia	182.955	139.168	64.739	386.862
Veneto	87.562	78.966	39.360	205.888
Friuli Venezia Giulia	23.247	18.532	8.034	49.813
Liguria	32.760	17.608	12.247	62.615
Emilia Romagna	86.275	69.792	40.569	196.636
Toscana	85.695	50.066	32.197	167.958
Umbria	21.939	10.828	6.622	39.389
Marche	35.568	22.062	14.557	72.187
Lazio	157.232	63.148	31.609	251.989
Abruzzo	32.380	17.277	7.212	56.869
Molise	6.979	4.322	2.083	13.384
Campania	164.426	84.462	61.747	310.635
Puglia	99.147	64.532	40.945	204.624
Basilicata	14.559	8.091	5.815	28.465
Calabria	47.863	31.116	18.114	97.093
Sicilia	124.865	68.518	47.003	240.386
Sardegna	37.707	22.081	13.604	73.392
Italia	1.327.443	830.860	476.807	2.635.110

Fonte - Focus "Principali dati della scuola – Avvio Anno Scolastico 2020/2021". Elaborazione su dati del Ministero dell'Istruzione - Ufficio Gestione Patrimonio Informativo e Statistica

Il dato relativo agli studenti con cittadinanza non italiana presenti nelle scuole statali, distribuito per regione e per livello scolastico mostra una quota di alunni **stranieri** pari al 14,1% del totale degli iscritti, in linea con il dato demografico.

Il rapporto BES 2020 per quanto riguarda il dominio istruzione e formazione analizza alcuni indicatori che seguono il percorso formativo nell'arco della vita, in un processo che inizia con la frequenza del nido fin dalla più tenera età e con la scuola dell'infanzia, per poi estendersi oltre la scuola secondaria e l'università con la formazione continua e, più in generale, con le attività di partecipazione culturale.

Il primo passo del percorso formativo è l'inserimento dei bambini in età 0-2 anni nei servizi dedicati alla prima infanzia. Anche se l'inserimento dei bambini di 0-2 anni nelle strutture per la primissima infanzia è cresciuto nel tempo in Italia, dal 15,4% nel triennio 2008-2010 al 28,2% nel triennio 2018-2020, il livello è inferiore all'obiettivo europeo di almeno 1 bambino su 3 fissato per il 2010. L'Umbria, tuttavia, è tra le regioni in cui l'inclusione è più elevata (33,8%) della media nazionale.

Arrivati all'età di 4-5 anni, la quasi totalità dei bambini sono, comunque, inseriti nei percorsi educativi: in Umbria frequentano la scuola dell'infanzia o il primo anno di scuola primaria circa il 96% di bambini (95% Italia), una percentuale che corrisponde anche al target europeo da raggiungere nel 2020.

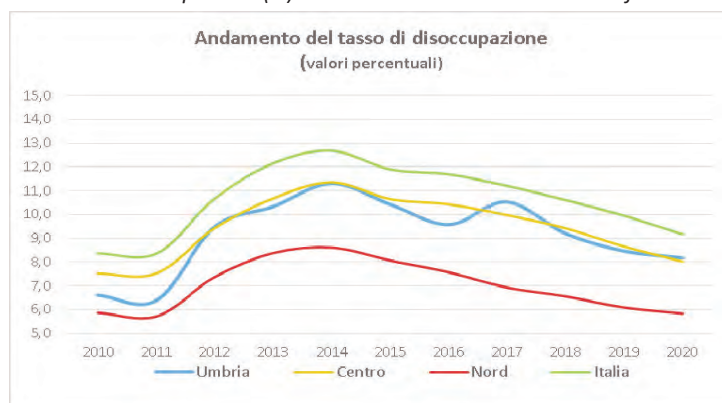
Per monitorare i gradini successivi della scala per il raggiungimento di un livello di istruzione adeguato, uno degli indicatori principali è la quota di persone di 25-64 anni con almeno il diploma superiore. Nel secondo trimestre 2020, in Italia, il 62,6% delle persone di 25-64 anni ha almeno il diploma superiore rispetto a una media europea del 79%, 16 punti percentuali in meno; tuttavia in Umbria il dato raggiunge il 71%.

Per quanto riguarda la competenza alfabetica e numerica non adeguata (% di studenti delle classi II della scuola secondaria di secondo grado che non raggiungono un livello sufficiente di competenza alfabetica o numerica), l'Umbria si colloca in una posizione migliore rispetto alla media nazionale (28,4% e 33,2% vs 30,4% e 37,8%), mentre si trova in una posizione lievemente peggiore per quanto riguarda la lettura di libri e quotidiani (37,9% vs 39,2%) e la fruizione di biblioteche (10,8% vs 12,8%).

Occupazione e livello socio-economico

Nel 2020, il numero di occupati dell'Umbria, pari a 356 mila (l'1,6 % del totale nazionale pari a oltre 22 milioni 904 mila unità), è diminuito dell'1,8% rispetto al 2019 (-1,9 % la media italiana). Rispetto al 2019, si osserva una riduzione del tasso di disoccupazione che nel 2020 registra il livello più basso dal 2013 attestandosi all'8,2% (la media italiana è 9,2 %), complice l'aumento della popolazione inattiva che, conseguentemente alla crisi pandemica, ha riguardato il mercato del lavoro italiano (fig. 9).

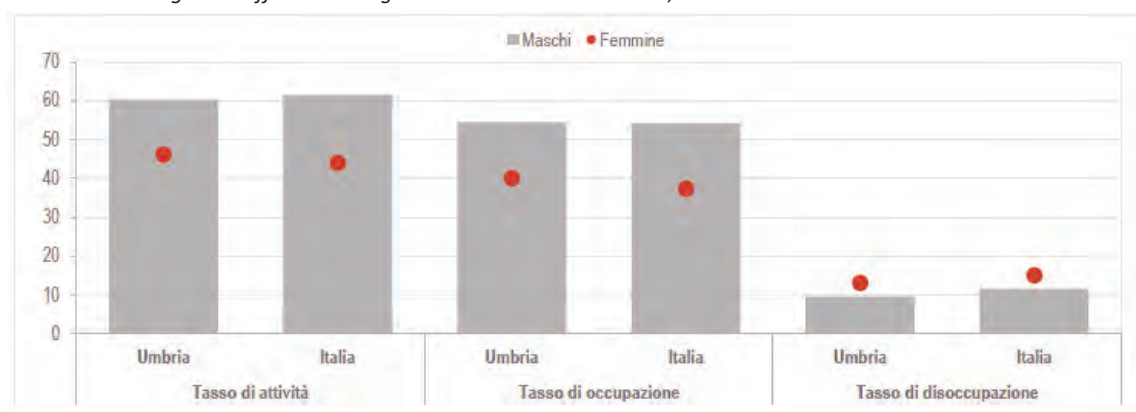
Fig. 9 – Tasso di disoccupazione (%). Trend 2010 – 2020. Umbria e confronto nazionale



Fonte: Umbria. Analisi socio-economica: uno sguardo d'insieme – Servizio Supporto al sistema di controllo strategico. Trasparenza, anticorruzione, privacy e tutela dei consumatori – Direzione Regionale Risorse, programmazione, cultura, turismo

Permane, tuttavia, lo squilibrio di genere e assume valori analoghi a quelli che si riscontrano nel complesso del Paese. Nel 2019, in Umbria il tasso di occupazione maschile è del 54,5% mentre quello femminile si attesta al 40,1%. Il tasso di disoccupazione è invece pari, rispettivamente, a 9,6% e 13,2% per uomini e donne. A livello nazionale, il divario di genere è di 17,5 punti per il tasso di attività contro i 14,1 dell'Umbria e registra la stessa differenza che in Umbria per il tasso di disoccupazione (3,5 punti) (fig. 10).

Fig. 10 - Differenziali di genere nel mercato del lavoro, Umbria e Italia. Censimento 2019

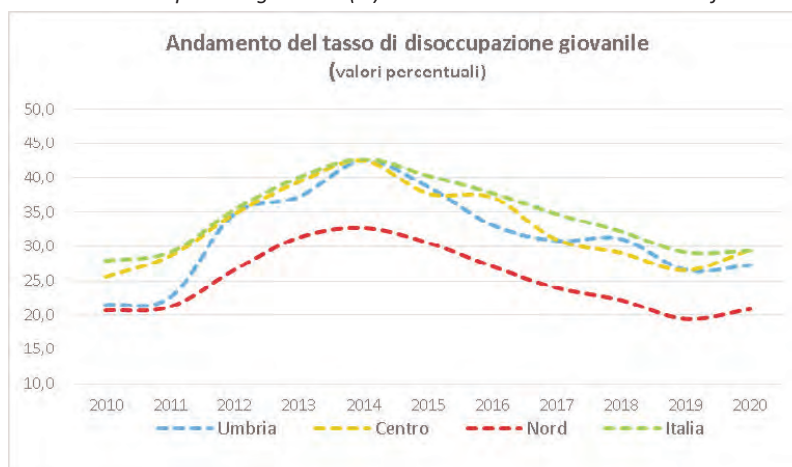


Fonte - Il censimento permanente della popolazione in Umbria. Prima diffusione dei dati definitivi 2018 e 2019. Istat

Il tasso di disoccupazione giovanile 15-24 anni raggiunge nel 2020 una quota pari al 27,2% (+0,6 punti percentuali rispetto all'anno precedente), inferiore alla media nazionale (29,4%) pur rimanendo a livelli elevati (fig. 11). I giovani

che non lavorano e non studiano, cosiddetti NEET (Not in Education, Employment or Training), sono il 20% dei 15-29enni umbri (media Italia 23,9%)

Fig. 11 - Tasso di disoccupazione giovanile (%). Trend 2010 – 2020. Umbria e confronto nazionale

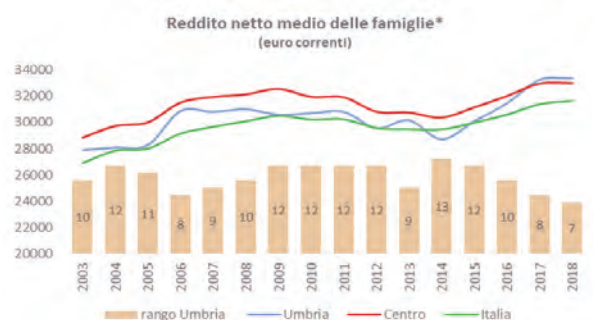


Fonte: Umbria. Analisi socio-economica: uno sguardo d'insieme – Servizio Supporto al sistema di controllo strategico. Trasparenza, anticorruzione, privacy e tutela dei consumatori – Direzione Regionale Risorse, programmazione, cultura, turismo

L'Istituto Nazionale di Statistica, tramite l'Indagine su reddito e condizioni di vita (EuSilc), attribuisce, per il 2018, alle famiglie residenti in Umbria un reddito netto annuo medio (esclusi i fitti figurativi) pari a 33.338 euro, ossia 2.778 euro al mese. Tale reddito è superiore a quello medio nazionale - pari a 31.641 euro - e a quello stimato per il complesso delle regioni del centro (32.988€/annui).

Negli anni dal 2014 al 2018, dopo una fase in cui il reddito medio familiare umbro ha cessato di crescere, si registra invece una nuova fase espansiva (fig. 12). La stima dei redditi delle famiglie italiane nel 2018 colloca l'Umbria al settimo posto nella classifica delle regioni italiane, preceduta solamente, in ordine, da provincia di Bolzano, Lombardia, Veneto, provincia di Trento, Emilia Romagna e Toscana. Pertanto, la variazione dei redditi delle famiglie umbre nel periodo 2007-2018, grazie alla forte spinta dell'ultimo quadriennio, mostra nominalmente un segno positivo (+8,2% contro il +3,3% medio delle regioni del Centro e il +6,7% medio nazionale) che però nasconde una decrescita in termini reali (-7,8% in Umbria, -12% nel Centro e -9% in Italia).

Fig. 12 – Reddito medio delle famiglie (euro). Trend 2003 – 2018. Umbria e confronto nazionale



Fonte: Umbria. Analisi socio-economica: uno sguardo d'insieme – Servizio Supporto al sistema di controllo strategico. Trasparenza, anticorruzione, privacy e tutela dei consumatori – Direzione Regionale Risorse, programmazione, cultura, turismo

Il coefficiente di Gini, relativo alla distribuzione del reddito medio delle famiglie umbre ed espressione di disuguaglianza, è cresciuto da 0,29 a 0,32 negli anni della crisi, per poi decrescere negli anni seguenti, a significare una riduzione della disomogeneità distributiva. Nel 2018, nella nostra regione, l'indice di Gini (0,29) torna ai livelli pre-crisi (fig. 13). In ogni caso, in Umbria le disuguaglianze provenienti dalla distribuzione del reddito sono meno accentuate rispetto a quanto rilevato nel resto del Paese: i valori umbri di detto indice, simili a quelli rilevati nelle regioni del Nord-Est, sono costantemente inferiori a quelli osservati nel Nord-Ovest, nel Centro e nel Mezzogiorno. L'andamento della povertà relativa in Umbria mostra un trend sostanzialmente decrescente fino al 2010 (fig. 14). A partire dal 2011, quando gli effetti della crisi economico-finanziaria diventano manifesti in termini di aumento della povertà, la quota di famiglie povere cresce rapidamente: l'incidenza di queste sul totale delle famiglie passa dal 4,5% del 2010 al 14,3% del 2018. Nel 2019 la percentuale di famiglie povere scende, collocandosi all'8,9%; tale valore - seppur raddoppiato rispetto a quello del 2010 - pone nuovamente la regione sotto il dato medio nazionale (11,4%) superato nel solo triennio 2016-2018.

Fig. 13 – Coefficiente di Gini. Trend 2003 – 2018. Umbria e confronto nazionale

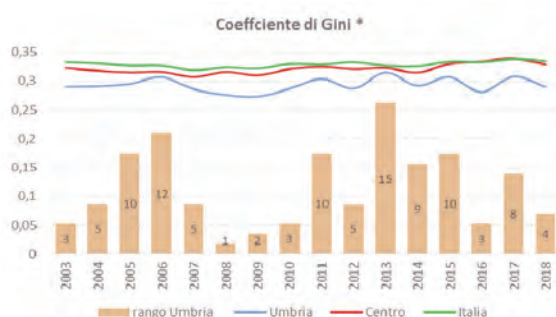
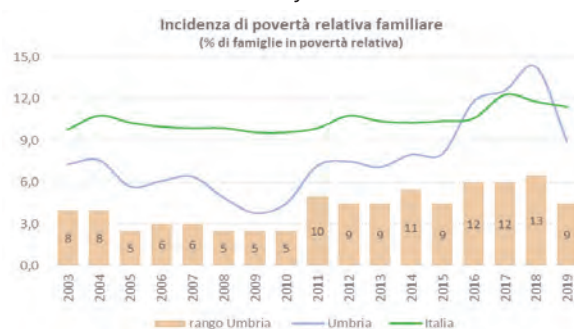


Fig. 14 – Incidenza di povertà relativa familiare (%). Trend 2003 – 2019. Umbria e confronto nazionale



Fonte: Umbria. Analisi socio-economica: uno sguardo d'insieme – Servizio Supporto al sistema di controllo strategico. Trasparenza, anticorruzione, privacy e tutela dei consumatori – Direzione Regionale Risorse, programmazione, cultura, turismo

Fortemente associato alla crisi economica, il sovraccarico del costo dell'abitazione è uno degli aspetti che più mette alla prova le famiglie. In Umbria la percentuale di persone che vivono in famiglie dove il costo totale dell'abitazione in cui si vive rappresenta più del 40% del reddito familiare netto era nel 2019 pari al 4,2%, nettamente inferiore alla media nazionale (8,7%).

Caratteristiche delle famiglie

Attualmente le famiglie, pur rimanendo il fulcro delle politiche di welfare e l'ambito principale di inclusione e cittadinanza, di sviluppo delle relazioni, di supporto, di cura e spesso l'ammortizzatore sociale più efficace, hanno notevolmente modificato la propria forma e composizione. Si pensi alle attuali dinamiche di formazione e scioglimento delle coppie, alle nuove forme di convivenza, al ritardo con cui i giovani abbandonano la famiglia di origine per costituirne una propria, all'erosione della numerosità familiare e ai cambiamenti del ruolo della donna nella società, con la riduzione del tempo dedicato all'ambiente domestico a vantaggio di un maggior impegno nel mondo del lavoro.

Nel 2019 le famiglie umbre erano 388.270, con una composizione media di 2,24 individui. Negli ultimi 5 anni si rileva il progressivo assottigliamento delle dimensioni familiari: dal 2014 al 2019 il numero delle famiglie aumenta, con una variazione media annua dello 0,28%, ma il numero medio di componenti diminuisce.

Nel 2019 le famiglie unipersonali in Umbria erano il 35,5%, in aumento negli ultimi anni (erano il 30,5% nel 2014) e con un valore più alto rispetto a quello medio nazionale (33,3%). Le famiglie numerose (5+ componenti) rappresentano il 5,5% delle famiglie, sopra la media nazionale (5,3%) e in aumento nell'ultimo biennio dopo un trend in calo fino al 2017.

Diminuiscono le coppie con figli, pari al 50% del totale (erano il 55,3% nel 2014), e aumentano le famiglie monogenitore (13,6% vs 11,5%), anche se con un valore inferiore rispetto alla media nazionale (16,8%).

Più di una famiglia su due (57,3%) è costituita da over60enni soli, prevalentemente donne.

La condizione abitativa delle famiglie umbre è solida. Nel 2019 l'86% delle famiglie umbre risiede in abitazione di proprietà e il 14% in affitto, con dati migliori sia rispetto alla media italiana (rispettivamente del 79% e del 21%) sia rispetto anche a tutte le altre regioni, fatta eccezione per il Molise.

Secondo il rapporto BES 2020, la percentuale di persone che vivono in una condizione di grave deprivazione abitativa (ovvero in abitazioni sovraffollate e con problemi strutturali dell'abitazione o senza bagno/doccia con acqua corrente o con problemi di luminosità), sono in Umbria il 6,9 % a fronte del 7,4% italiano.

Anziani e invecchiamento attivo

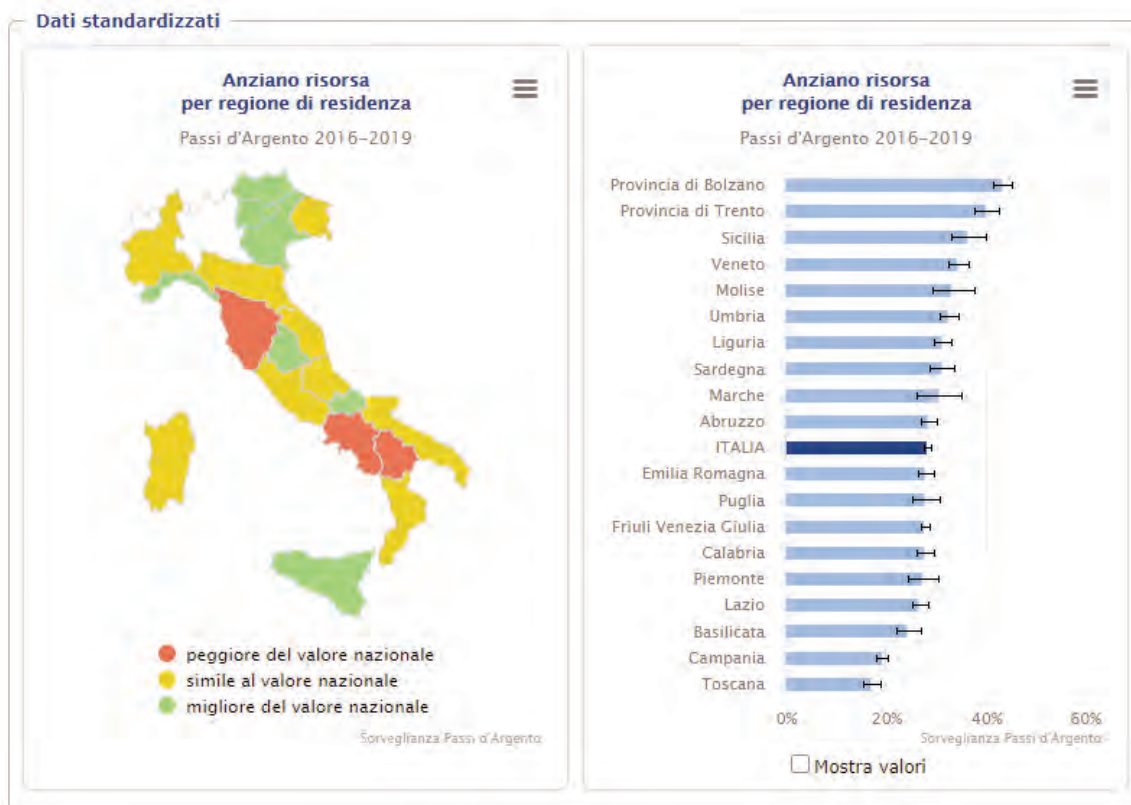
Partecipazione sociale

In PASSI d'Argento la partecipazione alla vita sociale è indagata attraverso diversi aspetti che si intersecano e si sovrappongono fra loro e che contemplano la dimensione economica (la partecipazione ad attività lavorative retribuite), quella civile (la partecipazione ad attività no-profit che però hanno anche un valore economico e sociale, come l'offerta di aiuto o accudimento di familiari o amici o conoscenti o attraverso attività di volontariato), quella sociale (intesa come partecipazione a eventi sociali), o quella culturale (come la partecipazione a corsi di formazione per la propria crescita individuale).

Il concetto di "anziano-risorsa", che l'OMS definisce già nel 1996 parte da una visione positiva della persona in continuo sviluppo e in grado di contribuire, in ogni fase della vita, alla crescita individuale e collettiva. L'anziano-risorsa viene identificato come colui che partecipa ad attività per mantenere la salute fisica e mentale, accrescere la qualità delle relazioni interpersonali e migliorare la qualità della propria vita, contribuendo a ridurre il livello di dipendenza dagli altri e allo stesso tempo rappresentando una risorsa per la collettività.



In Umbria gli "anziani risorsa" sono il 31%, un valore significativamente superiore rispetto alla media nazionale, anche le persone over 64 che hanno un lavoro retribuito sono quasi il 9% contro una media nazionale del 6%. Un punto critico è la partecipazione sociale ad eventi conviviali che è al di sotto del valore medio nazionale.

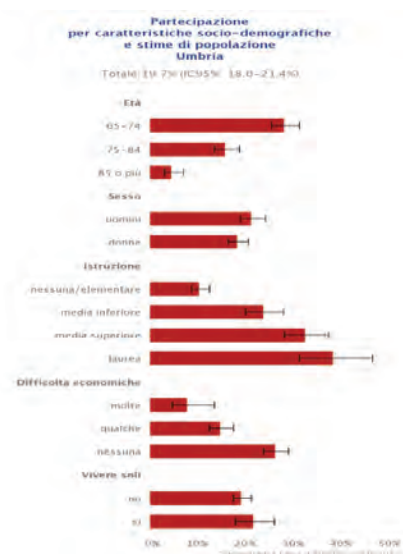


Utilizzando i dati standardizzati per un confronto l'Umbria ha un valore buono come "anziano risorsa" per i familiari e la collettività.

La lente dell'equità

Per quanto riguarda il problema della partecipazione sociale le disuguaglianze sono molto evidenti, hanno meno capacità di partecipazione le persone più anziane, le donne, le persone con basso livello di istruzione, quelle con problemi economici.

Non ci sono differenze per la variante "vivere da soli".



Isolamento sociale

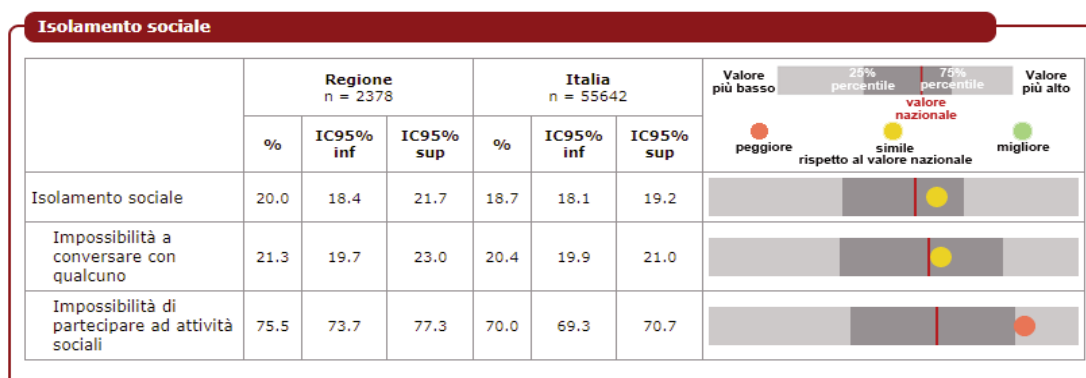
Secondo la definizione che ne danno Biordi e Nicholson (2009), l'isolamento sociale è la distanza di un individuo, psicologica o fisica o entrambe, dalla rete desiderata o necessaria di relazioni con altre persone. L'isolamento sociale si configura quindi come una perdita di posizionamento all'interno di un gruppo.

Più nello specifico, si possono individuare due accezioni di isolamento sociale:

- soggettiva quale penuria percepita nelle proprie risorse sociali, come la compagnia o il sostegno sociale
- oggettiva ossia una mancanza di contatto con gli altri a causa di fattori situazionali (ad esempio, una ridotta dimensione del network sociale, rara interazione sociale o mancanza di partecipazione all'attività sociale).

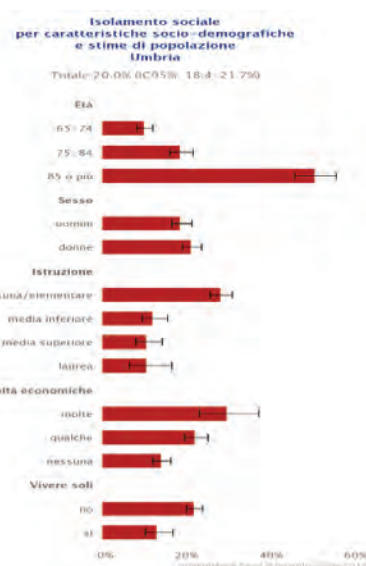
I fattori di rischio che determinano l'isolamento sociale possono essere di natura psicologica (come uno stato depressivo), fisica (come le malattie croniche) o, appunto, sociale (legati alle disuguaglianze, aspetti economici o culturali)

In Umbria si rileva un problema evidente che è l'impossibilità a partecipare ad attività sociali.



La lente dell'equità

Anche in questo caso sono evidenti le disuguaglianze socio economiche, sono esposti molto al rischio di isolamento sociale le persone più anziane, con basso libello di istruzione, con molte difficoltà economiche, mentre il vivere da soli sembra essere protettivo, forse perché le persone che vivono da sole sono maggio

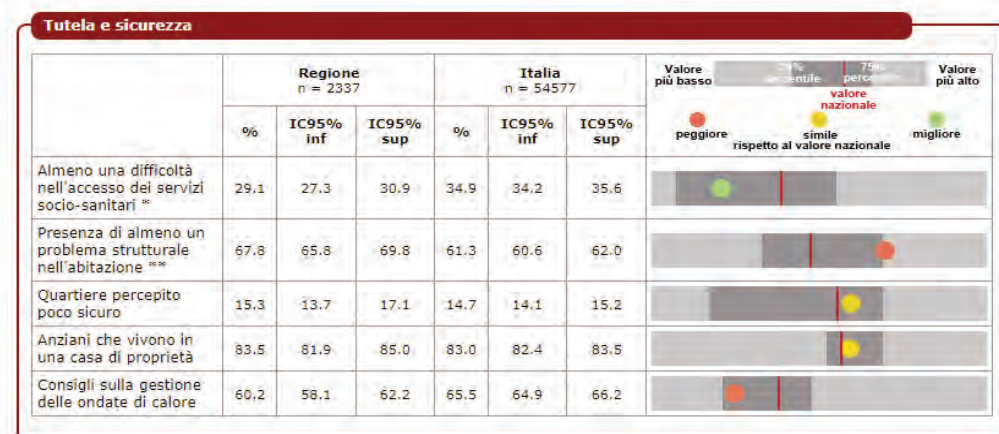


Sicurezza e tutela della popolazione anziana

Nell'ambito delle informazioni raccolte dal sistema di sorveglianza Passi d'Argento si è valutata la conoscenza e l'utilizzo di programmi di intervento dei servizi sociali, ma anche l'assistenza fornita da servizi e rete informale alle persone che hanno 65 anni e più con bisogno di aiuto nelle attività della vita quotidiana. Si sono inoltre indagate le condizioni dell'ambiente di vita in termini di proprietà e qualità dell'abitazione e di percezione del livello di sicurezza del quartiere in cui si vive.

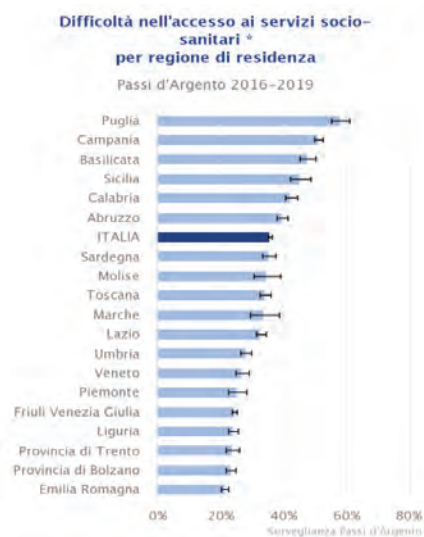
Gli argomenti che compongono la sezione tematica "Tutela e sicurezza" sono:

- Accessibilità ai servizi socio-sanitari
- Presenza di almeno un problema nell'abitazione
- Vivere in una casa di proprietà
- Sicurezza del quartiere
- Protezione dalle ondate di calore



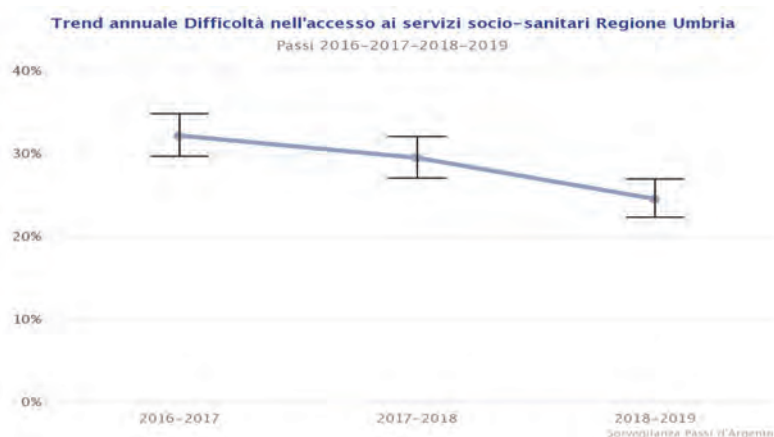
* Almeno una difficoltà nell'accedere ai seguenti servizi: servizi dell'AUSL, servizi del Comune, medico di famiglia, farmacia, negozi di generi alimentari, supermercati o centri commerciali

** Almeno un problema strutturale tra i seguenti: le spese per l'abitazione sono troppo alte, l'abitazione è troppo piccola, l'abitazione è troppo distante da quella di altri familiari, vi sono irregolarità nell'erogazione dell'acqua, l'abitazione è in cattive condizioni, es. infissi, pareti, pavimenti, servizi igienici, in inverno la casa non è sufficientemente riscaldata

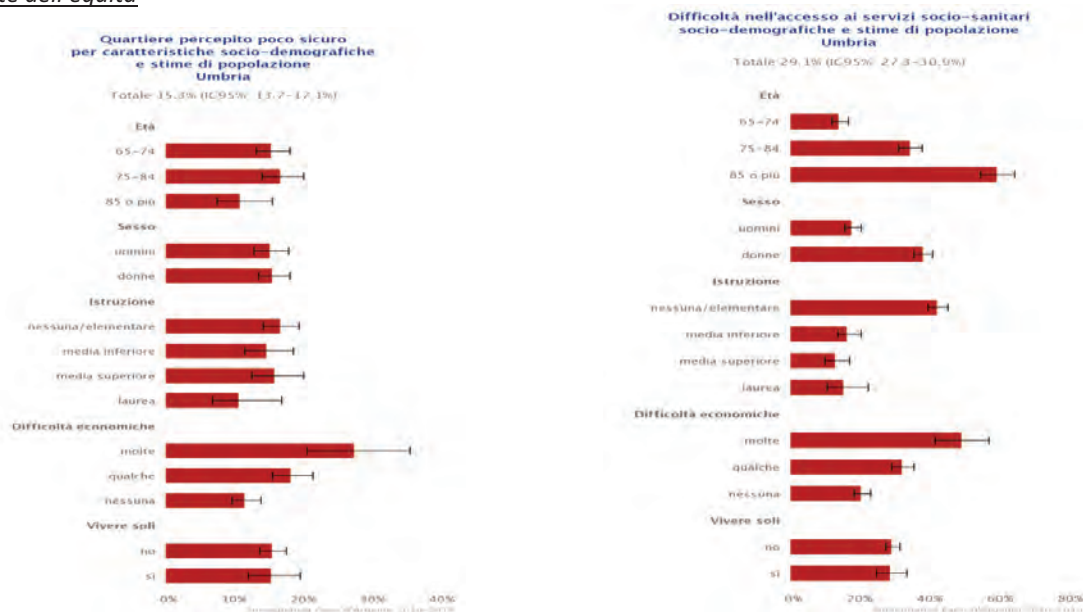


Dalle immagini di cui sopra si evidenzia come nel confronto con le altre regioni, l'accesso ai servizi sanitari in Umbria è migliore che nella media nazionale. Mentre sono critici i valori sull'informazione rispetto alle ondate di calore e sulla presenza di problemi strutturali della propria abitazione.

Troviamo negli anni una riduzione della difficoltà di accesso ai servizi che, probabilmente sarà aumentata nell'anno 2020 per il problema della Pandemia da COVID 19.,



La lente dell'equità



Dimostrano più difficoltà di accesso ai servizi le persone più anziane, le donne, con basso livello di istruzione e molte difficoltà economiche. Le persone con molte difficoltà economiche percepiscono in modo maggiore l'insicurezza del proprio quartiere.

Capitolo 3 – Lo stato di salute

Fonti dei dati: ISTAT, PASSI, PDA, Sistema TS e ANA, ACI, CeDAP, AIRTUM, MeS, SDO, flusso farmaceutica regionale, INAIL, ANAS,

Mortalità

Mortalità generale

Uno degli aspetti più dibattuti nel periodo epidemico è quello relativo alla mortalità collegata all'infezione da Sars-CoV2. Il periodo epidemico può avere avuto svariate ripercussioni, in positivo e in negativo, sulla mortalità: si può supporre infatti un aumento di decessi, oltre che per casi con sintomatologia suggestiva di CoVid-19 non testati, anche per altre patologie dovuti alle resistenze o difficoltà nell'accesso al sistema ospedaliero soprattutto nelle aree a maggior circolazione del virus. D'altro canto si può pensare alla riduzione dei decessi delle vittime da incidenti stradali o degli infortuni sul lavoro come effetto delle misure di contenimento della pandemia attuate.

E' stata, pertanto, effettuata un'analisi dell'andamento della mortalità generale in Umbria nel 2020 in confronto con il quinquennio precedente (2015-19) per evidenziare il possibile impatto della diffusione del virus Sars-CoV2, partendo dall'ipotesi che la diffusione dell'epidemia possa aver prodotto, per la sua complessità, un aumento dei decessi anche non direttamente riferibili ai casi Sars-CoV2 positivi deceduti.

Nel Rapporto congiunto ISTAT-ISS, l'evoluzione della mortalità totale del 2020 è stata confrontata, a parità di periodo, con la media dei decessi del quinquennio 2015-2019. Nel 2020 il totale dei decessi per il complesso delle cause è stato il più alto mai registrato in Italia dal secondo dopoguerra: 746.146 decessi, 100.526 decessi in più rispetto alla media 2015- 2019 (15,6% di eccesso). Per l'Umbria si osserva un impatto meno marcato ma con un complessivo 5.6% in più (tab. 4).

Tab. 4 - Decessi totali 2020 confrontati con la media 2015/2019: Confronto Umbria Italia Fonte ISTAT

Mesi	Umbria			Italia		
	15-19	2020	var %	15-19	2020	var %
gennaio-febbraio	2.023	1.862	-8.0	125.741	118.089	-6.1
marzo	963	1.044	8.5	58.267	86.501	48.5
aprile	854	869	1.7	51.801	72.809	40.6
maggio	839	790	-5.9	50.724	52.440	3.4
giugno	784	781	-0.4	48.501	48.589	0.2
luglio	875	811	-7.3	51.811	51.422	-0.8
agosto	819	895	9.3	51.041	53.744	5.3
settembre	750	791	5.5	46.548	49.326	6.0
ottobre	848	932	9.9	51.590	59.861	16.0
novembre	834	1.230	47.5	51.462	78.470	52.5
dicembre	956	1.126	17.8	58.133	74.895	28.8
Totale anno	10.545	11.131	5.6	645.620	746.146	15.6

Considerando le variazioni nei tassi standardizzati di mortalità, ottenuti rapportando i decessi alla popolazione a parità di struttura per età, la mortalità ha registrato in Italia nel 2020 un aumento del 9% rispetto alla media del quinquennio 2015-2019; la stima del contributo dei decessi Covid-19 alla mortalità generale conferma come l'impatto sia più marcato nel genere maschile. Si evidenzia inoltre come la fascia di età in cui si riscontra un'incidenza maggiore di decessi Covid-19 sui decessi totali sia la 65-79 anni, in questa classe un decesso su 5 è attribuibile al Covid-19.

I decessi in Umbria da Sistema TS

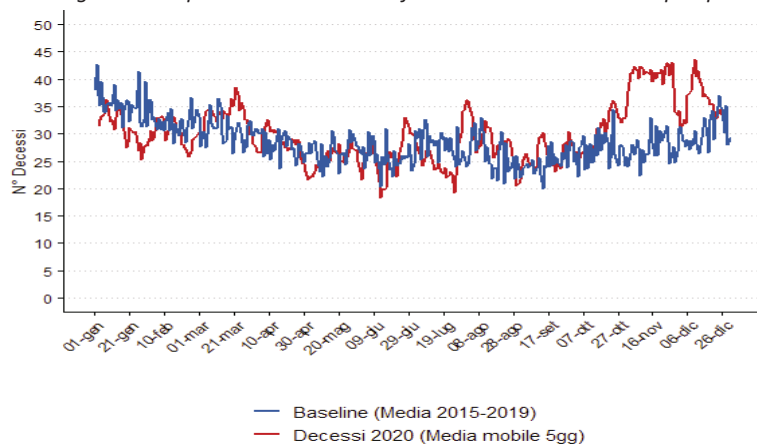
Il Sistema TS è uno strumento istituito per consentire la rilevazione telematica, su tutto il territorio nazionale, delle prescrizioni mediche e delle prestazioni di farmaceutica e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del Sistema Sanitario Nazionale al fine di potenziare il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e per l'attribuzione e la verifica del budget di distretto, di farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica.

Il Sistema TS e l'ANA possono essere anche utilizzati indirettamente per descrivere la mortalità generale in quanto, nel momento del decesso di un assistito, l'evento deve essere comunicato al Sistema TS per interrompere i servizi a favore dello stesso.

Attraverso questo sistema si è cercato quindi di ricostruire indirettamente, pur con un dato non esaustivo, la mortalità generale per territorio, sesso ed età in maniera più tempestiva. Anche in questo caso come base per il confronto con i dati sulla mortalità del 2020 si è fatto riferimento ad una baseline costituita dalla media giornaliera dei decessi nel quinquennio 2015-19.

L'andamento della media mobile (a 5gg) giornaliera del numero dei decessi nel periodo gennaio-dicembre 2020 si mantiene sostanzialmente al di sotto della baseline (2015-19), ad eccezione dei mesi di marzo, agosto, ottobre, novembre e dicembre in cui i valori superano quelli medi del quinquennio (fig. 15).

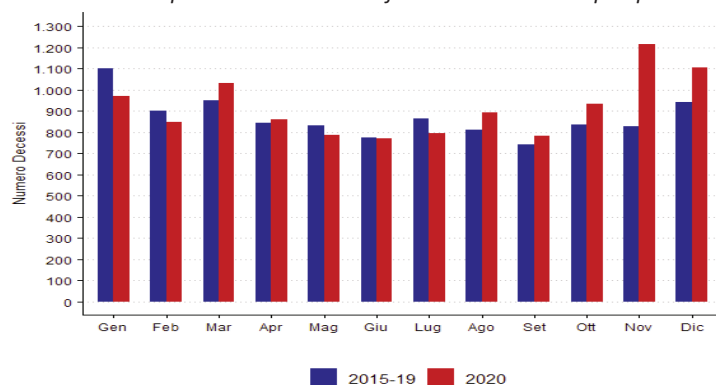
Fig. 15 - Andamento mortalità giornaliera per tutte le cause. Confronto anno 2020 e media quinquennio 2015-19. Umbria.



Fonte: Sistema TS

Questo confronto può essere effettuato anche mettendo in relazione la media mensile dei decessi occorsi nel quinquennio 2015-19, con i valori dei decessi mensili osservati nel 2020 (fig. 16).

Fig. 16 - Numero decessi mensili per tutte le cause. Confronto 2020 e media quinquennio 2015-19. Umbria.



Fonte: Sistema TS

Anche in questo caso il confronto conferma per il 2020 una riduzione dei decessi per il mese di gennaio, un lieve aumento per ottobre e un aumento consistente per novembre e dicembre rispetto alla media del quinquennio. Questo emerge anche dalla tabella 5 in cui sono riportati i valori del delta percentuale mensile tra il 2020 e il quinquennio 2015-19: l'eccesso per novembre è pari al 47,4%.

Tab. 5 - Variazione percentuale mensile tra numero decessi 2020 e numero medio decessi quinquennio 2015-19. Umbria.

Mese	Variazione percentuale 2020 2015-19
Gennaio	-11,8%
Febbraio	-6,0%
Marzo	8,3%
Aprile	1,9%
Maggio	-5,5%
Giugno	-0,5%
Luglio	-7,9%
Agosto	10,2%
Settembre	5,4%
Ottobre	11,3%
Novembre	47,4%
Dicembre	17,4%
Totale Anno	5,5%

Fonte: Sistema TS

Sono stati quindi calcolati i tassi di mortalità per tutte le cause età specifici per entrambi i sessi per il quinquennio 2015-19 e l'anno 2020. È stato quindi calcolato il tasso standardizzato di mortalità per i due sessi. (tabb. 6 e 7).

Tab. 6 - Tasso di mortalità generale età specifico e IC 95%. Maschi - Umbria Confronto periodo 2015-19 e 2020

MASCHI	Anni 2015-19				Anno 2020			
Classe di età	Tasso grezzo	Tasso st.	LC inf.	LC sup.	Tasso grezzo	Tasso st.	LC inf.	LC sup.
0-4 anni	0.04%				0.05%			
5-9 anni	0.01%				0.01%			
10-14 anni	0.01%				0.00%			
15-19 anni	0.02%				0.03%			
20-24 anni	0.03%				0.02%			
25-29 anni	0.03%				0.05%			
30-34 anni	0.05%				0.06%			
35-39 anni	0.07%				0.07%			
40-44 anni	0.11%				0.11%			
45-49 anni	0.17%				0.10%			
50-54 anni	0.26%				0.28%			
55-59 anni	0.43%				0.45%			
60-64 anni	0.73%				0.72%			
65-69 anni	1.17%				1.24%			
70-74 anni	1.87%				2.12%			
75-79 anni	3.21%				3.41%			
80-84 anni	6.23%				6.08%			
85-89 anni	12.49%				11.85%			
90-94 anni	22.50%				23.23%			
95-99 anni	38.19%				41.52%			
100 anni e +	60.38%				85.71%			
Tutte le età	1.148%	0.985%	0.957%	1.013%	1.249%	1.004%	0.976%	1.031%

Tab. 7 - Tasso di mortalità generale età specifico e IC 95%. Femmine - Umbria Confronto periodo 2015-19 e 2020

FEMMINE	Anni 2015-19				Anno 2020			
Classe di età	Tasso grezzo	Tasso st.	LC inf.	LC sup.	Tasso grezzo	Tasso st.	LC inf.	LC sup.
0-4 anni	0.04%				0.05%			
5-9 anni	0.00%				0.00%			
10-14 anni	0.00%				0.00%			
15-19 anni	0.01%				0.02%			
20-24 anni	0.01%				0.01%			
25-29 anni	0.02%				0.01%			
30-34 anni	0.02%				0.03%			
35-39 anni	0.03%				0.04%			
40-44 anni	0.06%				0.06%			
45-49 anni	0.10%				0.12%			
50-54 anni	0.18%				0.16%			
55-59 anni	0.26%				0.23%			
60-64 anni	0.39%				0.43%			
65-69 anni	0.59%				0.63%			
70-74 anni	1.04%				1.05%			
75-79 anni	1.82%				1.80%			
80-84 anni	3.94%				3.83%			
85-89 anni	8.61%				8.30%			
90-94 anni	17.13%				17.34%			
95-99 anni	31.27%				32.37%			
100 anni e +	47.64%				54.32%			
Tutte le età	1.198%	1.023%	0.996%	1.050%	1.275%	1.023%	0.996%	1.049%

Dal confronto tra i due periodi non emergono complessivamente differenze significative.

In considerazione del fatto che il confronto tra i due periodi di osservazione mostra in alcuni mesi una differenza nella mortalità generale, è stato calcolato il tasso di mortalità mensile standardizzato per età, per verificarne l'effettiva significatività della differenza.

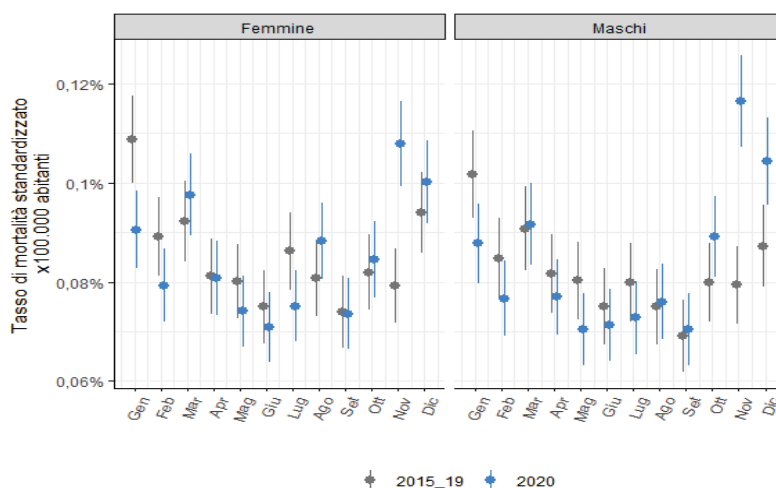
Per realizzare questo sono stati messi a confronto i 12 mesi dei due periodi di riferimento, disaggregando per sesso, e si è andata a testare l'ipotesi di assenza di significatività attraverso l'utilizzo degli intervalli di confidenza (fig. 17).

In generale, il confronto tra i tassi standardizzati di mortalità x 100.000 abitanti per quasi tutti i mesi non mostra, per entrambi i sessi, differenze significative tra il 2020 e la media del quinquennio 2015-19.

Nel confronto tra i due periodi, si nota anche che il mese di marzo, in cui si è avuto l'inizio della pandemia del virus Sars-CoV2 nel territorio umbro, il tasso standardizzato di mortalità non mostra per entrambi i sessi differenze significative tra i due periodi analizzati (Fig.3). Dal confronto emergono invece le seguenti differenze significative:

- a gennaio, in cui per il 2020 il tasso di mortalità per le femmine (0.91 IC95% 0.83-0.98) è inferiore rispetto al periodo 2015-19 (1.09 IC95% 1.00-1.18);
- a novembre, in cui per il 2020 il tasso di mortalità per entrambi i sessi (Femmine 1.08 IC95% 0.99-1.17; Maschi 1.16 IC95% 1.07-1.26) è superiore rispetto al periodo 2015-19 (Femmine 0.79 IC95% 0.72-0.87; Maschi 0.79 IC95% 0.72-0.87);
- a dicembre, in cui per il 2020 il tasso di mortalità per i maschi (1.04 IC95% 0.96-1.13) è superiore rispetto al periodo 2015-2019 (0.87 IC95% 0.79-0.96).

