Piano Regionale della Prevenzione

Sicilia 2021



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE
DIPARTIMENTO ATTIVITA' SANITARIE
OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO
SERVIZIO 5 PROMOZIONE DELLA SALUTE
UFFICIO SPECIALE COMUNICAZIONE PER LA SALUTE

"Molti studiano come allungare la vita,
quando invece bisognerebbe allargarla"

Luciano De Crescenzo

Il Piano Regionale della Prevenzione 2021 è disponibile nella versione E-book scaricabile dal sito istituzionale "Costruire Salute", oppure inquadrando il QR CODE a fianco.

SCARICA E-BOOK

INDICE

Prefazione **6**
Premessa **7**
Nota introduttiva per i Direttori delle AA.SS.PP. della Regione Siciliana **8**
CAPITOLO 1: Il PNP 2020-2025 ..... **9**
1.1 Vision e principi del PNP 2020-2025 9
1.2 Azioni trasversali 12
1.3 Macro Obiettivi 13
1.3.1 MO1 - Malattie croniche non trasmissibili 13
1.3.2 MO2 - Dipendenze e problemi correlati 17
1.3.3 MO3 - Incidenti domestici e stradali 19
1.3.4 MO4 - Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali 22
1.3.5 MO5 - Ambiente, clima e salute 25
1.3.6 MO6 - Malattie infettive prioritarie 30
1.4 Monitoraggio e valutazione del PNP e dei PRP 37
1.4.1 Programmi Predefiniti e Programmi Liberi 38
1.4.2 Strumenti a supporto della pianificazione 40
1.4.3 Monitoraggio e valutazione dei PRP e del PNP 40
1.4.4 Criteri di certificazione 41
CAPITOLO 2: Analisi del contesto demografico e profilo di salute della popolazione siciliana **42**
2.1 Premessa 42
2.2 Profilo demografico 42
2.3 Quadro nosografico della Regione 47
2.3.1 Parte Prima: Mortalità 47
2.3.2 Parte seconda: tumori e diagnosi precoce oncologica 58
2.3.3 Parte terza: Assistenza Ospedaliera 68
2.3.4 Parte quarta: Salute materno infantile e assistenza al parto 74
2.3.5 Parte quinta: Adesione agli interventi di prevenzione 76
Conclusioni **84**
Bibliografia **84**
CAPITOLO 3: Il Piano Regionale per la Prevenzione 2021 ..... **86**
3.1 Il percorso di costruzione del Piano Regionale per la Prevenzione 2021 86
3.2 I Progetti Regionali a supporto del PNP 2020-2025 86
3.3 La rete territoriale delle AA.SS.PP. regionali 88

3.4 Monitoraggio e Valutazione 88

CAPITOLO 4: Governance del Piano della Prevenzione 2021 89

4.1 Governance Regionale 89

4.1.1 Trasversalità. Funzione Regionale di Stewardship. 89

4.1.2 Formazione 89

4.1.3 Comunicazione 89

4.1.4 Informatizzazione 93

4.2 Governance rete territoriale 93

CAPITOLO 5: Schede descrittive dei Programmi Predefiniti del PNP 2020-2025 94

5.1 Programma predefinito PP1 “Scuole che promuovono salute” 94

5.2 Programma predefinito PP2 “Comunità attive” 101

5.3 Programma predefinito PP3 “luoghi di lavoro che promuovono salute” 105

5.4 Programma predefinito PP4 “Dipendenze” 111

5.5 Programma predefinito PP5 “Sicurezza negli ambienti di vita” 118

5.6 Programma predefinito PP6 “Piano mirato di prevenzione” 122

5.7 Programma predefinito PP7 “Prevenzione in edilizia ed agricoltura” 125

5.8 Programma predefinito PP8 “prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell’apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro” 130

5.9 Programma predefinito PP9 “Ambiente, clima e salute” 135

5.10 Programma predefinito PP10 “Misure per il contrasto dell’antimicrobico-resistenza” 141

CAPITOLO 6: Schede descrittive dei Progetti Regionali 147

6.1 Progetto regionale a supporto del Programma Predefinito PP 1 “Scuole che promuovono salute” 148

6.1.1 PR 1 “Sviluppo delle competenze in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro nel contesto scolastico” 148

6.2 Progetti Regionali a supporto del Programma Predefinito PP2 “Comunità Attive” 154

6.2.1 PR 2 “Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per M.C.N.T. e/o affetti da patologia cronica in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità” 154

6.2.2 PR 3 “Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità” 167

6.3 Progetto Regionale a supporto del Programma Predefinito PP4 “Dipendenze” 173

6.3.1 PR 4 “Stop-phone: per un corretto utilizzo, consapevole ed intelligente uso del telefonino cellulare” 173

6.4 Progetto Regionale a supporto del Programma Predefinito PP5 “Sicurezza negli ambienti di vita” 182

6.4.1 PR 5 “Disostruzione vie aeree in età Pediatrica” 182

6.5 Progetti Regionali a supporto del Macro Obiettivo 4 "Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali"....187

6.5.1 PR 6 "Prevenzione degli infortuni derivanti dall'utilizzo di macchine ed impianti soggetti a verifiche periodiche"....187

6.6 Progetto Regionale a supporto del Programma Predefinito 9 "Ambiente, Clima e Salute" ……...192

6.6.1 PR 7 "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"....192

APPENDICE....202

Manuale del progetto "Un chilometro in salute"....202

Prefazione

L'attuale contesto emergenziale sanitario ha imposto, tra l'altro, una naturale rimodulazione delle strategie politiche, dei programmi operativi e degli obiettivi prefissati sia a livello nazionale, che regionale, anche con riferimento ai contenuti e alle previsioni che un Piano regionale di prevenzione è tenuto ad indicare in modo più funzionale, corretto e aggiornato. Infatti, il presente documento costituisce lo strumento più attuale e più rispondente alle esigenze della popolazione in relazione ai nuovi bisogni via via registratisi rispetto a precisi ambiti di azione.

Come è noto, molteplici elementi di diversa natura, tutti collegati alla pandemia purtroppo ancora in corso, hanno profondamente influito sullo stile di vita della popolazione: l'isolamento forzato, la didattica a distanza, lo smart working, le restrizioni sull'attività motoria sono tutti fattori che rischiano di provocare un sensibile incremento delle patologie croniche direttamente legate alle complicanze da sovrappeso e sedentarietà. Di più, non appare secondario, tra l'altro, evidenziare, altresì, il ruolo rilevante rappresentato dall'elemento psicologico della quarantena che fa registrare sulla popolazione costante disagio e preoccupante condizione di incertezza soprattutto nelle fasce deboli o cosiddette fragili. Non può in tal senso, quindi, prescindersi da una attenta valutazione degli elementi appena richiamati e dalla conseguente e scrupolosa cura da prestarsi agli stessi attraverso specifiche previsioni e azioni connesse.

Ora, sebbene l'attenzione sia in questo momento prioritariamente e giustamente diretta al contrasto della diffusione del COVID