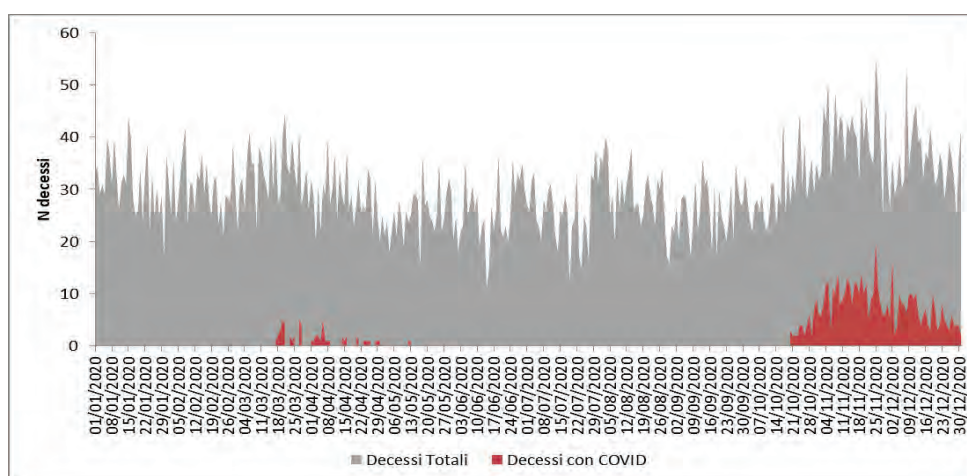
Fig. 17 - Tassi standardizzati di mortalità x 100.000 e IC95% per sesso. Umbria. Confronto media anni 2015-19 e 2020.



Fonte: Sistema TS, ISTAT

L'Umbria, come altre regioni in Italia, è stata interessata dall'epidemia da Sars-CoV2 con alcune settimane di ritardo rispetto a quelle ad alta diffusione: in particolare, a livello regionale, i primi casi compaiono a fine febbraio. Ciò ha comportato il conseguente ritardo nella comparsa dei decessi che, come si evidenzia nella figura 18, compaiono da metà marzo.

Fig. 18 – N° decessi giornalieri per tutte le cause e per "COVID" e Media giornaliera mobile a 5gg dei decessi per COVID. Periodo marzo - dicembre 2020. Umbria.



Per valutare l'eventuale impatto dell'epidemia da Sars-CoV2 sulla mortalità totale, sono stati messi in relazione l'andamento dei decessi per tutte le cause con i decessi in soggetti con un tampone positivo a Sars-CoV2 per il periodo marzo-dicembre 2020. Da questo confronto si nota una corrispondenza nell'andamento delle due curve; nel mese di marzo si osserva un basso numero di morti per CoVid-19 coerentemente con la scarsa diffusione del virus all'interno dei confini regionali. La situazione rimane stabile da marzo fino a fine settembre, per poi aumentare in maniera consistente da ottobre a dicembre.

In conclusione, dal confronto tra l'anno 2020 e la baseline 2015-19, emerge in Umbria un eccesso di mortalità generale nell'ultimo trimestre del 2020, periodo di maggior impatto dell'epidemia da SARS CoV2 sul territorio umbro: in particolare si osserva un aumento significativo nei mesi di novembre e dicembre per i maschi e a novembre per le femmine. L'incremento è verosimilmente spiegato dai decessi riscontrati in casi COVID-19 positivi. Dai dati analizzati non emergono quindi elementi che lascino ipotizzare un ulteriore impatto dell'epidemia Sars-CoV2 sulla mortalità totale della popolazione residente in Umbria.

Mortalità per causa

Nel 2018 i decessi in Umbria sono stati 9.986 con un tasso standardizzato di mortalità di 75,72 per 10mila residenti (10.299 decessi nel 2012, con un tasso di 88,03 per 10mila abitanti) (tab. 8). I tassi standardizzati sono calcolati dall'ISTAT con riferimento ai decessi e alla popolazione residente in Umbria e la popolazione di riferimento utilizzata come standard è quella europea proposta da Eurostat. Oggi, grazie alla riduzione dei livelli di mortalità a tutte le età della vita, una quota sempre più consistente di persone raggiunge le età più avanzate della vita, quelle dove i rischi di morte sono più elevati. L'effetto dell'invecchiamento della popolazione è la causa determinante nell'incremento dei numeri di decessi nel tempo.

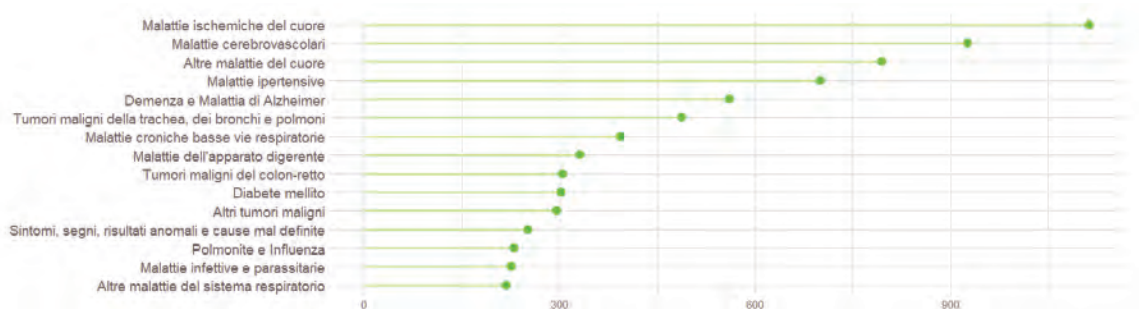
Tab. 8 – Numero decessi e tassi standardizzati di mortalità (x 10mila) per genere. Umbria, periodo 2012-2018

	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero decessi	Tasso stand.	Numero decessi	Tasso stand.	Numero decessi	Tasso stand.
2012	5.004	113,98	5.295	70,72	10.299	88,03
2013	4.795	106,69	5.106	66,44	9.901	82,77
2014	4.691	101,63	5.088	64,13	9.779	79,13
2015	5.002	106,24	5.583	68,34	10.585	84,02
2016	4.855	101,09	5.435	65,45	10.290	80,06
2017	4.983	102,22	5.696	67,51	10.679	81,63
2018	4.648	94,01	5.338	62,93	9.986	75,72

Quindici sono le cause principali che spiegano il 71% del totale dei decessi avvenuti nel 2018 in Umbria.

Al primo posto si collocano, per maggiore frequenza, le malattie ischemiche del cuore (1.113 decessi, poco più dell'11% dei decessi totali). Seguono, in seconda posizione le malattie cerebrovascolari (926 decessi) e subito dopo le altre malattie del cuore con 795 decessi in un anno. Alla terza posizione si collocano le malattie ipertensive con il 7% dei decessi totali dell'anno 2018. Proseguendo la classifica si ritrovano i decessi per demenza e malattia Alzheimer seguiti dai tumori maligni della trachea, dei bronchi e polmoni. In settima posizione si collocano le malattie croniche delle basse vie respiratorie con 393 decessi in 365 giorni ricoprendo circa il 4% dei decessi totali. Dall'ottava posizione in poi ritroviamo: malattie dell'apparato digerente (3,31% di 9.986 decessi); tumori maligni del colon-retto (304 decessi in un anno); diabete mellito; altri tumori maligni; sintomi, segni risultati anomali e cause mal definite; polmonite e influenza; malattie infettive e parassitarie. L'ultima posizione della classifica è occupata dalle malattie del sistema respiratorio che non comprendono né le malattie delle basse vie respiratorie né polmoniti ed influenze, la frequenza di questa causa di morte è pari al 2,18% del totale dei decessi in Umbria nel 2018 (218 decessi) (fig. 19).

Fig. 19 – Numero decessi per causa. Umbria 2018



Confrontando i dati del 2018 con quelli del 2012, per le prime sei posizioni della graduatoria si confermano le stesse cause di sei anni prima, sebbene in alcuni casi il peso percentuale rispetto al totale dei decessi sia variato, con una diminuzione soprattutto per le malattie ischemiche del cuore (dal 15,10% al 11,15%) e le malattie cerebrovascolari (da 10,66% al 9,27%). La causa “Demenza e Malattia di Alzheimer” è più frequente passando dal 4,77% del 2012 al 5,62% del 2018. Le malattie infettive e parassitarie sono aumentate di molto passando dalla diciassettesima posizione del 2012 alla quattordicesima del 2018 con una frequenza pari al 2,26% sul totale dei decessi, superando i tumori del pancreas ed i tumori maligni dello stomaco. Sono in aumento anche i decessi causati da influenza e polmonite, rispetto al 2012 il balzo in avanti è di 3 posizioni occupando nella graduatoria 2018 la terzultima posizione (tab. 9).

Tab. 9 – Cause di morte in Umbria. Confronto 2012-2018.

CAUSE DI MORTE	Anno 2018			Anno 2012			Variazione Posizione 2012-2018
	Posizione	Numero decessi	% su totale	Posizione	Numero decessi	% sul totale	
Malattie ischemiche del cuore	1	1113	11,15	1	1555	15,10	—
Malattie cerebrovascolari	2	926	9,27	2	1098	10,66	—
Altre malattie del cuore	3	795	7,96	3	765	7,43	—
Malattie ipertensive	4	700	7,01	4	659	6,40	—
Demenza e Malattia di Alzheimer	5	561	5,62	5	491	4,77	—
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e polmoni	6	487	4,88	6	466	4,52	—
Malattie croniche basse vie respiratorie	7	393	3,94	8	349	3,39	↑
Malattie dell'apparato digerente	8	331	3,31	7	365	3,54	↓
Tumori maligni del colon-retto	9	304	3,04	10	329	3,19	↑
Diabete mellito	10	302	3,02	11	315	3,06	↑
Altri tumori maligni	11	295	2,95	9	334	3,24	↓
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	12	251	2,51	13	212	2,06	↑
Polmonite e Influenza	13	230	2,30	16	172	1,67	↑
Malattie infettive e parassitarie	14	226	2,26	17	171	1,66	↑
Altre malattie del sistema respiratorio	15	218	2,18	14	197	1,91	↓
Totale 15 cause		7132	71,42		7478	72,61	
Altre cause		2854	28,58		2821	27,39	
Totale Decessi		9986	100,00		10299	100,00	

Prendendo a riferimento le 15 cause più frequenti di morte dell'anno 2018 nella regione, confrontiamo il numero di decessi registrati nella provincia di Perugia con il numero di decessi registrati nella provincia di Terni. Nella provincia di Perugia nel 2018 sono decedute 7.185 persone, e il 71% dei decessi è racchiuso nelle 15 cause di morte più frequenti in Umbria. Nella provincia di Terni nel 2018 sono decedute 2.007 persone, e circa il 72% dei decessi è stato causato da una delle 15 cause più frequenti della regione. la provincia di Terni vede al primo posto le altre malattie del cuore con una frequenza sul totale pari al 10,21% seguono poi le malattie cerebrovascolari (247 decessi) e le malattie ischemiche del cuore (226 decessi). La provincia di Perugia segue alla lettera la classifica generale dell'intera regione ad eccezione del nono posto ossia i tumori maligni di colon-retto che nel caso della sola provincia perugina si invertono con le malattie dell'apparato digerente occupando, in questo caso l'ottavo posto (tab. 10).

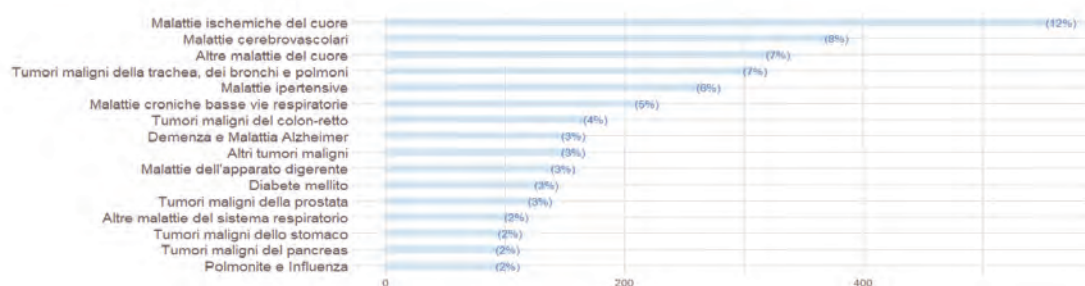
Tab. 10 – Cause di morte in Umbria. Confronto tra province – Anno 2018

CAUSE DI MORTE	PERUGIA		TERNI		TOT. UMBRIA	
	Numero decessi	% su totale	Numero decessi	% sul totale	Numero decessi	% sul totale
Malattie ischemiche del cuore	887	12,35	226	8,07	1113	11,15
Malattie cerebrovascolari	679	9,45	247	8,82	926	9,27
Altre malattie del cuore	509	7,08	286	10,21	795	7,96
Malattie ipertensive	489	6,81	211	7,53	700	7,01
Demenza e Malattia Alzheimer	419	5,83	142	5,07	561	5,62
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e polmoni	345	4,80	142	5,07	487	4,88
Malattie croniche basse vie respiratorie	300	4,18	93	3,32	393	3,94
Malattie dell'apparato digerente	230	3,20	101	3,61	331	3,31
Tumori maligni del colon-retto	233	3,24	71	2,53	304	3,04
Diabete mellito	218	3,03	84	3,00	302	3,02
Altri tumori maligni	206	2,87	89	3,18	295	2,95
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	158	2,20	93	3,32	251	2,51
Polmonite e Influenza	164	2,28	66	2,36	230	2,30
Malattie infettive e parassitarie	143	1,99	83	2,96	226	2,26
Altre malattie del sistema respiratorio	145	2,02	73	2,61	218	2,18
Totale 15 cause	5125	71,33	2801	71,65	7132	71,42
Altre cause	2060	28,67	794	28,35	2854	28,58
Totale Decessi	7185	100,00	2007	100,00	9986	100,00

I decessi maschili in Umbria nel 2018 sono stati pari a 4.648, con un tasso standardizzato di mortalità di 94,01 per 10mila abitanti (5.004 decessi nel 2012 con un tasso di 113,98 per 10mila abitanti).

Al primo posto si collocano le malattie ischemiche del cuore responsabili di 566 morti in Umbria nel 2018, oltre il 12% del totale dei decessi di sesso maschile. Seguono, in seconda e terza posizione altre malattie del sistema circolatorio: rispettivamente quelle cerebrovascolari (378 decessi, pari all'8% del totale) e le altre malattie del cuore (329 decessi, pari al 7% del totale). I tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni rappresentano la causa di morte oncologica più frequente e la quarta causa per numero di decessi in assoluto nel genere maschile (310 decessi) (fig. 20).

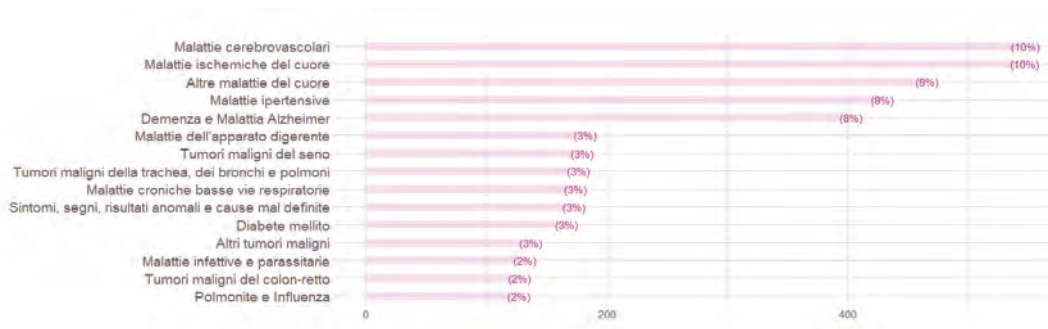
Fig. 20 - Numero decessi per causa. Umbria 2018, maschi



I decessi femminili in Umbria nel 2018 sono stati pari a 5.338, con un tasso standardizzato di mortalità di 62,93 per 10mila abitanti (5.295 decessi nel 2012 con un tasso di 70,72 per 10mila abitanti).

Al primo posto si collocano le malattie cerebrovascolari responsabili di 548 decessi in Umbria nel 2018, oltre il 10% del totale dei decessi di sesso femminile. Seguono, in seconda e terza posizione rispettivamente le malattie ischemiche del cuore (547 decessi, pari all'10% del totale) e le altre malattie del cuore (466 decessi, pari al 8,73% del totale). I tumori maligni del seno rappresentano la causa di morte oncologica più frequente e la settima causa per numero di decessi in assoluto nel genere femminile (180 decessi), subito dopo si collocano i tumori maligni della trachea, dei bronchi e polmoni ricoprendo oltre il 3% dei decessi totali del 2018 di sesso femminile (fig. 21).

Fig. 21 - Numero decessi per causa. Umbria 2018, femmine



L'analisi delle graduatorie per maschi e femmine permette di rilevare alcune differenze di genere (tab. 11). Le malattie ischemiche del cuore sono la causa di mortalità più frequente negli uomini mentre tra le donne la principale causa di morte è riconducibile alle malattie cerebrovascolari. I decessi per causa demenza e malattia Alzheimer sono più frequenti tra le donne occupando in questo caso la quinta posizione della classifica mentre nella graduatoria maschile ritroviamo questa causa solo alla nona posizione a pari merito con la causa collegata ad altri tumori maligni. Tra le cause principali di morte per genere, rivestono un ruolo di rilievo cause che notoriamente caratterizzano il profilo di mortalità di ciascuno dei due sessi: il tumore maligno della prostata per gli uomini (dodicesima posizione con 130 decessi nel 2018, il 2,80% del totale dei decessi di sesso maschile) e il tumore maligno del seno tra le donne (settima posizione con 180 decessi ed oltre il 3% dei decessi totali del 2018 di sesso femminile).

Tab. 11 – Cause di morte in Umbria. Confronto di genere – Anno 2018

MASCHI			FEMMINE		
Cause di morte	Numero decessi	% su totale	Cause di morte	Numero decessi	% su totale
Malattie ischemiche del cuore	566	12,18	Malattie cerebrovascolari	548	10,27
Malattie cerebrovascolari	378	8,13	Malattie ischemiche del cuore	547	10,25
Altre malattie del cuore	329	7,08	Altre malattie del cuore	466	8,73
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e polmoni	310	6,67	Malattie ipertensive	429	8,04
Malattie ipertensive	271	5,83	Demenza e Malattia Alzheimer	403	7,55
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	219	4,71	Malattie dell'apparato digerente	182	3,41
Tumori maligni del colon-retto	176	3,79	Tumori maligni del seno	180	3,37
Altri tumori maligni	158	3,40	Tumori maligni della trachea, dei bronchi e polmoni	177	3,32
Demenza e Malattia Alzheimer	158	3,40	Malattie croniche delle basse vie respiratorie	174	3,26
Malattie apparato digerente	149	3,21	Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	173	3,24
Diabete mellito	135	2,90	Diabete mellito	167	3,13
Tumori della prostata	130	2,80	Altri tumori maligni	137	2,57
Altre malattie del sistema respiratorio	110	2,37	Malattie infettive e parassitarie	132	2,47
Tumori maligni dello stomaco	105	2,26	Tumori maligni colon-retto	128	2,40
Polmonite e Influenza	103	2,22	Polmonite e Influenza	127	2,38
Tumori maligni del pancreas	103	2,22			
Totale 16 cause	3400	73,15	Totale 15 cause	3970	74,37
Altre cause	1248	26,85	Altre cause	1368	25,63
Totale Decessi	4648	100,00	Totale Decessi	5338	100,00

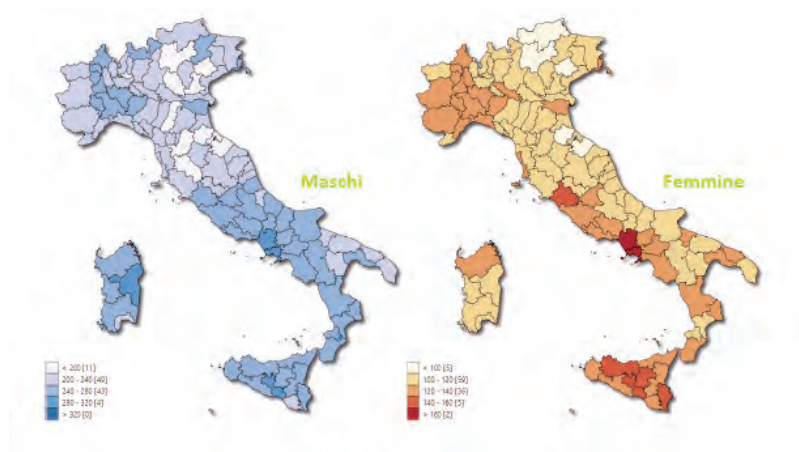
Mortalità evitabile

L'analisi della mortalità evitabile rappresenta uno strumento della sanità pubblica per contrastare i *decessi prematuri* dovuti a cause di morte, sia quelli **prevenibili**, cioè evitabili principalmente tramite prevenzione primaria (stili di vita, alimentazione, ...), *prima* dell'insorgenza di malattie o degli infortuni, per **ridurre l'incidenza**, sia quelli **trattabili**, cioè evitabili principalmente tramite diagnosi tempestiva e cure efficaci, *dopo* l'insorgenza di malattie, per **ridurre la mortalità**.

Dall'analisi dei tassi standardizzati per 100.000 residenti dal 2009 al 2020 per mortalità generale ed evitabile disaggregati per genere emerge che: l'Umbria, insieme a Trentino Alto Adige, Marche, Veneto e Toscana, nel corso degli anni è posizionata quasi costantemente nelle prime 5 posizioni.

La classificazione delle cause evitabili è derivata dall'aggiornamento di OECD e Eurostat "Avoidable mortality: lists of preventable and treatable causes of death (november 2019)". Gli indicatori, standardizzati con la "popolazione europea" (versione 2017), sono stati elaborati in base ai dati disponibili al 31 marzo 2021. Il dato ultimo elaborato e considerato stabile è quello del 2018.

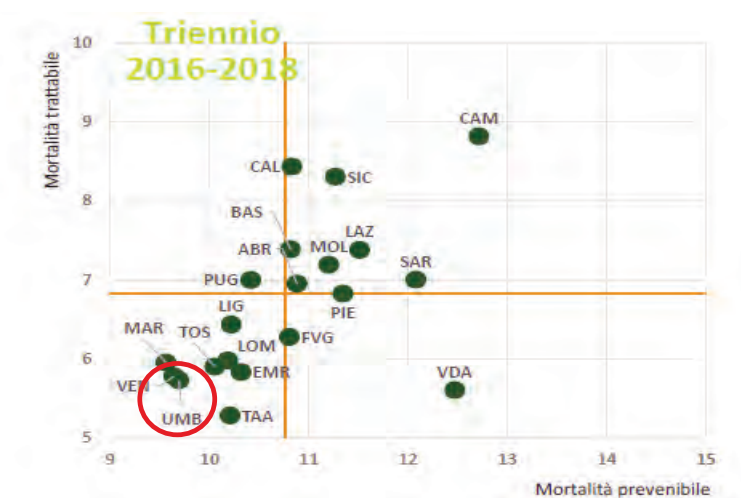
Fig. 22 – Mortalità evitabile per provincia e genere. Tassi standardizzati per 100.000 residenti. Periodo 2016-2018



Dalla figura 22 si vede come l'Umbria sia una delle regioni a MEV più bassa in entrambe le province, soprattutto per i maschi.

Anche la disaggregazione della mortalità evitabile in "trattabile" e "prevenibile" evidenzia come la regione Umbria sia fra le posizioni migliori sia in termini di mortalità evitabile legata alla prevenzione che quella legata al trattamento (fig. 23).

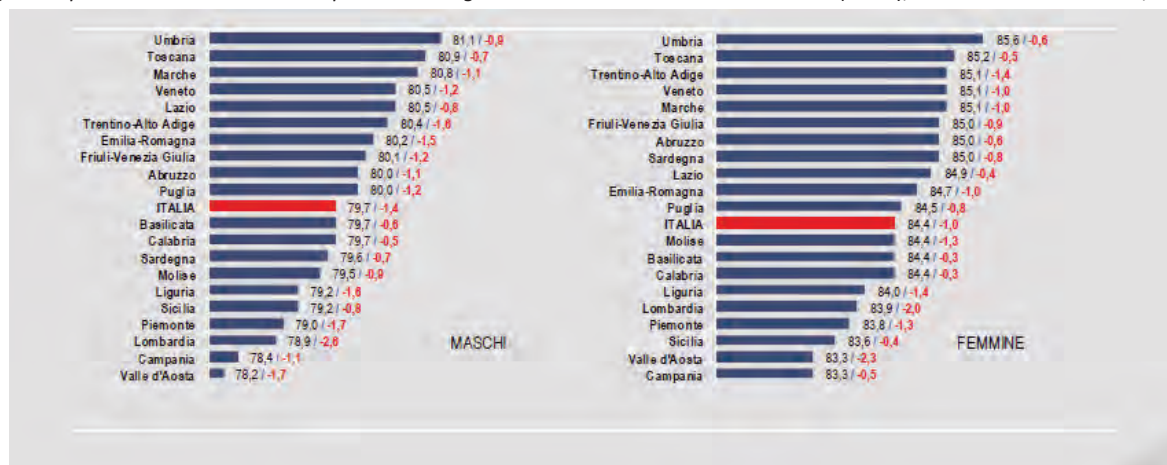
Fig. 23 – Mortalità evitabile per regione: disaggregazione in "trattabile" e "prevenibile". Periodo 2016-2018



Speranza di vita e stato di salute percepito

La speranza di vita alla nascita si mantiene in Umbria superiore rispetto alla media italiana (85,6 anni nelle femmine e 81,1 anni nei maschi (vs 84,4 anni nelle femmine e 79,7 anni nei maschi Italia) ma con una variazione nel 2020 rispetto al 2019 di -0,9 anni nei maschi e -0,6 nelle femmine (vs -1,4 nei maschi e -1,0 nelle femmine Italia), come d'altra parte è avvenuto in tutte le regioni per effetto della pandemia (fig. 24).

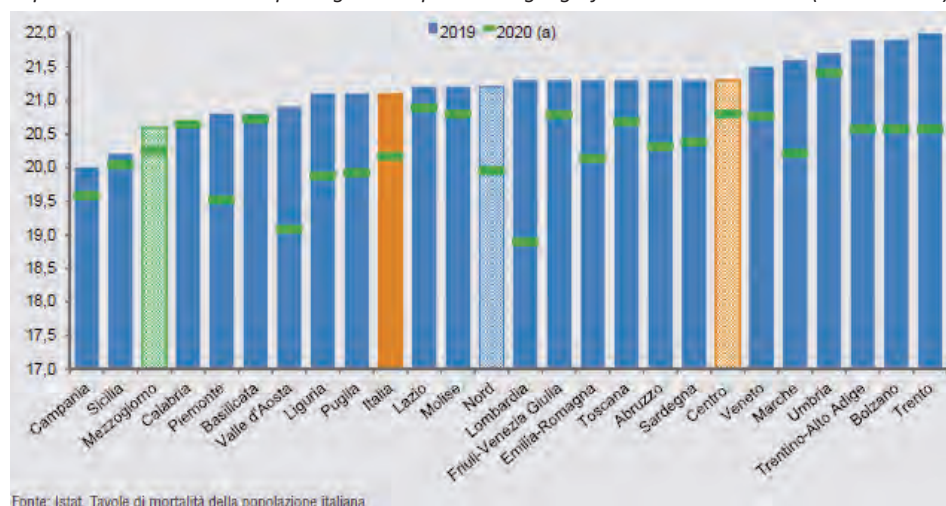
Fig. 24 - Speranza di vita alla nascita per sesso e regione. Anno 2020 e variazioni sul 2019 (rosso), in anni e decimi di anno, stima



Fonte: Report Istat Indicatori demografici. Anno 2020

Anche la speranza di vita a 65 anni ha subito un calo rispetto all'anno precedente, anche se molto meno consistente che in altre regioni (fig. 25), con valori più alti nelle femmine (22,8) rispetto ai maschi (19,4).

Fig. 25 - Speranza di vita a 65 anni per regione e ripartizione geografica. Anni 2019 e 2020 (dato stimato). In anni



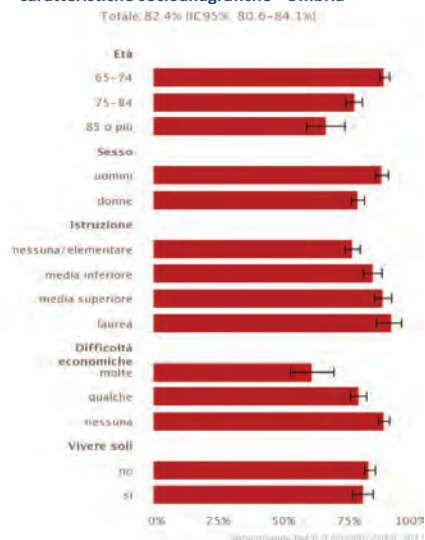
Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana

La speranza di vita in buona salute alla nascita e la speranza di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni sono in Umbria lievemente più alte rispetto alla media nazionale (rispettivamente 60 anni Umbria vs 58,9 anni Italia e 10,2 anni Umbria vs 10 anni Italia).

Qualità della vita e salute percepita

La gran parte dei **18-69enni** umbri (circa 7 persone su 10) giudica positivo il proprio stato di salute, dichiarando di sentirsi bene o molto bene. Una piccola percentuale di persone (circa il 3%) riferisce di sentirsi male o molto male; la restante parte degli intervistati dichiara di sentirsi "discretamente".

Stato di salute percepito positivamente per caratteristiche socioanagrafiche - Umbria



Sono più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello socio-economico più elevato (per istruzione o condizioni economiche), i cittadini stranieri rispetto agli italiani e chi è libero da condizioni patologiche severe fra quelle indagate da Passi. In Umbria, come nel resto del paese, dal 2008 aumenta in modo lento ma continuo la quota di persone che si dichiarano in buona salute.

Gli intervistati dichiarano di aver vissuto in media di 5.6 giorni in cattiva salute (unhealthy days) nel mese precedente l'intervista, 2.7 giorni vissuti in cattive condizioni di salute fisica per malattie e/o incidenti e 3.5 giorni vissuti in cattive condizioni di salute psicologica per problemi emotivi, ansia, depressione o stress (dati significativamente superiori rispetto al dato medio nazionale).

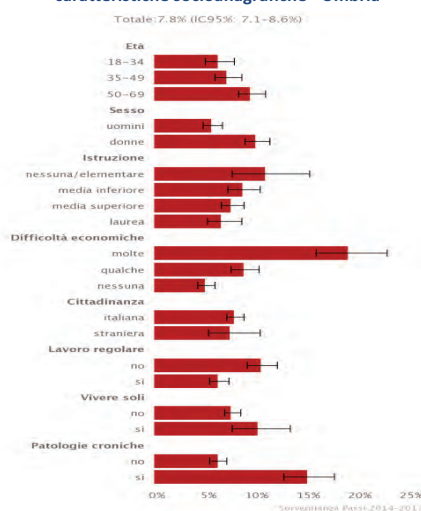
Poco più di 1 giorno al mese è stato vissuto con reali limitazioni nel normale svolgimento delle proprie attività, per motivi fisici e/o psicologici.

Nelle persone anziane in particolar modo, una cattiva percezione del proprio stato di salute è talvolta correlato a un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti.

Nel biennio 2016-2019, l'82.4% della popolazione con **più di 65 anni** giudica complessivamente positivo il proprio stato di salute. Il dato è significativamente più basso di quello medio nazionale. Il restante 17.6% invece ne dà un giudizio negativo, riferendo che la propria salute "va male" o "molto male".

Sono maggiormente soddisfatte della propria salute le persone più giovani, gli uomini rispetto alle donne, le persone senza difficoltà economiche e le persone più istruite.

Stato di salute percepito positivamente per caratteristiche socioanagrafiche - Umbria



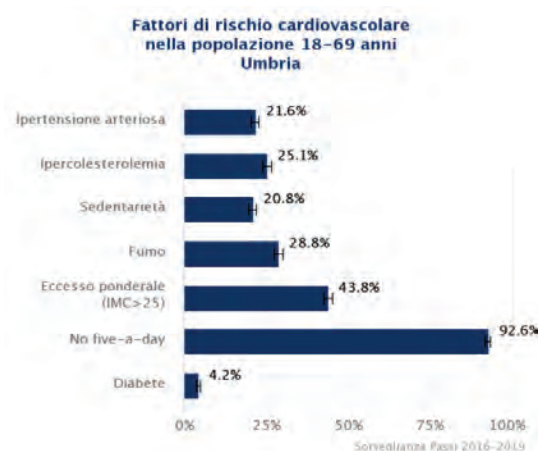
Malattie croniche

I dati raccolti nel biennio 2016-2019 mostrano che circa 6 anziani su 10 riferiscono che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più patologie tra le seguenti: ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie croniche del fegato, cirrosi. Più di ¼ degli ultra 64enni riferisce invece la diagnosi di 2 o più tra le patologie indagate. Il dato è in linea con la media nazionale.

Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono diverse patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e ictus cerebrale) e rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale, oltre ad avere un notevole impatto in termini di disabilità. I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc).

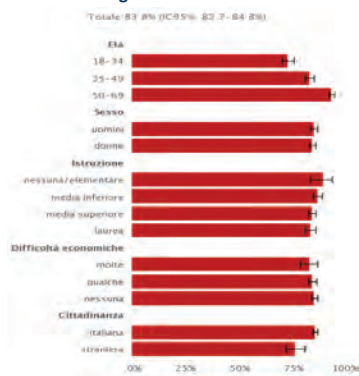
Nel triennio 2016-2019 in Umbria emerge che su dieci **18-69enni** intervistati 2 riferiscono una diagnosi di ipertensione, 2 di ipercolesterolemia, 3 sono sedentari, 3 fumatori, 4 risultano in eccesso ponderale ($IMC \geq 25$) e 1 consuma 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five a day), come invece raccomandato. Inoltre, quasi il 4% degli intervistati riferisce una diagnosi di diabete. Complessivamente quasi 4 persone su 10 hanno almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare menzionati sopra e solo una piccolissima quota (meno del 3%) risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.



L'ipertensione: misurazione, diagnosi e trattamento

Per diagnosticare l'ipertensione arteriosa esiste consenso sull'opportunità di effettuare un controllo ogni 2 anni negli adulti normotesi e a un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90 mmHg). L'84% dei 18-69enni riferisce di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista. 1 su 5 riferisce una diagnosi di ipertensione.

Ipertensione riferita per caratteristiche socio-anagrafiche - Umbria



Il consiglio agli ipertesi da medici e operatori sanitari Umbria - PASSI 2016-2019

Ipertesi 18-69enni che hanno ricevuto il consiglio di diminuire il consumo del sale	92 %
Ipertesi 18-69enni che hanno ricevuto il consiglio di svolgere regolare attività fisica	91 %
Ipertesi 18-69enni che hanno ricevuto il consiglio di controllare il peso corporeo	88 %

L'ipertensione è più frequente all'aumentare dell'età, tra gli uomini, tra le classi socialmente più svantaggiate per istruzione o per difficoltà economiche, tra i cittadini italiani e in coloro che sono in eccesso ponderale. Circa l'80% delle persone ipertese dichiara di essere in trattamento farmacologico e di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa. L'Umbria ha una quota di ipertesi maggiore rispetto alla media nazionale.

L'ipercolesterolemia: misurazione, diagnosi e trattamento

Per diagnosticare l'ipercolesterolemia non è raccomandato un vero e proprio screening di popolazione ma esistono raccomandazioni internazionali sull'opportunità di effettuare l'esame del colesterolo, pur non essendoci un consenso unanime sulle modalità.

Più di 8 intervistati su 10 tra i 18 e 69 anni riferiscono di aver misurato almeno una volta nella vita la colesterolemia e tra questi circa 1/4 riferisce di essere ipercolesterolemico. L'ipercolesterolemia è più frequente all'aumentare dell'età, fra le classi socialmente più svantaggiate per istruzione o per difficoltà economiche e tra coloro che sono in eccesso ponderale. Anche la percentuale di ipercolesterolemici in Umbria è superiore alla media nazionale

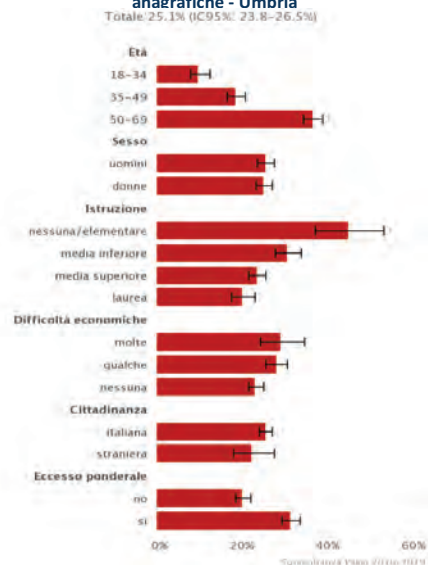
Il 28% degli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico e la maggior parte ha ricevuto i consigli comportamentali da parte di un operatore sanitario.



Il consiglio agli ipercolesterolemici da medici e operatori sanitari Umbria - PASSI 2016-2019

Ipercolesterolemici <u>18-69enni</u> che hanno ricevuto il consiglio di ridurre consumo carne e formaggio	87%
Ipercolesterolemici <u>18-69enni</u> che hanno ricevuto il consiglio di aumentare consumo frutta e verdura	84%
Ipercolesterolemici <u>18-69enni</u> che hanno ricevuto il consiglio di controllare/perdere peso corporeo	81%
Ipercolesterolemici <u>18-69enni</u> che hanno ricevuto il consiglio di svolgere regolare attività fisica	90%

Ipercolesterolemia riferita per caratteristiche socio-anagrafiche - Umbria



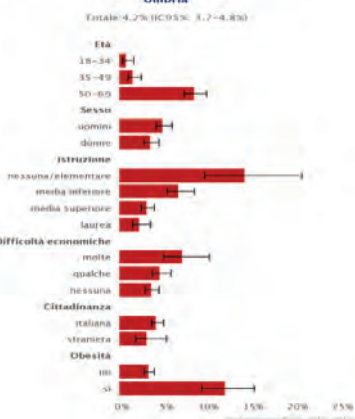
Diabete

Poco meno del 5% degli umbri di 18-69 anni riferisce una diagnosi di diabete. La prevalenza di diabetici cresce con l'età (è inferiore al 2% nelle persone con meno di 50 anni ma sfiora il 10% fra quelle di 50-69 anni), è più frequente fra gli uomini, nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzione o condizioni economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri, e tra le persone obese.

L'Umbria è in linea con la media del pool di ASL PASSI.

La prevalenza di persone con diabete non si modifica sostanzialmente nel tempo. Sale al 18.5% invece tra gli ultra 64enni.

Diabete per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Umbria



Fattori di rischio cardiovascolare associati al diabete

Il diabete risulta essere fortemente associato ad altri fattori di rischio cardiovascolare, quali l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, l'eccesso ponderale e la sedentarietà, che risultano molto più frequenti fra le persone con diabete rispetto agli altri.

Il 40% dei diabetici 18-69enni riferisce di seguire una dieta per perdere peso, mentre il 27% fa attività fisica moderata o intensa.

Monitoraggio e terapia della ipertensione e della ipercolesterolemia fra i diabetici 18-69enni

Circa 9 diabetici su 10 riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa e/o aver controllato il colesterolo nell'ultimo anno. Tra i diabetici ipertesi, circa il 91% è in trattamento farmacologico per la pressione arteriosa, mentre circa il 64% dei diabetici ipercolesterolemici assume farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

Monitoraggio e terapia per il diabete fra i 18-69enni

La maggior parte dei diabetici (48%) è seguito principalmente dal centro diabetologico, o dal medico di medicina generale (21%), o da entrambi (25%). Pochi dichiarano di essere seguiti da altri specialisti (meno del 3%).

Circa il 65% delle persone con diabete ha effettuato il controllo dell'emoglobina glicata negli ultimi 12 mesi (37% negli ultimi 4 mesi). Aumenta nel tempo la conoscenza di questo esame ma 1 persona su 6 con diabete non lo conosce o non ne conosce il significato.

L'91% delle persone con diabete dichiara di essere sotto trattamento farmacologico per il controllo del diabete, la gran parte (78%) con ipoglicemizzanti orali.



L'atteggiamento degli operatori sanitari

Tra i 18-69enni con diagnosi di diabete due terzi riferiscono di aver ricevuto il consiglio di praticare regolarmente più attività fisica, e il 70% di smettere di fumare.

Tra i diabetici in eccesso ponderale il 78% ha ricevuto il consiglio di perdere peso.

Il consiglio a diabetici da medici e operatori sanitari Umbria - PASSI 2016-19

Diabetici 18-69enni che hanno ricevuto il consiglio di <u>fare attività fisica regolare</u>	66%
Diabetici 18-69enni <u>in eccesso ponderale</u> che hanno ricevuto il consiglio di <u>perdere peso</u>	78%
Diabetici 18-69enni che hanno ricevuto il consiglio di <u>smettere di fumare</u>	70%

Utilizzo dei farmaci

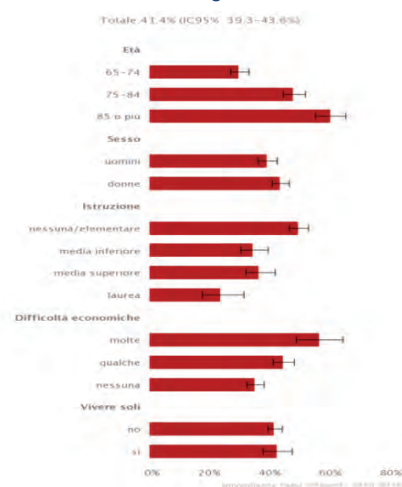
Nella popolazione anziana, l'uso regolare di farmaci e di più farmaci contemporaneamente è frequente perché è alta la prevalenza di patologie croniche e di multimorbilità.

I dati riferiti al biennio 2016-2019 mostrano che circa 9 anziani su 10 ha fatto uso di farmaci nella settimana precedente l'intervista; inoltre circa 4 anziani su 10 riferiscono di averne consumati almeno 4 diverse tipologie, ma fra chi ha consumato farmaci solo il 44% riferisce che il proprio medico nei 30 giorni precedenti l'intervista ha verificato il corretto uso dei farmaci prescritti. I dati sono in linea con la media nazionale.

In particolare l'assunzione di 4 o più diversi farmaci è più frequente all'aumentare dell'età e fra le classi socialmente più svantaggiate per istruzione o per difficoltà economiche.

L'assunzione di almeno 4 farmaci diversi riguarda il 41% di coloro che

Uso di almeno 4 tipologie diverse di farmaci per caratteristiche socioanagrafiche - Umbria



riferiscono una patologia cronica, ma ben il 71% di coloro che hanno co-morbidità (presenza contemporanea di due o più patologie croniche fra quelle indagate).

Tumori

Nel 2019 in Umbria i nuovi casi di tumore attesi, sulla base delle stime AIRTUM (Associazione Italiana dei Registri Tumori), sono circa 6.400: 3.500 tra gli uomini (688 ogni 100mila abitanti) e 2.900 tra le donne (514 per 100mila). Il tumore più frequente in termini assoluti è quello del colon-retto (850 casi nell'anno), seguito dalla mammella (800), dalla prostata (750) e dal polmone (650) (tab. 12).

Nel contesto nazionale, l'Umbria è tra le regioni con incidenza più elevata negli uomini, seconda solo al Friuli Venezia Giulia; in particolare negli uomini umbri l'incidenza di tumore dello stomaco e della cute (melanomi) è la più alta a livello nazionale.

Tab. 12 – Tumori attesi per genere e sede principale – Stima dei casi incidenti e tasso standardizzato per età x 100.000 abitanti – Umbria, 2019

Sede	Maschi		Femmine	
	n.	x 100 mila	n.	x 100 mila
Mammella			800	159,3
Prostata	750	147,8		
Polmone	450	84,8	200	29,8
Colon-retto	450	82,5	400	57,1
Vescica	400	79,2	100	15,6
Stomaco	200	35,6	150	18,3
Cute	150	32,6	150	25,5
Utero cervice			<50	8,4
Tutti	3.500	688	2.900	514

Diagnosi precoci, terapie efficaci e accessibili e nuovi farmaci hanno contribuito negli anni ad aumentare l'aspettativa di vita di un malato oncologico alla diagnosi. Mediamente in Umbria a 5 anni dalla diagnosi il 54% degli uomini e il 63% delle donne è ancora in vita. Il tumore più letale è quello del pancreas, sopravvive a 5 anni meno di un umbro su 10 (7%), seguito dal polmone (16%) e fegato (18%). Rispetto al contesto nazionale, l'Umbria mostra i valori più elevati di sopravvivenza per stomaco (37%) e cervice (76%).

Nel 2018, ultimo dato disponibile, i tumori hanno causato in Umbria 1.501 decessi tra gli uomini e 1.254 tra le donne. Tra gli uomini, circa 1 decesso su 5 è dovuto al tumore del polmone (20,7% del totale dei decessi oncologici), seguito dal colon-retto (11,7%) e prostata (8,7%). Tra le donne i tumori che incidono di più sulla mortalità sono quello della mammella e del polmone (14%) e colon-retto (10,2%).

L'analisi dei trend temporali di incidenza e mortalità permette una valutazione più approfondita del fenomeno tumori. Una riduzione dell'incidenza è un indicatore positivo, segno della minor esposizione a fattori cancerogeni o dell'effetto dell'introduzione di programmi diagnostici in grado di identificare lesioni precoci. Una riduzione della mortalità è un fenomeno anch'esso sempre positivo, perché dovuto sia ad un calo del numero dei soggetti che si ammalano sia alla disponibilità di cure sempre più efficaci.

Un aumento dell'incidenza non è sempre un segnale allarmante. Lo è quando dovuto a un'aumentata esposizione ai fattori causali, come sta avvenendo per il tumore del polmone nelle donne, correlato all'estensione del fumo di tabacco tra le donne. Non è invece un dato negativo se causato da un'anticipazione diagnostica, come accaduto in seguito all'introduzione di screening organizzati. In questo caso l'aumento dell'incidenza rappresenta un'anticipazione della diagnosi di forme tumorali che naturalmente avrebbero dato segni clinici in tempi successivi.

Un aumento della mortalità, al contrario, è sempre un evento sanitario negativo dovuto all'aumento dei soggetti che si ammalano in assenza di un miglioramento nelle terapie disponibili.

L'analisi dei trend di incidenza delle principali neoplasie relativi al periodo 2003-2014, evidenzia in Umbria un notevole calo per i tumori del colon-retto negli uomini (-5,9%), tra i più consistenti a livello nazionale, dovuto molto probabilmente all'introduzione dello screening a livello regionale e, viceversa, un trend in aumento per il tumore del polmone nelle donne particolarmente significativo nella nostra regione (+3,2%). In aumento nelle donne umbre anche la mortalità per questo tipo di tumore.

Infortuni sul lavoro e malattie professionali

Nel 2019 sono state registrate 10.613 denunce di infortuni, 223 in più rispetto al 2018; sono circa il 37% in meno rispetto al 2010, contro un decremento a livello nazionale di circa il 26%. Nel 2020 si sono registrate 8.003 denunce, - 24% rispetto all'anno precedente (tab 13).

Tab. 13 - N° di infortuni denunciati. Confronto Umbria e Italia - Periodo 2010-2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Umbria	16.767	15.256	13.186	12.744	11.816	11.167	11.260	10.568	10.390	10.613	8.003
ITALIA	871.473	817.731	745.541	694.991	663.039	636.675	641.081	646.933	645.375	644.993	571.198

All'incirca il 70% degli infortuni denunciati nel 2019, ovvero 7.553 infortuni, sono stati definiti positivamente dall'INAIL; 6.715 sono "in occasione di lavoro" cioè accaduti durante lo svolgimento dell'attività lavorativa, mentre 838 sono "in itinere" cioè avvenuti nel percorso casa-lavoro lavoro-casa. Oltre il 70 % degli infortuni accadono nel settore industria e servizi, circa il 10% in agricoltura e circa il 20% fra i dipendenti delle amministrazioni dello Stato. Analizzando la composizione percentuale degli infortuni in occasione di lavoro indennizzati nel 2019, si rileva che il 14% hanno determinato menomazioni permanenti o il decesso dell'infortunato.

Gli infortuni in itinere verranno sempre esclusi da tutte le elaborazioni che seguono, in quanto non correlati a rischiosità lavorativa. Sono stati esclusi anche gli infortuni a colf, sportivi professionisti e studenti.

Gli infortuni definiti positivamente in occasione di lavoro si sono nettamente ridotti dal 2010 al 2019 passando da 10.033 a 5.762; tale decremento è attribuibile ad una diminuzione in tutti e tre i settori (agricoltura, industria e servizi, conto stato) (tab. 14).

Tab. 14 – N° di infortuni riconosciuti in occasione di lavoro per settore. Periodo 2010-2019

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Infortuni riconosciuti in occasione di lavoro. ¹	Industria	8.337	7.476	6.287	5.736	5.399	4.970	5.068	4.811	4.678	4.815
	Agricoltura	1.363	1.226	1.069	1.041	903	879	773	758	739	694
	Stato	333	320	271	263	260	289	261	251	254	253
Totale		10.033	9.022	7.627	7.040	6.562	6.138	6.102	5.820	5.671	5.762

Anche i casi di infortuni con postumi permanenti (>1%) sono passati da 1.888 del 2010 a 894 del 2019; anche in questo caso il decremento è in tutti e tre i settori (agricoltura, industria e servizi, conto stato) (tab. 15).

Tab. 15 - N° di infortuni riconosciuti in occasione di lavoro con postumi permanenti per settore. Periodo 2010-2019

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Infortuni riconosciuti in occasione di lavoro con postumi permanenti ²	Industria	1.522	1.295	1.158	1.109	1.027	954	1.023	926	924	731
	Agricoltura	298	255	224	252	202	207	200	171	151	122
	Stato	68	54	33	52	42	50	54	42	55	41
Totale		1.888	1.604	1.415	1.413	1.271	1.211	1.277	1.139	1.130	894

L'indicatore "tasso standardizzato di infortunio ogni 1.000 occupati", che neutralizza le oscillazioni del numero conseguenti alla variazione della popolazione lavorativa, calcolato nello specifico settore dell'industria e servizi e aggiornato al 2018, conferma il trend infortunistico in decremento nel medio periodo; attualmente è pari a circa 19 infortuni ogni 1000 addetti (fig. 26). L'Umbria rimane comunque una delle regioni in cui tale indicatore è più elevato (al 3° posto nella graduatoria) (fig. 27). Va segnalato che l'indice di gravità (% di infortuni con postumi permanenti e mortali sul totale degli infortuni accaduti), pari al 19%, pone l'Umbria in una posizione migliore nella graduatoria

¹ Esclusi colf, sportivi professionisti, studenti

delle regioni, al 12° posto (fig. 28); tale dato, associato alla distribuzione regionale del fenomeno, fa ipotizzare che le differenze rilevate in alcune aree del paese, possano celare fenomeni di sotto-notifica degli infortuni lievi, probabilmente meno accentuati in Umbria. Va però detto che nel 2019 il 14% degli infortuni occorsi a lavoratori stranieri hanno postumi permanenti, contro il 16% fra gli italiani; tale dato fa supporre che, in tale particolare sottogruppo di lavoratori, a causa delle irregolarità contrattuali, vengano sotto-notificati anche alcuni infortuni più gravi.

Fig. 26 - Andamento del tasso standardizzato di infortunio, industria e servizi, 2010-2018

Fig. 27 - Tasso di infortunio standardizzato, industria e servizi. Anno 2018

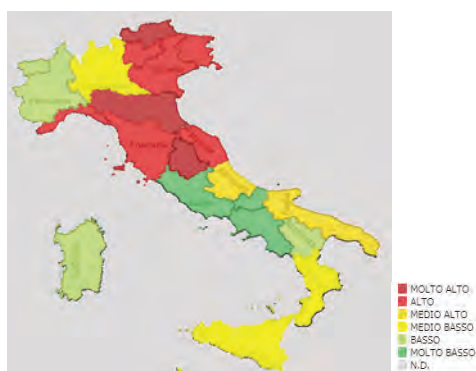


Fig. 28 - % di infortuni gravi, industria e servizi, per regione. Anno 2018

Rispetto al fenomeno infortunistico nei diversi settori produttivi, i dati evidenziano che:

- i settori che più contribuiscono alla numerosità degli infortuni sono le attività manifatturiere (21% comprendenti la metalmeccanica, il settore del legno etc.), l'agricoltura (12%); le costruzioni (11%), il commercio (10%) e i trasporti/magazzinaggio (7%); le costruzioni e l'agricoltura sono inoltre i comparti che più contribuiscono agli infortuni con postumi permanenti (rispettivamente circa il 19% e il 18%);
- il tasso di infortunio è elevato nei settori della fornitura di acqua, nei trasporti e magazzinaggio, nell'estrazione di minerali, in agricoltura, nel settore degli alberghi e ristorazione, sanità e costruzioni;
- la gravità è elevata nel settore delle costruzioni, agricoltura, estrazione minerali, trasporti, manifatturiero, commercio;
- il 17% degli infortuni in occasione di lavoro sono occorsi a lavoratori nati all'estero; in proporzione i settori in cui la percentuale di infortuni in lavoratori nati all'estero sul totale è maggiore sono nell'ordine il settore I Alloggio e ristorazione (27%), B estrazione di minerali (25%), F Costruzioni (23%), N Noleggio, agenzie di viaggio (23%), H Trasporto e magazzinaggio (20%), Agricoltura (20%);
- I settori delle costruzioni e dell'edilizia presentano quindi, sotto il profilo della salute e sicurezza, livelli di rischio elevati sebbene nel tempo siano stati registrati notevoli miglioramenti.
- Per quanto riguarda il **fenomeno infortunistico in edilizia**:
- da tempo si registra una diminuzione costante del numero complessivo di infortuni definiti positivamente (nel 2019 sono accaduti 634 infortuni in occasione di lavoro, contro i 1407 del 2010); calo parzialmente correlato alla riduzione della forza lavoro, come dimostrato dal decremento contestuale della frequenza di infortunio (il tasso per 1000 addetti è passato da 46 nel 2010 a 26 nel 2018);
- la frequenza di infortunio è fra le più elevate del settore industria e servizi e, in Umbria, è al di sopra della media nazionale, confermando l'edilizia come uno dei comparti più a rischio;
- l'elevata frequenza di infortunio si accompagna ad elevata gravità; se si considera la percentuale di infortuni con postumi permanenti sul totale degli infortuni accaduti, al contrario di quanto accade per la frequenza di infortunio, si rileva un andamento in lieve incremento (nel 2018 il 26% degli infortuni accaduti hanno esitato in postumi permanenti), dato che sottende ad estesi fenomeni di sotto-notifica;
- il 23% degli infortunati in occasione di lavoro del 2019 sono nati all'estero; sebbene la percentuale di infortuni gravi (con inabilità permanente > al 5% e inabilità temporanea > 40 giorni) occorsi a lavoratori nati all'estero sia inferiore a quella rilevata fra i lavoratori italiani (33% versus 40%), dal 2008 al 2019 vi è stato un incremento superiore rispetto a quello occorso fra gli italiani (+60% versus +19%), elemento che fa supporre fenomeni di sotto-notifica degli infortuni, legata alla diffusa componente di lavoro sommerso;
- il 32% degli infortunati ha fra 41 e 50 anni, il 31% tra 51 e 60 anni, il 8% ha più di 60 anni;
- il settore edile contribuisce per circa il 20% al numero di infortuni mortali in occasione di lavoro, al secondo posto dopo il settore agricoltura (circa il 30%).

Per quanto riguarda il settore **agricoltura**:

- la numerosità degli infortuni positivi in occasione di lavoro è in costante decremento (nel 2019 sono accaduti 694 infortuni in occasione di lavoro, contro i 1363 del 2010) calo parzialmente correlato alla riduzione della forza lavoro, come dimostrato dalla riduzione contestuale della frequenza di infortunio (il tasso per 1000 addetti è passato da 87 nel 2010 a 43 nel 2018);
- è da sempre un settore ad elevata rischiosità, come evidenziato dagli indicatori (tasso e percentuale di infortuni con postumi permanenti) che sono nettamente più elevati che nel settore industria e servizi, anche se la percentuale di infortuni con postumi sembra ridursi negli ultimi tre anni (nel 2019 è pari al 18%, ma alcuni infortuni gravi potrebbero non aver completato l'iter amministrativo INAIL).
- il 20% degli infortunati in occasione di lavoro del 2019 sono nati all'estero; il tal caso la percentuale di infortuni gravi (con inabilità permanente > al 5% e inabilità temporanea > 40 giorni) occorsi a lavoratori nati all'estero è

solo lievemente inferiore a quella rilevata fra i lavoratori italiani (38% versus 40%) e dal 2008 al 2019 vi è stato un incremento della percentuale superiore rispetto a quello occorso fra gli italiani (+50% versus +19%), elemento che fa supporre fenomeni di sotto-notifica degli infortuni, legata alla diffusa componente di lavoro sommerso;

- il 30% degli infortunati ha fra 51 e 60 anni, il 21% ha più di 60 anni;
- l'agricoltura è il settore che più contribuisce agli infortuni mortali.

Anche per gli **infortuni mortali**, che presentano maggiori oscillazioni dovute alla esiguità dei numeri, si apprezza una riduzione nel medio periodo (nel 2019 si sono avuti 7 infortuni mortali in occasione di lavoro, nel 2020 8, mentre nel 2010 erano stati 11)(tab. 16).

Il fenomeno delle morti sul lavoro riguarda, come detto, soprattutto i settori agricoltura e costruzioni, che contribuiscono per circa il 20% e il 30% rispettivamente (tab. 17).

Tab. 16 - Infortuni mortali, periodo 2010-2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Totali	16	20	15	22	12	10	9	10	15	10	10
In occasione di lavoro	11	18	14	18	12	8	4	8	7	7	8
In itinere	5	2	1	4	0	2	5	2	8	3	2

*dati estratti da open data aggiornati al 30 aprile 2021

Tab. 17 - Infortuni mortali in occasione di lavoro per settore produttivo, periodo 2010-2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Industria e servizi										
A 0161 Attività di supporto alla produzione vegetale	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
A 022 UTILIZZO DI AREE FORESTALI	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
A 02300 Raccolta di prodotti selvatici non legnosi	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
A 031200 Pesca in acque dolci e servizi connessi	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
C 10611 Molitura del frumento	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
C 1091 Produzione di mangimi per l'alimentazione degli animali da allevamento	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
C 143 FABBRICAZIONE DI ARTICOLI DI MAGLIERIA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
C 1623 Fabbricazione di altri prodotti di carpenteria in legno e falegnameria per l'edilizia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C 2312 Lavorazione e trasformazione del vetro piano	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
C 2363 Produzione di calcestruzzo pronto per l'uso	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2007 C 241 SIDERURGIA	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
C 243 FABBRICAZIONE DI ALTRI PRODOTTI DELLA PRIMA TRASFORMAZIONE DELL'ACCIAIO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
C 2511 Fabbricazione di strutture metalliche e di parti di strutture	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
C 25110 Fabbricazione di strutture metalliche e parti assemblate di strutture	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
C 25620 Lavori di meccanica generale	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
C 33125 Riparazione e manutenzione di altre macchine di impiego generale	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
E 37 GESTIONE DELLE RETI FOGNARIE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
E 38110 Raccolta di rifiuti solidi non pericolosi	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
E 38210 Trattamento e smaltimento di rifiuti non pericolosi; produzione di compost	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
F 412 COSTRUZIONE DI EDIFICI RESIDENZIALI E NON RESIDENZIALI	2	3	0	1	0	0	0	0	1	0
F 41200 Costruzione di edifici residenziali e non residenziali	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
F 4311 Demolizione	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
F 432101 Installazione di impianti elettrici in edifici o in altre opere di costruzione (inclusa manutenzione e riparazione)	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
F 43390 Altri lavori di completamento e di finitura degli edifici	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
F 433901 Attività non specializzate di lavori edili (muratori)	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0
F 4399 Altri lavori specializzati di costruzione nca	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
F 43990 Altri lavori specializzati di costruzione nca	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
F 439909 Altre attività di lavori specializzati di costruzione nca	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
G 45201 Riparazioni meccaniche di autoveicoli	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
G 45203 Riparazione di impianti elettrici e di alimentazione per autoveicoli	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
G 45403 Manutenzione e riparazione di motocicli e ciclomotori (inclusi i pneumatici)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
G 46211 Commercio all'ingrosso di cereali e legumi secchi	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
G 4622 Commercio all'ingrosso di fiori e piante	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G 46494 Commercio all'ingrosso di articoli sportivi (incluse le biciclette)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
G 47112 Supermercati	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
H 49322 Trasporto mediante noleggio di autovetture da rimessa con conducente	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
H 4941 Trasporto di merci su strada	2	0	0	2	1	1	0	0	0	0
H 49410 Trasporto di merci su strada	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

H 5224 Movimentazione merci	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
H 52292 Intermediari dei trasporti, servizi logistici	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
I 551 ALBERGHI E STRUTTURE SIMILI	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
I 56101 Ristorazione con somministrazione; ristorazione connessa alle aziende agricole	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
I 56103 Gelaterie e pasticcerie	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
K 662202 Agenti di assicurazioni	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
M 74202 Laboratori fotografici per lo sviluppo e la stampa	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
N 801 SERVIZI DI VIGILANZA PRIVATA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
N 813 CURA E MANUTENZIONE DEL PAESAGGIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
N 821909 Servizi di fotocopiatrice, preparazione di documenti e altre attività di supporto specializzate per le funzioni d'ufficio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
O 841110 Attività degli organi legislativi ed esecutivi, centrali e locali; amministrazione finanziaria; amministrazioni regionali, provinciali e comunali	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Q 869042 Servizi di ambulanza, delle banche del sangue e altri servizi sanitari nca	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Agricoltura	0	5	2	6	2	2	2	4	0	4
Conto stato			1							
Non determinato	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0
TOTALE	11	18	14	18	12	8	4	8	6	7

Per quanto riguarda le **malattie professionali** si registra un incremento rilevante del numero di malattie professionali denunciate, nel 2019 sono 2297 (nel 2010 erano 1353) (tab. 18), nel 72% di lavoratori di sesso maschile; il 62% sono malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (nel 2015 era il 61%), il 21% malattie del sistema nervoso (perlopiù sindrome de tunnel carpale, in incremento, nel 2015 era il 17%), l'8% malattie dell'orecchio (in diminuzione, nel 2015 era il 10%), il 3% tumori.

Tab. 18 - N° di malattie professionali denunciate, periodo 2013-2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Industria e servizi	1225	1296	1279	1280	1420	1580	1618	1763	1899	2024
Agricoltura	111	130	114	141	188	251	251	229	276	245
Conto Stato	17	24	22	21	19	41	30	24	39	28
Totale	1353	1450	1415	1442	1627	1872	1899	2016	2214	2297

Nel settore delle costruzioni si registra il 16% delle malattie professionali denunciate, seguito dall'agricoltura (12%) e dalle attività manifatturiere (comprendente numerose attività, dalla metalmeccanica alla lavorazione del legno, della ceramica, l'industria alimentare etc.)(tab. 19).

Tab. 19 - N° di malattie professionali denunciate per settore, periodo 2013-2019

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	6	9	10	19	15	18	11
B Estrazione di minerali	6	2	1	3	8	4	2
C Attività manifatturiere	354	307	333	281	331	331	363
D Fornitura di energia	2	0	3	6	8	0	0
E Fornitura di acqua	13	10	18	16	18	32	36
F Costruzioni	176	226	260	243	294	278	378
G Commercio	104	127	126	112	122	170	178
H Trasporto e magazzinaggio	65	60	67	54	47	53	56
I Alloggio e ristorazione	17	16	40	19	27	39	36
J Informazione e comunicazione	3	1	0	3	1	5	1
K Finanza e assicurazioni	4	2	0	2	1	4	3
L Attività immobiliari	0	1	0	3	6	1	3
M Professioni	8	5	13	15	7	8	11
N Noleggio, agenzie di viaggio	19	24	28	25	20	20	17
O Amministrazione pubblica	22	13	24	10	23	16	22
P Istruzione	3	0	1	0	2	2	3
Q Sanità	46	37	55	60	41	50	46
R Arte, sport, intrattenimento	1	0	7	2	0	0	1
S Altre attività di servizi	45	73	87	75	61	82	79
X Non Classificato	357	444	474	644	716	774	775
AGRICOLTURA	141	188	253	251	230	275	246
CONTO STATO	21	19	41	30	24	38	28

Nel 2019 il 35% delle malattie professionali denunciate sono state definite positivamente dall'istituto assicuratore; dei 627 lavoratori a cui è stata riconosciuta la patologia professionale 608 hanno avuto il riconoscimento di menomazione permanente (di grado variabile da 1 a 85%) e 9 di esito mortale.

Incidenti stradali

Gli incidenti stradali, per i considerevoli impatti sulla salute in termini di mortalità (decessi) e morbosità (in particolare invalidità permanenti e temporanee) soprattutto tra i più giovani, rappresentano da diversi anni una rilevante problematica di prevenzione e di sanità pubblica.

Nel 2019 si sono verificati in Umbria 2.306 incidenti stradali che hanno causato la morte di 51 persone e il ferimento di altre 3.222 (tab. 20). Rispetto al 2018 diminuiscono sia gli incidenti (-3,3%) che i feriti (-5,2%), con decrementi maggiori di quelli rilevati nell'intero Paese (rispettivamente -0,2% e -0,6%); il numero delle vittime della strada, invece, aumenta del 6,3%, a fronte di un calo in Italia del 4,8%. Tra il 2018 e il 2019 l'indice di lesività diminuisce da 142,6 feriti ogni 100 incidenti a 139,7 mentre l'indice di gravità (rapporto tra il numero dei decessi e somma di decessi e feriti moltiplicato 100) aumenta da 1,4 a 1,6.

Tab. 20 - Incidenti stradali, morti, feriti e tasso di mortalità per provincia, valori assoluti e variazioni percentuali. Umbria

PROVINCE	2019			2018			Morti Differenza 2019/2018 (valori assoluti)	Morti Variazioni % 2019/2010	Tasso di mortalità 2019
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti			
Perugia	1.682	35	2.375	1.718	33	2.474	2	-28,6	5,3
Terni	624	16	847	667	15	926	1	-46,7	7,1
Umbria	2.306	51	3.222	2.385	48	3.400	3	-35,4	5,8
Italia	172.183	3.173	241.384	172.553	3.334	242.919	-161	-22,9	5,3

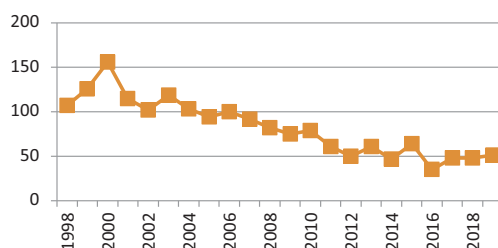
L'Umbria rispetto agli obiettivi europei

I Programmi d'azione europei per la sicurezza stradale, per i decenni 2001-2010 e 2011-2020, impegnano i Paesi membri al dimezzamento dei morti per incidente stradale con una particolare attenzione, nel decennio in corso, agli utenti vulnerabili.

Nel periodo 2001-2010 le vittime della strada si sono ridotte del 32,5%, meno della media nazionale (-42,0%); fra il 2010 e il 2019 si registrano variazioni, rispettivamente di -35,4% e -22,9%. Nello stesso lasso di tempo (2010-2019) l'indice di mortalità sul territorio regionale è passato da 2,7 a 2,2 deceduti ogni 100 incidenti mentre quello medio nazionale diminuisce lievemente (da 1,9 a 1,8).

La tendenza di diminuzione costante dei morti registrata in Umbria fino al 2012 si interrompe a causa di un nuovo incremento dei morti nel 2013 e successivamente nell'anno 2015, a cui fa seguito negli anni successivi un andamento incostante dei morti in valore assoluto, che interrompe la tendenza virtuosa (fig. 29).

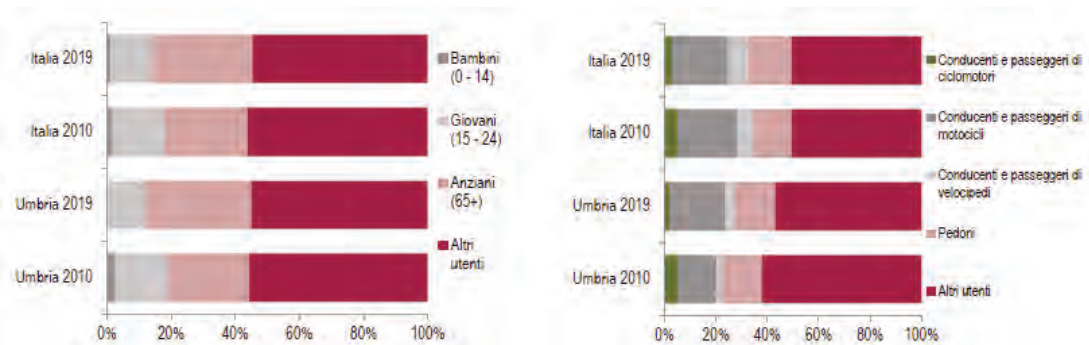
Fig. 29 - Andamento temporale dei morti per incidente stradale in Umbria – Dati ISTAT anni 1998-2019.



Nel 2019, l'incidenza degli utenti vulnerabili per età (bambini, giovani e anziani), deceduti in incidente stradale, in Umbria è in linea con la media nazionale (45,1% contro 45,2%).

Guardando invece agli utenti vulnerabili secondo il ruolo svolto nell'incidente (conducenti/passeggeri di veicoli a due ruote e pedoni) il loro peso relativo (sul totale dei deceduti) è inferiore nel 2019 a quello nazionale (43,1% contro 49,6%). Negli ultimi nove anni (2010-2019) l'incidenza di pedoni deceduti è rimasta stabile (da 15,2% a 15,7%) mentre nel resto del Paese è aumentata da 15,1% a 16,8% (fig. 30).

Fig. 30 - Utenti vulnerabili per età e ruolo e utenti nel complesso morti per incidente stradale in Umbria e in Italia. Anni 2010 e 2019, composizioni percentuali



I costi sociali

Nel 2019 il costo dell'incidentalità con danni alle persone è stimato in quasi 17 miliardi di euro per l'intero territorio nazionale (279,5 euro pro capite) e in poco più di 238 milioni di euro (270,2 euro pro capite) per l'Umbria; la regione incide per l'1,4% sul totale nazionale.

Il rischio di incidente stradale

L'incidentalità rimane alta nelle aree più abitate e nei principali assi della rete stradale regionale (E45, RA06 Raccordo autostradale Bettolle-Perugia, SS 075 Centrale Umbra, SS 003 Via Flaminia). Gli incidenti più pericolosi si verificano, invece, nei centri minori: l'indice di mortalità è pari a 2,1 nei comuni con più di 15.000 abitanti e a 2,7 negli altri. L'indice di mortalità, nel periodo 2018-2019, aumenta di poco nel comune di Perugia (da 1,2 decessi ogni 100 incidenti del 2018 a 1,3 nel 2019) e diminuisce nel comune di Terni (da 1,8 a 1,0).

Nel 2019 il maggior numero di incidenti (1.508, il 65,4% del totale) si è verificato sulle strade urbane, provocando 19 morti (37,3% del totale) e 1.998 feriti (62,0%). Rispetto all'anno precedente i sinistri, diminuiscono in tutti gli ambiti stradali: dell'1,4% in città, del 20,4% sulle autostrade e del 4,7% sulle strade extraurbane.

Gli incidenti più gravi avvengono sulle strade extraurbane (4,2 decessi ogni 100 incidenti) e sulle autostrade e raccordi (2,3 ogni 100). Sulle strade urbane il 50,5% dei sinistri stradali avviene lungo un rettilineo. Sulle strade extraurbane tale percentuale sale al 57,6%. In ambito urbano gli incidenti che avvengono in corrispondenza degli incroci rappresentano il 19,5% del totale, seguono quelli che si verificano nei pressi di una intersezione (14,5%) e in curva (8,4%). Lungo le strade extraurbane il 25,9% degli incidenti si verifica in curva, il 6,1% nei pressi di una intersezione.

Nel periodo primaverile ed estivo la concentrazione degli incidenti è più elevata, in coincidenza con la maggiore mobilità legata a periodi di vacanza. Tra aprile e settembre si contano 1.195 incidenti (il 51,8% di quelli avvenuti durante l'anno) in cui hanno subito lesioni 1.678 persone (52,1%) e 27 sono decedute (52,9%). Anche nel periodo autunnale si registra un numero consistente di eventi: nel mese di ottobre si sono verificati 214 incidenti (9,3%) che hanno causato il decesso di 6 persone (11,8%) e il ferimento di altre 302 (9,4%)(fig. 31).

Oltre il 78% degli incidenti ha luogo tra le 8 e le 20 ma l'indice di mortalità raggiunge i valori più elevati nella fascia oraria tra le tre e le quattro della notte (15,0 morti ogni 100 incidenti) con un valore di molto superiore alla media giornaliera (2,2)(fig. 32). Il venerdì e il sabato notte si concentrano il 43,5% degli incidenti notturni, il 60,0% delle vittime e il 43,8% dei feriti. L'indice di mortalità dei soli incidenti notturni è pari a 3,7 decessi ogni 100 incidenti.

Fig. 31 - Incidenti stradali, morti e feriti per mese, Umbria. Anno 2019, valori percentuali

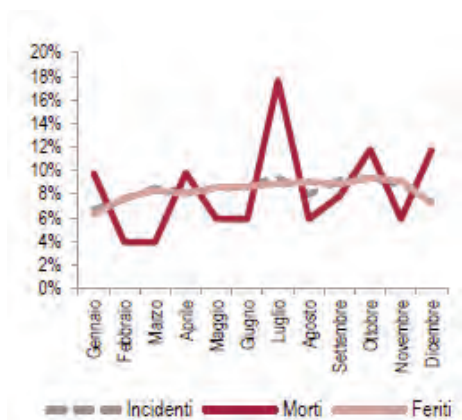
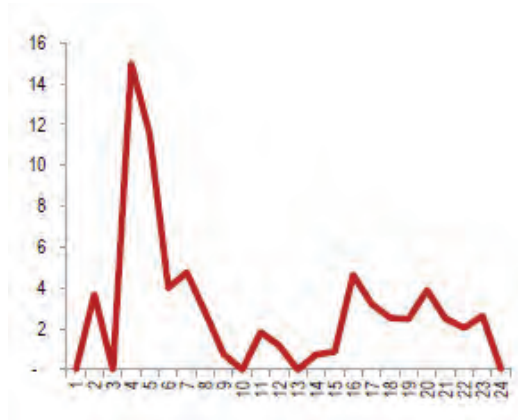


Fig. 32 - Incidenti stradali con lesioni a persone per ora del giorno, Umbria. Anno 2019, indice di mortalità



I comportamenti a rischio e le persone coinvolte

La maggior parte degli incidenti stradali avviene tra due o più veicoli (66,6%); la tipologia di incidente più diffusa è lo scontro frontale-laterale, seguita dal tamponamento. Lo scontro frontale è anche la tipologia più pericolosa (6,8 decessi ogni 100 incidenti), seguono l'urto con ostacolo accidentale (4,4), l'urto con veicolo in momentanea fermata o arresto e la caduta da veicolo. Gli incidenti a veicoli isolati risultano più rischiosi, con una media di 3,4 morti ogni 100 incidenti, rispetto a quelli che vedono coinvolti più veicoli (1,6 decessi).

Nell'ambito dei comportamenti errati di guida, la guida distratta, la velocità troppo elevata e il mancato rispetto delle regole di precedenza sono le prime tre cause di incidente, costituendo complessivamente il 44,0% dei casi.

Il tasso di mortalità standardizzato è più alto per la classe di età 65+ anni (7,3 per 100mila abitanti). I conducenti dei veicoli coinvolti rappresentano il 72,5% delle vittime e il 69,1% dei feriti in incidenti stradali, le persone trasportate l'11,8% dei morti e il 22,1% dei feriti, i pedoni il 15,7% dei deceduti e l'8,8% dei feriti. Il 75,0% dei pedoni rimasti vittima di incidente stradale e il 41,9% dei pedoni feriti appartiene alla classe di età 65+. L'indice di lesività standardizzato è pari a 669,5 per la classe di età 15-29 anni e a 457,0 per quella 30-44 anni.

Fig. 33 - Morti per genere, classe di età (asse sinistro, valori assoluti) e tasso di mortalità standardizzato (asse destro, valori per 100.000 abitanti), Umbria. Anno 2019

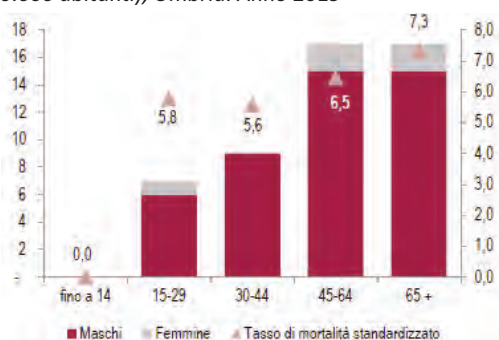


Fig. 34 - Piramide delle età dei morti per genere e categoria di utente della strada, Umbria. Anno 2019, valori assoluti

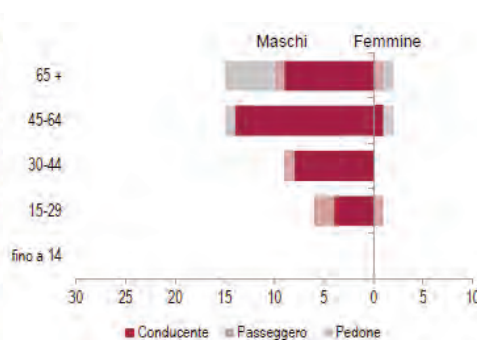


Fig. 35 - Feriti per genere, classe di età (asse sinistro, valori assoluti), e tasso di lesività standardizzato (asse destro, valori per 100.000 abitanti), Umbria. Anno 2019

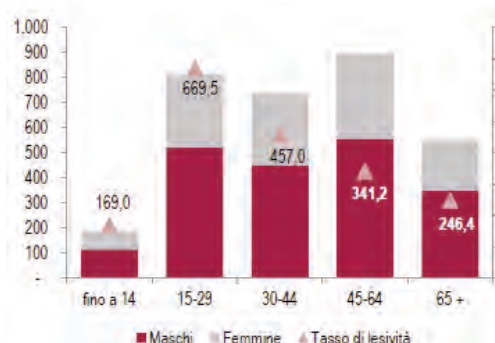
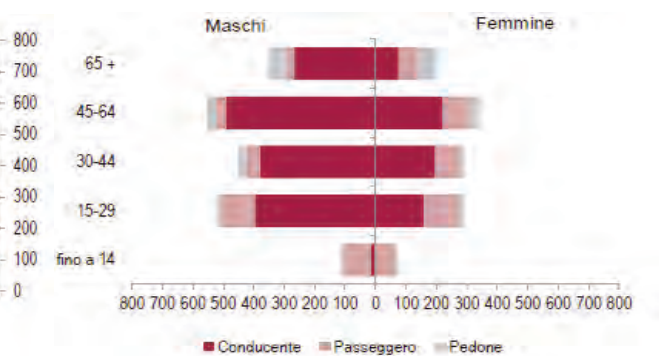
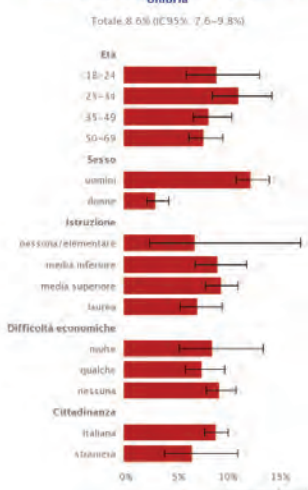


Fig. 36 - Piramide delle età dei feriti per genere e categoria di utente della strada, Umbria. Anno 2019, valori assoluti



Alcol e guida

Guida sotto effetto dell'alcol per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Umbria



In Umbria tra i bevitori di **18-69 anni** che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi, circa il 7% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, avendo assunto due o più unità alcoliche un'ora prima di essersi messi alla guida. Inoltre il 6% dichiara di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è un comportamento riferito più spesso dagli uomini (12%) che dalle donne (3%), dai 25-34enni e da coloro che hanno un maggior livello di istruzione.

Rassicura la fascia di età dei neopatentati (18-24enni) per la minor propensione alla guida sotto l'effetto dell'alcol.

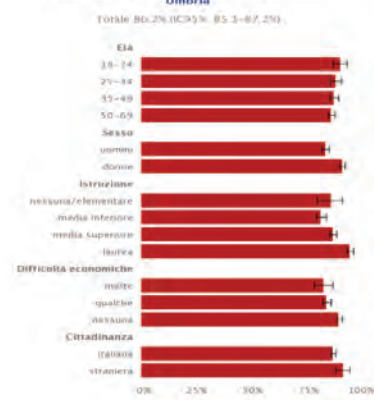
Dall'analisi dell'ultimo triennio disponibile emerge che il dato umbro è superiore alla media nazionale.

In Umbria, dal 2008 si osserva una riduzione, seppur non significativa, della quota di persone che si sono messe alla guida sotto l'effetto dell'alcol. Dato confermato dal trend nazionale.

Sicurezza Stradale

Dai 10 anni di sorveglianza PASSI emerge che in Umbria, così come in Italia, l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuale è nel tempo in significativo aumento. Complessivamente l'uso dei dispositivi di sicurezza è meno frequente fra le persone più svantaggiate, per istruzione e/o per reddito. I neopatentati si confermano essere coloro che hanno una maggiore attenzione verso una guida sicura sia per il maggior uso delle cinture anteriori che per la minor propensione alla guida sotto l'effetto dell'alcol.

Uso cintura anteriore sempre caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Umbria



L'uso della cintura di sicurezza anteriore

Tra i **18-69enni** umbri l'uso della cintura di sicurezza anteriore è abbastanza diffuso anche se lontano da una copertura totale dettata dall'obbligo di legge: nel quadriennio 2016-2019, l'85% degli intervistati che hanno viaggiato in auto, come guidatori o passeggeri sul sedile anteriore, dichiarano di indossare sempre la cintura di sicurezza. L'uso della cintura di sicurezza anteriore è più frequente tra le donne, tra i neopatentati (18-24enni), tra coloro che hanno un maggior livello di istruzione e minori difficoltà economiche e tra i cittadini stranieri. Il dato umbro è in linea con quello medio nazionale.

Uso cintura posteriore sempre
per regione di residenza
Passi 2016-2019



L'uso della cintura di sicurezza posteriore

Molto meno frequente è l'uso della cintura posteriore: appena il 17% degli intervistati dichiara di indossarla sempre.

Il dispositivo di sicurezza individuale è utilizzato maggiormente dai 18-24enni e dai cittadini stranieri.

L'Umbria mostra percentuali di utilizzo delle cinture di sicurezza posteriori più basse della media nazionale.

L'uso del casco

Una pratica ormai consolidata sembra essere l'uso del casco in moto: circa il 98% degli intervistati, che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno viaggiato su una moto come guidatori o passeggeri, dichiara di aver indossato sempre il casco. Il

comportamento è più frequente in coloro che hanno un maggior livello di istruzione. In questo caso i cittadini stranieri sembrano usare meno questo dispositivo di sicurezza.

L'uso dei seggiolini

Dal 2011 la sorveglianza Passi rileva anche l'utilizzo di seggiolini e/o adattatori per il trasporto in auto di bambini: dai dati relativi al quadriennio 2016-2019 emerge che, in Umbria, tra coloro che viaggiano in auto con bimbi di 0-6 anni di età, il 15% dichiara di avere difficoltà a far uso di questi dispositivi, di non utilizzarli affatto o perfino di non avere alcun dispositivo di sicurezza per il bambino. Il dato umbro è in linea con il valore medio nazionale.

I controlli da parte delle forze dell'ordine

I controlli sistematici da parte delle forze dell'ordine sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali.

Il 37% degli umbri intervistati dichiara di essere stato fermato dalle forze dell'ordine nei 12 mesi precedenti l'intervista.

L'Umbria è tra le regioni con la maggiore percentuale di controlli da parte delle forze dell'ordine.

Risultano ancora poco diffusi i controlli sistematici con etilotest: solo il 8% tra coloro che sono stati fermati riferisce infatti di essere stato sottoposto a questo controllo.

Controlli forze ordine
per regione di residenza
Passi 2016-2019



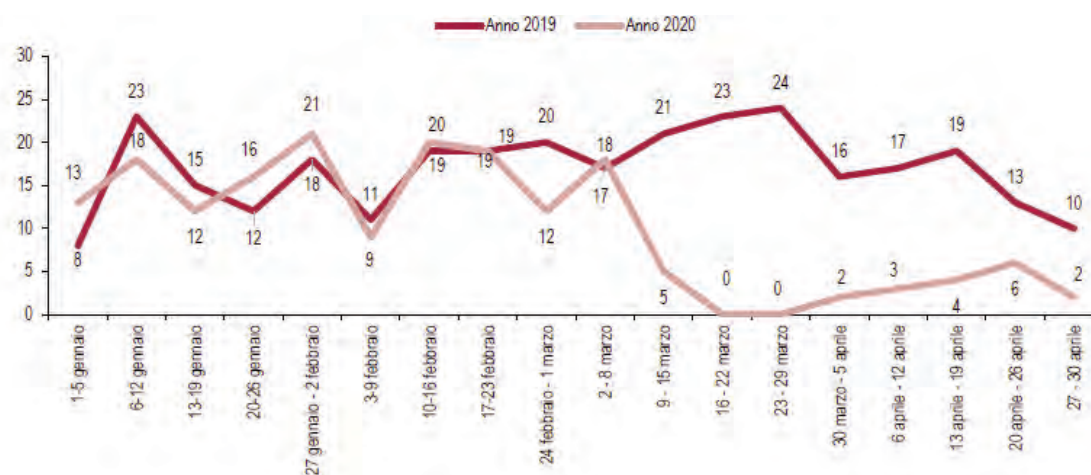
La mobilità e l'incidentalità stradale ai tempi del COVID19: primi dati del 2020

Con l'arrivo della pandemia da COVID19 la mobilità ha avuto una battuta d'arresto come mai si era verificato prima. Nel periodo di lockdown il tasso di mobilità (percentuale di persone che hanno compiuto almeno uno spostamento in giornata, ad eccezione dei tragitti a piedi inferiori ai 5 minuti) è passato dall'85% al 32% mentre la lunghezza media degli spostamenti è diminuita del 40%.

I primi dati, forniti dalla Polizia Stradale e dall'Arma dei Carabinieri per gli incidenti con lesioni a persone (circa un terzo degli incidenti totali registrati), nel periodo gennaio-aprile 2020, mostrano in maniera evidente gli effetti dell'entrata in vigore dei Decreti, che hanno istituito prima le zone rosse in alcune regioni del Nord Italia e successivamente il confinamento di tutta la popolazione sull'intero territorio nazionale.

Dal confronto dei dati settimanali di incidentalità con l'anno precedente emergono diminuzioni che nella regione Umbria toccano anche punte dell'87,5% (90% in Italia) durante il mese di aprile. Mediamente il decremento degli incidenti stradali è stato del 72,9% a marzo e del 77,3% ad aprile (72% a marzo e 85% ad aprile a livello nazionale).

Fig. 37 - Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati da polizia stradale e carabinieri per settimana e mese, Umbria. Anni 2019-2020

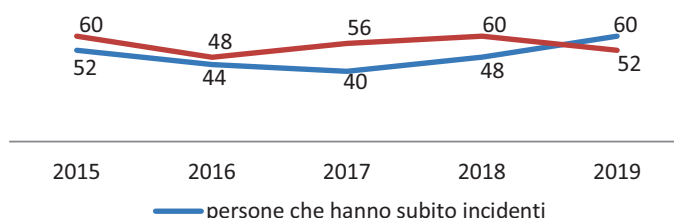


Incidenti domestici

L'incidente è spesso la risultante di un insieme di eventi e situazioni concatenate e non casuali che possono in grande misura previsti ed evitati attraverso la ricerca dei fattori e degli indicatori di rischio, l'individuazione dei soggetti maggiormente esposti e delle modalità più frequenti che caratterizzano l'evento. Gli incidenti domestici (ID) sono eventi accidentali che avvengono nelle abitazioni, comportando la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona a causa di lesioni di vario tipo. Accadono prevalentemente in conseguenza di cadute, avvelenamenti, ustioni, tagli e ferite. Le persone maggiormente esposte al rischio di ID sono quelle che trascorrono molto tempo in casa, come casalinghe, bambini e anziani. Definire strategie di prevenzione mirate al contenimento di questo fenomeno è complesso, sia per la difficoltà nel raggiungere le categorie target di un potenziale intervento che per la mancanza di dati e statistiche.

In Umbria sempre nel 2019 gli incidenti domestici stimati sono stati circa 52.000 con un trend in lieve flessione ma sostanzialmente stabile negli ultimi 5 anni; aumenta invece la quota di persone che dichiarano di essere state coinvolte in incidenti domestici (fig.38).

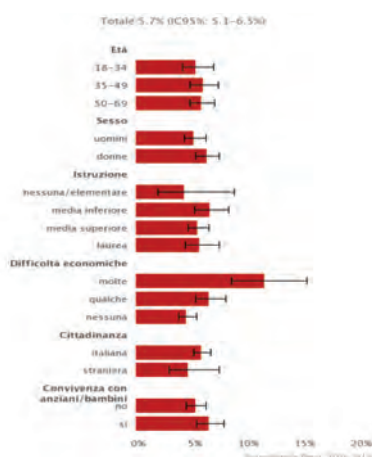
Fig. 38 – Persone coinvolte in incidenti e numero di incidenti (migliaia). Umbria, trend 2015-2019 (fonte ISTAT)



Sicurezza Domestica

Nella popolazione **18-69enne** la consapevolezza del rischio di infortunio domestico è scarsa: solo il 6% degli umbri intervistati considera alta la possibilità di avere un infortunio in casa (facendo riferimento a loro stessi o ai propri

Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per caratteristiche socio anagrafiche - Umbria



familiari). Questa consapevolezza è maggiore tra i 35-49enni, tra le donne, tra chi riferisce maggiori difficoltà economiche e tra chi vive con anziani o bambini.

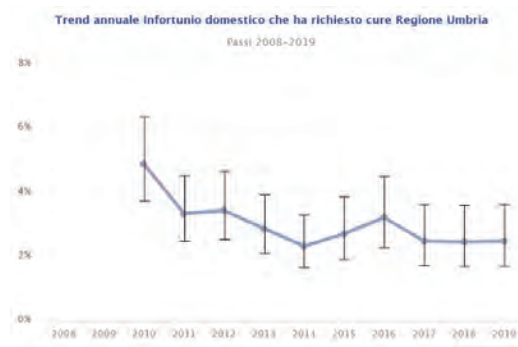
In Umbria si osserva una minor consapevolezza del rischio di infortunio domestico rispetto al dato medio nazionale. L'analisi dell'andamento temporale mostra una tendenza alla diminuzione della consapevolezza del rischio di infortunio domestico fino al 2014, per poi mostrare una sostanziale stabilità.

Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per regione di residenza - Passi 2016-2019



L'infortunio domestico

Meno di 3 intervistati su 100 riferiscono di aver avuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, un infortunio in casa tale da richiedere il ricorso a cure mediche (medico di famiglia, pronto soccorso o ospedale). Il dato umbro è in linea con il valore medio nazionale. In Umbria l'andamento nel tempo degli infortuni domestici che hanno previsto il ricorso a cure mediche è in diminuzione, coerentemente con il dato nazionale.



Le cadute

Il problema delle cadute nell'anziano è particolarmente rilevante non solo per frequenza e per la gravità degli esiti nel caso di fratture, ma anche per le conseguenze sul benessere psico-fisico della persona, perché anche la sola insicurezza legata alla paura di cadere può limitare notevolmente lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Nel biennio 2016-2019 il 9% degli intervistati ha dichiarato di essere caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista. Di questi il 19% ha avuto necessità di un ricovero ospedaliero di almeno un giorno.

Le cadute sono più frequenti con l'avanzare dell'età e non si osservano differenze di genere. Una quota più elevata di cadute si osserva fra le persone che riferiscono molte difficoltà economiche.

L'Umbria mostra valori in linea con la media nazionale.

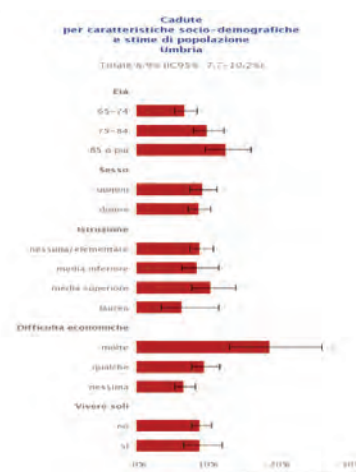
La caduta incute timore: il 44% degli over 64enni umbri ha paura di cadere, valore significativamente superiore rispetto al dato medio nazionale.

La paura di cadere cresce con l'età, è maggiore fra le donne, fra chi ha molte difficoltà economiche o bassa istruzione.

Le cadute avvengono per lo più all'interno della casa (64%) e meno frequentemente in strada (7%), in giardino (17%) o altrove (11%). Tuttavia la casa non è percepita dagli anziani come un luogo a rischio di cadute: solo il 40% degli over 64enni la reputa un luogo in cui è alta o molto alta probabilità di avere un infortunio (dato superiore alla media nazionale).

Questa consapevolezza cresce con l'età, è maggiore fra le donne e fra le persone con molte difficoltà economiche o bassa istruzione.

Il 72% degli intervistati ricorre all'uso di presidi anticaduta in bagno. L'uso di questi presidi è più frequente al crescere dell'età, fra le persone con maggiori difficoltà economiche e fra chi ha un basso livello di istruzione. Anche questo dato è in media con quello nazionale.



L'atteggiamento degli operatori sanitari



Ancora troppo bassa sembra l'attenzione degli operatori sanitari al problema delle cadute fra gli anziani: solo il 16% degli over 64enni dichiara di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, il consiglio dal medico o da un operatore sanitario su come evitare le cadute.

Salute mentale

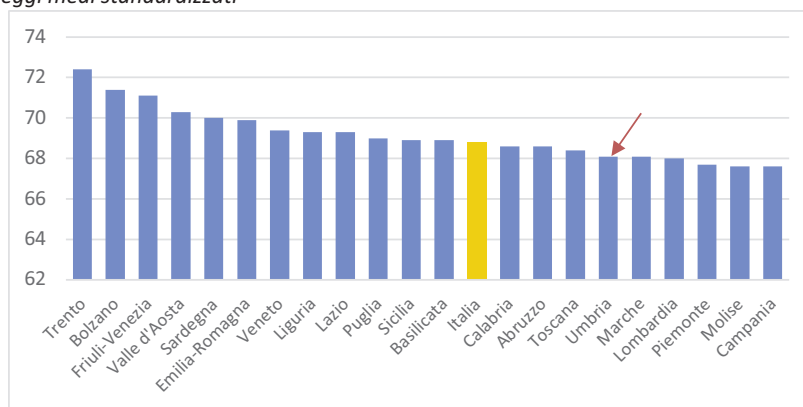
La salute mentale rappresenta una condizione fondamentale per il benessere individuale e la partecipazione alla vita sociale ed economica dei cittadini.

Indice di salute mentale

Tra gli strumenti di tipo psicometrico sviluppati in ambito internazionale, viene considerato l'indice di salute mentale (MH) dell'SF-36, basato sull'aggregazione dei punteggi totalizzati da ciascun individuo sopra i 14 anni rispondendo a 5 specifiche domande. L'indice fornisce una misura del disagio psicologico degli individui e comprende stati correlati all'ansia e alla depressione. L'indice varia tra 0 e 100, con migliori condizioni di benessere psicologico al crescere del valore dell'indice.

L'indice di salute mentale in Umbria è in crescita negli ultimi anni; le stime riferite al 2020 forniscono un valore pari a 68,1 rispetto al 65,7 del 2017. Tuttavia il dato umbro rimane costantemente sotto la media italiana (67,5 nel 2017 e 68,8 nel 2020), e tra i valori più bassi a livello nazionale, come mostrano i dati riferiti al 2020 (fig. 39).

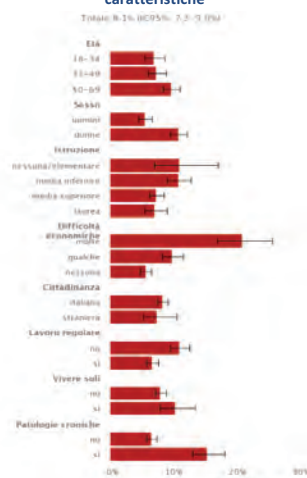
Fig. 39 - Indice di salute mentale per le persone di 14 anni e più per regione e ripartizione geografica. Anno 2020. Punteggi medi standardizzati



Depressione

I dati PASSI riferiti al periodo 2016-2019, evidenziano che in Umbria, una piccola quota di adulti (circa l'8%) riferisce sintomi depressivi e percepisce compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 15 giorni nel mese precedente l'intervista.

Sintomi di depressione per caratteristiche

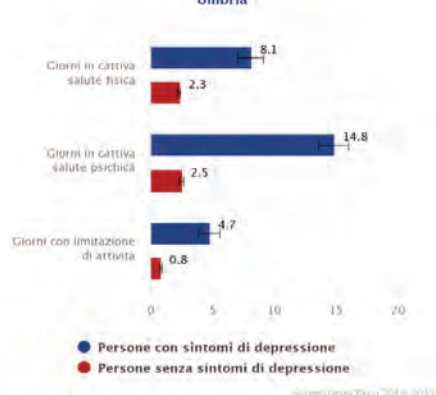


Fra queste persone, oltre alla salute

psicologica, anche la salute fisica risulta decisamente compromessa: nel mese precedente l'intervista chi soffre di sintomi depressivi dichiara mediamente 8 giorni vissuti in cattive condizioni fisiche (vs 1 giorno riferito dalle persone libere da sintomi depressivi) e circa 5 giorni vissuti con limitazione delle abituali attività quotidiane.

I sintomi depressivi sono più frequenti all'avanzare dell'età (oltre il 9% fra i 50-

Giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazioni di attività nei 30 giorni precedenti Umbria

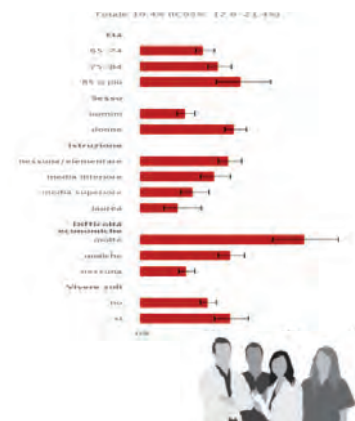


69enni), fra le donne (11%), fra le classi socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche (21% fra chi riferisce molte difficoltà economiche) o per istruzione (11% per nessun titolo o licenza elementare), fra chi non possiede un lavoro regolare (11%), fra chi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica (15%) e fra chi vive da solo (10%).

Dai dati Passi d'Argento 2016-2019 si stima che 19 umbri su 100, di 65 anni o più, soffrano di sintomi depressivi (dato significativamente più alto della media nazionale) e percepiscano compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 18 giorni nel mese precedente l'intervista. Fra queste persone, oltre alla salute psicologica, anche la salute fisica risulta decisamente compromessa: nel mese precedente l'intervista chi soffre di sintomi depressivi dichiara mediamente 16 giorni vissuti in cattive condizioni fisiche.

I sintomi depressivi sono più frequenti fra le donne (25% vs 12% negli uomini), fra le classi socialmente più svantaggiate, per difficoltà economiche (44% fra chi riferisce molte difficoltà economiche vs 12% di chi non riferisce di averne) e fra le persone con diagnosi di patologia cronica (32% fra chi riferisce due o più patologie croniche vs 12% di chi non ne ha).

Sintomi di depressione per caratteristiche socioanagrafiche - Umbria



L'atteggiamento degli operatori sanitari

L'Umbria si conferma tra le regioni con i valori maggiori di chi riferisce sintomi depressivi, anche se nel tempo (dal 2012) si osserva una chiara tendenza alla riduzione della prevalenza di persone con sintomi depressivi.

In Umbria circa un terzo dei 18-69enni che riferiscono sintomi di depressione, si rivolge a un medico o un operatore sanitario, mentre quasi la metà non si rivolge a nessuno.

Tra gli anziani, circa 1/5 di coloro che riferiscono sintomi depressivi non chiede aiuto a nessuno, chi lo fa si rivolge ai propri familiari o amici, o a un medico/operatore sanitario o nella maggior parte dei casi a entrambi, medici e persone care.

Come Passi e Passi d'Argento misurano la depressione

Per la stima della prevalenza di sintomi di depressione Passi utilizza una versione ridotta del Patient Health Questionnaire, il PHQ-2, che include solo le prime due domande relative ai sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività.

La Persona con sintomi di depressione è una persona che, nelle due settimane prima dell'intervista, ha sperimentato questi due sintomi in modo duraturo.

Nella sorveglianza di popolazione, il PHQ-2 è più accettabile e sostenibile rispetto ad altri test e, sebbene sovrastimi la prevalenza di depressione, è in grado di apprezzare le differenze tra gruppi a maggior rischio, le differenze territoriali e i trend temporali.

Figure a cui si rivolge chi chiede aiuto

Umbria – PASSI- Passi d'Argento 2016-19

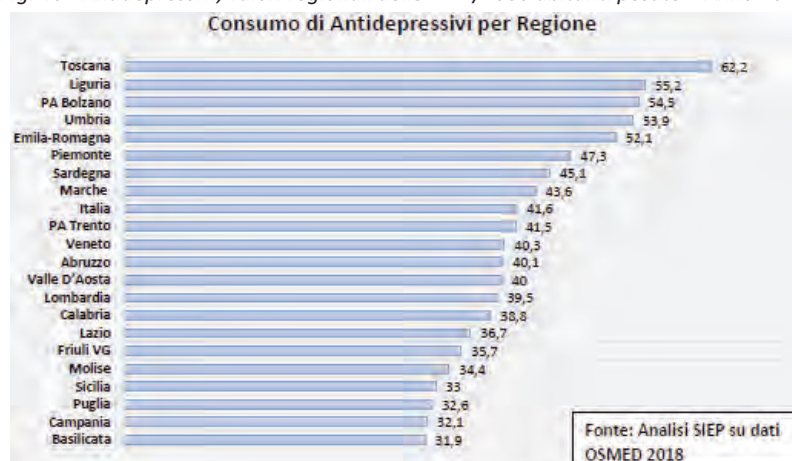
	18-69enni	65 anni e +
Medico/Operatore Sanitario	29%	21%
Familiari	22%	20%
Entrambi	10%	43%
Nessuno	39%	16%

Consumo di farmaci antidepressivi

Il consumo dei farmaci antidepressivi (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina - SSRI) viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi e viene preso in considerazione il consumo di farmaci erogati tramite i canali territoriali degli acquisti diretti e della convenzionata, escludendo il consumo privato. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi.

Da un approfondimento dell'Agenzia Italiana del Farmaco sui consumi di antidepressivi in Italia nel periodo 2015-2017 emerge che il trend di impiego di questi medicinali risulta pressoché stabile. In particolare, tra il 2015 e il 2017 i consumi di antidepressivi si attestano su una media di 40 dosi giornaliere ogni mille abitanti (DDD/1000 abitanti die). I dati relativi al consumo di antidepressivi pubblicati dall'AIFA nell'ultimo Rapporto Nazionale sull'Uso dei Farmaci in Italia riferiti all'anno 2018 confermano un dato medio nazionale pari a 41,6 DDD/1000 abitanti die, con un'elevata variabilità regionale. L'Umbria, con una media di 53,9 DDD/1000 abitanti die, si colloca tra le regioni a maggior consumo (fig. 40).

Fig. 40 - Antidepressivi, valori regionali delle DDD/1000 abitanti pesate – Anno 2018



Anche il Sistema di Valutazione della Performance del MeS (Management e Sanità) conferma tale dato.

Nel Sistema, infatti, l'indicatore "consumo di SSRI (antidepressivi) sul territorio" è stato introdotto con l'obiettivo di monitorare la variabilità regionale nella prescrizione di antidepressivi: un consumo molto superiore alle 40 dosi giornaliere in alcune regioni rispetto ad altre suggerisce un potenziale utilizzo inappropriato di questi farmaci e viene valutato con una scala di colori dal verde, che corrisponde ad una valutazione ottima, al rosso, che corrisponde ad una valutazione pessima.

L'Umbria, anche in questo caso, si colloca tra le regioni con peggiore performance nell'anno 2019, con un consumo di antidepressivi in aumento nel 2020 (figg. 41 e 42).

Fig. 41 – Consumo di SSRI (Antidepressivi) per regione – Anno 2019

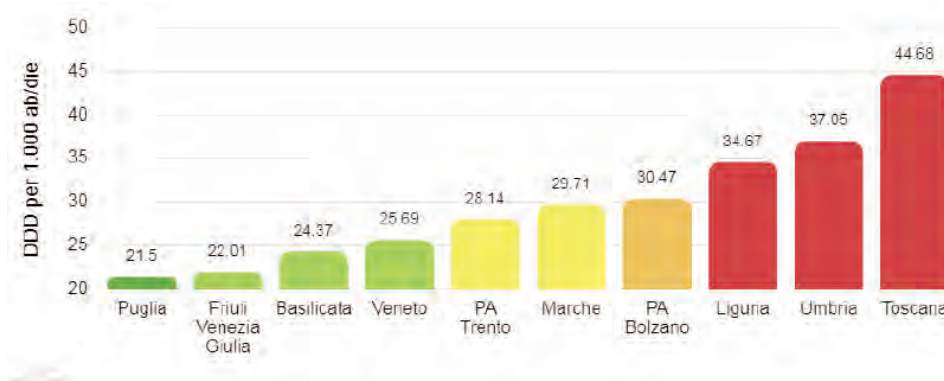
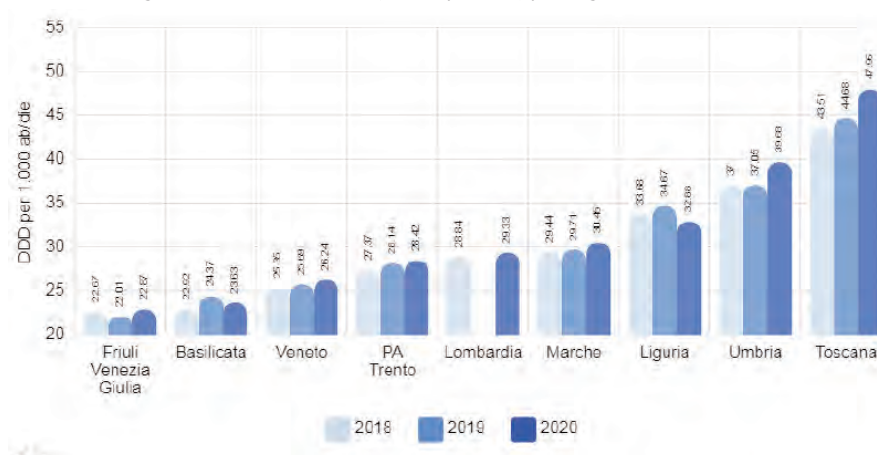


Fig. 42 – Consumo di SSRI (Antidepressivi) per regione – Trend 2018-2020



Disturbi psichici: presa in carico territoriale e ospedalizzazione

La diffusione dei disturbi psichici nella popolazione generale è misurata dai dati provenienti dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) territoriali.

Nel 2019 i nuovi utenti sopra i 18 anni, cioè coloro che hanno effettuato un primo accesso ai servizi di salute mentale, sia come intervento presso il CSM che presso strutture residenziali/semi-residenziali, sono state circa 2.700, 4 ogni 1.000 abitanti, in calo rispetto al 2018 e con una differente distribuzione territoriale (5,1 ogni 1.000 abitanti nella USL Umbria 1, 2,5 ogni 1.000 nella USL Umbria 2).

Le persone sopra i 18 anni che nel 2019 hanno ricevuto almeno una prestazione presso i DSM territoriali sono state circa 14.680, 20,2 ogni 1.000 abitanti, con un valore più alto nella USL Umbria 1 (24,4 ogni 1.000) e sostanzialmente stabile rispetto al 2018.

Nonostante il trattamento in ambito territoriale sia la principale modalità di presa in carico dei disturbi di salute mentale, in situazione di acuzie o di particolari forme patologiche, è necessario ricorrere al ricovero ospedaliero.

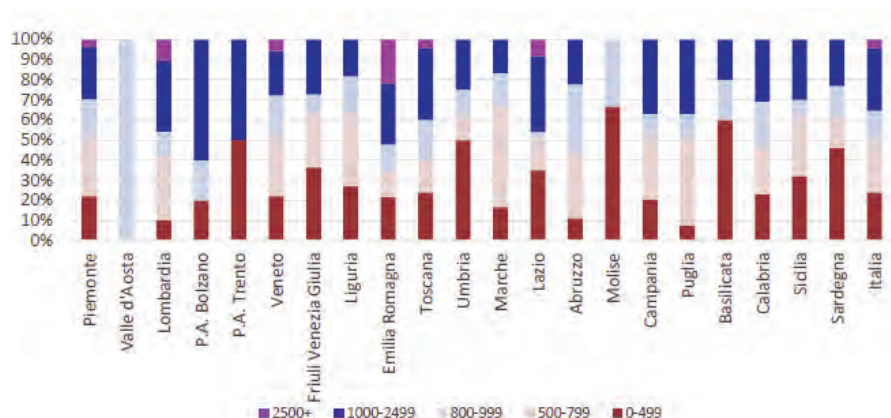
In Umbria l'ospedalizzazione per disturbo psichiatrico presenta un trend stabile con un valore medio di 1,1 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui il 13,4% effettuati in regime di day hospital nel 2019 (circa il 53% sotto i 18 anni). Da alcuni anni il ricovero psichiatrico in Umbria non mostra differenze di genere. Tuttavia, dividendo la popolazione in adulti e minori, i due trend hanno andamenti diversi fra loro, con un progressivo incremento delle ospedalizzazioni fra i minori e un tasso più alto nelle femmine.

Salute materno-infantile

Nel 2019 in Umbria sono avvenuti 6.016 parti, tutti in Istituti di cura pubblici ed equiparati.

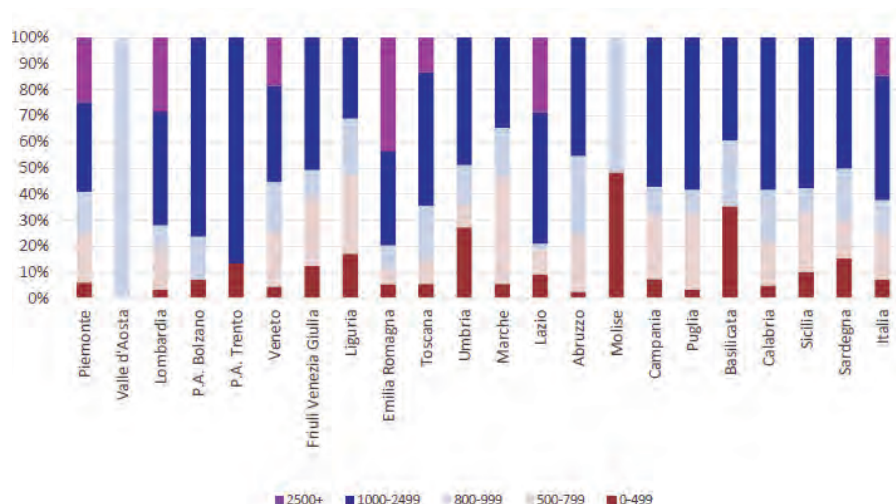
Circa il 50% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui; tali strutture rappresentano il 25% dei punti nascita totali. Il 26% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui (figg. 43 e 44).

Fig. 43 – Distribuzione percentuale dei punti nascita per classe di parto – Anno 2019



Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2019 - Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica

Fig. 44 – Distribuzione percentuale dei parti per classe di parto – Anno 2019

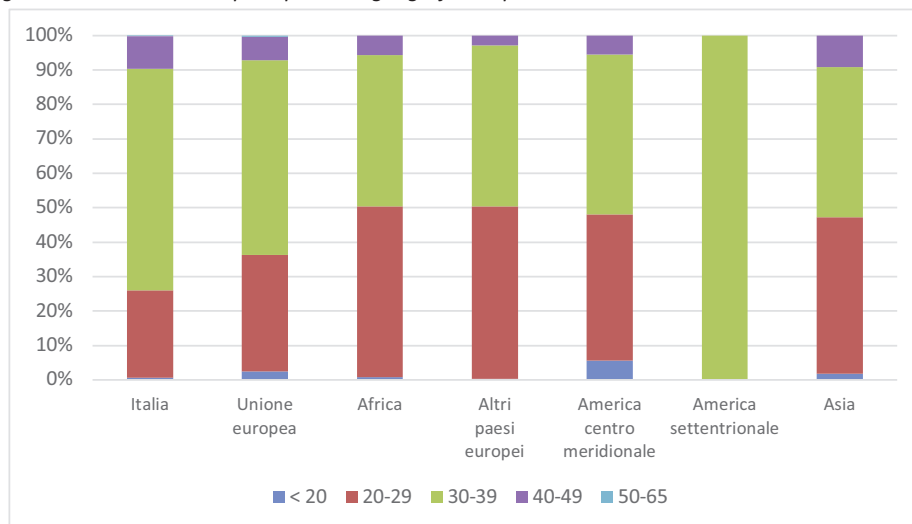


Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2019 - Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica

Nel 2019, circa il 21% dei parti in Umbria è relativo a madri di cittadinanza non italiana, come a livello nazionale. Le aree geografiche di provenienza più rappresentate, sono quella dell'Africa (29,7%) e dell'Unione Europea (26,8%). Consistente la quota di madri provenienti da altri paesi europei (25,8%), mentre le madri di origine Asiatica e Sud Americana costituiscono rispettivamente l'8,8 e l'8,6% delle madri straniere.

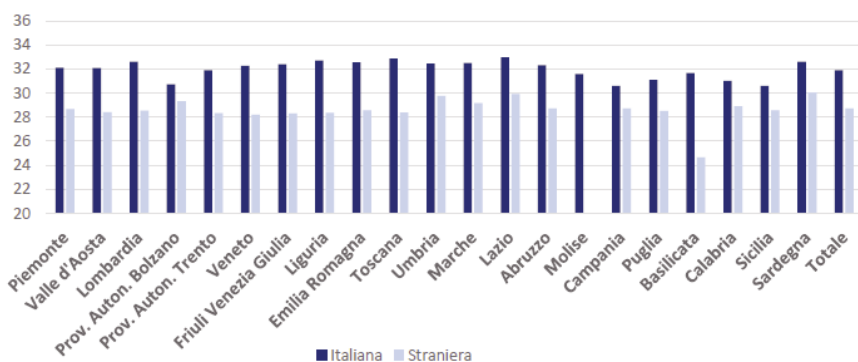
Per quanto riguarda l'età, i dati 2019 indicano per le italiane una percentuale quasi del 65% dei parti nella classe di età tra 30-39 anni, mentre per le altre aree geografiche è l'incidenza delle madri di età compresa tra 20 e 29 anni che risulta prevalente (fig. 45).

Fig. 45 - Distribuzione dei parti per area geografica di provenienza ed età della madre. Umbria 2019



L'età media della madre è di 32,8 anni per le italiane mentre scende a 30,2 anni per le cittadine straniere. L'età media al primo figlio è per le donne umbre superiore ai 32 anni, mentre le donne straniere partoriscono il primo figlio intorno ai 29 anni (fig. 46).

Fig. 46 – Età media al primo figlio per cittadinanza della madre. Anno 2019



Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2019 - Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica

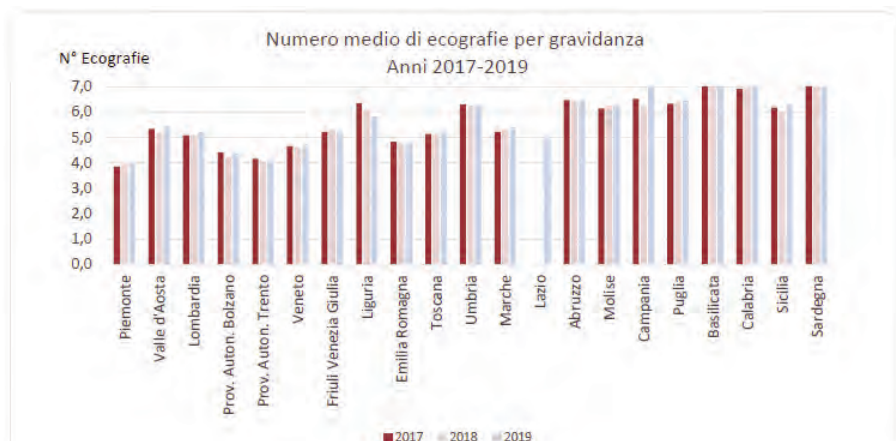
Delle donne che hanno partorito nell'anno 2019 il 46,2% ha una scolarità medio alta, il 17,3% medio bassa ed il 26,7% ha conseguito la laurea (31,2% Italia). Anche fra le straniere prevale una scolarità medio alta (44,1%), a differenza di quanto avviene a livello nazionale, tuttavia è molto più bassa la quota di laureate (15,7%) rispetto alle donne con scolarità medio bassa (36,6%).

La frequenza di madri coniugate risulta pari al 56,1% (62,6% Italia), mentre il 42,4% (35,1% Italia) sono nubili e lo 1,5% separate, divorziate o vedove.

L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 63,6% delle madri ha un'occupazione lavorativa (55% Italia), il 22,5% casalinghe (28,6% Italia) ed il 12,5% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione (14,2% Italia). Tra le straniere prevalgono le casalinghe (48,3%) a fronte di un 71,7% di madri italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

Nel 94,7% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre nel 92% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie, in media 6,2, con valori superiori a quelli medi italiani (fig. 47).

Fig. 47 – Numero medio di ecografie per gravidanza. Anni 2017 - 2019



Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2019 - Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica

La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita oltre il primo trimestre di gravidanza è pari al 3,7 % mentre tale percentuale sale all'12,4% per le donne straniere (2,2% e 11% rispettivamente per l'Italia). Le donne con scolarità medio-bassa effettuano la prima visita più tardivamente: la percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dopo l'11° settimana di gestazione è pari al 11,5% mentre per le donne con scolarità alta, la percentuale è del 3,7 (2,2% Italia). Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di controlli tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 19,2% dei casi vs 14,4% del dato nazionale) (tab. 21).

Tab. 21 - Visite di controllo in gravidanza secondo la cittadinanza, il titolo di studio, l'età e lo stato civile della madre.
Confronto Italia-Umbria. Anno 2019

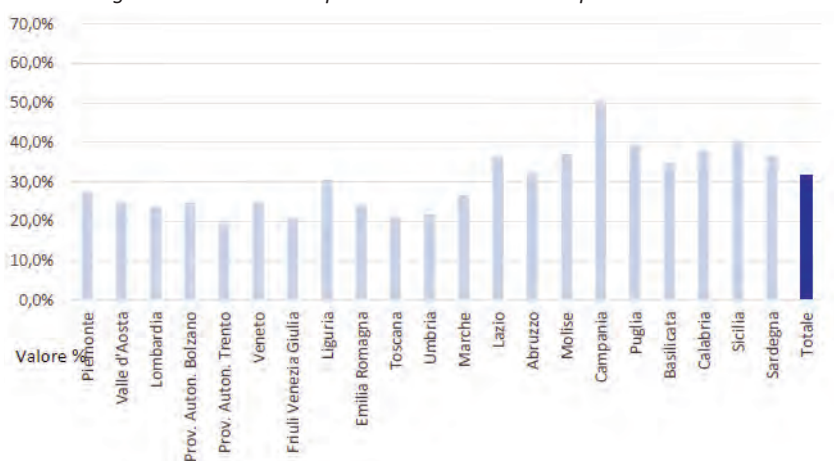
		Italia	Umbria
		Visita dalla 12° settimana (%)	Visita dalla 12° settimana (%)
Cittadinanza			
	Italiana	2,2	3,7
	Straniera	11,0	12,4
Titolo di studio della madre			
	Laurea/Diploma Univ.	2,2	3,7
	Diploma Superiore	3,5	4,9
	Media Inferiore	6,5	9,9
	Elementare o Nessun Titolo	11,5	11,5

Età della madre		
< 20	14,4	19,2
20 – 29	5,9	7,3
30 – 39	3,1	4,7
40 +	3,2	4,0
Stato civile della madre		
Coniugata	4,2	5,1
Nubile	4,4	5,2
Separata	5,8	15,2
Divorziata	5,0	11,8
Vedova	8,6	0,0

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive sono state effettuate in media 12,4 amniocentesi ogni 100 parti, circa 3 volte superiore al dato medio italiano (3,9). Nelle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 36% dei casi. Tali dati, più alti in assoluto a livello nazionale, rendono tuttavia necessario un approfondimento.

Nel 2019 il 22,1% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con un valore sotto la media nazionale (31,8%) e tra i più bassi (fig. 48). Non c'è essenzialmente differenza tra donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 22,2% dei parti di madri straniere e nel 21,8% dei parti di madri italiane.

Fig. 48 – Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti – Anno 2019



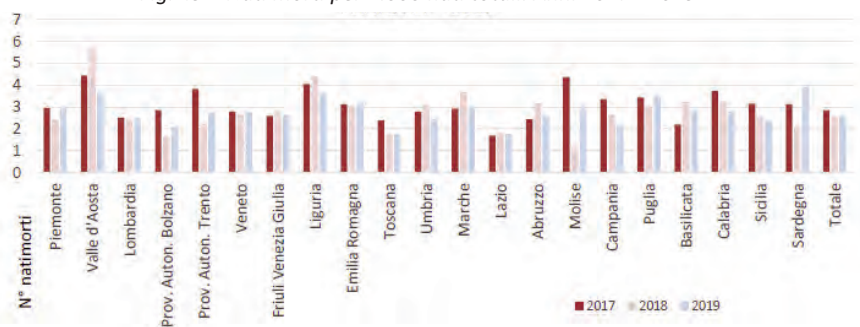
Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2019 - Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica

Nel 2019 sono stati rilevati 15 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,45 nati morti ogni 1.000 nati (fig. 49).

La codifica della causa che ha determinato la natimortalità sembra essere molto difficoltosa anche perché quasi sempre il referto dell'esame autoptico viene reso noto dopo i 10 giorni previsti per la compilazione del CeDAP.

Nel 2019 solo per il 20% dei nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 60% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 20% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile con sesso e/o età.

Fig. 49 – Nati morti per 1.000 nati totali. Anni 2017 - 2019



Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2019 - Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica

Il ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita (PMA) risulta effettuato in media in 2,6 gravidanze ogni 100. La tecnica più utilizzata è stata la fecondazione in vitro con successivo trasferimento di embrioni nell'utero (FIVET), seguita dal metodo di fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI).

Nelle gravidanze con PMA il ricorso al taglio cesareo nel 2019 si è verificato nel 46,5% di casi. La percentuale di parti plurimi in gravidanze medicalmente assistite (15,1%) è sensibilmente superiore a quella registrata nel totale delle gravidanze (1,6%).

Si osserva una maggiore frequenza di parti con procreazione medicalmente assistita tra le donne con scolarità medio alta (7,8%) e tra le donne con età superiore ai 35 anni (tab. 22).

Tab. 22 - Distribuzione regionale della percentuale di parti con PMA secondo il titolo di studio della madre

Regione	% di gravidanze con PMA sul totale delle gravidanze				Totale	% Non indicato/errato
	Elementare o nessun titolo	Media inferiore	Diploma superiore	Laurea o diploma Univ.		
Piemonte	1,37	2,84	4,21	6,15	4,39	2,76
Valle d'Aosta		4,79	4,41	5,56	4,81	0,00
Lombardia	1,06	2,27	4,08	6,31	4,46	0,00
Prov. Auton. Bolzano	4,35	2,00	2,89	3,19	2,89	8,61
Prov. Auton. Trento	1,35	2,62	3,63	5,09	4,10	0,00
Veneto	0,68	1,98	2,69	3,56	2,82	0,22
Friuli Venezia Giulia	1,89	2,36	3,34	5,04	3,81	0,00
Liguria	1,63	1,96	3,41	5,69	4,10	1,75
Emilia Romagna	2,71	1,78	2,88	3,84	2,97	0,00
Toscana	1,12	2,33	3,67	5,32	3,82	5,87
Umbria		2,97	2,76	5,06	2,64	31,45
Marche		1,82	2,81	3,17	2,71	0,00
Lazio	5,73	1,96	3,66	4,99	3,97	2,69
Abruzzo	1,27	0,71	1,43	2,65	1,74	2,08
Molise		1,02	1,57	1,39	1,38	0,00
Campania	1,80	1,77	2,34	3,70	2,48	1,21
Puglia	1,13	0,69	1,29	2,12	1,34	0,00
Basilicata	0,78	1,52	1,15	2,47	1,44	1,82
Calabria	0,69	0,85	0,82	2,14	1,17	0,00
Sicilia	0,69	0,91	1,60	2,78	1,59	0,00
Sardegna	0,58	0,75	1,15	1,59	1,15	0,00
Italia	2,33	1,72	2,85	4,44	3,07	1,70

Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2019 - Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica

I parti classificabili secondo Robson sono complessivamente pari a livello nazionale a 5.837 corrispondenti al 97% (98,5% Italia) del totale dei parti. Le classi più rappresentate sono quelle delle madri primipare a termine, con presentazione cefalica (classe 1) e delle madri pluripare a termine, con presentazione cefalica e che non hanno avuto cesarei precedenti (classe 3); queste due classi corrispondono complessivamente a circa il 60% dei parti classificati che si sono verificati in Umbria nell'anno 2019.

L'analisi delle classi di Robson pone in luce l'importanza di monitorare il ricorso al taglio cesareo, in particolare nelle seguenti classi:

- nella classe 1, che è la classe più numerosa, in quanto costituita dalle donne al primo parto con gravidanza a basso rischio e le donne sottoposte a taglio cesareo al primo parto, nel caso di future gravidanze, sono fortemente esposte al rischio di ripetere il cesareo. Peraltro un elevato tasso di cesarei in questa classe si ripercuote sulla numerosità della casistica della classe 5;
- nella classe 5 che, pur non essendo la classe più consistente in termini di numero di parti, è la classe che maggiormente contribuisce al numero complessivo di tagli cesarei.

Disabilità

Le disabilità sensoriali

Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione delle persone con 65 anni e più, peggiorando notevolmente la loro qualità di vita e inducendo problematiche connesse all'isolamento e alla depressione, oltre alle cadute. Anche i problemi masticatori influenzano la qualità della vita della persona con 65 anni e più, incidendo sul suo benessere sociale e psicologico e, con il progredire dell'età, possono determinare carenze nutrizionali e perdita non intenzionale di peso.

I dati 2016-2019 mostrano che quasi 1 persona su 4, di 65 anni o più, ha almeno un problema di tipo sensoriale (fra vista, udito o masticazione), che non risolve neppure con il ricorso ad ausili, come occhiali, apparecchio acustico o dentiera.

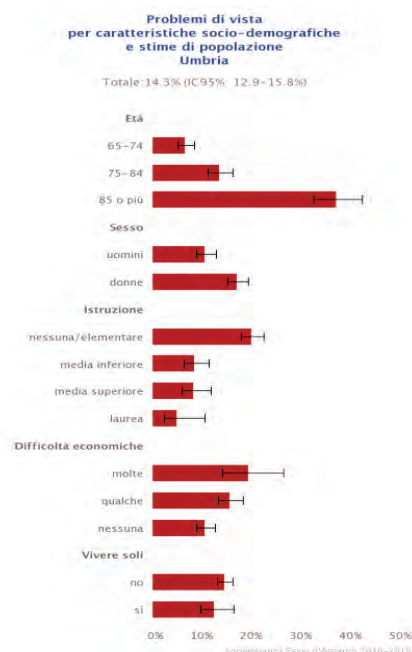
Vista

Nel 2016-2017 circa il 14% degli intervistati ultra 64enni riferisce di avere problemi di vista (non correggibili neppure con l'uso di occhiali) che condiziona lo svolgimento di attività quotidiane. Questa quota cresce con l'età (a 65-74 anni è del 7% ma sale al 37% dopo gli 85 anni) ed è mediamente più alta fra le donne. La quota di persone con problemi di vista è maggiore fra le persone con bassa istruzione e fra coloro che hanno molte difficoltà economiche.

L'Umbria mostra percentuali di anziani con problemi di vista significativamente superiori rispetto alla media nazionale.

Fra gli ultra 65enni con un problema di vista è significativamente più alta la prevalenza di coloro che restano socialmente isolati (48% vs il 19% nel campione totale) e di coloro che riferiscono sintomi depressivi (38% vs 19% nel campione totale); è più alta, seppure non significativa, la quota di chi è caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista (13% vs 9%).

Il 63% degli anziani intervistati ricorre agli occhiali e risolve il suo deficit visivo.



Udito

Dai dati 2016-2019, fra gli ultra 64enni residenti in Umbria il 18% riferisce un problema di udito (non risolto o non risolvibile con il ricorso all'apparecchio acustico).

Questa quota cresce con l'età (a 65-74 anni è del 19% ma sale al 42% dopo gli 85 anni) e non mostra differenze di genere. La quota di persone con problemi di udito è maggiore fra le persone con bassa istruzione e fra quelle con molte difficoltà economiche. Le percentuali umbre sono nella media nazionale.

Fra le persone con un problema di udito è significativamente più alta la prevalenza di coloro che restano socialmente isolate (45% vs il 20% nel campione totale); inoltre sembra più alta la prevalenza di sintomi depressivi (28% vs 19% nel campione totale) e la quota di chi è caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista (14% vs 9%). Complessivamente il 5% degli anziani intervistati ricorre ad un apparecchio acustico per risolvere il suo deficit uditivo.

Masticazione

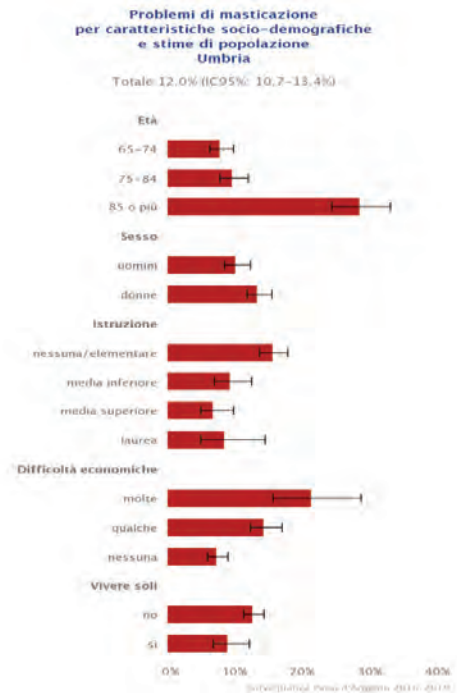
Nel 2016-2019 circa l'12% degli intervistati riferisce di avere problemi di masticazione.

Questa quota cresce con l'età (a 65-74 anni è del 8% ma sale al 28% dopo gli 85 anni) ed è mediamente più alta fra le donne. La quota di persone con problemi di masticazione è più alta fra le persone con bassa istruzione e fra coloro che riferiscono molte difficoltà economiche.

Fra le persone con problemi di masticazione è significativamente più alta la prevalenza di coloro che restano socialmente isolati (49% vs il 20% nel campione totale) e di coloro che riferiscono sintomi depressivi (41% vs 19% nel campione totale); più alta ma non significativa la frequenza di cadute (13% vs 9% nel campione totale).

Meno della metà degli anziani con problemi di masticazione ha fatto una visita dal dentista nei 12 mesi precedenti l'intervista (39%).

Il 40% degli anziani intervistati ricorre alla dentiera per risolvere le proprie difficoltà a masticare cibi difficili.



Consumo di antibiotici ed andamento epidemiologico delle resistenze batteriche

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la resistenza agli antimicrobici, rappresenta una delle maggiori minacce per la salute pubblica a causa dell'impatto epidemiologico ed economico del fenomeno.

Nel contesto Europeo, negli ultimi anni, l'Italia si è posizionata tra i Paesi caratterizzati da un profilo di epidemiologico di antimicrobico resistenza tra i peggiori sia in ambito ospedaliero sia territoriale (in particolare per la diffusione della resistenza ai carbapenemici). Il Ministero della Salute ha pertanto emanato il primo Piano Nazionale per il Contrasto all'Anti-microbico Resistenza (PNCAR) 2017-2020, sulla scorta di quanto raccomandato nel documento conclusivo dell'ECDC, con l'obiettivo di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per contrastare il fenomeno dell'AMR a livello nazionale, regionale e locale, seguendo l'approccio multisettoriale "One Health", cioè una visione che prevede l'integrazione di tutti i settori direttamente interessati al problema: quello umano, veterinario, di sicurezza degli alimenti, agricolo e ambientale.

Tra i principali obiettivi individuati nel PNCAR troviamo il monitoraggio del consumo di antibiotici e quello della antimicrobico resistenza che dovrebbe essere effettuato a livello di ogni singola regione e riassunto in un Report aggiornato annualmente.

Il consumo territoriale

La valutazione del consumo degli antibiotici a livello territoriale in Umbria risale al 1992 ed è basata principalmente sui dati derivanti dal sistema di monitoraggio delle prescrizioni nell'ambito della farmaceutica convenzionata che prende in considerazione, prevalentemente, tutti i farmaci prescritti dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) erogati a carico dell'SSN. In questo gruppo di analisi viene anche considerata una minoritaria quota di farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta (da parte delle Aziende Sanitarie) e per conto (da parte delle farmacie territoriali).

In Umbria, l'uso degli antibiotici ha mostrato un lento ma costante aumento fino al 2009, nella decade successiva si è osservato, invece, una progressiva stabilizzazione dei consumi e, in particolare, negli ultimi anni anche una decisa riduzione. A questo andamento possono avere contribuito le numerose campagne promosse a livello internazionale, nazionale e locale per un uso più razionale degli antibiotici con l'obiettivo di ridurre proprio il fenomeno dell'antibiotico-resistenza.

A livello territoriale, considerando i dati umbri del 2019, gli antibiotici continuano a rappresentare la categoria terapeutica con il più alto livello di prevalenza. Infatti, circa il 44% della popolazione ha ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno, con un livello di oltre il 60% nella popolazione ultrasettantacinquenne. Rispetto al dato nazionale, l'Umbria si pone al di sotto dei valori medi per quanto riguarda il totale delle DDD/1000 abitanti (19,0 rispetto alle 21,4 della media nazionale). Lo stesso vale per la spesa lorda pro-capite che per l'Umbria risulta pari 11,73 euro rispetto ai 14,3 euro della media italiana. E' importante sottolineare la sostanziale stabilità dei risultati rispetto al 2018 sia sul versante della spesa (+0,2%) che dei consumi espressi in DDD/1000 abitanti (-0,1%).

Come atteso, l'uso di antibiotici nella regione è tipicamente sporadico. Infatti, il 37% degli utilizzatori riceve una sola prescrizione nel corso dell'anno e la durata mediana di trattamento è di 11 giorni. Il consumo di antibiotici è più frequente nelle età estreme e maggiore nelle donne. La ragione di questa situazione, nel primo caso, è che nelle età estreme (pediatria ed età anziana) è più frequente la presunzione di una "copertura/protezione" del paziente (ritenuto più fragile) anche in corso di infezioni che per la maggior parte risultano di origine virale. Per quanto riguarda invece il dato di genere, è noto che l'uso maggiore di antibiotici nelle donne, in ambito comunitario, è motivato dalla più frequente comparsa in questo sesso di infezioni del tratto genito-urinario.

La tipologia delle classi di antibiotici principalmente utilizzati in ambito comunitario vede rappresentati in maggior misura, i beta-lattamici (p.e. amoxicillina+ ac. clavulanico), i macrolidi (p.e. claritromicina) ed infine i

fluorochinoloni (p.e. ciprofloxacina e levofloxacina). Questo trova la sua ragione nel fatto che le principali infezioni sono quelle respiratorie e del tratto urinario.

Come aspettato la tipologia di antibiotici prescritti a livello comunitario risulta per la quasi totalità (93%) delle dosi rappresentato da farmaci con brevetto scaduto, anche se solo per il 21% è rappresentato da prodotti "unbranded" (generici veri).

Infine, considerando la prescrizione di antibiotici in rapporto alla variabilità fra distretti si conferma, nel corso del 2019, una certa variabilità, anche se contenuta. In termini di prevalenza il range di variabilità risulta compreso fra il 40,5% del Distretto di Norcia e il 47,4% di quello di Gualdo-Gubbio, mentre il Distretto di Assisi con 21,2 DDD/1000 abitanti die e 13,53 euro pro capite è il distretto a maggior consumo e spesa.

Il consumo ospedaliero

Il monitoraggio regionale analitico del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero è una acquisizione recente in Umbria e frutto del risultato di un progetto presentato nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018.

E' importante sottolineare che sono stati considerati esclusivamente i consumi di antibiotici effettuati nel corso dei ricoveri ordinari, escludendo le somministrazioni ambulatoriali e/o in regime di Day Hospital e Day Service così come la distribuzione diretta e per conto.

Come per la spesa territoriale, negli ultimi 3 anni, anche la spesa ospedaliera regionale per antibiotici (Classe ATC J01), ha mostrato una lieve e graduale riduzione e si è attestata nel 2019 ad un totale di circa 3.624.688 Euro rispetto ai 4.068.721 del 2018. Questo calo ha interessato tutte le Aziende Sanitarie territoriali e ospedaliere anche se in maniera non quantitativamente omogenea.

Nello stesso tempo, quando il dato dei consumi viene valutato in funzione delle DDD/1000 abitanti, si riscontra che il consumo regionale di antibiotici in ospedale nel 2019, pur essendo stato sempre inferiore alla media del dato nazionale ultimo disponibile (2017 - pari a 2,14 DDD/1000 abitanti), è risultato lievemente superiore a quello del 2018 (2019, 1,87 DDD/die per 1000 abitanti vs. 2018, 1,69 DDD/1000) ma comunque inferiore ai consumi del 2017 (1,97 DDD/1000 abitanti).

Lo stesso si evidenzia, riportando i consumi generali regionali ospedalieri nell'ordine più consono delle DDD/100 giorni di ricovero, essendo il consumo passato dalle 84,07 DDD/100 gg del 2017 alle 81,92 DDD/100 gg nel 2019.

La tipologia di prescrizione in termini di classi di farmaci utilizzate in ospedale risulta molto diversa da quella territoriale. Infatti rispetto ai consumi comunitari, a livello ospedaliero prevalgono classi di farmaci quali: i beta-lattamici protetti dalle beta-lattamasi, le cefalosporine, i glicopeptidi, e la classe degli "altri antibatterici" nella quale sono inclusi farmaci quali il linezolid e la daptomicina. Queste molecole, sono quelle maggiormente utilizzate nel corso di infezioni gravi e sostenute spesso da germi caratterizzati da profili di antibiotico-resistenza sfavorevoli.

Nel corso del triennio, il consumo regionale di queste classi di antibiotici si è mantenuto costante se non lievemente incrementato a dimostrazione, apparente, di un quadro epidemiologico sfavorevole per quanto riguarda i profili di resistenza.

In particolare, per gli antibiotici utilizzati per il trattamento delle infezioni causate da patogeni gram-negativi, oltre a constatare ancora l'elevato consumo di penicilline associate ad inibitori delle beta-lattamasi (p.e. piperacillina-tazobactam), si riscontra, al secondo posto in assoluto, l'uso dei carbapenemici (spesso utilizzati ad alto dosaggio). Sul versante degli antimicrobici prescritti per contrastare le infezioni generate da cocchi gram-positivi resistenti (p.e. stafilococchi MR), si nota l'elevato e costante consumo dei glicopeptidi, e della classe "altri antibiotici" nella quale sono raggruppati il linezolid e la daptomicina.

Come riportato in seguito, l'epidemiologia regionale umbra delle resistenze in ambiente ospedaliero può giustificare almeno in parte i comportamenti prescrittivi sopra descritti. Tuttavia va sottolineato che, in molti casi l'uso degli antibiotici, anche in ambiente ospedaliero, è effettuato su base empirica in assenza di una documentazione microbiologica.

Valutando i dati di consumo (DDD/100 gg) annuali regionali, in accordo con la nuova classificazione OMS (AWaRe Classification) secondo un criterio che tende a raggrupparli in base alla loro potenza e gradualità di utilizzo allo scopo di preservarne l'efficacia e ridurne il potenziale effetto di induttori di resistenza, si nota come gli antibiotici principalmente utilizzati a livello regionale sono proprio quelli appartenenti alla classe "Watch" e cioè a quella che richiederebbe un più costante monitoraggio d'uso e la definizione di raccomandazioni per la prescrizione. Dall'altra parte, invece, si evidenzia come le molecole di più recente introduzione nel mercato, tutte all'interno del gruppo "Reserve", effettivamente siano utilizzate in minor misura ma con un trend in aumento rispetto al 2018 ed una tendenza alla maggiore prescrizione nelle Aziende ospedaliere rispetto agli ospedali e Presidi ospedalieri territoriali (Az. Osp. PG: 9,7 DDD/100 gg e Az. Osp. TR: 4,9 DDD/100 gg vs. USL Umbria 1: 3,6 DDD/100 gg e USL Umbria 2: 1,8 DDD/100 gg). Come è stato già ricordato, è probabile che l'assetto degli attuali consumi derivi da una prescrizione empirica e quindi da una condizione passibile di cambiamento, una volta impostati programmi di "stewardship" antimicrobica.

Concentrando l'analisi nel confronto della prescrizione in base alle caratteristiche delle strutture ospedaliere, essendo il valore di consumo medio annuale regionale in DDD/100gg nel 2019 pari a 81,92, in termini assoluti nello stesso anno il maggiore consumo di antibiotici in ospedale è avvenuto presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia (99,1 DDD/100gg), seguita dagli Ospedali territoriali dell'USL Umbria 1 (90,23 DDD/100 gg). Al terzo e quarto posto, al di sotto del valore medio regionale, invece, risultano l'Azienda Ospedaliera di Terni (73,11 DDD/100 gg) e gli Ospedali territoriali della USL Umbria 2 (65,32 DDD/100 gg).

Relativamente agli Ospedali territoriali, i maggiori consumi annuali 2019 riscontrati per la USL Umbria 1, sono da attribuire principalmente al Presidio Ospedaliero Unificato di Perugia (109,37 DDD/100 gg) ed al Presidio Ospedaliero Alto Chiascio (88,16 DDD/100gg). Nello stesso tempo vale la pena sottolineare che confrontando i consumi dei singoli ospedali e presidi si evince, a livello regionale, una maggiore eterogeneità nei comportamenti prescrittivi all'interno degli Ospedali della USL Umbria 1, rispetto a quelli della USL Umbria 2 che presentano anche nel complesso un minore utilizzo degli antimicrobici rispetto alla media regionale. Lo stesso si riscontra a livello delle due Aziende ospedaliere che presentano un andamento dei consumi opposti. Questo tipo di situazione se da una parte può trovare ragione in una possibile diversa epidemiologia locale delle infezioni, più probabilmente trova motivo nella presenza o assenza di programmi mirati ad un uso corretto degli antibiotici in ambito aziendale.

In ultimo, ancora confrontando i comportamenti prescrittivi complessivi delle Aziende Ospedaliere rispetto agli ospedali e Presidi si può evidenziare nel triennio 2017-2019 una diversità di consumo espresso in DDD/100 gg a favore delle Aziende Ospedaliere.

Confrontando, per l'anno 2019, per quali classi di antibiotici sia espressa maggiormente la differenza di prescrizione tra le due diverse tipologie di ospedali, si evidenzia come a carico delle Aziende Ospedaliere vi sia una relativa maggior prescrizione di carbapenemici, glicopeptidi, altri antibiotici (linezolid, daptomicina, fosfomicin), tetracicline (tigeciclina) ed un minore uso di cefalosporine e fluorochinoloni.

Questo quadro prescrittivo che farebbe orientare verso una situazione epidemiologica meno favorevole a carico delle Aziende ospedaliere rispetto a quella riscontrabile negli ospedali territoriali, in realtà, non trova conferma di diversità tra i vari ospedali umbri in termini di prevalenza delle resistenze.

Analizzando i consumi ospedalieri degli antibiotici nelle tre diverse aree clinico-assistenziali nosocomiali (Area Medica, Chirurgica e Terapie Intensive) si evidenzia in maniera chiara che il contributo principale all'uso di alcune specifiche classi di antibiotici rivolte verso i patogeni multiresistenti sia condizionato dalle Terapie Intensive e seguito con ampio margine dai Reparti medici e chirurgici. Il fatto di per sé è noto e non stupisce tuttavia conferma che è proprio nell'area intensivistica che deve essere iniziata un programma di "stewardship" antimicrobica condiviso con gli operatori per ottimizzare comportamenti prescrittivi.

La sorveglianza della antimicrobico-resistenza (AMR)

Un monitoraggio regionale analitico della AMR è una acquisizione recente in Umbria, applicata in ambito ospedaliero e frutto del risultato di uno progetto presentato nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018.

La rete è attualmente costituita da 9 laboratori (tab. 23) che operano per rispondere alle esigenze di tutto il territorio regionale sia sul versante ospedaliero che su quello comunitario.

Tab. 23 - Laboratori di microbiologia facenti parte della rete regionale di sorveglianza della Anti-Microbico Resistenza (AMR)

AZIENDA SANITARIA	OSPEDALE	UNITA'/LABORATORIO	CITTA'
Azienda Osp. Perugia	Ospedale Santa Maria della Misericordia	Laboratorio di Microbiologia	Perugia
Azienda Osp. Terni	Ospedale Santa Maria	Laboratorio di Microbiologia	Terni
USL Umbria 1	Ospedale Gubbio-Gualdo Tadino	Laboratorio di Microbiologia	Gubbio
	Ospedale Città di Castello	Laboratorio di Microbiologia	Città di Castello
	Ospedale Castiglione del Lago	Laboratorio di Microbiologia	Castiglione del Lago
	Ospedale Pantalla	Laboratorio di Microbiologia	Pantalla
	Ospedale Assisi	Laboratorio di Microbiologia	Assisi
USL Umbria 2	Ospedale San Giovanni Battista	Laboratorio Analisi	Foligno
	Ospedale Santa Maria della Stella	Laboratorio Analisi	Orvieto

Allo scopo di far sì che la regione Umbria potesse al più presto partecipare con il 100% dei suoi laboratori pubblici alla raccolta del debito informativo nei confronti del progetto ARISS coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità ed attualmente considerato riferimento nazionale per questo ambito, l'attività di sorveglianza, degli ultimi due anni, è stata prioritariamente concentrata sul contesto ospedaliero che peraltro è quello che pone in assoluto i maggiori problemi in termini di multi-resistenza. Per tale ragione, al momento non sono disponibili dati regionali aggregati relativi all'epidemiologia delle resistenze a livello comunitario e delle Residenze Protette.

I dati di sorveglianza della AMR, attualmente disponibili, sono quelli provenienti dal monitoraggio dei risultati delle emocolture e del liquor da pazienti ricoverati in ambiente Ospedaliero.

I patogeni che sono attualmente inclusi nell'analisi sono gli stessi che vengono monitorati a livello nazionale da parte dell'Istituto Superiore di Sanità e tra questi : *Staphylococcus spp*, *Enterococcus spp*, *Streptococcus pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Pseudomonas spp*, *Acinetobacter spp*.

Epidemiologia delle resistenze

Nel 2019, sono stati valutati un totale di 3.212 episodi batteriemici distribuiti prevalentemente nelle due Aziende Ospedaliere. Nel complesso, a livello ospedaliero, per il 2019 (così come per il 2018 e 2017), circa il 60% delle batteriemie risulta causato da cocchi Gram-positivi, costituendo le batteriemie da Gram-negativi il restante 40%. Tra i Gram-positivi prevalgono gli stafilococchi che rappresentano oltre il 70% degli isolati di questo gruppo; tra questi, lo *staphylococcus aureus* rappresenta circa il 20% del totale. E' importante sottolineare, l'alta prevalenza di *stafilococchi coagulasi negativi* che sebbene non rappresentino specie prese in considerazione nelle valutazioni ufficiali dell'ARISS e dell'ECDC, rappresentano un fenomeno da monitorare, dato che l'isolamento di uno *Stafilococco coagulasi negativo* dal sangue rappresenta spesso la sola ragione di inizio di una terapia antibiotica con un farmaco anti-stafilococco.

Al secondo posto fra i Gram-positivi troviamo la specie degli enterococchi che rappresenta nel complesso l'11% del totale seguiti dagli streptococchi (*streptococcus pneumoniae* 2%; altri streptococchi 4%).

Prendendo in considerazione, invece, i germi Gram-negativi, *escherichia coli* risulta essere di gran lunga il patogeno maggiormente isolato (47% del totale dei Gram-negativi), seguito dal genere *Klebsiella spp* pari al 25%

(di cui il 16% rappresentato da *klebsiella pneumoniae*) del totale dei Gram-negativi. Il genere *pseudomonas* nel complesso occupa il terzo posto, con circa il 9% del totale rappresentato quasi totalmente da *pseudomonas aeruginosa* mentre è da segnalare che il 5% di tutti i Gram negativi è rappresentato dal genere *Acinetobacter* spp. Il profilo di resistenza degli isolati appartenenti alla classe dei Gram-positivi è illustrato nella tabella. Il dato di resistenza, viene espresso in percentuale numerica rispetto al totale degli isolati testati. Inoltre, seguendo la metodologia utilizzata dall'ECDC, il dato viene anche espresso in un analogo visivo con colorazioni varianti dal verde al marrone scuro che rappresentano i diversi range di resistenza (in percentuale) seguendo una sequenza dal valore più basso (verde brillante) a quello più elevato (marrone scuro).

Tab. 24 - Antibiotico Resistenza (%) dei Gram-positivi isolati dal sangue negli Ospedali Umbri: Variazioni 2017-2019 e confronto con il dato nazionale 2019.

UMBRIA % Resistenza				Italia
OXACILLINA	2019	2018	2017	2019
<i>Stafilococcus aureus</i>	32	34	22	35,6
<i>Stafilococcus coag.neg</i>	75	75	77,5	
VANCOMICINA	2019	2018	2017	2019
<i>Stafilococcus aureus</i>	1	1,5	1	0,3
<i>Stafilococcus coag.neg</i>	2	1	3,4	
<i>Enterococcus faecalis</i>	6	4,7	4,7	1,7
<i>Enterococcus faecium</i>	37	39,7	32,3	21,3

	≤ 1%
	1% - ≤5%
	5% - <10%
	10% - <25%
	25% - <50%
	≥50%

Relativamente al profilo di resistenza dei patogeni Gram-positivi, la regione Umbria si pone, per il 2019, leggermente al di sotto del dato medio italiano per quanto riguarda la Oxacillino-resistenza dello *stafilococcus aureus* (32% vs. 35,6%)(tab. 24). Per questo patogeno, valutando il solo dato regionale, il livello di resistenza 2019 risulta lievemente migliore del 2018 e comunque più elevato del dato rilevato nel 2017. E' da sottolineare comunque una controtendenza della situazione regionale umbra rispetto a quella nazionale che ha registrato tra 2018 e 2019 un incremento dei livelli di oxacillino-resistenza ,anche se modesto (33,9% vs. 35,6%). E' comunque confortante rilevare per *stafilococcus aureus* un profilo di resistenza ai glicopeptidi molto basso e costante negli anni (1%), visto che questa classe di antibiotici è utilizzata ampiamente nel caso di infezioni causate da ceppi oxacillino-resistenti.

Al contrario, valutando le batteriemie causate da stafilococchi coagulasi negativi, usualmente non censite dal sistema ARISS e dall'ECDC, riscontriamo un elevato livello di resistenza alla oxacillina che si attesta negli ultimi due anni a valori superiori al 70%.

Un dato abbastanza critico a livello regionale è invece quello che si riscontra per quanto riguarda la specie *enterococcus*. Infatti valutando i livelli di resistenza regionale ai glicopeptidi sia di *enterococcus faecium* che di *enterococcus faecalis* , si evidenzia un dato in netto incremento per *enterococcus faecalis* (dal 4,7% del 2018 al 6% del 2019) ed un elevata resistenza per *enterococcus faecium* (37%) anche se in riduzione rispetto al 2018. In entrambe le specie il dato regionale è nettamente peggiore in termini di resistenza rispetto al dato nazionale sia per l'anno 2018 che per l'anno 2019.

Valutando le batteriemie da *stafilococcus aureus* vi è da registrare una differenza di oxacillino-resistenza riscontrabile tra realtà ospedaliere aziendali rispetto a quelle territoriali. Infatti mentre nelle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni l'oxacillino-resistenza risulta essere rispettivamente del 28% e del 25% (inferiore al dato nazionale) negli Ospedali appartenenti all' USL Umbria 1 e 2 il livello di resistenza è nettamente superiore essendo del 54% e del 39% rispettivamente. Inoltre va notato che i livelli di oxacillino-resistenza degli ospedali territoriali risultano essere più alti anche del corrispettivo dato nazionale che si attesta al 35,6%.

Relativamente alla oxacillino-resistenza degli *stafilococchi coagulasi negativi*, per il 2019, invece il dato di tutte le Aziende Sanitarie risulta alquanto omogeneo e compreso tra il 79% dell'Azienda Ospedaliera di Perugia ed il 68% degli ospedali territoriali appartenenti alla Usl Umbria 2.

Parlando di resistenza ai glicopeptidi, è evidente a livello regionale una uniformità del quadro delle resistenze tra ospedali aziendali e territoriali, essendo in tutti i casi bassa e non superiore all'1%. Fanno eccezione per gli ospedali territoriali della USL Umbria 1 che raggiungono per *stafilococcus aureus* una percentuale di resistenza pari al 3,5%, risultato che è circa 3 volte superiore al dato nazionale del 2019.

Come abbiamo già sottolineato, gli ospedali umbri presentano una prevalenza di enterococchi resistenti ai glicopeptidi più elevata rispetto alla media nazionale. La epidemiologia delle resistenze risulta eterogeneamente distribuita nelle varie realtà regionali. Infatti sia per *enterococcus faecalis* che per *enterococcus faecium* i livelli di resistenza, sempre di molto superiori a quelli nazionali, oscillano tra lo 0% ed il 11,5% per *enterococcus faecalis* e tra 28% e 75% per quanto riguarda *enterococcus faecium*.

Nella tabella 25 è illustrato il quadro epidemiologico regionale delle resistenze dei patogeni Gram-negativi isolati dal sangue nei riguardi delle cefalosporine di III° generazione e dei fluorochinoloni.

Tab. 25 - Antibiotico Resistenza (%) dei Gram-negativi isolati dal sangue negli Ospedali Umbri alle Cefalosporine di III° generazione e Fluorochinoloni - Variazioni 2017-2019 e confronto con il dato nazionale 2019.

UMBRIA (% Resistenza)				ITALIA
CEFALOSP. III° GEN.	2019	2018	2017	2019
<i>E. Coli</i>	29	31	34	25,8
<i>Klebsiella pn.</i>	55	63	57	55,5
<i>Ps. Aeruginosa</i>	22	19	12	19,1
CHINOLONI	2019	2018	2017	2019
<i>E. Coli</i>	45	57	56	40,6
<i>Klebsiella pn.</i>	54	60	59	54,8
<i>Ps. Aeruginosa</i>	25	22	22	20,6
<i>Acinetobacter spp</i>	76	74	72	81

≤ 1%
1% - ≤5%
5% - <10%
10% - <25%
25% - <50%
≥50%

Relativamente al profilo di resistenza dei patogeni Gram-negativi nei riguardi delle cefalosporine di III° generazione, la regione Umbria si pone, per il 2019, più o meno agli stessi livelli del dato medio italiano per lo stesso anno. Il dato è in miglioramento rispetto al 2018 per quanto riguarda *escherichia coli* (29%) e *klebsiella pneumoniae* (55%) ma è in lieve peggioramento per quanto concerne *pseudomonas aeruginosa* (22%).

Parlando invece dei Fluorochinoloni, i livelli di resistenza per i Gram-negativi risultano nel complesso elevati anche se più o meno in linea con il dato medio nazionale 2019. In particolare il 45% dei ceppi di *escherichia coli* risultano resistenti (40,6% a livello nazionale) anche se il valore è in netto calo rispetto al 2018 (57%). Lo stesso dicasi per *klebsiella pneumoniae* che si caratterizza per il 54% dei ceppi resistenti vs. il 60% del 2018. Il dato risulta invece in controtendenza per *pseudomonas aeruginosa* che presenta un livello di resistenza, nel 2019, pari al 25% (superiore al dato nazionale, del 20,6%) e per *acinetobacter spp* la cui resistenza ai fluorochinoloni risulta elevata e pari al 76%, valore inferiore al valore medio nazionale (81%), ma anche in questo caso in aumento a livello regionale rispetto al 2018 (74%).

Nel confronto tra i diversi livelli di resistenza a cefalosporine di III° generazione e Fluorochinoloni riscontrati negli ospedali regionali si evidenzia come il dato non sia omogeneamente distribuito.

In particolare per quanto riguarda la resistenza alle cefalosporine di III° generazione si evidenzia che nel 2019:

- per *escherichia coli* i valori di resistenza riscontrati presso gli ospedali della USL Umbria 1 e dell'Azienda Ospedaliera di Perugia sono inferiori rispetto alla media regionale e nazionale;
- per quanto riguarda *klebsiella pneumoniae*, le due Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni presentano livelli di resistenza molto superiori a quanto riscontrato negli ospedali territoriali;
- per quanto riguarda *pseudomonas aeruginosa* la Azienda Ospedaliera di Perugia presenta una percentuale di resistenza nettamente inferiore a quella mediamente riscontrata nell'Azienda Ospedaliera di Terni e negli ospedali territoriali.

Prendendo in considerazione invece il quadro di resistenza per i fluorochinoloni, la situazione risulta in linea con il dato regionale per tutte le realtà Aziendali:

- per *escherichia coli* il livello di resistenza si attesta in tutte le realtà ospedaliere regionali su valori tra il 40% (Azienda Ospedaliera di Perugia) ed il 49% (Azienda Ospedaliera di Terni);
- il profilo di resistenza di *klebsiella pneumoniae* è peggiore nelle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni (60% e 52% rispettivamente) se confrontato con quello degli ospedali territoriali;
- i livelli di resistenza riscontrati per *pseudomonas aeruginosa* sono molto eterogenei nel panorama ospedaliero regionale andando dal 100% dell'azienda Ospedaliera di Terni allo 0% delle strutture ospedaliere delle Aziende Sanitarie territoriali;
- che *acinetobacter spp* presenta in tutte le realtà ospedaliere regionali una percentuale di resistenza molto elevata che si attesta su valori superiori al 70% ad eccezione che nell'Azienda Ospedaliera di Terni (67%).

Bisogna comunque sottolineare che, sia per le cefalosporine di III° generazione che per i fluorochinoloni, quasi in tutte le realtà ospedaliere, i valori di resistenza segnalati nel 2019 risultano, nella maggior parte dei casi, in diminuzione o stazionari rispetto al 2018.

Il profilo di resistenza dei Gram-negativi ai carbapenemi (meropenem ed imipenem) è quello che maggiormente rispecchia il peso della problematica della multiresistenza in una determinata realtà, sia essa territoriale, ospedaliera, di reparto.

Nella tabella 26 illustrato il quadro epidemiologico regionale 2019 delle resistenze ai carbapenemi dei patogeni Gram-negativi isolati dal sangue nelle realtà ospedaliere umbre, confrontato con il dato nazionale.

Relativamente ai carbapenemi, la regione Umbria, anche se con valori tendenzialmente più elevati, si attesta nelle stesse fasce di resistenza del dato nazionale medio. Il quadro è in miglioramento rispetto al 2018 per quanto riguarda *pseudomonas aeruginosa* (17% vs. 22%) ed *acinetobacter spp* (76% vs. 80%) ma è in lieve peggioramento per quanto concerne *klebsiella pneumoniae* (41% vs. 38%).

Degno di nota è il fatto che *escherichia coli*, in linea con il quadro nazionale, presenta un livello di resistenza ai carbapenemi pari allo 0%.

Tab. 26 - Antibiotico Resistenza (%) dei Gram-negativi isolati dal sangue negli Ospedali Umbri ai Carbapenemi - Variazioni 2017-2019 e confronto con il dato nazionale 2019.

UMBRIA (% Resistenza)				ITALIA
CARBAPENEMI	2019	2018	2017	2019
<i>E. Coli</i>	0	0,7	0,75	0,3
<i>Klebsiella pn.</i>	41	38	35	27,7
<i>Ps. Aeruginosa</i>	17	22	17	18,6
<i>Acinetobacter spp</i>	76	80	79	78,9

≤ 1%
1% - ≤5%
5% - <10%
10% - <25%
25% - <50%
≥50%

Bisogna comunque sottolineare che, ad eccezione di *escherichia coli* ed in parte di *pseudomonas aeruginosa*, per *klebsiella pneumoniae* ed *acinetobacter spp* la percentuale di resistenza si situa nelle fasce elevate e questo può spiegare, in parte, l'alta letalità attribuita alle infezioni sostenute da queste due specie.

Nel confronto tra i diversi livelli di resistenza riscontrati negli ospedali regionali si evidenzia come il dato sia omogeneamente distribuito ed in linea con quello nazionale.

In particolare si riscontra quanto segue:

- che per *escherichia coli*, i valori di resistenza evidenziati presso gli ospedali della USL Umbria 1 e dell'Azienda Ospedaliera di Perugia sono presso che pari allo 0%;
- che per quanto riguarda *klebsiella pneumoniae*, il livello di resistenza si attesta sui valori più elevati della fascia e oscilla tra il 42% della Azienda Ospedaliera di Perugia ed il 28% delle strutture ospedaliere appartenenti alla Usl Umbria 1;
- che, relativamente a *pseudomonas aeruginosa*, solo gli ospedali della USL Umbria 1 presentano valori di resistenza molto superiori a quelli degli altri ospedali regionali e dello stesso dato nazionale;
- che per *acinetobacter spp* si conferma, a livello di tutti gli ospedali regionali, una percentuale di resistenza molto elevata, in linea con il dato nazionale, ed oscillante tra il 100% degli ospedali appartenenti alla USL Umbria 1 ed il 67% dell'Azienda Ospedaliera di Terni.

Infine, per quanto concerne le variazioni nel tempo dei tassi di resistenza nelle diverse realtà ospedaliere regionale, è degno di nota il caso di *klebsiella pneumoniae* la cui percentuale di resistenza ai carbapenemi si è ridotta nelle due Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni e nella USL Umbria 2 (2019 vs. 2018 : Azienda Ospedaliera di Perugia 42% vs. 56%; Azienda Ospedaliera di Terni 34% vs. 38%; USL Umbria 2 36% vs. 38%) mentre è notevolmente aumentata nella USL Umbria 1 (28% vs. 20%).

Capitolo 4 – I comportamenti

Fonti dei dati: OKkio alla Salute, HBSC, PASSI, PDA, Ministero delle politiche sociali, Ministero delle Finanze e delle Dogane, ISTAT, CNR, Centro Regionale Salute Unica, TOOLDIS (CoEsDi, CoMoDi, CARE), indagine GAPS, IPSAD 2017, IFC-CNR, Agenzia delle Dogane e dei Monopoli

Abitudine al fumo, consumo di alcol e uso di sostanze illecite

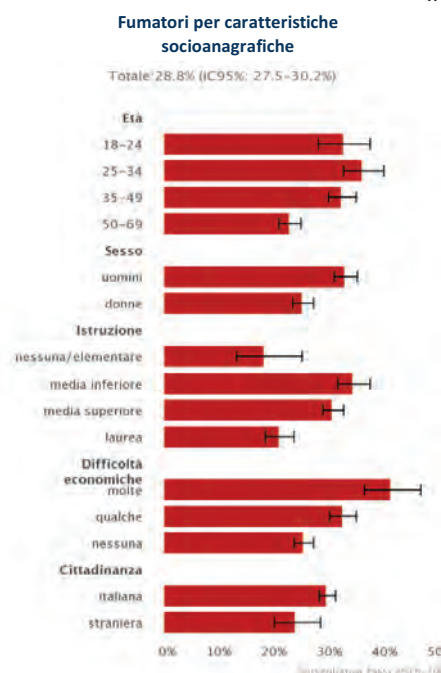
Abitudine al fumo

In Umbria, così come nel resto d'Italia, i **ragazzi** già a 11 anni fumano. Grazie all'indagine HBSC rivolta agli adolescenti emerge che i ragazzi umbri che hanno fumato sono l'1% degli 11enni, il 18% dei 13enni e il 44% dei 15enni. Già a 15 anni 1 ragazzo su 10 fuma quotidianamente.

Complessivamente in Umbria, l'abitudine al fumo si conferma preoccupante: tra i **18-69enni** infatti circa 1 su 4 è fumatore (25%), mentre il 57% non fuma e il 18% ha smesso di fumare.

Ragazzi che fumano tutti i giorni Umbria
HBSC 2018

	11 anni	13 anni	15 anni
Maschi	0	1	10
Femmine	0	1	11
Totale	0	1	10



Il fumo di sigaretta è più frequente fra i 18-49enni, tra gli uomini, tra coloro che hanno un livello di istruzione medio e riferiscono maggiori difficoltà economiche.

Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto.

Dal confronto con il resto d'Italia l'Umbria si conferma la regione con la più alta prevalenza di fumatori. L'analisi del trend temporale per gli anni di rilevazione disponibili mostra una sostanziale stabilità del dato nel tempo, fenomeno in controtendenza con quanto avviene a livello nazionale dove invece si assiste ad una costante diminuzione del fenomeno.

La quota di ex fumatori cresce all'avanzare dell'età, è maggiore fra gli uomini e fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri. L'Umbria ha una quota di ex fumatori maggiore della media nazionale.



Tra coloro che hanno **65 anni e più** la maggioranza non fuma (63%) o ha smesso di fumare da oltre un anno (27%), ma oltre una persona su 10 è ancora fumatore (10%).

Con l'avanzare dell'età diventa più difficile intercettare in vita chi mantiene questa abitudine o chi avendola avuta l'ha abbandonata, mentre è maggiore la probabilità di intercettare in vita persone che non hanno mai fumato.

Il fumo di sigaretta è più frequente fra gli uomini, nelle classi economicamente più svantaggiate.

L'istruzione gioca un ruolo diverso, la prevalenza di fumatori fra gli ultra 64enni laureati è doppia (15%) rispetto alla quota di fumatori fra i meno istruiti. Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette.

Anche in questa fascia di età la prevalenza di fumatori umbri si conferma significativamente superiore rispetto al dato medio nazionale.

È più frequente intercettare ex fumatori fra le persone socialmente più avvantaggiate, per reddito o per istruzione.

L'atteggiamento degli operatori sanitari

Ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori al fumo: tra i **18-69enni** solo 1 fumatore su 2 riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario.

Decisamente più alta è la quota di **ultra64enni** che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare.

Medici e operatori sanitari e fumo

Umbria - PASSI e Passi d'Argento 2016-2019

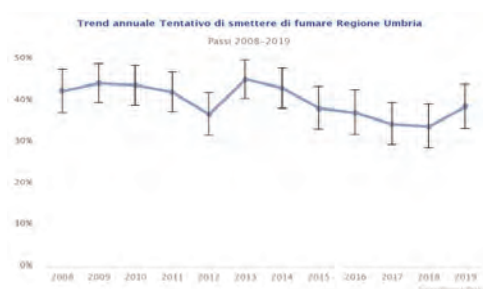
18-69enni ai quali è stato chiesto se fumano	43%
Fumatori <u>18-69enni</u> che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare	50%
Fumatori <u>ultra 64enni</u> che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare	67%



Il tentativo di smettere di fumare

I **18-69enni** che tentano di smettere di fumare non sono numericamente trascurabili: più di 1/3 dei fumatori ha tentato di smettere nei 12 mesi precedenti l'intervista, restando almeno un giorno senza fumare. Il 18% raggiunge l'obiettivo e riferisce di aver smesso di fumare da più di 6 mesi. Il tentativo di smettere di fumare si riduce all'avanzare dell'età, ma va sottolineato che all'avanzare dell'età aumenta la quota di ex fumatori.

La percentuale di persone che tentano di smettere di fumare sembra ridursi nel tempo anche in Umbria (come in Italia). Questo dato, insieme al persistere di una alta percentuale di fumatori, conferma i segnali preoccupanti sul fenomeno.



Chi riesce in questo tentativo dichiara di averlo fatto perlopiù senza alcun ausilio (81%, dato 2016-2019); 1 persona su 14 dichiara di aver smesso con l'utilizzo della sigaretta elettronica, scarso invece il ricorso a farmaci o cerotti e raro il ricorso ai servizi o ai corsi offerti dalle Asl.

Il divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro

Nel territorio umbro, circa 9 adulti su 10 riferiscono che il divieto di fumo è rispettato nei locali pubblici da loro frequentati nei trenta giorni precedenti l'intervista e 8 adulti su 10 riferiscono che il divieto di fumo è rispettato sempre o quasi sempre sul luogo di lavoro. Anche in questo caso il confronto con il dato nazionale evidenzia per l'Umbria percentuali significativamente inferiori di percezione del rispetto del divieto.

Va tuttavia evidenziato che anche in Umbria aumenta nel tempo la quota di coloro che riferiscono il rispetto del divieto sia nei locali pubblici che al lavoro.



Il fumo in ambiente domestico

L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora rilevante: il 75% degli intervistati dichiara che nella propria abitazione è rispettato il divieto di fumo; un'abitudine mantenuta anche fra coloro che vivono in case in cui sono presenti minori di 15 anni, dove il 84 % dichiara di rispettare il divieto di fumo.

L'Umbria mostra percentuali significativamente minori di case "libere da fumo" rispetto alla media italiana.

Inoltre il confronto del dato nel tempo mostra una sostanziale stabilità, dato in controtendenza rispetto al livello nazionale in cui viene invece registrato un continuo aumento di case "libere da fumo", come effetto presumibile di

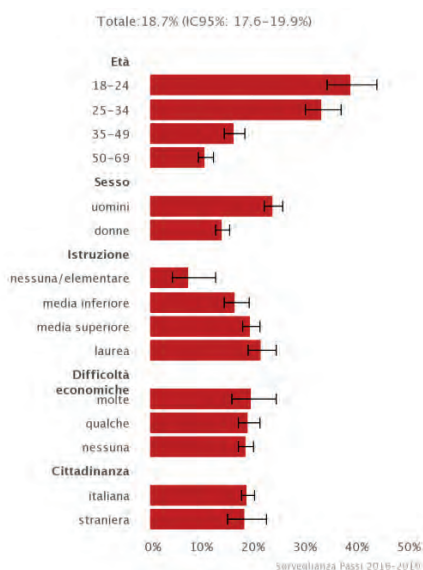
un passaggio culturale che, a partire dalla legge sul divieto nei luoghi pubblici conduce, attraverso una maggiore consapevolezza dei danni del fumo passivo, all'astensione dal fumo negli ambienti di vita privati.

I territori in cui vi sono meno case "libere da fumo" sono prevalentemente quelli con la quota più alta di fumatori e con minore rispetto del divieto di fumo.

Consumo di alcol

Grazie all'indagine HBSC rivolta agli adolescenti emerge che il 20% del campione ha consumato alcol negli ultimi 30 giorni. In particolare tra i 15enni il 42% ha bevuto alcolici negli ultimi 30gg, il 44% ha bevuto «binge» almeno una volta (consumo di oltre 5 unità alcoliche in un'unica occasione); il 42% si è ubriacato almeno una volta nella vita. L'alcolico più consumato dai giovani è la birra.

Consumo alcolico a maggior rischio per caratteristiche socio anagrafiche - Umbria



In Umbria il 37% dei **18-69enni** dichiara di non consumare bevande alcoliche, ma il 19% ne fa un consumo a "maggior rischio" per la salute, per quantità o modalità di assunzione. In particolare l'9% è un bevitore fuori pasto, il 3% ha un consumo abituale elevato mentre il 10% è un bevitore binge.

I bevitori a maggior rischio sono più frequentemente giovani (fra i 18-24enni la quota raggiunge il 39%), uomini e persone con un livello di istruzione medio alto. Tra i bevitori binge si osservano le medesime associazioni.

Le percentuali di consumo di alcol a "maggior rischio", come pure di consumo binge, sono in Umbria maggiori rispetto alla media nazionale, con un



comportamento più simile al Nord Italia. Inoltre il confronto tra le

due Aziende sanitarie regionali mostra percentuali significativamente superiori degli indicatori di consumo a rischio per l'azienda USLUmbria1.

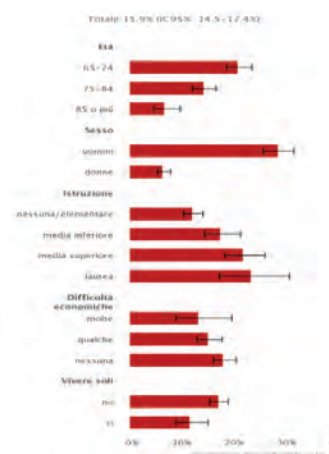
Il 62% di coloro che hanno **65 anni e più**, dichiara di non consumare abitualmente bevande alcoliche, mentre il 16% riferisce un consumo "a rischio" per la propria salute (in media più di una unità alcolica (Ua) al giorno).

Il consumo di alcol a rischio è molto più frequente fra gli uomini, si riduce con l'età e, come per il resto della popolazione, resta prerogativa delle classi socialmente più avvantaggiate per istruzione.

Fra le persone che fanno un consumo di alcol a rischio per la salute, più della metà (pari complessivamente al 11% di tutti gli ultra 64enni) non supera le 2 Ua al giorno e questo fa pensare che si tratti del bere durante i pasti, abitudine acquisita nel corso della vita che, si può immaginare, non venga percepita come rischiosa per la salute.

Preoccupante invece il numero di persone che assume alcol pur avendo una controindicazione assoluta, come i pazienti con malattie del fegato, fra i quali il 38% consuma alcol.

Consumo alcolico a maggior rischio per caratteristiche socio anagrafiche - Umbria



L'atteggiamento degli operatori sanitari

L'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'abuso di alcol appare ancora troppo bassa: tra i **18-69enni** appena il 5% dei consumatori a "maggior rischio" riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno. Il consiglio aumenta tra coloro che riferiscono un consumo abituale elevato.

Anche tra gli **ultra 64enni** l'attenzione da parte degli operatori sanitari al problema risulta molto bassa: meno del 10% dei consumatori di alcol a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno dal medico o da un altro operatore sanitario.

Il consiglio ai bevitori a maggior rischio da medici e operatori sanitari*Umbria – PASSI e Passi d'Argento 2016/2019*

Bevitori a maggior rischio 18-69enni che hanno ricevuto il consiglio di bere meno	5.3%
• Tra i bevitori fuori pasto	2.9%
• Tra i bevitori binge	5.4%
• Tra chi ha un consumo abituale elevato	15.8 %
Bevitori a maggior rischio ultra 64enni che hanno ricevuto il consiglio di bere meno	9.0%

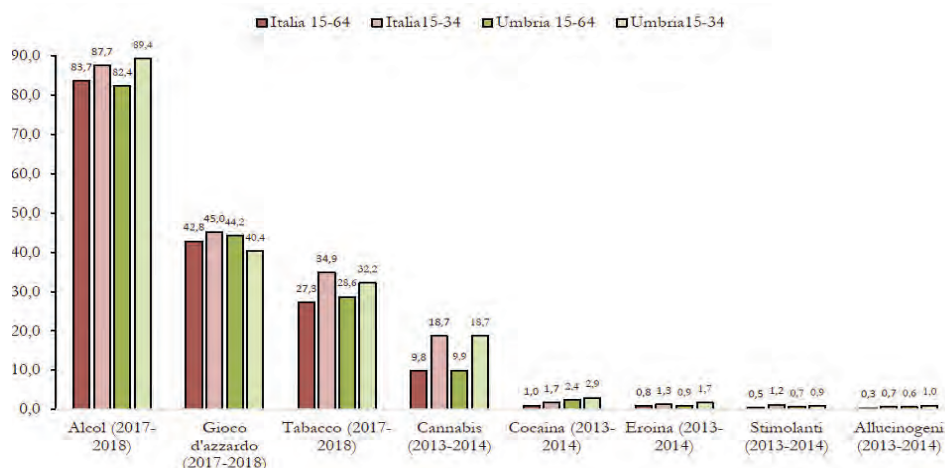
Uso di sostanze illeciteConsumi nella popolazione generale

Le indagini IPSAD realizzate nel biennio 2013-2014 e nel biennio 2017-2018 mostrano come la popolazione umbra di 15-64 anni abbia un pattern di consumo di sostanze lecite e illecite sostanzialmente sovrapponibile, nel suo insieme, a quello della popolazione italiana (fig.50).

I consumi di sostanze lecite sono nettamente superiori rispetto a quelli di tutte le sostanze illecite; il consumo maggiormente diffuso è quello dell'alcol seguito dal tabacco.

Tra le sostanze illecite prevale nettamente la cannabis, con prevalenze totalmente sovrapponibili alla media italiana. Per quanto riguarda le altre sostanze illecite, dal confronto tra i dati nazionali e quelli regionali, pur tenendo conto che le differenze non sono tali da possedere una rilevanza statistica certa, emergono livelli di consumo superiori in Umbria rispetto all'Italia per la cocaina, sia nella fascia d'età 15- 34 anni che nella fascia 15-64 anni. Nel confronto tra le due fasce d'età considerate, si rilevano differenze significative nel consumo di cannabis, che sia in Italia che in Umbria, è nettamente più elevato tra i 15-34enni.

Fig. 50 - Prevalenza di consumo di sostanze lecite e illecite e gioco d'azzardo nella popolazione generale umbra e italiana. Popolazioni 15-34 anni e 15-64 anni. Indicatore "consumo negli ultimi 12 mesi". Indagine IPSAD®. Anni 2013-2014, 2017-2018



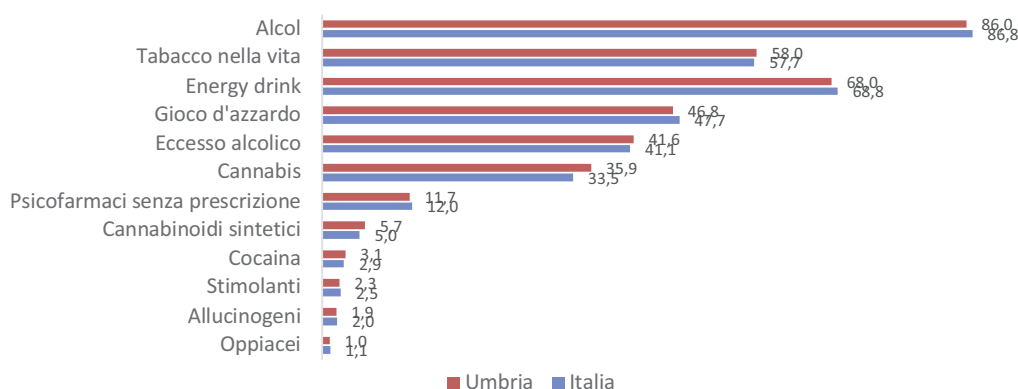
L'analisi dei dati di prevalenza evidenzia consumi costantemente più elevati da parte dei maschi rispetto alle coetanee, sia nella fascia d'età 15-34 anni che in quella 15-64 anni.

Nelle sostanze illecite si notano maggiori differenze nella fascia 15-34; in queste età i consumi sono più diffusi in entrambi i generi, ma in maniera più accentuata nei maschi.

Consumi nella popolazione studentesca

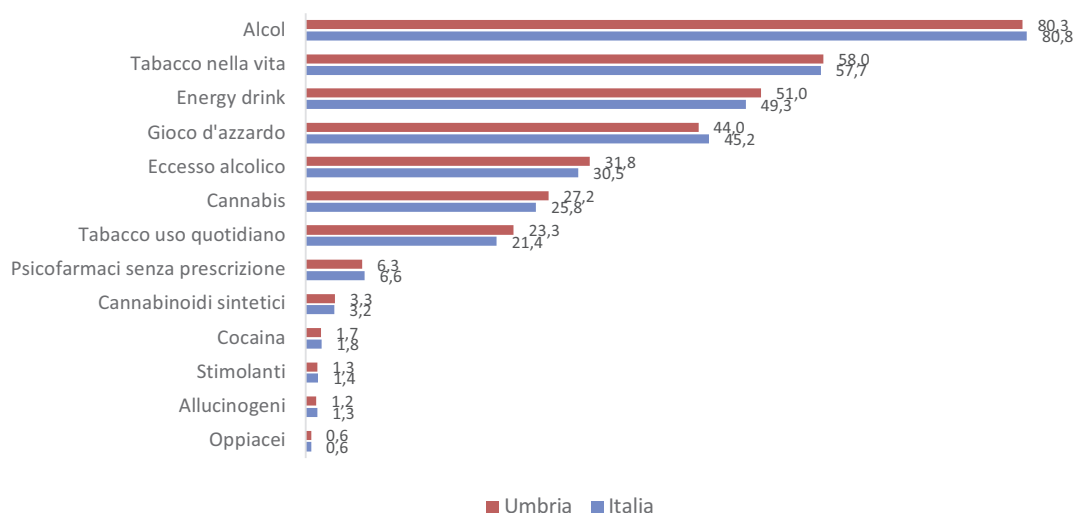
L'indagine ESPAD Italia del 2019 mostra come gli studenti umbri di 15-19 anni, per l'indicatore di consumi durante la vita, abbiano un pattern di consumo di sostanze lecite e illecite e di gioco d'azzardo sostanzialmente sovrapponibile a quello degli studenti italiani. Una leggera differenza si rintraccia nel consumo di cannabis, di poco superiore al dato nazionale (fig. 51).

Fig. 51 - Prevalenza di consumo di sostanze lecite e illecite e di giochi d'azzardo nella popolazione studentesca in Italia e in Umbria di 15-19 anni. Indicatore "consumo nella vita". Indagine ESPAD®Italia. Anno 2019



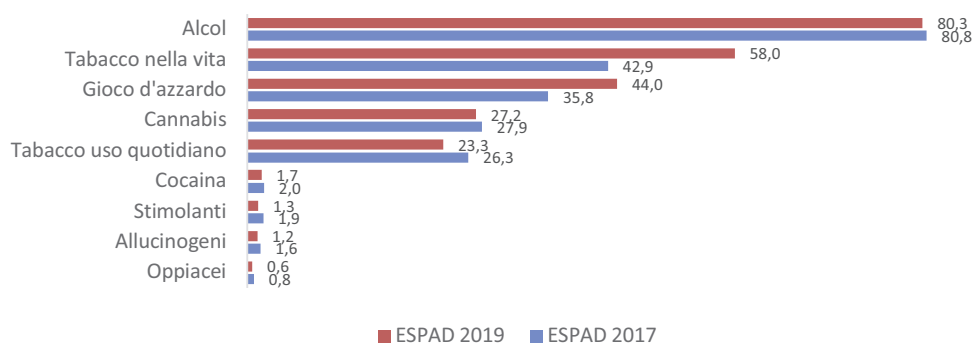
Il consumo maggiormente diffuso negli ultimi 12 mesi, sia in Umbria che in Italia, è quello dell'alcol, seguito dal fumo di tabacco nella vita, dagli energy drink e dal gioco d'azzardo. I dati umbri sono sovrapponibili a quelli nazionali, con alcune eccezioni. Infatti, uso quotidiano di tabacco, cannabis, eccesso alcolico ed uso di energy drink, mostrano delle prevalenze leggermente superiori in Umbria (fig. 52).

Fig. 52 - Prevalenza di consumo di sostanze lecite e illecite e di giochi d'azzardo nella popolazione studentesca in Italia e in Umbria di 15-19 anni. Indicatore "consumo negli ultimi 12 mesi". Indagine ESPAD®Italia. Anno 2019



Dal confronto dei dati 2017-2019 emergono alcune differenze nell'evoluzione dei consumi. In particolare, nel 2019 si assiste ad un aumento delle prevalenze relative al consumo di tabacco della vita e del gioco d'azzardo, mentre si rileva una leggera diminuzione nell'uso quotidiano di tabacco. I dati restanti sono pressoché stabili (fig. 53).

Fig. 53 - Prevalenza di consumo di sostanze lecite e illecite e di giochi d'azzardo nella popolazione studentesca di 15-19 anni in Italia e in Umbria negli anni 2017 e 2019. Indicatore "consumo negli ultimi 12 mesi". Indagine ESPAD®Italia. Anni 2017 e 2019



Il dato di genere evidenzia livelli di consumo tendenzialmente superiori nei maschi rispetto alle coetanee, con una differenza particolarmente marcata per l'uso di energy drink. Rappresentano, però, un'eccezione il consumo di tabacco e il consumo di psicofarmaci senza prescrizione medica, comportamenti riferiti maggiormente dalle femmine.

Analizzando il dato relativo alla fascia d'età distinta per ragazzi di 15-17 anni e 18-19 anni, si evidenzia come il consumo delle varie sostanze negli ultimi 12 mesi siano prevalenti tra i maggiorenni (18-19 anni), con alcune eccezioni: infatti, il consumo di energy drink ed il consumo di farmaci senza prescrizione medica mostrano delle prevalenze molto simili nelle due fasce d'età.

L'indagine ESPAD®Italia ci consente di rilevare anche l'indicatore di uso frequente ("ultimi 30 giorni"), utile a monitorare forme di consumo più assiduo. Esaminando i dati 2019, si evidenziano percentuali chiaramente inferiori rispetto all'indicatore "uso nell'ultimo anno".

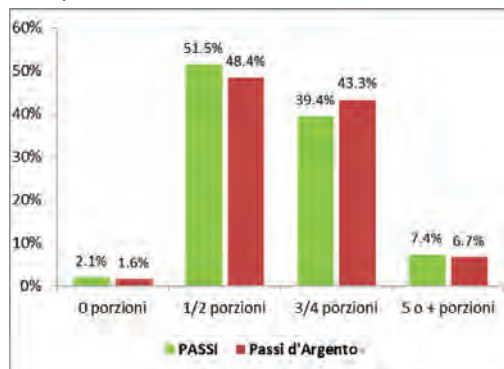
Nell'uso negli ultimi 30 giorni l'alcol si conferma la sostanza più utilizzata a livello nazionale e umbro, anche nella sua forma di "binge drinking" ed eccesso alcolico, mostrando, per queste due modalità di consumo, dei dati regionali al di sopra di quelli nazionali. Superiore al dato nazionale anche il consumo di cannabis che continua a rappresentare la sostanza illecita più utilizzata dai giovani umbri, come emerso anche nei dati ESPAD 2017. Nel consumo di energy drink, invece, si evidenziano delle prevalenze leggermente inferiori del dato umbro rispetto a quello nazionale.

Analizzando le prevalenze delle sostanze per genere del consumo negli ultimi 30 giorni, si conferma la maggiore diffusione tra i maschi, soprattutto per quanto riguarda il consumo di alcol, di energy drink, di cannabis e la pratica del "binge drinking". Le percentuali relative all'eccesso alcolico sono pressoché identiche tra maschi e femmine, mentre si conferma un comportamento prevalentemente femminile l'uso di psicofarmaci senza prescrizione medica.

Alimentazione e eccesso ponderale

Consumo di frutta e verdura

Secondo i dati forniti dai sistemi di sorveglianza (OKkio alla SALUTE, PASSI, PASSI d'Argento) si conferma anche per gli umbri la tendenza ad un basso consumo giornaliero di frutta e verdura in tutte le fasce di età, raggiungendo in minima percentuale l'indicazione al consumo di 5 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno. Bambini, adulti ed



anziani infatti ne consumano prevalentemente 1 o 2 porzioni giornaliere.

In particolare l'abitudine al consumo di 5 porzioni di frutta al giorno riguarda l'1% dei bambini, mentre il consumo di 5 porzioni di verdura al giorno il 2%. Tra gli adulti questa proporzione raggiunge il 7%.

La disponibilità di medesime informazioni in tutta la popolazione adulta consente inoltre di individuare l'alto livello di istruzione, il sesso femminile, l'aumentare dell'età (fino ai 74 anni) come associate al consumo raccomandato di frutta e verdura.

In Umbria il consumo di 5 o più porzioni giornaliere di frutta e/o verdura è significativamente più basso rispetto al dato medio nazionale.

Dal confronto dei dati forniti da oltre 10 anni di sorveglianza PASSI emerge nei **18-69enni** umbri un andamento costante nel tempo dell'adesione al Five a day.

Inoltre, seguire il Five a day si associa agli altri comportamenti salutari:

- essere normopeso
- non essere sedentario
- non essere fumatore
- non consumare alcol.

Eccesso ponderale

L'essere obesi o in sovrappeso (eccesso ponderale) rappresenta uno dei fattori di rischio per lo sviluppo di patologie croniche non trasmissibili, quali malattie cardio-cerebro-vascolari, diabete tipo 2 ed alcune forme di tumori. L'obesità e il sovrappeso, se presenti in età evolutiva, tendono a persistere in età adulta aumentando il rischio di sviluppo delle suddette patologie. Dunque, considerando il danno sulla salute che può causare l'eccesso ponderale, la sua prevenzione rappresenta un obiettivo prioritario di

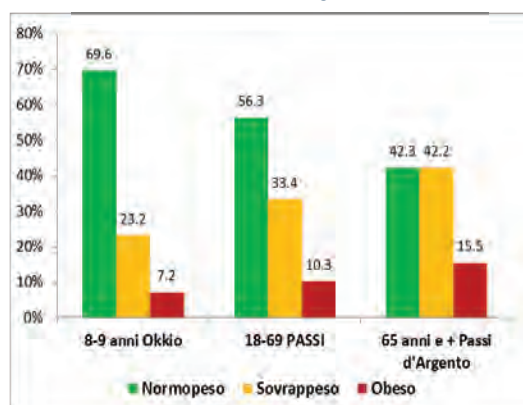
salute pubblica.

Secondo gli ultimi dati relativi a peso e altezza resi disponibili dai **sistemi di sorveglianza** si stima che siano in eccesso ponderale un bambino su 3, 2 adulti su 5 e 3 anziani su 5.

L'eccesso ponderale è una condizione più frequente:

- all'aumentare dell'età
- nel sesso maschile
- tra le persone con livelli d'istruzione più bassi

Stato nutrizionale
OKkio, PASSI, Passi d'Argento Umbria



Consumo quotidiano di 5 porzioni frutta e verdura
per regione di residenza
Passi 2016-2019



Eccesso ponderale
per regione di residenza
Passi 2014-2017

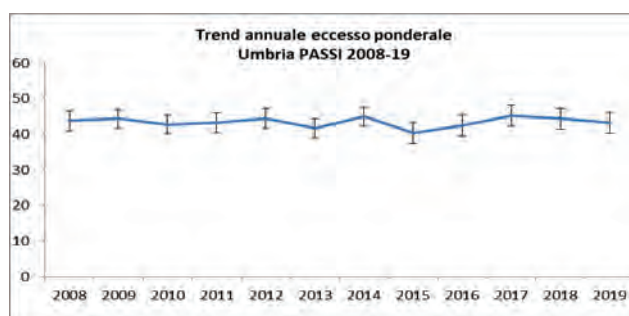
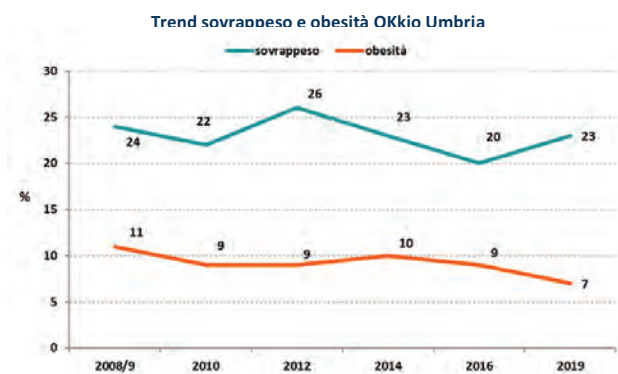


- tra quelle economicamente più svantaggiate.

Il confronto delle prevalenze di sovrappeso e obesità tra le diverse regioni italiane mostra un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. L'Umbria è in linea con la media nazionale.

Il confronto nel tempo dei dati relativi ai **bambini** mostra un trend in leggera diminuzione per l'obesità, dato confermato anche dal livello nazionale. Il dato è in controtendenza rispetto al resto d'Europa.

Utilizzando il periodo di rilevazione 2008-2019 come tracciante del fenomeno nel tempo per gli **adulti**, non si evidenziano in Umbria, come pure a livello nazionale, cambiamenti nella quota delle persone in eccesso ponderale, mostrando una sostanziale stabilità del fenomeno.



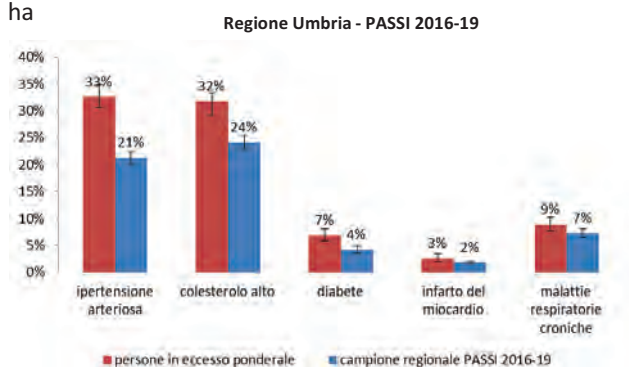
Salute delle persone in eccesso ponderale

I **18-69enni** in sovrappeso od obesi mostrano profili di salute più critici di quelli della popolazione generale, sopportano un maggior carico di malattia e più frequentemente di altri dichiarano di soffrire di condizioni croniche quali ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, infarto del miocardio e malattie respiratorie croniche. Anche tra gli over 64enni l'eccesso ponderale è associato ad una maggior presenza di malattie croniche.

L'atteggiamento degli operatori sanitari

Tra i **18-69enni**, il 41% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso; il 38% di praticare attività fisica. L'attenzione degli operatori sanitari è rivolta prevalentemente alle persone obese (77% consiglio di perdere peso; 58% consiglio di fare attività fisica), mentre minore è la percentuale di pazienti in sovrappeso che ricevono consigli.

Per quanto riguarda i più **anziani**, meno di una persona su 2 riceve il consiglio di praticare attività fisica regolare. Non si osservano differenze tra le due aziende sanitarie regionali. I dati sono inoltre in linea con quelli medi nazionali.



Il consiglio di medici e operatori sanitari Umbria - PASSI e Passi d'Argento 2016-2019

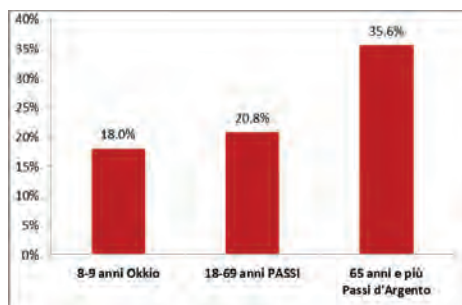
18-69enni in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso	41%
18-69enni in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica	38%
Ultra 64enni che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica	34%

Attività fisica e sedentarietà

Attività Fisica

Dai sistemi di sorveglianza si stima che in Umbria la popolazione sia in maggior misura attiva o parzialmente attiva.

Fisicamente inattivi
Umbria OKkio 2019, PASSI e Passi d'Argento 2016-19



Risulta comunque sedentario un bambino su 6, un 18-69enne su 5 e un anziano su 3.

La sedentarietà è più frequente:

- al crescere dell'età
- nel sesso femminile
- tra le persone con basso livello di istruzione
- tra coloro che hanno maggiori difficoltà economiche.



In Umbria la percentuale di sedentari tra i 18-69enni risulta significativamente inferiore rispetto al dato medio nazionale.

Dal confronto di 10 anni di rilevazione (PASSI) si osserva in Umbria una sostanziale stabilità della percentuale di 18-69enni sedentari a differenza del dato italiano che mostra un trend in continua e significativa crescita.

Salute delle persone sedentarie

Anche lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare tra i 18-69enni è risultato essere sedentario:

- il 27% delle persone depresse
- il 25% degli ipertesi
- il 25% di coloro che sono in eccesso ponderale
- il 23% dei fumatori.

L'atteggiamento degli operatori sanitari

Tra i **18-69enni** umbri più di un terzo ha ricevuto il consiglio di praticare regolarmente più attività fisica. La percentuale aumenta tra coloro che sono in eccesso ponderale dove l'attenzione degli operatori sanitari è rivolta maggiormente alle persone obese (43.1% consiglio di fare attività fisica). Il consiglio raggiunge inoltre il 49.8% di coloro che riferiscono almeno 1 patologia cronica.

Tra gli **anziani**, meno di una persona su 2 riceve il consiglio di praticare attività fisica regolare.

Nonostante sia ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche, l'Umbria conferma valori maggiori rispetto a quelli medi nazionali. All'interno della regione gli assistiti dell'azienda USLumbria2 ricevono maggiormente il consiglio di svolgere attività fisica regolare da parte di medici e operatori sanitari.



Il consiglio di fare attività fisica da medici e operatori sanitari

Umbria - PASSI 2016-19 Passi d'Argento 2016-19

18-69enni che hanno ricevuto il consiglio di fare più attività fisica	35%
• tra coloro che sono in eccesso ponderale	43.1%
• tra coloro che hanno almeno 1 patologia cronica	49.8%
Over 64enni che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica	33.9%

Diseguaglianze ed equità

I determinanti sociali, cioè le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano, invecchiano, sono le cause sottostanti delle disuguaglianze di salute. Vi sono azioni che possono ridurre tali disuguaglianze. L'OMS raccomanda di comprendere meglio il fenomeno delle disuguaglianze e valutare l'impatto delle azioni.

“Tooldis- Tool per le disuguaglianze di salute” mette a disposizione una cassetta degli attrezzi per comprendere il fenomeno delle disuguaglianze nelle regioni italiane, per capire quali fattori di rischio hanno un peso maggiore, quali di essi sono più influenzati dalle differenze socio-economiche, quali sono le azioni di promozione e prevenzione della salute caratterizzate da un'esplicita attenzione al contrasto delle disuguaglianze.

Utilizzando gli strumenti contenuti in TOOLDIS (CoEsDi, CoMoDi e CARE), si sono esplorati i diversi anelli della catena dei nessi causali che generano le disuguaglianze sociali nella salute e le proposte di interventi di contrasto documentati e trasferibili, si è quindi fatta un'analisi riguardo i dati della regione Umbria con l'obiettivo di:

- stimare l'intensità delle disuguaglianze sociali nei fattori di rischio,
- individuare i target su cui orientare le azioni di prevenzione per l'equità,
- creare un sistema di priority setting per l'equità nella prevenzione,
- suggerire raccomandazioni su come meglio calibrare gli interventi di prevenzione in termini di equità.

Per quanto riguarda il contributo delle disuguaglianze all'esposizione, dalla tabella 27 e dai grafici 54, 55 e 56, si evidenzia che:

- per quanto riguarda la **sedentarietà**, la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze è pari al 27,7%, ovvero quasi 73.700 persone;
- rispetto al **sovrappeso**, la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze è pari al 16,5%, ovvero più di 42.300 persone;
- per quanto riguarda il **fumo di tabacco**, la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze è pari al 17,9%, ovvero quasi 24.000 persone. Considerando, invece, i forti fumatori la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze è pari al 40,1%, ovvero oltre 15.000 persone;
- rispetto al consumo **abituale di alcol**, la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze è pari al 5,4%, ovvero oltre 8.200 umbri in meno se si eliminassero le disuguaglianze. Considerando, invece, il consumo di alcol a rischio, la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze è pari al 26,6%, ovvero oltre 11.000 persone.

Tab. 27 - Fattori di rischio comportamentali in Umbria. Totale uomini e donne - Tutte le età (30-74 anni) (tab.1)

Fattore di rischio	CoEsDi Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze			CoMoDi Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze		
	² Prevalenza%	³ PAF%	⁴ N. soggetti dis	⁵ RA	⁶ PAF%	⁷ N. morti dis
Alcol abituale	28,5	5,4	8213	7,5	1,5	31
Alcol a rischio	7,9	26,6	11094			

² Prevalenza % del fattore di rischio nella popolazione selezionata

³ PAF% è la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze

⁴ numero assoluto di soggetti esposti al fattore di rischio selezionato che si eviterebbero se si eliminassero le disuguaglianze

⁵ RA rischio di mortalità attribuibile all'esposizione al fattore di rischio espresso in valore percentuale

⁶ PAF% è la riduzione percentuale di morti a causa dell'esposizione al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze

⁷ numero assoluto di soggetti deceduti a causa del fattore di rischio selezionato che si eviterebbero se si eliminassero le disuguaglianze sociali

Fumatori	25,2	17,9	23791	23,7	2,1	45
Forti fumatori	7,3	40,1	15470			
Sedentari	50,3	27,7	73658	13,5	3,4	71
No 5 F&V a day	92,3	4,1	19964			
No 3 F&V a day	35,9	16,7	31731	1,2	0,2	3
Poche F&V	12,3	7,8	5093			
Troppe carni	50,9	-2,4	-6400			
Troppi grassi	5,4	17,5	5001			
Sovrappeso	48,6	16,5	42302	11,6	1,6	35
Obesi	11,7	23,5	14609			

Fig. 54 - CoEsDi BENEFICIO % (Umbria -Totale uomini e donne- 30-74 anni)

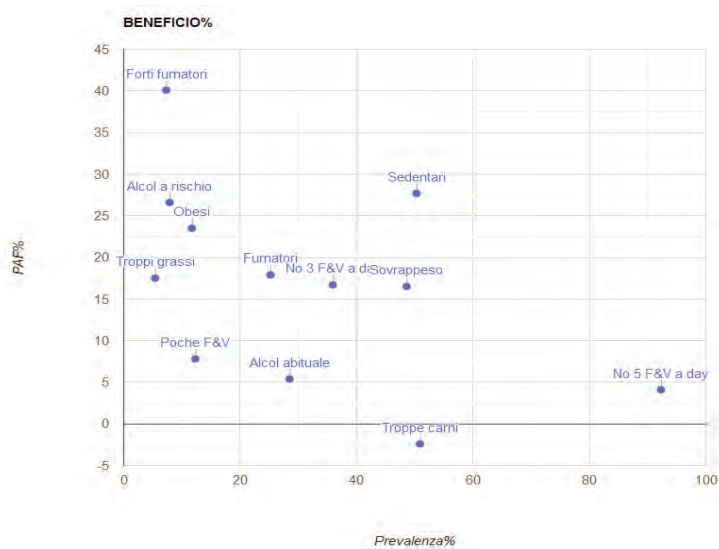


Fig. 55 - CoEsDi -IMPATTO% (Umbria -Totale uomini e donne- 30-74 anni)

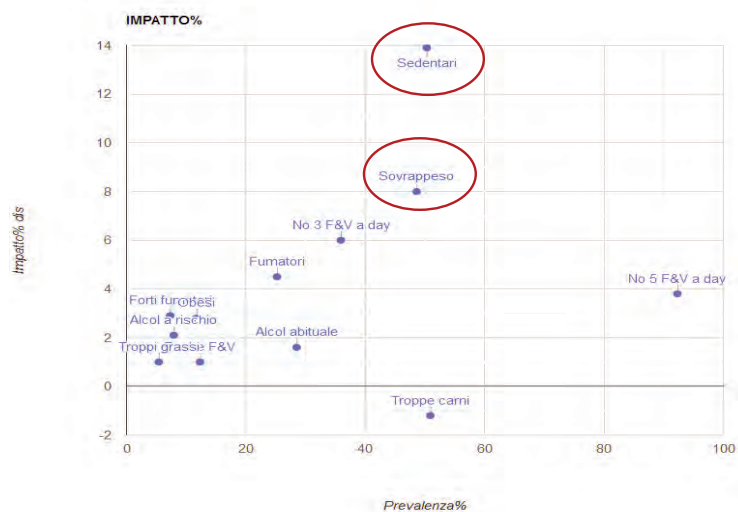


Fig. 56 - CoEsDi-IMPATTO ASSOLUTO (Umbria -Totale uomini e donne- 30-74 anni)



Per quanto riguarda il contributo delle disuguaglianze alla mortalità, dalla tabella 27 e dai grafici 57, 58 e 59, si evidenzia che:

- per quanto riguarda la **sedentarietà**, per un rischio di mortalità attribuibile all'esposizione al fattore di rischio in Umbria pari al 13,5%, la riduzione percentuale di morti a causa dell'esposizione al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze sarebbe pari al 3,4% (n. 71 soggetti deceduti a causa del fattore di rischio selezionato che si eviterebbero se si eliminassero le disuguaglianze sociali);
- rispetto al **sovrappeso**, per un rischio di mortalità attribuibile all'esposizione al fattore di rischio in Umbria pari al 11,6%, la riduzione percentuale di morti a causa dell'esposizione al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze sarebbe pari al 1,6% (n. 35 soggetti deceduti a causa del fattore di rischio selezionato che si eviterebbero se si eliminassero le disuguaglianze sociali);
- in riferimento ai **fumatori**, per un rischio di mortalità attribuibile all'esposizione al fattore di rischio in Umbria pari al 23,7%, la riduzione percentuale di morti a causa dell'esposizione al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze sarebbe pari al 2,1% (n. 45 soggetti deceduti a causa del fattore di rischio selezionato che si eviterebbero se si eliminassero le disuguaglianze sociali);
- rispetto al **consumo abituale di alcol**, per un rischio di mortalità attribuibile all'esposizione al fattore di rischio in Umbria pari al 7,5%, la riduzione percentuale di morti a causa dell'esposizione al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze sarebbe pari all'1,5% (n. 31 soggetti deceduti a causa del fattore di rischio selezionato che si eviterebbero se si eliminassero le disuguaglianze sociali).

Fig. 57 - CoMoDi-BENEFICIO% (Umbria -Totale uomini e donne- 30-74 anni)

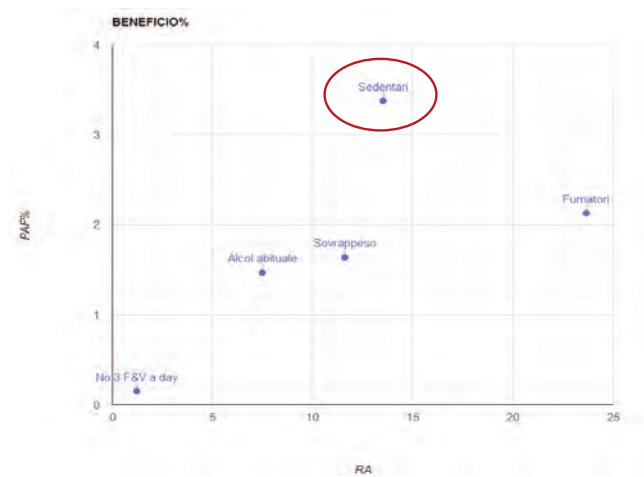


Fig. 58 - CoMoDi-IMPATTO% (Umbria -Totale uomini e donne- 30-74 anni) Grafico 5

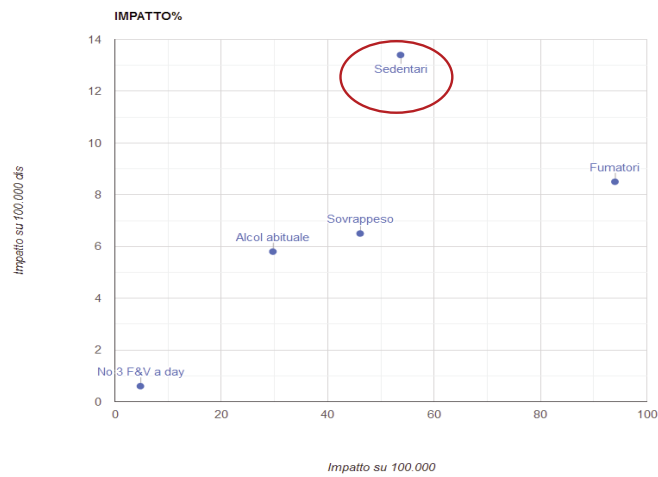
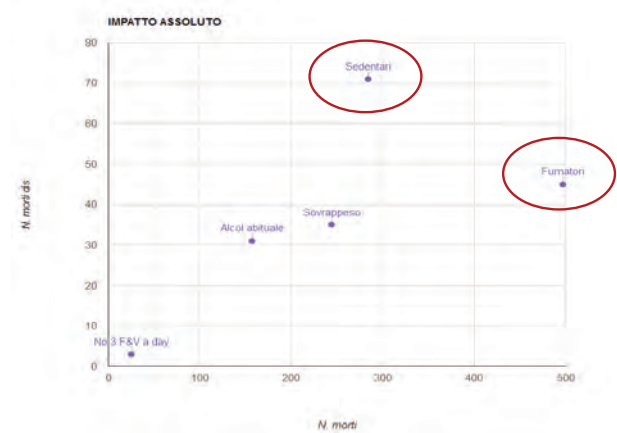


Fig. 59 - CoMoDi-IMPATTO ASSOLUTO (Umbria -Totale uomini e donne- 30-74 anni) Grafico 6



La sedentarietà, in minor misura il sovrappeso, e l'abitudine al fumo per quanto riguarda gli effetti sulla mortalità, rappresentano i principali fattori di rischio comportamentale in Umbria su cui occorrerebbe intervenire in un'ottica di prevenzione per l'equità in quanto molto influenzati dall'intensità delle disuguaglianze sociali.

Per comprendere meglio gli effetti delle disuguaglianze su questi fattori di rischio, i dati sono stati stratificati per genere e grandi classi di età (tab. 28).

Per quanto riguarda la sedentarietà, le disuguaglianze incidono maggiormente per le donne nelle classi di età 45-54 e 65-74, per gli uomini nelle classi 45-54 e 55-64 anni (fig. 60).

Intervenendo sulle disuguaglianze si potrebbero evitare 15.135 esposti al rischio sedentarietà tra i maschi di 45-54, 11.027 tra i maschi di 65-74 anni, 10.167 esposti al rischio sedentarietà tra le donne di 45-54 e 9.925 tra le donne di 65-74 anni; inoltre il rischio di mortalità per il fattore sedentarietà si ridurrebbe per gli uomini di 45-54 anni del 6,8% e per le donne di 45-54 anni del 5,9% (tab. 28).

Tab. 28 - Umbria- fattore di rischio sedentarietà per genere e classi di età

Sedentarietà MASCHI					
	Indicatori	Classi di età			
		30-44	45-54	55-64	65-74
CoEsDi Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze	Prevalenza%	41,8	47,8	48,7	52
	PAF%	32,6	46,9	33,3	17,9
	N. soggetti pop ⁸	41022	31363	26480	24605
	N. soggetti dis	11027	15135	9435	4588
CoMoDi Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze	RA	10,9	11,9	11,3	12,2
	PAF%	4,6	6,8	4	2
	N. morti ⁹	8	17	38	94
	N. morti dis	3	10	13	15
Sedentarietà FEMMINE					
	Indicatori	Classi di età			
		30-44	45-54	55-64	65-74
CoEsDi Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze	Prevalenza%	49,8	49,6	57,1	64,3
	PAF%	17,3	28,7	17,2	28
	N. soggetti pop	50481	34427	33551	32279
	N. soggetti dis	7141	10167	6240	9925
CoMoDi Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze	RA	17,6	17,2	15,9	16,2
	PAF%	3,3	5,9	2,3	4,1
	N. morti	6	16	33	72
	N. morti dis	1	5	5	18

⁸ numero assoluto di soggetti esposti al fattore di rischio selezionato

⁹ numero assoluto di soggetti deceduti a causa del fattore di rischio selezionato

Fig. 60 - CoEsDi - Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze - Sedentarietà in Umbria

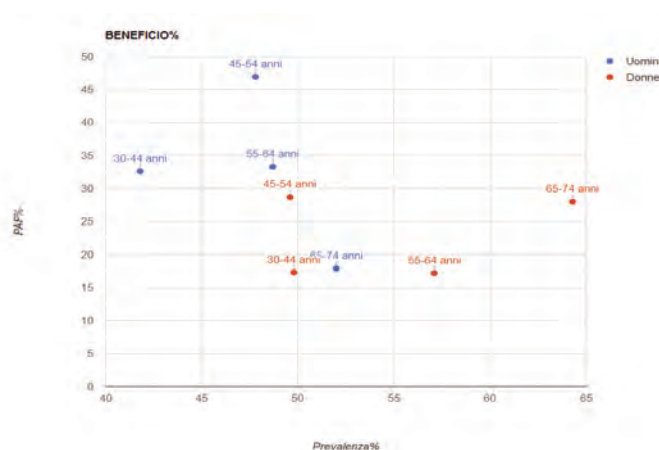
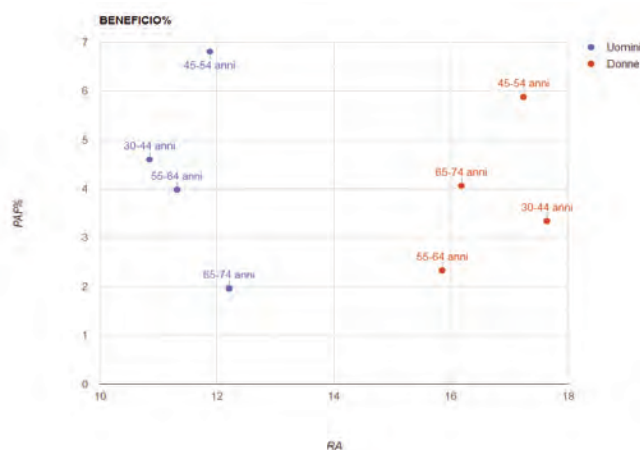


Fig. 61 - CoMoDi - Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze - Sedentarietà in Umbria



Per quanto riguarda il sovrappeso, ad essere più esposti al fattore di rischio risultano gli uomini di 65-74 anni (fig. 62).

Le disuguaglianze incidono per le donne in tutte le classi di età, soprattutto per quelle nella fascia 30-44 anni. Intervendendo sulle disuguaglianze si potrebbero evitare 8.543 esposti al rischio sovrappeso nelle donne 65-74 anni, 7.980 nelle donne 55-64 anni e 7.734 nelle donne 55-64 anni; il rischio di mortalità per il fattore sovrappeso si ridurrebbe per le donne di 55-64 anni del 2,3% e per le donne di 65-74 anni del 2,4 % (tab. 29).

Tab. 29 - Umbria- fattore di rischio sovrappeso

Sovrappeso MASCHI					
CoEsDi Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze ¹⁰	Indicatori	Classi di età			
		30-44	45-54	55-64	65-74
	Prevalenza%	49,1	62,8	61,5	74,1
	PAF%	10,6	-1,5	13,8	10,1
	N. soggetti pop	48755	41371	33730	35568
	N. soggetti dis	4218	-655	4945	3680

¹⁰ È possibile avere delle PAF negative che si ottengono quando uno stile di vita negativo è più prevalente tra gli strati sociali più avvantaggiati.

CoMoDi Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze	RA	8,5	12,7	12,4	13,5
	PAF%	1,8	0,8	1,8	1,1
	N. morti	6	18	42	104
	N. morti dis	1	1	6	8
Sovrappeso FEMMINE					
	Indicatori	Classi di età			
		30-44	45-54	55-64	65-74
CoEsDi Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze	Prevalenza%	22,8	36,5	50,7	57,2
	PAF%	31,1	29,7	24,8	27,1
	N. soggetti pop	23231	25462	30146	28952
	N. soggetti dis	5857	7734	7980	8543
CoMoDi Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze	RA	4,9	7,4	10,4	9,8
	PAF%	1,6	2	2,3	2,4
	N. morti	2	7	21	44
	N. morti dis	1	2	5	11

Fig.62 - CoEsDi -Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze - Sovrappeso in Umbria

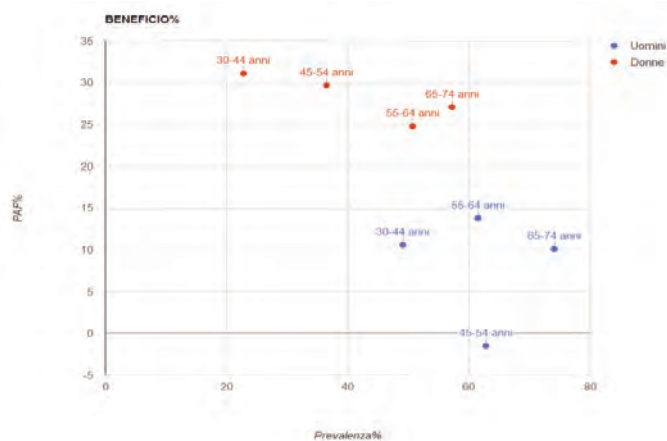
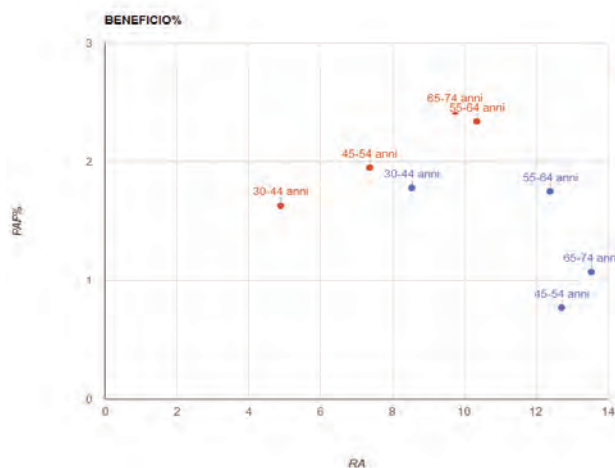


Fig. 63 - CoMoDi Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze - Sovrappeso in Umbria



Per quanto riguarda l'abitudine al fumo, ad essere più esposti al fattore di rischio risultano gli uomini di 30-44 e 45-54 anni (fig. 64).

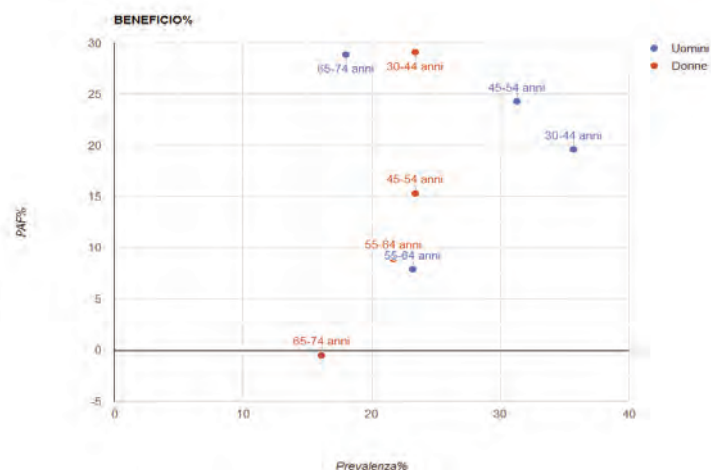
Le disuguaglianze incidono soprattutto per le donne nella classe di età 30-44, per gli uomini maggiormente nella classe di età 65-74, ma significativamente anche in quelle 45-54 e 30-44 anni.

Intervenendo sulle disuguaglianze si potrebbero evitare 5.667 esposti al rischio tra i maschi di 30-44 anni, 5.126 tra i maschi di 45-54 anni, 5.634 esposti al rischio dell'abitudine al fumo tra le donne di 30-44 anni; il rischio di mortalità per il fattore abitudine al fumo si ridurrebbe per gli uomini di 30-44 anni del 6,8% e per quelli di 45-54 anni del 7,8% (tab. 30).

Tab. 30 - Umbria- fattore di rischio fumatori

Fumatori MASCHI					
	Indicatori	Classi di età			
		30-44	45-54	55-64	65-74
CoEsDi Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze	Prevalenza%	35,7	31,3	23,2	18
	PAF%	19,6	24,3	7,9	28,9
	N. soggetti pop ¹¹	35130	20427	12641	8584
	N. soggetti dis	5667	5126	1067	2555
CoMoDi Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze	RA	32	30,4	28,6	27,2
	PAF%	6,8	7,8	1,3	2
	N. morti ¹²	23	43	96	209
	N. morti dis	5	11	4	15
Fumatori FEMMINE					
	Indicatori	Classi di età			
		30-44	45-54	55-64	65-74
CoEsDi Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze	Prevalenza%	23,4	23,4	21,7	16,1
	PAF%	29,1	15,3	8,9	-0,5
	N. soggetti pop	23624	16224	12713	8094
	N. soggetti dis	5634	2561	1225	-44
CoMoDi Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze	RA	17,8	17,9	17,9	14,7
	PAF%	3,9	1,7	1,5	0,8
	N. morti	6	17	37	66
	N. morti dis	1	2	3	4

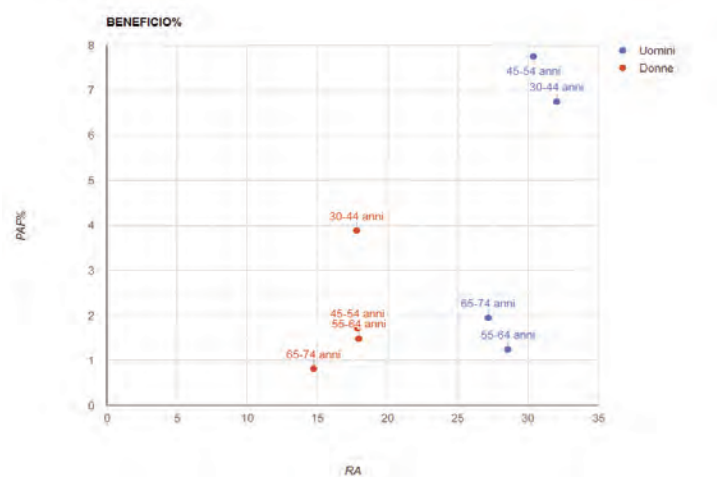
Fig.64 - CoEsDi -Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze - Fumatori in Umbria



¹¹ numero assoluto di soggetti esposti al fattore di rischio selezionato

¹² numero assoluto di soggetti deceduti a causa del fattore di rischio selezionato

Fig. 65 - CoMoDi Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze - Fumatori in Umbria



Gioco d'azzardo

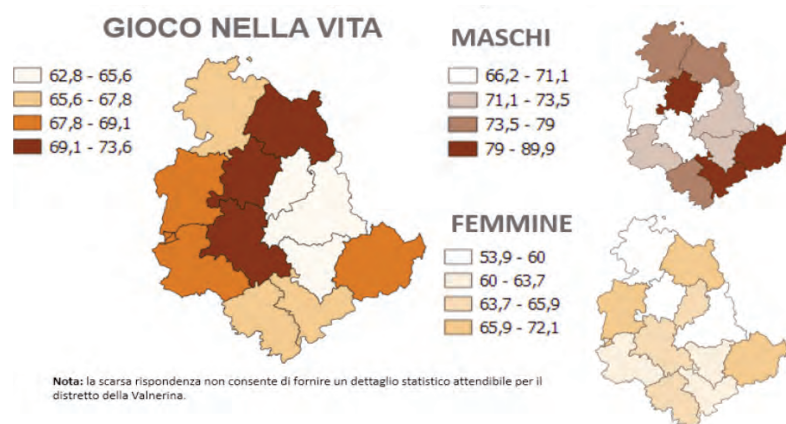
Il gioco d'azzardo nella popolazione generale

Il “disturbo da gioco d'azzardo” dal 2017 è stato inserito nei Livelli Essenziali di Assistenza come una delle forme di dipendenza verso le quali il Sistema Sanitario Nazionale garantisce ai cittadini interventi di prevenzione, cura e riabilitazione.

Secondo l'indagine GAPS – Gambling Adult Population Survey – 2019 del CNR, riguardante la popolazione generale di 18-84 anni, si stima che in Umbria il 41,8% delle persone abbia praticato giochi d'azzardo nei 12 mesi precedenti all'intervista (47,7% uomini; 36,3% donne) (Figura 4.1). Le prevalenze sono assimilabili alla media italiana (41,4%) rilevata da IPSAD 2017.

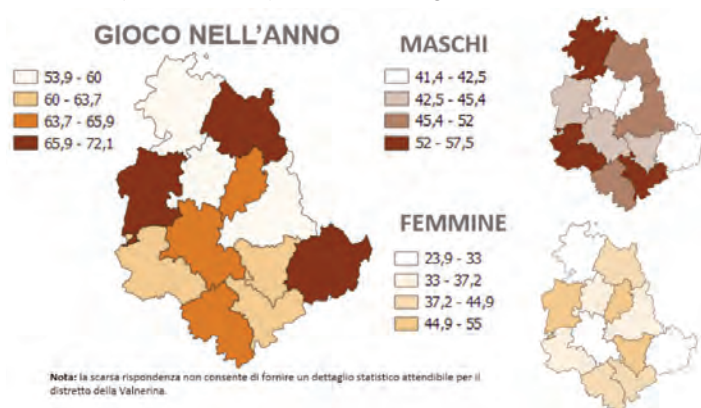
A livello territoriale la distribuzione delle prevalenze di gioco varia: relativamente al gioco nel corso della vita le percentuali più elevate si registrano nei distretti Alto Chiascio, Perugino e Media Valle del Tevere (fig. 66).

Fig. 66 – Prevalenza di gioco d'azzardo nella vita, per zona-distretto e genere nella popolazione generale (età 18-84 anni) in Umbria. Indagine GAPS – CNR



Per il gioco negli ultimi 12 mesi le percentuali più elevate sono nei distretti Alto Chiascio, Valnerina e Trasimeno (fig. 67).

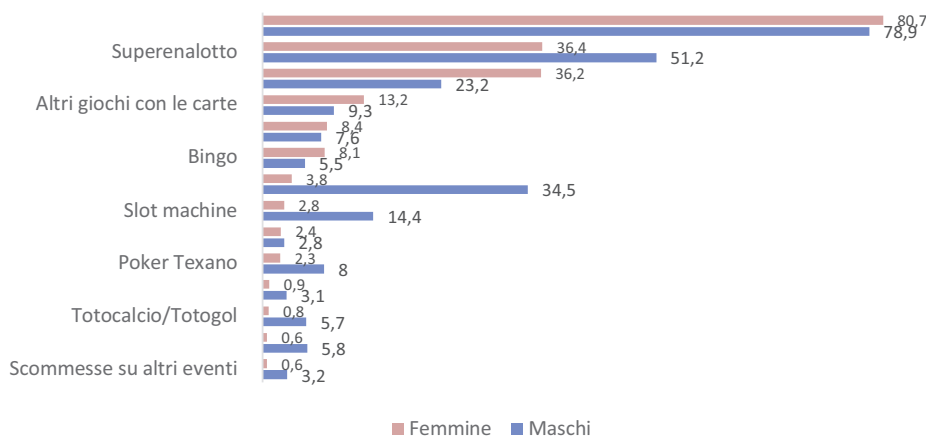
Fig. 67 – Prevalenza di gioco d'azzardo negli ultimi dodici mesi, per zona-distretto e genere nella popolazione generale (età 18-84 anni) in Umbria. Indagine GAPS – CNR



La tipologia di gioco maggiormente praticato è il Gratta&Vinci (79,8%), seguita dal Superenalotto (44,2%), dal Lotto (29,9%) e dalle Scommesse sportive (19,9%). Considerando il genere, si notano alcune differenze nel gioco degli uomini e delle donne. In particolare, oltre ai Gratta&Vinci, gioco prevalente per entrambi i sessi e con una

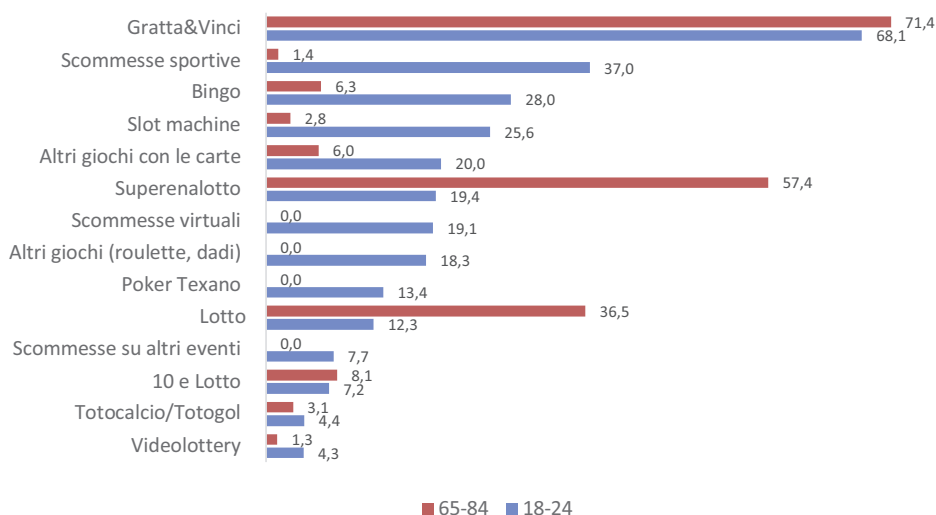
piccola differenza in favore delle femmine, queste ultime mostrano maggiore ricorso al Lotto, Altri giochi con le carte, 10 e lotto e Bingo. Le altre tipologie di gioco sono tutte prevalenti tra i maschi, con valori decisamente maggiore rispetto alle femmine nelle Scommesse sportive e nelle altre tipologie di scommesse, nel gioco alle Slot machine, alle Video Lottery e al Poker texano (fig. 68).

Fig. 68 – Prevalenza dei diversi tipi di gioco d'azzardo giocati negli ultimi dodici mesi nei maschi e nelle femmine (età 18-84 anni) in Umbria. Indagine GAPS – CNR



Considerando le fasce di popolazione più giovane (18-24 anni) e quella più anziana (65-84 anni), che rappresentano anche gruppi target specifici a maggior rischio per il disturbo da gioco d'azzardo, le tipologie di gioco praticate si ridistribuiscono. In particolare, nella fascia 65-84 anni i giochi più praticati rispetto ai giovani sono Gratta&Vinci, Superenalotto, Lotto e 10 e lotto, tutti giochi tradizionali. La popolazione di 18-24 anni mostra profili di gioco maggiori in tutte le altre tipologie di gioco, con una prevalenza maggiore per Gratta&Vinci, Scommesse sportive, Bingo e Slot machine (fig. 69).

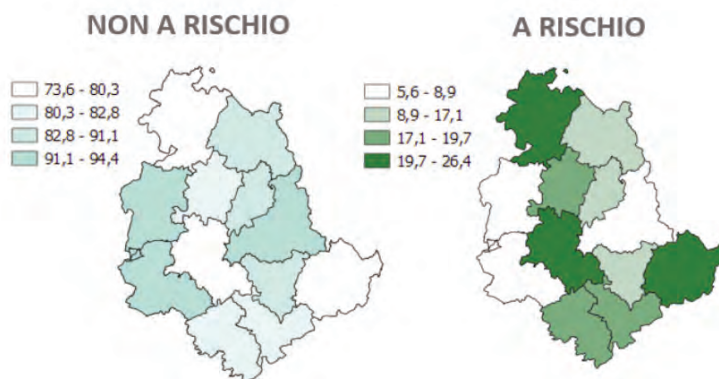
Fig. 69 – Prevalenza dei diversi tipi di gioco d'azzardo giocati negli ultimi dodici mesi nella classe d'età 18-24 anni e 65-84 anni in Umbria. Indagine GAPS – CNR



Il 15,3% di coloro che giocano soldi nella fascia d'età 18-84 anni in Umbria (in Italia il 22,2%) presenta un profilo di gioco d'azzardo a rischio. Il profilo di problematicità del gioco d'azzardo è valutato con il test CPGI (Canadian Problem Gambling Index).

La distribuzione territoriale dei profili di rischio rivela percentuali particolarmente elevate di gioco a rischio nei distretti Valnerina, Alto Tevere e Media Valle Tevere (fig. 70).

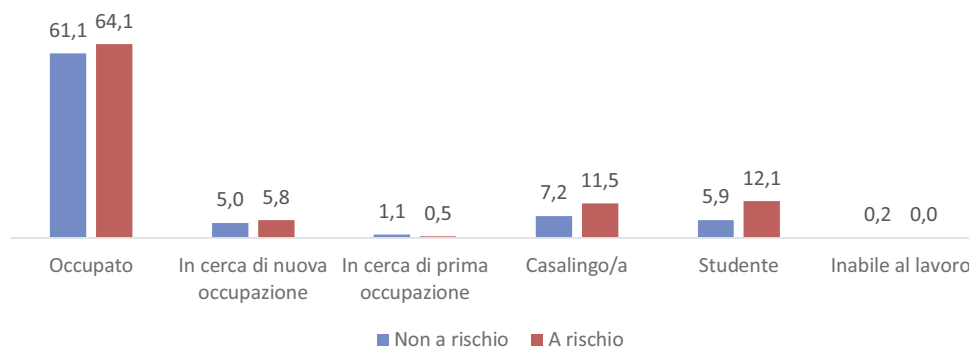
Fig. 70 – Prevalenza di gioco d'azzardo a rischio e non a rischio, per zona-distretto e genere nella popolazione generale (età 18-84 anni) in Umbria. Indagine GAPS – CNR



La maggior parte dei giocatori possiede un diploma di scuola secondaria di secondo grado, sia tra quelli a rischio (52,7%) che non (43,3%). Il 28% dei giocatori non a rischio è laureato o ha terminato un percorso post-laurea, contro il 20% di quelli con profilo a rischio.

Considerando la condizione lavorativa, la maggior parte dei giocatori riferisce di avere un'occupazione (64% a rischio; non a rischio 61%). I giocatori a rischio sono maggiormente studenti (12,1% vs. 5,9% non a rischio) e casalinghe/i (11,5% vs. 7,2%) (fig. 71).

Fig. 71 – Lo stato occupazionale dei giocatori: distribuzione percentuale per profilo di gioco nella popolazione generale (età 18-84 anni) in Umbria. Indagine GAPS – CNR



La lente dell'equità: i determinanti socioeconomici del gioco d'azzardo in Umbria

Il mercato del gioco d'azzardo, negli ultimi decenni, ha mostrato una grande espansione in tutto il mondo, sia per le nuove opportunità di gioco proposte dall'innovazione tecnologica, sia per le politiche pubbliche di liberalizzazione del mercato. L'Italia non fa eccezione e, anzi, rappresenta il mercato del gioco d'azzardo più grande in Europa e tra i più importanti nel mondo. In Italia nel 2019 la raccolta nel gioco d'azzardo è stata 110,54 miliardi di euro, in costante crescita rispetto agli anni precedenti.

Il Report regionale "La geografia del gioco d'azzardo Indagine 2020 - Dati anno 2019" redatto dal CERSAG – Centro Regionale per la Salute Globale, analizza lo status dei determinanti socioeconomici del gioco d'azzardo a livello regionale.

Nello specifico, le giocate in Umbria mostrano nell'anno 2019 una leggera diminuzione rispetto al 2018, passando da 1.055.354.387,30€ del 2018 a 1.032.209.582,26€ del 2019. Nel 2020, il dato parziale umbro è pressoché stabile, a 1.010.199.233€.

Per quanto riguarda le giocate pro-capite in tutti i tipi di gioco, la media regionale nel 2019 è 1.170 €; le cifre più elevate sono quelle dei territori del Perugino, Terni, Alto Tevere e Alto Chiascio, mentre i livelli più bassi di giocate si registrano nelle Zone di Narni Amelia, Trasimeno e Media Valle del Tevere.

Considerando gli importi suddivisi per tipologia di gioco, le giocate maggiori si concentrano in EGM, seguite dalle lotterie istantanee che spesso si configurano come alternative di gioco in assenza di EGM.

In Umbria nel 2019 si registra una leggera flessione delle giocate in EGM, apparecchi elettronici da gioco, mentre gli altri tipi di gioco mostrano una certa stabilità o una tendenza all'aumento nelle giocate.

Considerando, inoltre, i dati relativi ai soggetti autorizzati RIES, ovvero i soggetti autorizzati alla gestione di apparecchi e terminali elettronici da gioco dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, si è assistito nell'anno 2019 ad una riduzione di tali esercizi sul territorio regionale, che sono passati da un totale 1.397 nel 2016 a 1.192 alla data del 18/02/2020.

Si noti che, tra le diverse tipologie di esercizi, la riduzione risulta a carico soprattutto di soggetti come bar o esercizio assimilabile (da 882 nel 2017 a 826 nel 2020) e rivendita tabacchi e/o ricevitoria lotto (da 186 nel 2017, a 164 nel 2020), che rappresentano le tipologie di esercizio più diffuso ed anche accessibile ad ogni persona.

La diminuzione dell'offerta, come noto dalla letteratura, rappresenta il primo deterrente per il gioco tramite EGM e non solo. Nel lavoro di analisi presentato e realizzato dal CERSAG è dimostrata la relazione positiva esistente tra numero dei soggetti RIES e importo delle giocate, confermando quanto emerso dalla letteratura per cui maggiori sono le opportunità di gioco presenti su un territorio e maggiore è l'importo delle giocate stesse (Figura 8.4).

Si evidenzia anche una correlazione positiva tra giocate totali e reddito, per cui le giocate sono maggiori nelle zone a più alto reddito, confermando quanto affermato dalla letteratura. Ci sono alcune eccezioni però, come, la Valnerina e l'Alto Chiascio che mostrano i livelli più bassi di reddito ma hanno anche dei valori elevati nelle giocate.

In tal senso è importante ricordare il maggior rischio di esposizione al gioco per le fasce di popolazione meno abbienti, più soggette ad un aumento del rischio per il disturbo da gioco. Infatti, i gruppi a più alto reddito confermano tassi più elevati di partecipazione al gioco, ma va tenuto a mente che le conseguenze negative del gioco sono maggiori per i gruppi a basso reddito.

Percezione della conoscenza dei Servizi Sanitari

Lo studio GAPS (Gambling Adult Population Survey) Umbria 2019 del CNR presenta una sezione in cui viene indagata la conoscenza e la percezione dei Servizi Sanitari da parte della popolazione umbra di 18-84 anni. Nello specifico, il 43% dei rispondenti riferisce di essere “per niente/poco” informato sulle modalità di accesso ai Servizi Sanitari. In particolar modo la scarsa informazione si osserva tra i maschi (48% vs. 39% delle femmine) e aumenta progressivamente passando dalle fasce di età più anziane alle più giovani, con valori che vanno dal 36% dei 65-84enni al 55% dei 18-24enni. Il 48% e il 9% dei rispondenti ritengono di avere rispettivamente “abbastanza” e “molte” informazioni riguardo l’accesso ai Servizi Sanitari, soprattutto tra le donne e nelle fasce maggiori di età. Stringendo il focus sui Servizi Sanitari per le dipendenze patologiche (SerD), il livello di informazione sembra diminuire, soprattutto tra i rispondenti di genere maschile e più giovani. Il 71% degli uomini e il 68% delle donne si dicono “per nulla/poco” informati sui Servizi Sanitari per le Dipendenze (dato totale 69%). Il 21% dei 18-24enni riferisce di essere “abbastanza/molto” informato rispetto al 24% dei 25-44enni e al 29% dei 45-64enni. I più informati continuano a essere i soggetti appartenenti alla fascia di età maggiore: il 41% dei 65-84enni si dice “abbastanza/molto” informato relativamente all’accesso a queste tipologie di Servizi.

Capitolo 5 – L'ambiente

Fonti dei dati: ARPA Umbria, dati Dipartimenti Prevenzione Aziendali su rilevazione MCA

L'attenzione del mondo scientifico, e più estesamente degli addetti ai lavori che si occupano di sanità pubblica, risulta sempre più frequentemente rivolta ad esplorare il nesso intercorrente tra le condizioni ambientali, le modificazioni del clima e la loro ricaduta sullo stato di salute della popolazione. L'ambiente, in altre parole, alla pari di altri fattori più direttamente connessi agli stili di vita delle persone, è, considerato un importante determinante della salute anche se la correlazione, quella dell'esposizione delle persone alle sostanze nocive presenti nell'aria, nell'acqua, nel suolo o negli alimenti, non è sempre semplice da cogliere sia per la molteplicità delle situazioni locali che per l'alto numero di fattori che concorrono a determinare, con sufficiente certezza, il rischio e la pericolosità per la salute umana.

I trasporti e il riscaldamento domestico sono responsabili di inquinanti di interesse tossicologico che destano molta preoccupazione in termini di impatto sanitario a causa dell'elevato numero di persone esposte, in ambito urbano ed extraurbano. Inoltre, le emissioni di tipo industriale contribuiscono a peggiorare ulteriormente la qualità dell'aria, prevalentemente nelle aree periferiche.

L'esposizione all'inquinamento atmosferico *indoor e outdoor* - e in particolare al materiale particolato PM (PM₁₀, PM_{2,5}), agli ossidi di azoto (NO e NO₂), nonché all'ozono (O₃) - è in grado di determinare un insieme di effetti avversi sulla salute delle persone esposte già ampiamente descritti nella letteratura scientifica accreditata.

Qualità dell'aria

Nella nostra regione è pienamente funzionante una rete di monitoraggio della qualità dell'aria composta da 25 stazioni di rilevazione collocate sia nei principali agglomerati urbani (Perugia, Terni, Foligno, Città di Castello, Gubbio, Orvieto, Spoleto, Narni), che nei pressi delle aree ad elevata concentrazione di stabilimenti industriali (Acciaierie Speciali di Terni, cementifici di Gubbio, etc.); dal complesso delle analisi sulle fonti di inquinamento ambientale, con particolare riferimento alla qualità dell'aria, emergono le seguenti considerazioni relative a tutto il territorio regionale:

- il settore domestico, in particolare con riferimento alla combustione della legna, è il settore dominante per le emissioni di particelle sospese con diametro inferiore a 2,5 micron (50%) e 10 micron (37%), monossido di carbonio (24%) e, anche se in misura minore, composti organici volatili (12%); la combustione della legna è inoltre la sorgente largamente prevalente per le emissioni degli idrocarburi policiclici aromatici (82-87%);
- il settore del traffico stradale è il settore prevalente per le emissioni di ossidi di azoto (circa il 40%) e monossido di carbonio e gioca un ruolo non trascurabile nelle emissioni di particelle sospese e benzene;
- il settore della produzione di cemento ha un ruolo molto importante nelle emissioni di ossidi azoto (26%), è la principale sorgente di emissione di arsenico (35%) ed una importante sorgente di emissione di benzene (14%);
- le centrali termoelettriche hanno un ruolo predominante nelle emissioni di ossidi di zolfo (66%);
- le sorgenti industriali sono complessivamente le principali sorgenti di emissione per i metalli;
- l'acciaieria è la principale sorgente di emissione di cadmio (77%) e nichel (29%) ed una importante sorgente per l'arsenico (15%);
- la produzione di laterizi è una importante fonte di emissione di arsenico (18%);
- il vetro è un importante fonte di emissione di arsenico (11%);
- la combustione nelle caldaie del domestico (28%), industria (15%) e terziario (7%) è la componente principale delle emissioni di nichel.

Specializzando l'analisi sulle tre aree urbane di Perugia-Corciano, Foligno e Terni con riferimento agli inquinanti a rischio di superamento (ossidi azoto e particelle sospese con diametro inferiore a 10 micron) si ottiene che:

per l'area urbana di Perugia-Corciano

- il settore domestico, in particolare con riferimento alla combustione della legna, è il settore dominante per le emissioni di particelle sospese con diametro inferiore a 10 micron (32%);
- il settore dei calcestruzzi contribuisce per il 18% sulle emissioni di PM10 per la presenza di due grandi impianti di produzione;
- il settore del traffico stradale è quello prevalente per le emissioni di ossidi di azoto (circa il 75%) e gioca un ruolo non trascurabile nelle emissioni di particelle sospese (18%);

per l'area urbana di Foligno:

- il settore domestico, in particolare con riferimento alla combustione della legna, è dominante per le emissioni di particelle sospese con diametro inferiore a 10 micron (34%);
- il settore dei calcestruzzi contribuisce al 5% delle emissioni per la presenza di due grandi impianti di produzione;
- il settore del traffico stradale è prevalente per le emissioni di ossidi di azoto (circa il 69%) e gioca un ruolo non trascurabile nelle emissioni di particelle sospese.

per l'area urbana Terni:

- il settore domestico, in particolare con riferimento alla combustione della legna, è dominante per le emissioni di particelle sospese con diametro inferiore a 10 micron (28%);
- non trascurabile è il peso sulle emissioni dell'attività dedicata alla produzione di ferro e acciaio (22%) la quale gioca un ruolo altrettanto rilevante sulle emissioni di ossidi di azoto (23%);
- il settore del traffico stradale è prevalente per le emissioni di ossidi di azoto (circa il 42%).

Attualmente è in corso una procedura di aggiornamento e integrazione del Piano Regionale per la Qualità dell'Aria (PRQA) attivata sulla base degli esiti del monitoraggio delle concentrazioni degli inquinanti sul territorio regionale e tenendo conto dell'inventario regionale delle emissioni aggiornato al 2015 nonché degli specifici studi di caratterizzazione delle polveri elaborati da ARPA Umbria.

Qualità delle acque destinate al consumo umano

Al fine di garantire che le acque destinate al consumo umano soddisfino i requisiti la norma vigente prevede che per la verifica della qualità dell'acqua siano effettuati controlli interni da parte del Gestore e controlli esterni da parte della ASL.

Con DGR n. 276 del 16/04/2020, è stato adottato il "Programma Regionale di Controllo per la tutela della salute della popolazione relativamente alle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano in attuazione delle disposizioni contenute nel decreto legislativo 15 febbraio 2016, n. 28 e nel decreto del Ministro della salute 2 agosto 2017.

Al fine di rendere pubblici i dati relativi alla qualità delle acque destinate al consumo umano è disponibile uno specifico sito internet, denominato "L'Acquachebevo" promosso dalla Regione Umbria e realizzato dall'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale in collaborazione con le Aziende Sanitarie umbre e i Gestori dei servizi idrici, sul quale è possibile reperire i risultati dei controlli e ogni informazione sulle acque potabili erogate in Umbria dalla rete di acquedotti pubblici.

Qualità delle acque di balneazione

In Umbria sono individuate 21 aree balneabili, delle quali 15 localizzate nel lago Trasimeno, 5 nel lago di Piediluco e 1 nel laghetto artificiale Chico Mendes, situato nel comune di Terni.

Durante la stagione balneare (1 maggio - 30 settembre), tutte le acque di balneazione **vengono monitorate** per la rilevazione mensile dei parametri *Escherichia coli* ed *Enterococchi intestinali*, individuati come significativi ai fini della determinazione dei fenomeni di contaminazione microbiologica delle acque. Obiettivo del monitoraggio è quello di valutare la qualità igienico-sanitaria al fine di garantirne l'uso per scopi ricreativi, in base ai criteri di conformità riportati di seguito (tab. 31).

Tab. 31 - Criteri per la determinazione della conformità delle acque di balneazione

Parametri	Valori limite
Enterococchi intestinali	500 n**/100 ml
Escherichia coli	1000 n**/100 ml

(**)n = UFC per EN ISO 9308-1 (*E. coli*) e EN ISO 7899-2 (Enterococchi) o MPN per EN ISO 9308-3 (*E. coli*) e EN ISO 7899-1 (Enterococchi)

I controlli analitici effettuati negli ultimi dieci anni da ARPA Umbria fanno registrare una qualità delle acque di balneazione classificata "Eccellente". Nel Lago Trasimeno, interessato da fenomeni di proliferazione algale particolarmente intensa nel mese di agosto di ogni anno, viene effettuato anche un Programma di sorveglianza, finalizzato all'individuazione tempestiva dei rischi per la salute dei bagnanti derivanti da proliferazione cianobatterica, ai sensi dell'art. 11 del D.lgs. 116/08.

Prevenzione, controllo sanitario e bonifica dell'amianto

Nella nostra regione, negli anni 2009-2011, è stato effettuato un censimento teso al monitoraggio dei siti, pubblici e privati, in cui erano presenti, in varia forma, materiali contenenti amianto (MCA). Sulla base di tale rilevazione, per i siti pubblici (due edifici che ospitavano scuole pubbliche), è stato avviato e portato a termine il processo di bonifica attraverso la rimozione e lo smaltimento dei MCA mentre per i siti privati si è dato avvio ad una campagna di informazione e sensibilizzazione dei proprietari di manufatti contenenti MCA.

Anche sulla base delle sollecitazioni di cui sopra, negli ultimi dieci anni, è continuata l'opera di rimozione e smaltimento dei MCA presenti nei manufatti privati; a tal proposito, solamente negli ultimi tre anni risulta che, sulla base dei dati dichiarati dalle Ditte specializzate pervenuti al Servizio Prevenzione (complessivamente n. 119 dichiarazioni), sono stati bonificati n. 234 siti dai quali è stato rimosso un quantitativo di MCA pari a 5.539 tonnellate. Contemporaneamente nell'ultimo quinquennio i competenti Servizi sanitari hanno raccolto ed esaminato complessivamente n. 2.176 pratiche distinte in piani di lavoro per la bonifica amianto (ex art. 256 punto 2 D.Lgs. 81/08) e notifiche (ex art. 250 D. Lgs. 81/08) di rimozione e smaltimento, mentre, nello stesso periodo, sono stati complessivamente 1.421 i cantieri ispezionati per amianto.

Particolare attenzione è stata posta nel controllo sanitario dei lavoratori esposti ad amianto; nel corso dell'ultimo quinquennio è proseguita l'attività di sorveglianza medica ed epidemiologica sui lavoratori ex esposti ad amianto attraverso la realizzazione da parte dei competenti Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione di n. 223 interventi.

Capitolo 6 – I programmi di popolazione

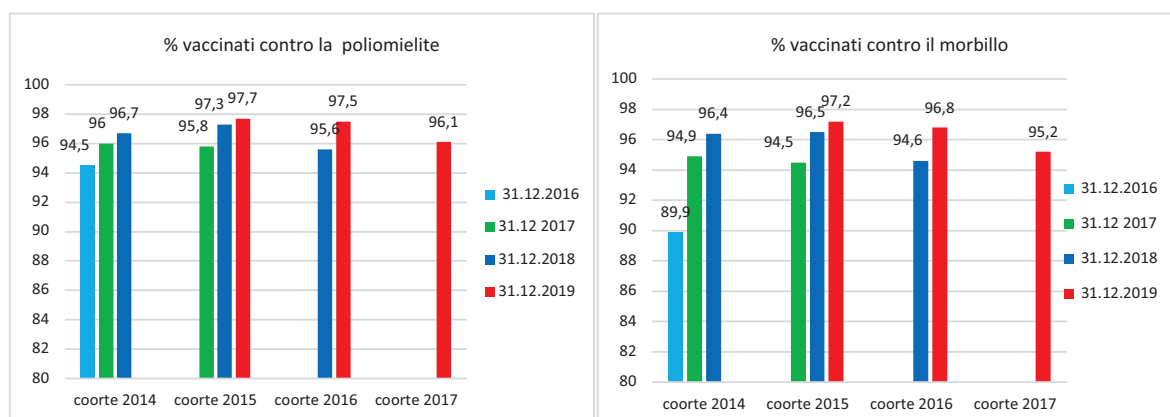
Fonti dei dati: anagrafe regionale vaccinazioni, sistema informativo screening, PASSI, PDA, MeS

Vaccinazioni

Relativamente alle attività di prevenzione vaccinale, va innanzitutto ricordato l'Umbria ha sempre registrato, nel corso degli ultimi anni, coperture vaccinali al di sopra della media nazionale, grazie ad una continua valutazione della qualità del servizio offerto.

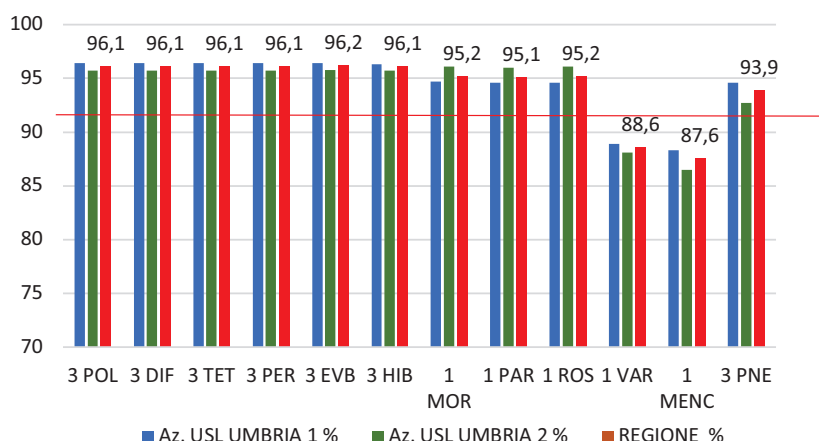
In figura 72 si riportano i dati di copertura registrati annualmente (al 31 dicembre del periodo 2016 - 2019, per i nati dal 2014 al 2017) nonché gli incrementi, relativi al vaccino antipolio contenuto nella vaccinazione esavalente e per quello contro il morbillo: per quest'ultimo si è avuto l'incremento maggiore e, comunque, tutti i nati dal 2014 al 2017 sono coperti per più del 95%

Fig. 72 - Incremento delle coperture vaccinali a 24 mesi, nei confronti della poliomielite (III dose) e del morbillo (I dose) dopo l'introduzione dell'obbligo



Le coperture vaccinali a 24 mesi, rilevate al 31.12.2019 sono state, per le vaccinazioni "obbligatorie", tutte superiori al 95%, con lievi differenze a livello territoriale (fig. 73).

Fig. 73 - Coperture vaccinali a 24 mesi rilevate al 31.12.2019



Per rendere più agevole la trasmissione dei dati all'Anagrafe Nazionale Vaccini e per acquisire ulteriori funzioni utili al governo del processo vaccinale nel suo insieme (appuntamenti, registrazione, produzione di report per la valutazione delle attività, ecc.) è stata quindi allineata l'anagrafe vaccinale con quella sanitaria, ed è stato quindi acquisito, in riuso, un nuovo sistema gestionale al quale verrà data la possibilità di accesso anche a MMG e PLS.

Il Sistema è stato quindi utilizzato immediatamente per la gestione delle vaccinazioni anti CoV-Sars-2.

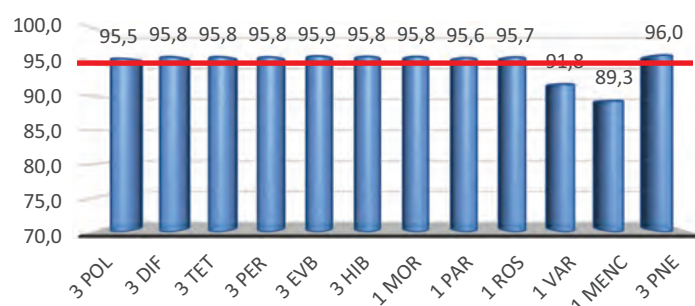
Vaccinazioni e pandemia

Con il verificarsi della pandemia da Sars-CoV-2, all'interno delle indicazioni contenute nel "Piano Gestione Attività territoriali Emergenza Coronavirus" è stata rimodulata l'attività dei Servizi vaccinali, garantendo inizialmente il mantenimento della chiamata attiva per le vaccinazioni essenziali (Esavalente + 1 Prevenar + 1 Rotavirus, 2 Esavalente + 2 Prevenar + 2 Rotavirus, 1 – 2 e 3 MENB, MPRV + MENC, MEN4 C nella coorte degli undicenni). Erano state invece sospese nella prima fase le chiamate per 3 ESAVALENTE + 3 PREVENAR, 4 MENB, 4 DTPP e 2 MPR(V), MEN4 C nella coorte dei diciottenni, 5 DTPP, 6 DTP, ANTIPAPILLOMAVIRUS ai dodicenni.

Successivamente, per evitare che una prolungata riduzione delle vaccinazioni potesse provocare un aumento di suscettibili e un maggior rischio di diffusione di malattie infettive prevenibili con vaccino, è stato necessario riprogrammare l'attività dei servizi vaccinali, alla luce dello scenario epidemiologico connesso all'epidemia di Sars-CoV2 e, a partire dalla seconda metà di giugno 2020 (prima con DGR n. 374 del 13/05/2020 "Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 2" e quindi con DGR n. 467 del 10/06/2020 "Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 3") sono state date disposizioni riguardo alla ripresa di diverse attività sanitarie, tra le quali anche quelle relative alle vaccinazioni.

Ogni azienda Sanitaria ha pertanto elaborato un piano d'azione ad hoc per il recupero delle dosi di vaccini non somministrate a causa della emergenza epidemica, prevedendo gli inviti vaccinali per il recupero delle dosi di vaccino non somministrate nel periodo interessato alla sospensione e il piano di recupero impostato dalle Aziende territoriali ha permesso il riallineamento quasi totale dei target di copertura dell'anno 2020, come evidenziato in figura 74.

Fig. 74 - Coperture vaccinali a 24 mesi rilevate al 31.12.2020 e aggiornate al 15.06.2021



Vaccinazione contro l'HPV

Anche i dati di copertura per HPV, aggiornati al 15.06.21, comprensivi dei recuperi delle somministrazioni non eseguite nel 2020, evidenziano come, sia per le femmine che per i maschi, sebbene si registri una flessione di circa tre punti percentuali, si avvicinino molto a quelle registrate per la coorte precedente e, presumibilmente, siano ancora sopra la media del Paese (tabb. 32, 33 e 34).

Tab. 32 - Coperture vaccinali per HPV al 15.06.2021 nella coorte dei nati nel 2008. Umbria

Coperture % HPV al 15.06.2021	Popolazione Target	I dose	II dose
Coorte 2008 (F)	4026	78,37	66,32
Coorte 2008 (M)	4159	69,63	58,11

Tab. 33 - Coperture vaccinali per HPV in Italia al 31.12.2019 nella coorte dei nati nel 2007 - Femmine
Dati pubblicati dal Ministero della Salute

Regione	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo
Piemonte	19103	78,70	68,68
Valle d'Aosta	585	76,75	50,77
Lombardia	48152		39,14
Prov. Aut. Bolzano	2705	50,54	26,03
Prv. Aut. Trento	2647	72,80	60,45
Veneto	23153	52,29	30,57
Friuli-Venezia Giulia	5031	45,54	17,31
Liguria	6047	65,98	48,83
Emilia-Romagna	20233	79,79	60,72
Toscana	15891	74,15	59,69
Umbria	3961	81,19	72,36
Marche	6930	55,56	37,62
Lazio	26683	52,15	28,79
Abruzzo	5672	48,43	30,77
Molise	1263	68,80	48,46
Campania	29861	50,95	33,58
Puglia	18274	75,20	56,46
Basilicata	2298	70,89	51,61
Calabria	8365	57,29	39,90
Sicilia	25512	43,90	25,89
Sardegna	6460	47,38	27,43
Italia	278826	49,97	41,60

Tab. 34 - Coperture vaccinali per HPV in Italia al 31.12.2019 nella coorte dei nati nel 2007 - Maschi
Dati pubblicati dal Ministero della Salute

Regione	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo
Piemonte	20317	65,55	56,25
Valle d'Aosta	632	68,67	45,73
Lombardia	51344		32,33
Prov. Aut. Bolzano	3077	43,06	20,77
Prov. Aut. Trento	2739	66,81	55,64
Veneto	24261	48,67	28,30
Friuli-Venezia Giulia	5179	43,60	16,30
Liguria	6487	52,80	31,49
Emilia-Romagna	21752	74,02	54,57
Toscana	17168	59,19	43,84
Umbria	4203	72,66	62,96
Marche	6333	53,53	30,25
Lazio	28622	30,42	15,01
Abruzzo	5915	35,33	22,25
Molise	1343	51,60	38,12
Campania	31215	24,26	14,00
Puglia	19597	67,81	48,72
Basilicata	2488	62,14	42,81
Calabria	8626	41,83	30,61
Sicilia	25180	29,87	20,27
Sardegna	6782	36,46	22,80
Italia	293260	39,08	32,25

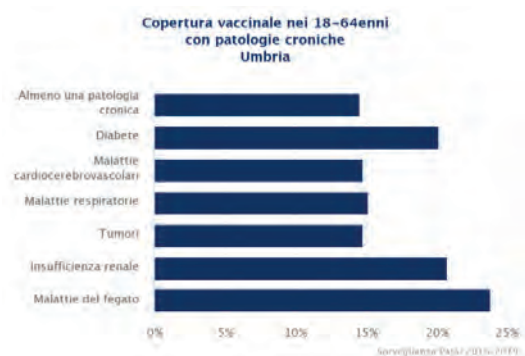
Preso atto del riavvio delle attività routinarie dei servizi vaccinali è stata data indicazione alle Aziende USL (DGR 531/2021) di predisporre, entro l'ultimo semestre del 2021, quanto necessario per dare piena attuazione al Piano Vaccini Nazionale e, quindi, per avviare:

- l'offerta attiva e gratuita, con invito alla somministrazione, per la vaccinazione contro l'Herpes Zoster alla coorte dei 65enni (partendo dalla coorte 1956 nel 2021) e nelle categorie a rischio previste dal PNPV, mantenendo la gratuità per le coorti degli aventi diritto per le quali è stata comunque già offerta gratuitamente, su richiesta, dopo il recepimento del PNPV
- l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti HPV alle ragazze di 25 anni, non vaccinate in precedenza, in occasione della prima chiamata per lo screening del tumore del collo dell'utero;
- l'offerta attiva e gratuita del vaccino anti HPV alle donne con storia documentata di lesioni da HPV recentemente trattate, in tutte le occasioni utili di contatto con il servizio sanitario regionale, fino all'età di 64 anni.

Vaccinazione antinfluenzale

I dati PASSI riferiti al periodo 2016-2019 evidenziano che il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale fra gli adulti di **18-64 anni** non è molto frequente: appena il 6% degli umbri in questa fascia di età risulta essersi vaccinato. In particolare circa il 5% risulta vaccinarsi prima dei 50 anni di età.

L'Umbria, per il periodo considerato, mostra valori di copertura vaccinale più bassi rispetto alla media italiana e, come il resto d'Italia, mostra nel corso degli anni una riduzione del ricorso alla vaccinazione antinfluenzale.



Anche fra le persone affette da patologie croniche, il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale, malgrado venga raccomandato, è molto lontano dall'atteso: meno di

1/6 delle persone fra i 18 e i 64 anni affette da patologia cronica (malattia cardiovascolare, diabete, insufficienza renale, malattia respiratoria cronica, tumore, malattia cronica del fegato) hanno fatto ricorso alla vaccinazione contro l'influenza. Anche in questo

gruppo di persone più vulnerabile il ricorso alla vaccinazione è andato riducendosi nel corso degli anni.

Tra i diabetici (20%) e coloro che riferiscono malattie del fegato (24%) il ricorso alla vaccinazione è più frequente rispetto a quanto si osserva fra le persone affette da altre patologie croniche.

Tra gli **ultra 64enni** umbri il ricorso alla vaccinazione antiinfluenzale è maggiore, anche se inferiore all'indicazione di copertura raccomandata (75%): solo il 61% riferisce infatti di essersi vaccinato. La percentuale è comunque superiore rispetto al dato medio nazionale.

La vaccinazione è particolarmente importante nelle persone affette da alcune patologie croniche (come le patologie dell'apparato respiratorio, e dell'apparato cardio-vascolare, il diabete, l'insufficienza renale e i tumori) patologie peraltro piuttosto frequenti in età anziana. Il 69% degli anziani intervistati che ha riferito la diagnosi di almeno una fra queste patologie ha effettuato la vaccinazione; il ricorso alla vaccinazione è stato più alto tra coloro che sono affetti da una malattia respiratoria cronica, tra i cardiopatici, tra coloro che hanno avuto un episodio di ictus, tra le persone con tumori o malattie croniche del fegato, tra i diabetici, mentre è stato più basso fra le persone con insufficienza renale.

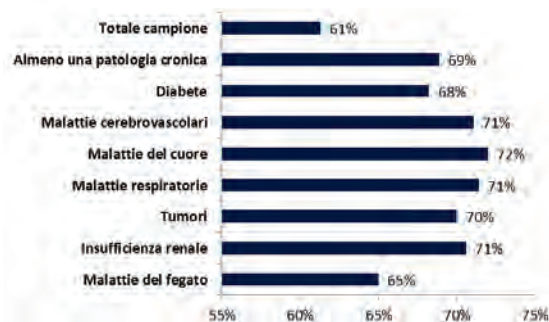
Il 79% degli anziani intervistati riferisce di aver ricevuto il consiglio a vaccinarsi dal proprio medico di famiglia.

Nell'attuale contesto epidemiologico la vaccinazione antinfluenzale ha assunto una indubbia rilevanza; infatti i risultati ottenuti nella campagna vaccinale 2020-2021, confrontati con quelli del resto del Paese, e relativi alle dosi somministrate e alle coperture raggiunte, sono decisamente migliori di quelli del periodo precedente con **coperture negli anziani e nel complesso della popolazione decisamente superiori alla media nazionale** (dati pubblicati dal Ministero della Salute), anche se ancora sono migliorabili le coperture nelle fasce di età più giovani (tabb. 35 e 36).

Copertura vaccinale nei 18-64enni per regione di residenza
Passi 2016-2019



Copertura vaccinale negli ultra 64enni con patologie croniche - Umbria 2016-19



Tab. 35 - Vaccinazione antinfluenzale 2020-2021. Dosi vaccinali per Regione

Regione	6_23_mesi	2_4_anni	5_8_anni	9_14_anni	15_17_anni	18_44_anni	45_64_anni	65_anni	Totale
PIEMONTE	1091	3454	4649	5428	1925	46944	178397	693449	935.337
VALLE D'AOSTA	104	387	399	217	62	1259	4963	15880	23.271
LOMBARDIA	7588	52669	54702	43447	10309	102785	270730	1388892	1.931.122
PA BOLZANO	111	329	488	504	201	4622	12369	43832	62.456
PA TRENTO	2392	4405	3530	1570	623	18974	33790	81109	146.393
VENETO	6763	17816	16662	10377	6822	67825	241270	681009	1.048.544
FRIULI	2380	6270	4522	1651	660	18095	62779	212883	309.240
LIGURIA	2635	15593	8499	3586	2026	40770	101815	297075	471.999
EMILIA ROMAGNA	1575	6613	9076	9727	4311	96592	274383	756950	1.159.227
TOSCANA	7515	21755	20966	24054	6305	91058	238037	623653	1.033.343
UMBRIA	791	2079	1862	1701	502	10996	39504	175330	232.765
MARCHE	1765	7437	7497	2307	1410	36107	86600	248129	391.252
LAZIO	12411	35303	30977	23288	7756	166714	420554	873901	1.570.904
ABRUZZO	730	2480	2518	1928	1222	17092	1764	202870	230.604
MOLISE	232	1120	1014	557	174	3303	12701	47386	66.487
CAMPANIA	12624	31144	41301	21297	10019	76520	311985	738747	1.243.637
PUGLIA	6478	26824	32027	31037	7476	101241	248926	550644	1.004.653
BASILICATA	254	2055	3255	2596	1592	5244	14989	73868	103.853
CALABRIA	1266	8304	6048	2267	1287	19332	67421	335446	441.371
SICILIA	5373	10589	8494	9358	9912	103643	332806	802467	1.282.642
SARDEGNA	1059	2615	5372	3268	1642	31597	89611	243333	378.497
Totale	75.137	259.241	263.858	200.165	76.236	1.060.713	3.045.394	9.086.853	14.067.537

Dati aggiornati al 24.7.2021

Tab. 36 - Vaccinazione antinfluenzale 2020-2021. Coperture vaccinali per 100 abitanti

Regione	6_23_mesi	2_4_anni	5_8_anni	9_14_anni	15_17_anni	18_44_anni	45_64_anni	65_anni	Totale
PIEMONTE	2,0	3,8	3,4	2,4	1,7	3,9	13,5	62,4	21,9
VALLE D'AOSTA	6,5	14,2	9,6	3,0	1,8	3,6	12,6	52,6	18,8
LOMBARDIA	5,3	22,1	15,5	7,4	3,6	3,4	8,8	60,6	19,4
PA BOLZANO	1,1	2,0	2,2	1,5	1,2	2,7	7,9	41,1	11,7
PA TRENTO	28,7	31,9	17,4	4,8	3,7	11,5	20,6	65,9	26,9
VENETO	10,2	16,1	10,1	3,7	4,9	4,8	15,8	59,6	21,6
FRIULI	15,9	25,3	12,1	2,6	2,1	5,5	16,7	66,5	25,8
LIGURIA	15,1	54,4	19,4	4,9	5,4	10,3	21,4	68,4	31,3
EMILIA ROMAGNA	2,6	6,5	6,0	3,9	3,6	7,4	19,9	70,1	26,1
TOSCANA	16,4	27,9	17,8	12,1	6,4	8,7	21,0	65,5	28,2
UMBRIA	7,3	11,5	6,7	3,6	2,1	4,4	15,1	77,4	26,9
MARCHE	9,2	23,0	15,2	2,8	3,4	8,2	19,0	65,0	26,1
LAZIO	16,2	26,5	15,4	7,1	4,8	9,6	23,4	67,7	27,5
ABRUZZO	4,4	8,8	6,0	2,8	3,5	4,4	0,4	64,1	17,9
MOLISE	6,5	18,9	11,7	3,9	2,3	3,7	14,1	62,3	22,4
CAMPANIA	13,9	21,4	20,0	6,0	5,3	4,0	18,7	66,1	21,9
PUGLIA	12,1	30,3	24,5	14,0	6,2	8,1	21,3	61,1	25,6
BASILICATA	3,6	17,9	19,8	9,2	10,3	3,1	9,0	56,4	19,0
CALABRIA	4,5	18,2	9,4	2,2	2,3	3,2	12,3	79,0	23,5
SICILIA	7,2	8,8	5,0	3,3	6,6	6,6	23,5	75,3	26,5
SARDEGNA	6,2	8,8	11,7	4,1	4,1	6,7	17,4	61,0	23,7
Totale	9,2	19,0	13,1	6,0	4,5	5,9	16,8	65,3	23,7

Dati aggiornati al 24.7.2021

Tab. 37 - Sintesi coperture vaccinali stagione 2019/2020- 2020/2021. Umbria

	Vaccinati 6 mesi-64 anni	% copertura 6 mesi-64 anni	Vaccinati ≥ 65anni	% copertura ≥ 65anni
Anno 2019/20	29710	4,5	145298	64
Anno 2020/21	57438	7,2	175330	77,4

Regione	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21
Piemonte	51,6	51,1	46,3	46,9	48,1	47,9	48,0	51,0	62,4
Valle d'Aosta	57,0	48,2	43,3	42,2	44,4	44,1	45,2	45,4	52,6
Lombardia	48,1	48,6	46,3	47,7	47,3	47,7	48,2	49,9	60,6
P.A. Bolzano	33,6	33,9	36,6	37,8	37,3	35,3	38,3	32,5	41,1
P. A. Trento	56,3	55,8	51,9	50,1	53,1	53,5	54,8	55,2	65,9
Veneto	58,9	56,5	53,4	54,0	55,8	55,1	55,6	53,9	59,6
Friuli Venezia Giulia	55,1	56,1	49,0	51,1	54,1	55,7	57,7	60,7	66,5
Liguria	41,6	50,4	48,6	43,7	47,9	50,1	50,1	53,0	66,4
Emilia Romagna	56,3	57,2	50,0	51,9	52,7	53,3	54,7	57,4	70,1
Toscana	58,9	60,2	49,9	52,1	54,8	55,3	56,0	56,4	65,5
Umbria	67,9	68,8	61,8	62,8	63,1	63,4	64,8	64,3	77,4
Marche	54,9	57,3	46,1	50,1	51,0	50,0	51,6	56,9	65,0
Lazio	56,6	56,8	48,3	51,0	51,3	51,8	52,3	52,7	67,7
Abruzzo	50,3	54,6	38,3	43,7	48,6	49,1	52,4	55,3	64,1
Molise	49,4	59,3	49,0	43,8	52,4	61,0	61,7	65,4	62,3
Campania	61,4	61,3	52,9	52,8	56,7	57,4	60,3	62,1	66,1
Puglia	57,1	61,0	48,6	50,8	57,4	59,4	51,4	51,4	61,1
Basilicata	58,6	58,0	43,6	47,9	49,9	53,2	66,6	60,7	56,4
Calabria	49,8	56,5	53,3	51,7	57,9	61,2	59,8	61,8	79,0
Sicilia	54,0	56,3	47,4	49,3	52,9	54,3	53,0	59,4	75,3
Sardegna	47,3	46,0	40,6	40,0	41,6	44,0	46,5	46,2	61,0
Italia	54,1	53,4	48,6	49,9	52,0	52,7	53,1	54,6	65,3

Vaccinazione antirosolia

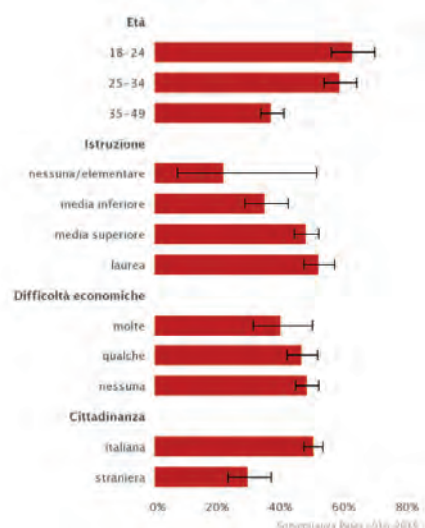
Dalle informazioni raccolte emerge in Umbria, come in Italia, la scarsa consapevolezza fra le donne in età fertile del problema legato all'infezione rubeolica in gravidanza. La quota di donne certamente suscettibili alla rosolia (perché non vaccinate e con rubeotest negativo) può sembrare relativamente contenuta (2%), tuttavia un numero piuttosto alto, quasi 4 donne su 10, non è a conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti della rosolia.

Per quanto riguarda la copertura vaccinale, il 47% delle donne dichiara di essere stata vaccinata contro la rosolia. La percentuale di donne vaccinate è significativamente maggiore tra le più giovani: è massima (63%) nella classe di età 18-24 (grazie al recupero straordinario previsto dal Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia, con l'offerta della vaccinazione nell'adolescenza) mentre nelle generazioni successive la percentuale di vaccinate diminuisce gradualmente (59% tra le 25-34enni e 37% tra le 35-49enni).

Inoltre, le vaccinate sono più frequenti tra le donne con un alto livello di istruzione, con minori difficoltà economiche e con cittadinanza italiana (50% vs 30% fra le donne straniere).

Vaccinazione antirosolia e caratteristiche socioanagrafiche – Umbria

Totale: 47,0% (IC95%: 44,3-49,7%)



Screening oncologici

L'attivazione di programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto, definiti sulla base di criteri di efficacia e qualità del percorso offerto, è sostenuta sia a livello nazionale che internazionale, poiché questi programmi si sono dimostrati efficaci nel ridurre la mortalità per specifico tumore.

Lo screening, in alcuni casi, riesce a evitare l'insorgenza del tumore o comunque consente, grazie alla diagnosi precoce, di ricorrere a interventi chirurgici e terapie meno aggressive, a notevole beneficio della qualità di vita dei pazienti.

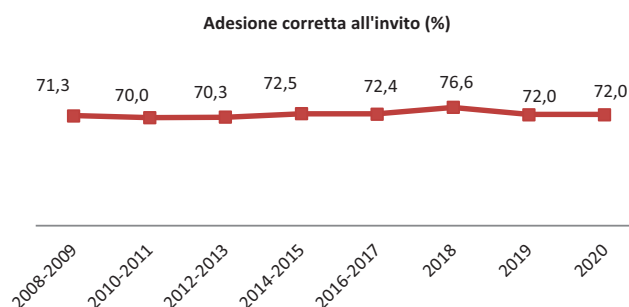
Screening mammografico

Il programma di screening mammografico è stato avviato in Umbria nel periodo 1998-2000 e ha una popolazione bersaglio pari a circa 142.000 donne tra i 50 e i 74 anni.

Secondo i dati sistema informativo regionale per gli screening la partecipazione (corretta per inviti inesitati ed esclusioni dopo invito) allo screening mammografico nel 2019 è stata pari al 72% (senza differenze tra le due Aziende USL), sopra la media italiana (55%), con valori abbondantemente sopra lo standard giudicato accettabile (60%) dal Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa) e con un trend sostanzialmente stabile.

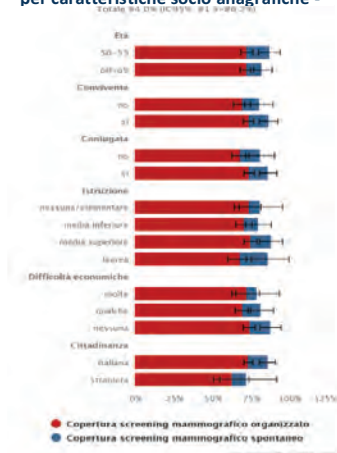
Nel 2020, la partecipazione alla mammografia di screening è stata pari al 72%, con un trend stabile nonostante l'impatto che l'epidemia da Covid-19 ha avuto anche sull'organizzazione dei programmi di screening (fig. 75).

Fig. 75 - Adesione screening per la prevenzione del tumore della mammella (%)



Nel 2020 si registra anche un allungamento dei tempi di attesa per l'approfondimento; il 74% delle donne richiamate per dubbio mammografico ha effettuato l'approfondimento entro 1 mese nel 2020 a fronte del 100% nel 2019.

Copertura screening mammografico per caratteristiche socio anagrafiche -



I dati PASSI

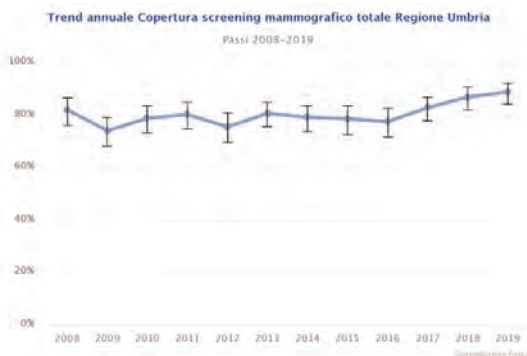
I dati PASSI riferiti al periodo 2016-2019 confermano che in Umbria circa 8 donne su 10 fra i 50 e i 69 anni si sottopongono a scopo preventivo allo screening mammografico all'interno di programmi organizzati (72%) o per iniziativa personale fuori dai programmi organizzati, sostenendo del tutto o in parte il costo dell'esame. Complessivamente la quota di donne che si sottopone allo screening mammografico è maggiore fra le coniugate o conviventi, fra le più istruite e con minori difficoltà economiche, fra le donne di cittadinanza italiana.

Tuttavia, lo screening organizzato riduce le differenze sopra descritte, consentendo una maggiore equità nell'accesso ai programmi di prevenzione.

Nonostante ciò una quota non trascurabile di 50-69enni non si è mai sottoposta a una mammografia a scopo preventivo o lo ha fatto in modo non ottimale: 5 donne su 100 non hanno mai fatto una mammografia e altre 11 su 100 riferiscono di averla

effettuata da oltre due anni. La motivazione più frequentemente addotta per la mancata esecuzione dello screening è l'idea di non averne bisogno (20%) e non aver ricevuto una convocazione (26%).

In Umbria la copertura dello screening mammografico raggiunge valori migliori rispetto alla media italiana, con un comportamento simile alle regioni del Nord Italia. Il confronto tra le due aziende non mostra differenze significative.



A conferma della ormai consolidata presenza dei programmi di screening organizzati nel territorio umbro, la percentuale di donne che si sottopone alla mammografia preventiva mostra nel tempo un andamento stabile, a differenza del dato di pool

nazionale in cui si registra un incremento statisticamente significativo.

L'efficacia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di input ricevuti dalla donna (lettera di invito a partecipare al programma organizzato dalla Asl, il consiglio di sottoporsi a mammografia da parte del medico operatore sanitario), ma la combinazione più efficace, che migliora l'adesione allo screening, si conferma anche in Umbria essere l'invito da parte della Asl associato al consiglio del medico operatore sanitario.



Screening coloretale

Il programma di screening coloretale è stato avviato in Umbria nel 2006, ha una popolazione bersaglio pari a circa 276.000 persone (donne e uomini) tra i 50 e i 74 anni e invita le donne e gli uomini fra i 50 e i 74 anni ad effettuare a domicilio un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni. L'adesione all'invito nel 2019 è stata pari al 45,1% (46,4 % nella Usl Umbria 1 e 43,5% nella Usl Umbria 2), sopra la media italiana (41%) anche se in lieve calo rispetto al biennio precedente (47,2%) e in linea con lo standard di accettabilità proposto dal Gruppo Italiano per lo Screening Coloretale (GISCoR) per questo indicatore (45%).

L'adesione all'invito nel 2020 ha per questo screening risentito dell'impatto dell'epidemia da Covid-19, con un valore in flessione pari al 41% (fig. 76).

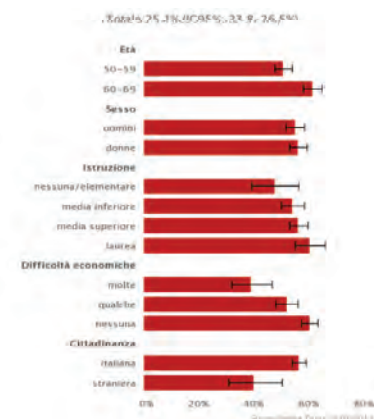
Fig. 76 - Adesione screening per la prevenzione del tumore del colon retto (%)



I dati PASSI

In Umbria il 48% dei 50-69enni intervistati riferisce di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali a scopo preventivo, nei tempi e modi raccomandati (ricerca del sangue occulto fecale - Sof, negli ultimi due anni, oppure una colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi cinque anni).

Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni per caratteristiche socio anagrafiche - Umbria



raggiunte da nessun intervento.

È più frequente che a questo esame si sottopongano i 60-69enni, coloro che riferiscono minori difficoltà economiche e i cittadini italiani.

In Umbria la copertura dello screening colorettale totale (dentro e fuori i programmi organizzati) raggiunge valori migliori rispetto alla media nazionale. Il dato mantiene un andamento sostanzialmente stabile nel tempo.

Il 76% della popolazione target riferisce di essere stato raggiunto da un qualche intervento di promozione dello screening (lettera della Asl, consiglio, campagna informativa), la cui efficacia cresce all'aumentare del numero di input ricevuti, raggiungendo il massimo con la combinazione di tutti gli interventi. L'adesione allo screening è pressoché nulla per le persone non



Screening cervicale

Il programma di screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina è stato avviato in Umbria nel periodo 1999-2000. Attualmente è stata completata la fase di transizione dal Pap-test al test HPV primario a intervallo quinquennale per le donne in fascia d'età 30-64 anni; pertanto viene offerto il Pap-test ogni tre anni alle donne tra 25 e 29 anni e il test HPV (per la ricerca del Papilloma Virus Umano) ogni 5 anni alle donne tra i 30 e i 64 anni.

La popolazione bersaglio complessiva è pari circa a 238.600 donne tra i 25 e i 64 anni (21.000 tra i 25 e i 29 anni, 217.600 tra i 30 e i 64 anni).

Nel 2019 hanno aderito il 76% delle donne invitate (76,6% nella Usl Umbria 1 e 75,3% nella Usl Umbria 2) con un trend in ripresa rispetto al periodo di transizione, nel quale comunque l'adesione all'invito ha riportato valori sopra la media italiana (40%).

Nel 2020 l'adesione all'invito anche per questo screening è stata pari al 70% delle donne invitate, in lieve flessione probabilmente per l'impatto dell'epidemia (fig. 77).

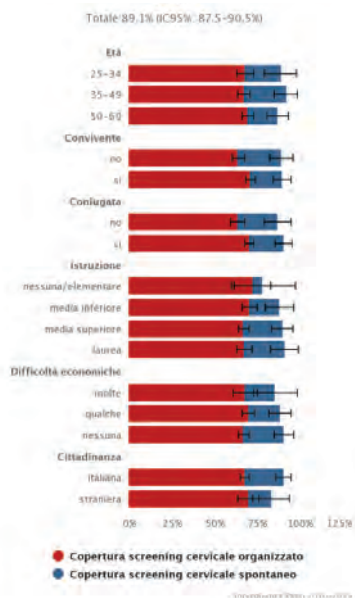
Fig. 77 - Adesione screening del tumore della cervice uterina (%)



I dati PASSI

In Umbria oltre 8 donne su 10, fra i 25 e i 64 anni, si sottopongono a scopo preventivo allo screening del tumore della cervice uterina (Pap-test o Hpv test secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali) all'interno di programmi organizzati (68%) o per iniziativa personale (21%) fuori dai programmi organizzati, sostenendo del tutto o in parte il costo dell'esame.

Copertura screening cervicale per caratteristiche socioanagrafiche - Umbria



Complessivamente la quota di donne che si sottopone allo screening cervicale è maggiore fra le più istruite, fra coloro che riferiscono minori difficoltà economiche e fra le donne di cittadinanza italiana.

L'offerta dello screening organizzato riesce a ridurre le disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione: dai dati di copertura non emergono infatti differenze significative di ricorso allo screening per nessuna delle variabili presenti nel sistema, a conferma del buon consolidamento dei programmi nel territorio regionale e dell'equità dell'offerta.

Nonostante ciò, il 5% delle donne riferisce di non essersi mai sottoposta allo screening e l'9% di averlo fatto da più tempo del periodo raccomandato. La motivazione più frequentemente addotta per la mancata esecuzione dello screening è l'idea di non averne bisogno (22%) o di non aver avuto tempo (18%).

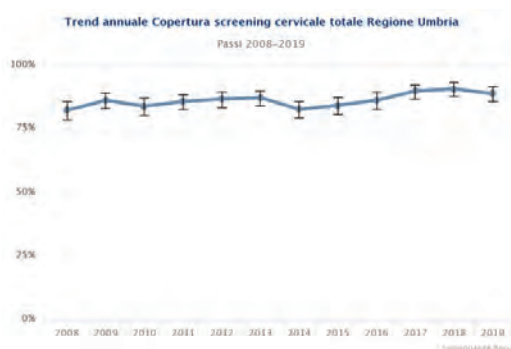
La copertura dello screening cervicale non è uniforme sul territorio nazionale: c'è un chiaro gradiente Nord-Sud a sfavore delle regioni del Sud Italia.

In questo contesto l'Umbria si conferma una delle regioni più virtuose, con un dato migliore rispetto al valore medio nazionale.

Copertura screening cervicale totale per regione di residenza - Passi 2016-2019



Nel tempo si osserva in Umbria la tendenza ad un continuo aumento delle donne che



effettuano lo screening cervicale all'interno dei programmi organizzati.

Lo stesso trend si osserva a livello nazionale confermando l'efficacia dei programmi di prevenzione organizzati offerti alla popolazione e ormai consolidati nel tempo.

L'intervento più efficace nel migliorare l'adesione allo screening, si conferma essere l'invio della lettera di invito da parte della Asl, associato al consiglio del medico operatore sanitario.

Screening oncologici e pandemia

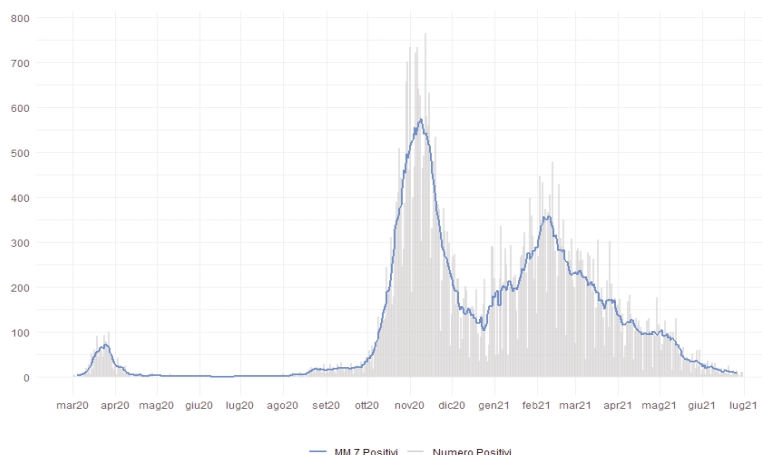
Come evidenziato dai dati di adesione riferiti al 2020, gli screening in Umbria hanno resistito molto bene all'impatto dell'epidemia, anche grazie allo sforzo imponente fatto nell'ultimo trimestre del 2020 per recuperare le prestazioni rimaste sospese. L'adesione ha subito un lieve calo (intorno al 10%) per lo screening cervicale e per quello coloretale, mentre a livello nazionale si sono registrati cali più consistenti dell'adesione (15-20%) per tutti e tre gli screening.

Capitolo 7 - L'epidemia da SARS CoV2

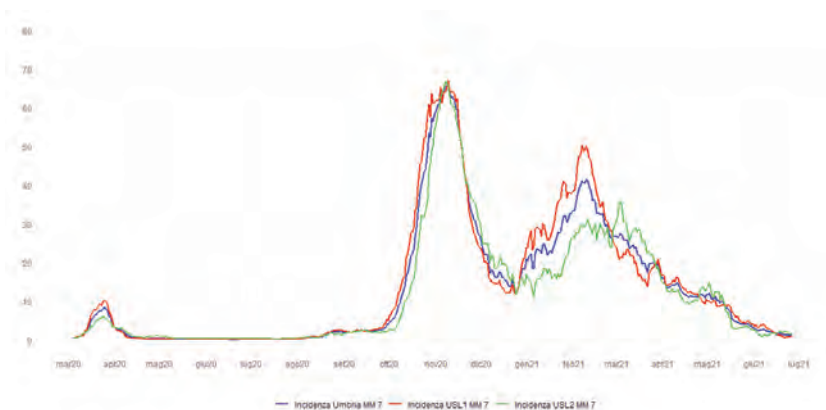
Andamento dell'epidemia in Umbria

Secondo il Bollettino della protezione civile al 30 Giugno 2021 in Umbria avevano contratto complessivamente il SARS-CoV.2 56.853 soggetti con totale di 1.419 decessi e 54.707 guariti. La vaccinazione completa alla fine del primo semestre del 2021 è pari a 248.836 mentre le somministrazioni della prima dose sono pari a 514.917.

La prima ondata pandemica in Umbria non ha registrato un numero elevato di contagiati, il numero massimo di positivi al giorno è stato pari a 99 il 27 marzo 2020. Il picco massimo è stato raggiunto il 12 novembre 2020 in piena seconda ondata pandemica. L'andamento dell'epidemia in Umbria viene rappresentato con il numero dei casi positivi giornalieri e la relativa media mobile a 7 giorni dall'inizio della pandemia fino a fine giugno 2021.



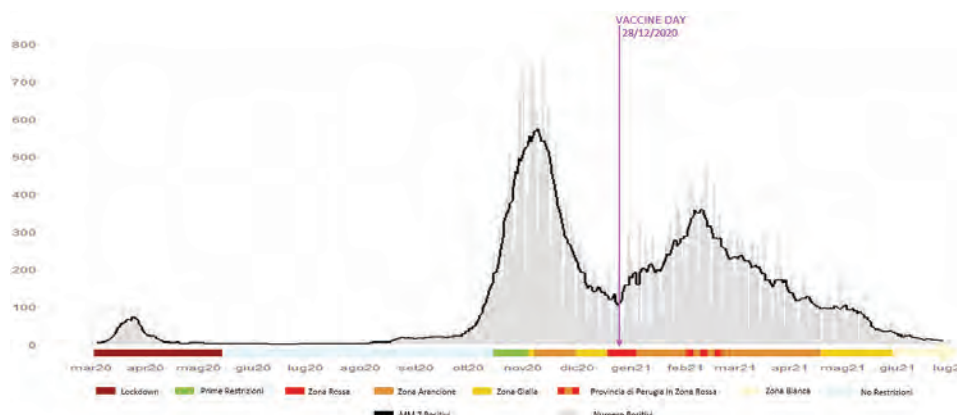
Per una lettura più corretta dell'evoluzione dell'epidemia viene utilizzata il tasso di incidenza per 100.000 abitanti giornaliera mobile a 7 giorni e il suo andamento nel tempo. L'incidenza dell'USL Umbria 2 è sempre inferiore durante la prima fase dell'epidemia ed anche nell'inizio della seconda fase fino a marzo 2021 rispetto all'USL Umbria 1.



L'RDt ossia il tasso di contagiosità del Coronavirus ha raggiunto il picco massimo in Umbria tra il 27 luglio e il 3 agosto 2020, superando l'8,5 a partire dal 28 dicembre la curva tende ad avere un andamento decrescente fino al 30 giugno per poi risalire a partire dal 15 luglio 2021.

Mettendo in relazione le restrizioni imposte dai vertici nazionali e locali per fronteggiare l'emergenza sanitaria e l'andamento dei positivi giornalieri, possiamo evincere che le regole sono state un ostacolo per la diffusione del virus riscontrando un abbassamento del numero dei positivi in seguito all'applicazione del lockdown e in seguito alla chiusura della regione classificandola come regione "Rossa", anche se solamente sui focolai e le aree con più di 200

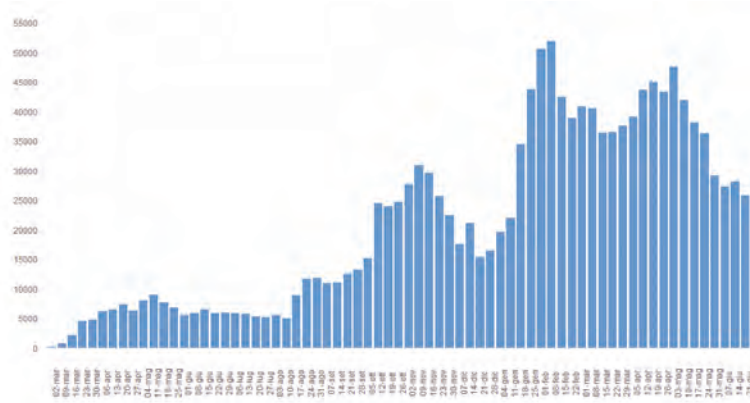
positivi per 100.000 abitanti, soprattutto nel periodo gennaio – marzo 2020 con la comparsa della variante brasiliana (prima regione in Italia) e poi con la variante Inglese o alfa. Al momento attuale luglio 2021 c'è una crescente diffusione della variante delta.



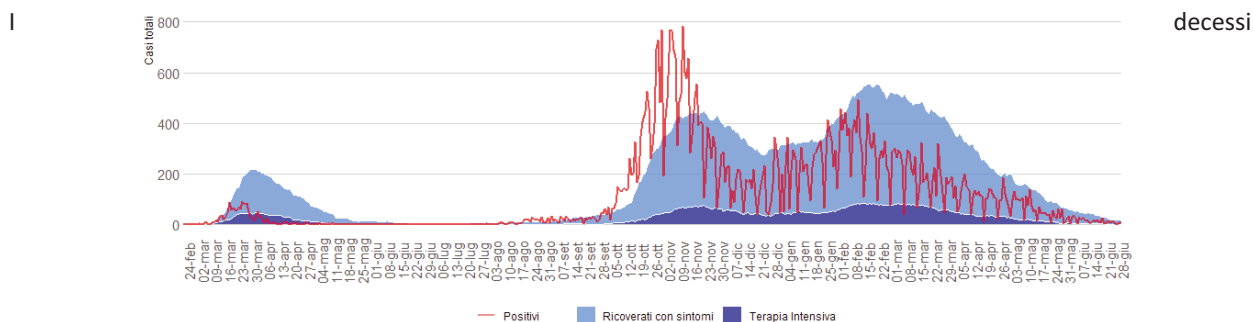
L'età mediana settimanale nella prima fase della pandemia, ossia metà marzo inizi aprile 2020, dove in Umbria il numero di positivi era tendenzialmente basso, oscillava tra i 45 e i 65 anni di età; nella seconda fase, con il boom dei casi nella regione, la fascia di età più colpita è stata tra i 45 e i 52 anni età; a fine giugno con la riduzione dei casi l'età mediana è tra i 28enni e i 55enni. A Luglio 2021 l'aumento dei casi positivi è completamente concentrato nella fascia giovanile tra i 14 e i 24 anni.



Il numero di tamponi effettuati al 30/06/2021 sono pari a 970.136 l'andamento è crescente. La settimana che si sono svolti più tamponi arrivando ad oltre 50.000 tamponi è stata la settimana che va dal 01/02/2021 al 08/02/2021.



Il grafico successivo mostra l'andamento delle ospedalizzazioni. L'andamento della curva dei ricoveri è in linea con quello della curva epidemica, con uno scostamento di circa 2 settimane. In Umbria il maggior impatto dell'epidemia si è avuto nei mesi di ottobre e dicembre in termini di ricoveri ordinari e in termini di terapia intensiva. L'aumento dei positivi comporta l'aumento delle ospedalizzazioni e a volte si verifica anche il trasferimento immediato alla terapia intensiva data dalle gravi conseguenze che comporta il Coronavirus.



giornalieri in Umbria causati dal coronavirus sono stati al massimo 21 il 20/11/2020 e la seconda ondata del Covid ha portato all'aumento dei decessi, condizione che nella prima fase dell'emergenza non è stata riscontrata nella regione con un totale di 43 decessi a fine luglio 2020. Anche l'andamento dei decessi conferma quindi, il maggior impatto della seconda ondata nella popolazione umbra.

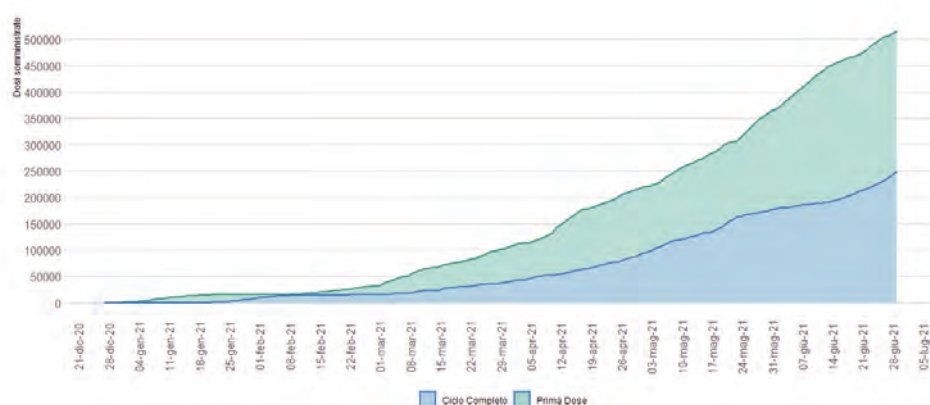


L'Umbria è la tredicesima regione d'Italia per numero di decessi registrati ogni 100 mila abitanti causati dal Covid, con 1419 decessi al 30/06/2021 ossia l'1% dei decessi registrati da Coronavirus in Italia dall'inizio della pandemia fino alla fine del primo semestre 2021.

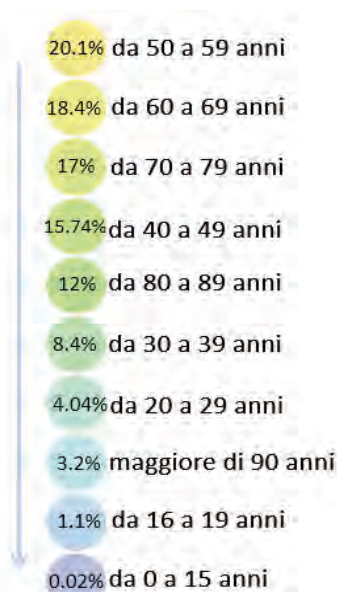


Il 28 dicembre 2021 è stato un giorno importante per l'Umbria ossia il VACCINE-DAY. A partire dal giorno zero delle vaccinazioni al 30 giugno sono state somministrate 747.668 dosi di vaccino.

Raggiungendo a fine giugno oltre 250.000 di vaccinazioni a ciclo completo. A fine agosto 2021 si prevede la vaccinazione completa della popolazione aderente.



PRIMA DOSE



CICLO COMPLETO



Il 20% delle prime dosi è stato somministrato alla classe d'età 50-59 anni, della stessa fascia di età tra i soggetti che hanno concluso il ciclo vaccinale sono solo il 14,6%.

Il 23,5% del ciclo completo vaccinale è stato somministrato ai soggetti con età compresa tra 80 e 89 anni, della stessa classe di età tra i soggetti che hanno effettuato la prima dose del vaccino sono solo il 12%.

Focus dai sistemi di sorveglianza sulla percezione della popolazione

Tra gli intervistati del sistema di sorveglianza Passi oltre il 38% degli intervistati crede che le conseguenze sulla salute in seguito al coronavirus siano poco gravi e solo il 4% è preoccupato per le conseguenze gravi sulla salute.

Tra gli intervistati del sistema di sorveglianza Passi d'Argento prevale la risposta "Gravi", ossia oltre il 33% degli intervistati ritiene che le conseguenze sulla salute possano essere preoccupanti. Il 22% degli intervistati ritiene che le conseguenze sulla propria salute possano essere molto gravi.



L'esperienza Covid è stata vissuta come un'esperienza dolorosa dal 41% delle donne tra i 18 e i 64 anni e dal 28% di quelle più anziane, mentre solo il 24% degli uomini ha avuto questo pensiero nei 30 giorni precedenti al questionario. Generalmente questo pensiero è più frequente fra le donne, fra le persone più mature e fra le persone socialmente più svantaggiate per difficoltà economica e per bassa istruzione.

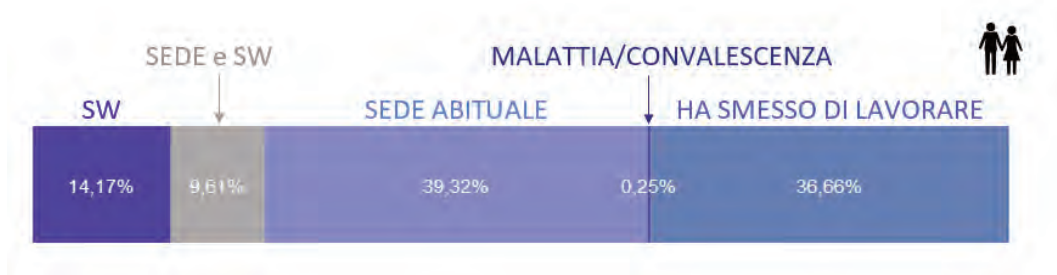
Riguardo alla possibilità di ammalarsi, questa è considerata più probabile dai giovani adulti (oltre il 45%) tra i 18 e i 34 anni e dal 40% dai soggetti con età compresa tra 50 e 69 anni (40%), mentre le persone di età 35-49 anni e gli anziani ritengono per lo più poco probabile ammalarsi di Covid.

La percezione femminile e maschile è la stessa tra gli adulti, mentre tra gli anziani è più alta nelle donne.

Oltre l'85% degli intervistati del Passi sono "abbastanza" fiduciosi verso il contenimento della diffusione del Covid da parte del servizio territoriale locale USL mentre gli anziani fiduciosi verso i servizi sanitari locali sono meno dell'80% e oltre il 25% sono poco fiduciosi.

Il Covid preoccupa la popolazione sia dal lato economico che dal lato sanitario quindi i sistemi di sorveglianza hanno introdotto una sezione di domande che può contribuire a dare una valutazione sia dello stress psicologico per l'esperienza traumatica legata al Covid sia dell'ansia legata alla situazione di emergenza sanitaria.

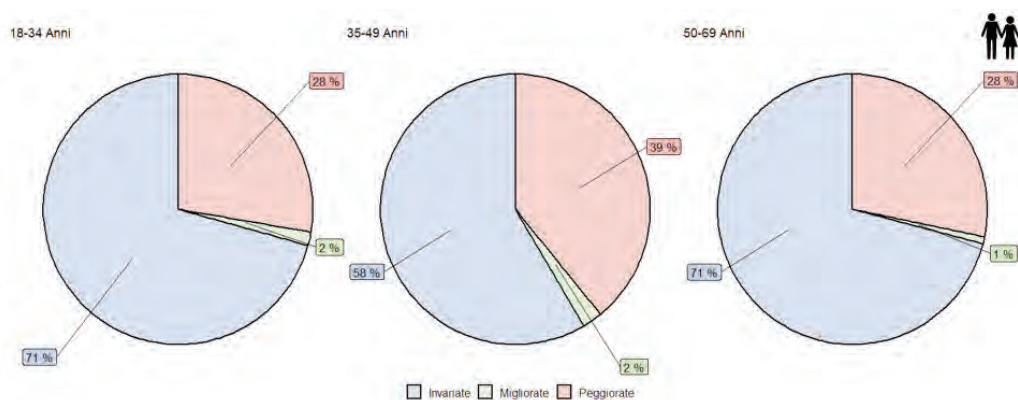
Durante la pandemia il 14,2% del campione intervistato nel Passi ha lavorato in Smart Working mentre oltre il 36% ha smesso di lavorare perdendo il lavoro, sono rimasti in sede abituale solo il 39% degli intervistati.



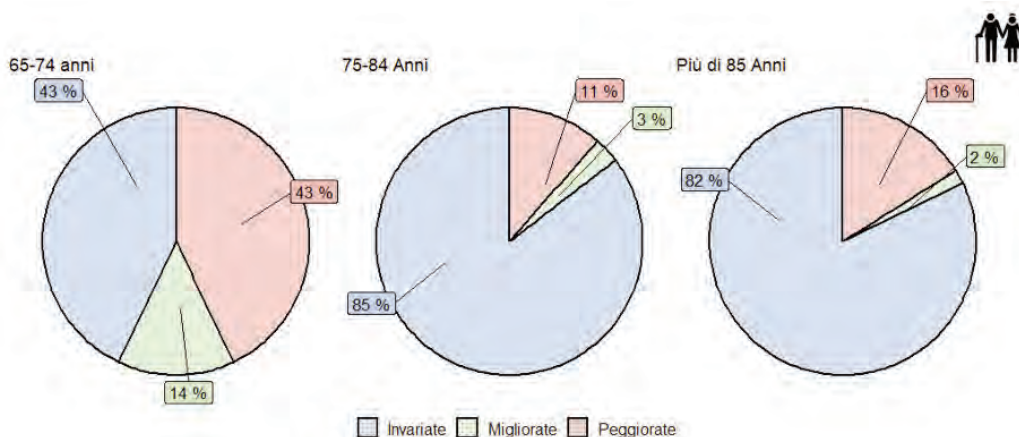
Dallo studio delle risorse economiche durante la pandemia, non si sono evidenziate differenze significative per genere e per età, anche se è maggiore la quota di donne che dichiarano di aver subito perdite a causa del Covid. Il 34% delle intervistate durante la pandemia ha smesso di lavorare mentre il 18% delle lavoratrici hanno iniziato a lavorare in smart working, sono rimaste in sede oltre il 38% delle donne. Il 38% degli uomini intervistati nel Passi hanno smesso di lavorare durante la diffusione del Coronavirus mentre oltre il 40% sono rimasti a lavoro nella sede abituale.

Le risorse economiche durante la pandemia sono peggiorate per il 28% dei giovani adulti (18-34 anni), per il 39% tra i 35 e i 49 anni, mentre sono rimaste invariate per il 71% degli intervistati tra i 50 e i 69 anni.

L'impatto della pandemia sulle condizioni economiche e lavorative nella popolazione adulta mette in luce il peggioramento delle disponibilità economiche imputabile alla crisi da Covid-19.



Tra gli anziani, il 43% degli intervistati tra 65-74 anni hanno risposto che le finanze sono rimaste invariate e il 14% hanno riscontrato un miglioramento delle finanze; tuttavia il dato preoccupante è il peggioramento delle finanze nel 43%. Le finanze sono rimaste invariate in oltre l'80% degli intervistati con più di 75 anni.

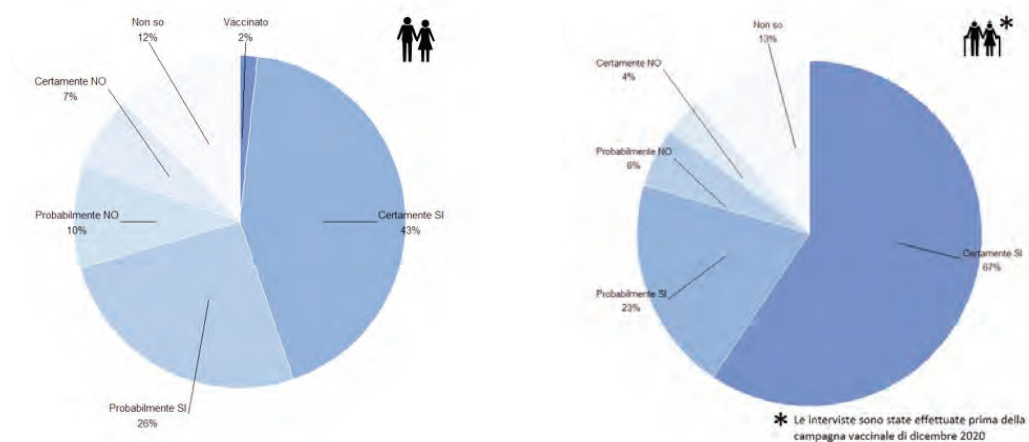


La crisi economica è dovuta ad un aumento delle spese da sostenere per le nuove necessità legate alla situazione di emergenza (acquisto dei dispositivi di protezione individuale, disinfettanti e ricorso a visite private, aiuto offerto a familiari in difficoltà economiche per la pandemia).

La rinuncia alle cure mediche o all'effettuazione di esami diagnostici è un aspetto importante da non sottovalutare dal momento che l'emergenza sanitaria impone che molte risorse disponibili nel servizio sanitario nazionale siano impegnate nella gestione dell'epidemia. La diffusione del coronavirus ha alimentato timore di contagio nei cittadini inducendo alla rinuncia volontaria e a un rinvio nel tempo delle visite mediche o degli esami diagnostici. Nei 12 mesi precedenti all'intervista il circa il 50% degli intervistati hanno dichiarato di aver rinunciato alle visite.

Il 39% degli anziani intervistati dichiara di aver rinunciato nell'ultimo anno ad almeno una visita medica di cui avrebbe avuto bisogno per timore del Covid, il 34% ha dovuto rinunciare perché i servizi erano stati temporaneamente sospesi.

Per quanto riguarda la disponibilità a vaccinarsi, oltre il 40% degli adulti è convinto di effettuare la vaccinazione Covid, il 26% è propenso alla vaccinazione mentre il 7% non effettuerà il vaccino. Tra gli anziani il 67% degli intervistati farebbe il vaccino senza esitazione.



E' necessario, tuttavia, sottolineare che i dati rappresentati sono stati raccolti nel periodo settembre - dicembre 2020.

Capitolo 8 - La sicurezza alimentare

L'attività di controllo in tema di sicurezza alimentare si sviluppa nell'ambito del Piano dei Controlli Regionali Pluriennali della Regione Umbria, articolato in una serie di programmi e progetti sviluppati, in coerenza con quanto previsto nel "Piano dei Controlli Nazionale Pluriennale (PCNP) 2020-2022" approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 16/CSR). L'assetto del piano pluriennale è stato mantenuto sostanzialmente invariato rispetto al Piano Nazionale Integrato dei Controlli che lo ha preceduto.

Il Piano Regionale viene annualmente rivisto, integrato e rimodulato in funzione dei risultati dell'anno precedente o per ottemperare a precise indicazioni ministeriali o comunitarie.

Ogni anno vengono eseguiti circa 1.020 campioni di alimenti e 265 tamponi per indagare i pericoli per il consumatore.

A questi si aggiungono i circa 109.750 campioni per la ricerca della *Trichinella* spp nelle carni degli animali recettivi (suini, cinghiali, equini).

Le indagini previste nel Piano dei Controlli Regionali Pluriennali ai fini della prevenzione delle tossinfezioni alimentari sono le seguenti:

Controllo microbiologico dei parametri di Sicurezza Alimentare

Le ricerche previste nel piano sono state definite in funzione dei parametri microbiologici presenti nel Regolamento CE 2073/2005. Le positività riscontrate hanno confermato che *Salmonella* spp. rimane tra i pericoli microbiologici maggiormente significativi, in particolare su determinate categorie di alimenti rappresentati, in ordine decrescente di frequenza, da carni di pollame, salsicce, salame, formaggio a latte crudo.

L'altro pericolo microbiologico più frequentemente riscontrato è rappresentato da *Listeria Monocytogenes* che è stato rilevato sia in prodotti Ready To Eat (RTE) (prosciutto cotto e patè di fegato) che in altri alimenti di origine animale (formaggio e salsiccia stagionata).

Con un'incidenza minore sono state riscontrate positività per *Campylobacter*, *Bacillus Cereus*, Stafilococchi coagulasi positivi, *Escherichia Coli*, *Yersinia Enterocolitica* sia in alimenti di origine animale che di origine vegetale ed in prodotti misti come la pasticceria.

I dati del controllo sui criteri di sicurezza alimentare dal punto di vista microbiologico farebbero pensare che i problemi maggiori siano legati alla presenza di *Salmonella* e *Listeria* negli alimenti ma non sarebbero perfettamente in linea con i report di EFSA che vedono tra i microrganismi agenti di MTA considerati in crescita negli ultimi anni il *Campylobacter* spp il quale viene considerato il microrganismo maggiormente responsabile di malattie legate ad alimenti nei paesi dell'Unione Europea.

Poiché l'Umbria è una Regione in cui la norcineria rappresenta un valore importante per l'economia e la tipicità territoriale una filiera che viene tenuta particolarmente sotto controllo è quella suinicola.

In base al Reg. CE 2073/2005 vengono eseguiti tamponi sulle carcasse suine al fine di valutare la contaminazione da *Salmonella* e negli ultimi anni la positività è risultata tra l'8,4% ed 12,5% con oscillazioni annuali che non hanno evidenziato trend significativi in diminuzione. Questo risulterebbe in linea con le positività che poi vengono riscontrate negli insaccati suini.

Una zoonosi alimentare su cui si è concentrata l'attenzione negli ultimi tempi è l'epatite E per il consumo di insaccati con carne di cinghiali cacciati.

Il cinghiale è una specie che oramai ha i caratteri dell'invasività e per questo ha assunto un ruolo importante nell'epidemiologia di alcune zoonosi anche alimentari visto il largo consumo di carni in Umbria. Lo sviluppo di alcuni focolai di epatite E in cacciatori fa pensare che potrebbe risultare utile avviare un piano di monitoraggio al fine di colmare l'attuale gap di conoscenza relativo a tale pericolo alimentare.

Controllo della presenza di parassiti nei pesci di acqua dolce

Anche i pesci di acqua dolce possono rappresentare causa di zoonosi alimentari per la presenza di parassiti incistati nelle loro carni. L'aumento di interesse verso queste zoonosi è dovuto sia all'aumento significativo di infestazione dei pesci del Lago Trasimeno sia per la segnalazione di alcuni casi umani che ne hanno evidenziato il carattere zoonosico. Nell'ambito del Piano dei Controlli Regionali Pluriennali è stato previsto un apposito monitoraggio con una serie di campionamenti inizialmente di diverse specie pescate e successivamente ci si è concentrati in quelle che hanno maggiormente evidenziato la presenza dei parassiti.

Nel corso degli ultimi 5 anni si è passati da positività intorno al 4% in alcune specie ittiche fino ad arrivare all'attuale 60 % inoltre è stato appurato anche il ruolo di uccelli ittiofagi, oramai diventati stanziali sulle rive del Lago Trasimeno, nel ciclo biologico di alcuni parassiti.

Ricerca di allergeni negli alimenti

La valutazione della presenza di componenti di natura chimica ad attività allergizzante negli alimenti costituisce un elemento di crescente interesse, in virtù dell'aumentato numero di soggetti allergici o intolleranti. La diffusione dell'utilizzo di additivi o di adiuvanti tecnologici, così come le possibili contaminazioni crociate nelle filiere produttive degli alimenti, rendono necessario un attento controllo del fenomeno.

Nello svolgimento del piano sono stati presi in considerazione la presenza di sostanze allergeniche negli alimenti e le non conformità registrate sono risultate quasi esclusivamente presenza di soia non dichiarata in etichetta.

Controllo sui residui di prodotti fitosanitari in alimenti di origine vegetale e di residui di antiparassitari in alimenti di origine vegetale ed animale

Il monitoraggio per la presenza di residui di prodotti fitosanitari effettuato nel periodo di riferimento ha riguardato numerosi campionamenti previsti su diverse categorie di alimenti di origine vegetale prodotte sia a livello regionale che extraregionale, quali cereali, ortaggi e frutta. Non è stata rilevata alcuna non conformità.

Il piano di monitoraggio delle molecole antiparassitarie sugli alimenti, già in essere da molti anni, è stato riconsiderato in attuazione del Programma comunitario coordinato di controllo pluriennale destinato a garantire il rispetto dei limiti massimi e valutare l'esposizione dei consumatori ai residui di antiparassitari nei prodotti alimentari di origine vegetale ed animale.

Anche in questo caso la situazione registrata in funzione dei risultati analitici ottenuti può far pensare alla presenza di un livello di rischio estremamente basso. Le non conformità rilevate, infatti, in quattro anni di attività sono state inferiori all'1,0% dei campioni saggiati.

Ricerca di micotossine negli alimenti

Il ventaglio di matrici sottoposte a controllo per il presente piano è stato piuttosto ampio, andando a ricomprendere gli alimenti per la prima infanzia, il vino imbottigliato, la frutta secca e a guscio, le spezie, ecc. Negli ultimi anni non sono state riscontrate non conformità.

Stato dell'arte

Il sistema dei controlli sulla filiera alimentare è molto complesso sia a livello nazionale, che nei diversi territori regionali. Inoltre va considerato che sono numerosi gli Enti coinvolti nell'effettuazione dei controlli: il Ministero della Salute, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, le Aziende Sanitarie Locali, nell'ambito delle rispettive competenze, sono le Autorità competenti designate, ai sensi dell'articolo 4 del D. Lgs. 27/2021, con l'aggiunta dei NAS dei Carabinieri da considerare come vero e proprio braccio operativo del Ministero della Salute. Sulla filiera alimentare intervengono però anche il Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali (Ispettorato Repressione Frodi), le Capitanerie di porto e il Corpo Forestale, ed altri Enti che si occupano di

condizionalità, le autorità doganali e della Guardia di Finanza. Naturalmente tutto ciò determina spesso sovrapposizione tra le varie autorità di controllo, con conseguente disomogeneità nell' approccio e differenze anche sostanziali nell'esito del controllo. Bisogna però ricordare che l'obiettivo fondamentale anche se non l'unico dei Controlli Ufficiali è prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, sia nel caso di rischi diretti, che in quello dei rischi veicolati dall'ambiente e che, come nel caso della salute nei luoghi di lavoro, anche qui l'attività di controllo svolta dai Servizi Veterinari e Medici impatta con il tessuto produttivo della regione. Per questa ragione è importante garantire, come sistema sanitario, prestazioni di un alto livello qualitativo che possono essere raggiunte solo con una formazione continua degli operatori sanitari.

Capitolo 9 - La salute animale

La sorveglianza epidemiologica è essenziale per la prevenzione ed il controllo delle malattie animali e delle zoonosi. Per la programmazione e la gestione efficace di un qualsiasi sistema di sorveglianza e per l'attuazione di programmi di controllo o eradicazione delle malattie animali è fondamentale conoscere la situazione sanitaria del patrimonio zootecnico e la sua distribuzione nel territorio.

I programmi di sorveglianza e monitoraggio sono messi in atto per fronteggiare le malattie presenti sul territorio, gestire le azioni da intraprendere in risposta alla comparsa/emergenza di una nuova infezione in modo efficace ed efficiente, oltre che dimostrare l'assenza di determinate malattie sul territorio nazionale e generare le informazioni necessarie per l'analisi del rischio.

Popolazione animale: allevamenti in Umbria

I dati relativi agli allevamenti umbri analizzati di seguito, sono stati estratti dalla Banca Dati Nazionale (BDN) dell'Anagrafe zootecnica, istituita dal Ministero della Salute presso il Centro Servizi Nazionale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise.

In Umbria gli allevamenti presenti in BDN aperti al 31 dicembre 2020 sono risultati 15.803.

Il numero di allevamenti bovini e bufalini è riferito al numero di allevamenti aperti al 31 dicembre con almeno un capo mentre per le altre specie animali il numero di allevamenti è attribuito al numero di allevamenti aperti.

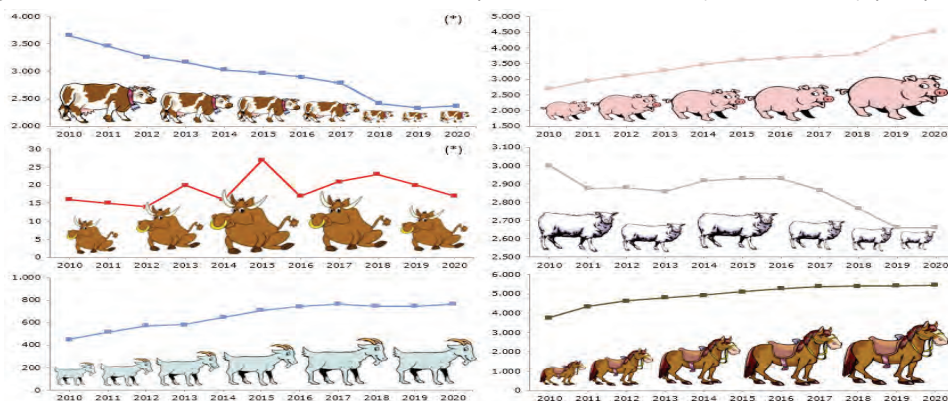
Nel dettaglio gli allevamenti aperti per specie animale e per anno (31 dicembre 2010 - 31 dicembre 2020) sono riportati nella tabella 38 e nella figura 78.

Nella Tabella 39e nella Figura 2 il numero di allevamenti aperti al 31 dicembre 2020 stratificati per le 2 Aziende USL di competenza del territorio umbro e per specie animale.

Tab. 38 - Numero di allevamenti aperti dal 2010 al 2020 (al 31 dicembre), per specie.

ALLEVAMENTI	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
BOVINI*	↓ 3.656	↓ 3.459	↓ 3.265	↓ 3.167	↓ 3.028	↓ 2.970	↓ 2.892	↓ 2.785	↓ 2.417	↓ 2.329	↑ 2.372
BUFALINI*	↑ 16	↓ 15	↓ 14	↑ 20	↓ 16	↑ 27	↓ 17	↑ 21	↑ 23	↓ 20	↓ 17
SUINI	↑ 2.690	↑ 2.937	↑ 3.110	↑ 3.275	↑ 3.464	↑ 3.612	↑ 3.673	↑ 3.723	↑ 3.792	↑ 4.313	↑ 4.527
OVINI	↓ 3.000	↓ 2.875	↑ 2.880	↓ 2.858	↑ 2.918	↑ 2.929	↑ 2.930	↓ 2.866	↓ 2.766	↓ 2.662	↑ 2.662
CAPRINI	↑ 450	↑ 517	↑ 571	↑ 580	↑ 648	↑ 709	↑ 744	↑ 766	↓ 747	↑ 747	↑ 766
EQUINI	↑ 3.760	↑ 4.354	↑ 4.635	↑ 4.794	↑ 4.937	↑ 5.112	↑ 5.266	↑ 5.384	↑ 5.395	↑ 5.421	↑ 5.459
TOTALE	13.572	14.157	14.475	14.694	15.011	15.359	15.522	15.545	15.140	15.492	15.803

Fig. 78 - Distribuzione del numero di allevamenti aperti dal 2010 al 2020 (al 31 dicembre), per specie.



Tab. 39 - Numero di allevamenti aperti suddivisi per USL al 31 dicembre 2020 (% sul totale colonna).

AZIENDA USL	ALLEV. BOVINI*	ALLEV. BUFALINI*	ALLEV. OVINI	ALLEV. CAPRINI	ALLEV. SUINI	ALLEV. EQUIDI
AZIENDA USL UMBRIA 1	1.073 (45%)	11 (65%)	1.022 (38%)	375 (49%)	2.266 (50%)	2.716 (50%)
AZIENDA USL UMBRIA 2	1.299 (55%)	6 (35%)	1.640 (62%)	391 (51%)	2.261 (50%)	2.743 (50%)
TOTALE ALLEVAMENTI	2.372	17	2.662	766	4.527	5.459

* aperti con almeno un capo

Dati sanitari veterinari nel triennio 2017 – 2019

I dati umbri relativi alle prove derivano principalmente dal Sistema Informativo Gestione Laboratori Analisi (SIGLA) dell'IZSUM validati dal personale dell'Unità Operativa Sistemi Informativi Sanitari e Anagrafe ed elaborati dall'Unità Operativa Semplice Valenza Dipartimentale Osservatorio Epidemiologico dell'IZSUM.

Si è contato le aziende una sola volta, eliminando eventuali duplicati. In caso di aziende negative, analizzate più volte ha fatto fede l'ultima data di controllo, mentre in caso di positività si è considerata la data del prelievo risultato poi positivo.

La data di riferimento per aggregare i dati su base annuale è stata quella del prelievo del campione e non quella dell'emissione del rapporto di prova. Questo ha determinato che, per esempio, un capo positivo esaminato alla fine di un anno ma con la segnalazione e quindi refertazione all'inizio dell'anno immediatamente successivo venisse conteggiato tra i positivi dell'anno in cui è stato fatto il prelievo (quello precedente). Lo stesso procedimento è stato adottato sia per le aziende sia per i capi.

I campioni non idonei (Reg. CE 999/2001, All.10 Cap. C, punto 1) sono stati eliminati sia dal conteggio del numeratore sia dal conteggio del denominatore di proporzioni e tassi stimati.

I dati umbri relativi alle prove sierologiche per la brucellosi bovina, brucellosi ovi-caprina, leucosi e tubercolosi derivano dal Sistema Informativo Veterinario istituito dal Ministero della Salute e sono stati forniti in forma di report dalla Regione Umbria.

Brucellosi bovina

Nella tabella 40 sono riportate per ciascun anno le percentuali di aziende e capi bovini testati rispetto all'intero patrimonio regionale controllabile (ammissibile al programma) per brucellosi bovina. Nel periodo non sono state registrate positività in Umbria.

Tab. 40 - Patrimonio zootecnico bovino controllabile e percentuali testate per tubercolosi (2017-2019).

Anni	Totale Umbria*		Testati		% testata	
	Aziende	Capi	Aziende	Capi	Aziende	Capi
2017	1.411	29.281	460	8.440	32,6%	28,8%
2018	1.397	33.536	391	5.360	28,0%	16,0%
2019	1.371	32.153	423	7.549	30,9%	23,5%

* aziende e capi bovini controllabili (ammissibili al programma) presenti al 31 dicembre dell'anno di riferimento.

Brucellosi ovi-caprina

Nella tabella 41 sono riportate per ciascun anno le percentuali di aziende e capi (ovini e caprini) testati rispetto all'intero patrimonio regionale controllabile (ammissibile al programma) per brucellosi ovi-caprina. Nel periodo non sono state registrate positività in Umbria.

Tab. 11 - Patrimonio zootecnico ovi-caprino controllabile e percentuali testate per tubercolosi (2017-2019).

Anni	Totale Umbria*		Testati		% testata	
	Aziende	Capi	Aziende	Capi	Aziende	Capi
2017	3.372	107.776	914	16.212	27,1%	15,0%
2018	2.954	103.644	889	14.965	30,1%	14,4%
2019	2.834	102.553	872	17.237	30,8%	16,8%

* aziende e capi ovi-caprini controllabili (ammissibili al programma) presenti al 31 dicembre dell'anno di riferimento

Tubercolosi bovina

Nella tabella 42 sono riportate per ciascun anno le percentuali di aziende e capi bovini testati rispetto all'intero patrimonio regionale controllabile (ammissibile al programma) per tubercolosi. Nel periodo non sono state registrate positività in Umbria.

Tab. 42 - Patrimonio zootecnico bovino controllabile e percentuali testate per tubercolosi (2017-2019).

Anni	Totale Umbria*		Testati		% testata	
	Aziende	Capi	Aziende	Capi	Aziende	Capi
2017	1.411	45.380	482	15.612	34,2%	34,4%
2018	1.397	45.582	381	39.089	27,3%	85,8%
2019	1.371	43.861	418	11.988	30,5%	27,3%

* aziende e capi bovini controllabili (ammissibili al programma) presenti al 31 dicembre dell'anno di riferimento

Leucosi bovina

Nella tabella 43 sono riportate per ciascun anno le percentuali di aziende e capi bovini testati rispetto all'intero patrimonio regionale controllabile (ammissibile al programma) per leucosi. Nel periodo non sono state registrate positività in Umbria.

Tab. 43 - Patrimonio zootecnico bovino controllabile e percentuali testate per leucosi (2017-2019).

Anni	Totale Umbria*		Testati		% testata	
	Aziende	Capi	Aziende	Capi	Aziende	Capi
2017	1.411	29.281	460	8.440	32,6%	28,8%
2018	1.397	33.536	391	5.360	28,0%	16,0%
2019	1.371	32.153	423	7.549	30,9%	23,5%

* aziende e capi bovini controllabili (ammissibili al programma) presenti al 31 dicembre dell'anno di riferimento

Encefalopatia Spongiforme Bovina (BSE)

In Umbria dal 2017 al 2019 il numero di aziende testate per BSE è rimasto pressoché costante. I capi bovini e bufalini testati nel triennio sono stati complessivamente 1.631; tutti gli animali controllati sono risultati negativi per BSE (tab. 44).

Tab. 44 - Capi e aziende testate per BSE in Umbria dal 2017 al 2019.

Anni	Az. testate	Capi testati
2017	275	522
2018	275	589
2019	278	520

Anemia Infettiva Equina (AIE)

In Umbria nel periodo 2017-2019 non si sono verificati focolai di AIE.

Sono state controllate negli anni rispettivamente 529, 528 e 596 aziende e sono stati testati 2.106, 2.268 e 2.769 capi.

Arterite Virale Equina (AVE)

In Umbria le prevalenze soprattutto di capi sono rimaste omogenee nel corso dei tre anni in studio (tab. 45). Nessuno dei capi siero positivi (tutti stalloni) è risultato eliminatore di virus attraverso lo sperma.

Tab. 45 - Prevalenza grezza di aziende e capi positivi in Umbria per AVE nel triennio 2017-2019.

Anni	Az. positive Az. testate	Prevalenza grezza azienda	Capi positivi Capi testati	Prevalenza grezza capi
2017	4 125	3,2%	4 230	1,7%
2018	1 120	0,8%	1 206	0,5%
2019	2 105	1,9%	2 199	1,0 %

Malattia di Aujeszky

Nel corso dell'ultimo triennio solo per il 2018 la prevalenza nelle aziende è risultata in leggero aumento rispetto all'anno precedente; nel 2019, anno in cui per l'applicazione del nuovo piano è stato testato un numero maggiore di campioni, sia per le aziende che per capi, la prevalenza è diminuita con valori di 2,22% e 0,15% rispettivamente (tab. 46).

Tab. 46 - Prevalenza grezza di aziende e capi in Umbria per la malattia di Aujeszky nel triennio 2017-2019.

Anni	Az. positive Az. testate	Prevalenza grezza aziende	Capi positivi Capi testati	Prevalenza grezza capi
2017	13 477	2,73%	76 8.951	0,85%
2018	15 476	3,15%	55 8.304	0,66%
2019*	13 584	2,22%	40 26.146	0,15%

* attività monitoraggio sierologico intensificata a seguito dell'applicazione del Piano Regionale

Malattia Vescicolare del Suino (MVS)

In Umbria, nel triennio 2017-2019 non si sono verificati focolai di MVS. Sono stati tuttavia rilevati dei capi «singleton reactors»: 9 suini nel 2017, 10 suini nel 2018 e 3 suini nel 2019.

Il numero di aziende controllate nei tre anni è stato di 488, 482 e 485 mentre il numero di capi è stato pari a 15.813, 14.875 e 13.034.

Peste Suina classica (PSC)

In Umbria dal 2017 al 2019 il numero di aziende testate per PSC è rimasto pressoché costante. Il numero dei capi testati è rimasto molto simile nei primi due anni mentre nel terzo anno c'è stato un aumento dei capi controllati (tab. 47); tutti gli animali controllati sono risultati negativi per PSC.

Tab. 47 - Capi e aziende testate per PSC in Umbria dal 2017 al 2019.

Anni	Az. testate	Capi testati
2017	472	3.782
2018	469	3.952
2019	470	6.100

Scrapie

I risultati riguardanti il piano di sorveglianza per la scrapie sono illustrati nella tabella 48.

I capi controllati nel periodo 2017-2019 sono stati complessivamente 1.662, di cui 3 sono risultati positivi (3 femmine di specie ovina).

Tab. 48 - Prevalenza grezza di scrapie per capi e aziende in Umbria dal 2017 al 2019.

Anni	Az. positive Az. testate	Prevalenza grezza azienda	Capi positivi Capi testati	Prevalenza grezza capi
2017	0 272	0%	0 458	0%
2018	1 304	0,3%	1 577	0,2%
2019	2 291	0,7%	2 627	0,3%

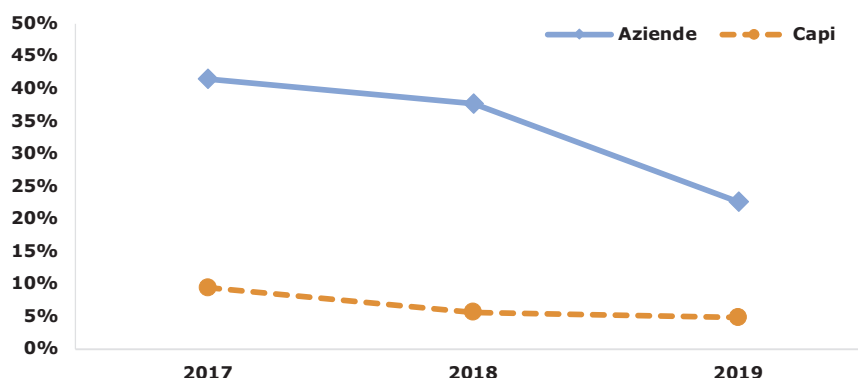
Febbre catarrale degli ovini (Blue tongue)

In Umbria il Piano di sorveglianza sierologica ed entomologica è stato attuato in modo costante dal 2001 ad oggi. Per quanto riguarda la sorveglianza sierologica nell'ultimo triennio (2017-2019) la prevalenza della malattia in Umbria è diminuita sia nelle aziende che nei capi: mediamente -9,4% nelle aziende e -2,3% nei capi testati (fig. 79).

Il numero di aziende testate ha subito una lieve diminuzione nel 2018: 53 aziende nel 2017 (22 positive), 45 nel 2018 (17 positive) e 53 nel 2019 (12 positive).

I capi controllati nel periodo 2017-2019 sono stati complessivamente 745, positivi nel triennio rispettivamente 65, 31 e 27.

Fig. 79 - Prevalenza grezza di aziende e capi positivi in Umbria per la Blue tongue dal 2017 al 2019.

Influenza aviaria

In Umbria dal 2017 al 2019 il numero di aziende testate per Influenza Aviaria è rimasto pressoché costante.

Quasi 11.700 sono stati i capi avicoli testati complessivamente nel triennio; tutti gli animali controllati sono risultati negativi per influenza aviaria sottotipi H5 e H7.

West Nile

In Umbria, nel triennio 2017-2019 non si sono verificati focolai di West Nile Disease (tab. 49).

Nel biennio 2017-2018 le attività di monitoraggio sierologico hanno riguardato esclusivamente gli equidi. A seguito di una positività riscontrata (caso sospetto successivamente non confermato dal CESME), nel 2018 si osserva un incremento delle aziende testate rispetto all'anno precedente: su 127 aziende, 33 sono state campionate in quanto ubicate nel raggio di 4 km dall'azienda del cavallo risultato positivo.

Nel 2019 in conseguenza delle variazioni introdotte nel Piano Nazionale, il monitoraggio sierologico in Umbria è stato condotto su un campione di allevamenti avicoli rurali o all'aperto. Sono state dunque testate complessivamente 123 aziende avicole per un totale di 685 capi. Inoltre, nell'ambito della sorveglianza clinica negli equidi sono stati testati 25 cavalli appartenenti ad un'unica azienda.

Tab. 49 - Prevalenza grezza di aziende e capi (equini e avicoli) in Umbria per WNV nel triennio 2017-2019.

Anni	Az. positive Az. testate		Prevalenza grezza azienda	Capi positivi Capi testati		Prevalenza grezza capi
2017	0	99	0%	0	243	0%
2018	0	127	0%	0	329	0%
2019	0	124	0%	0	710	0%

In Umbria, sino al 2018 incluso, il Piano Nazionale prevedeva la sorveglianza entomologica esclusivamente a seguito di positività. A partire dal 2019 viene introdotta anche in Umbria la sorveglianza entomologica programmata.

Nel complesso del triennio 2017-2019 non sono state rilevate positività per West Nile Disease negli insetti.

MARIA BALSAMO - *Direttore responsabile*

Registrazione presso il Tribunale di Perugia del 15 novembre 2007, n. 46/2007 - Composizione ed impaginazione S.T.E.S. s.r.l. - 85100 Potenza
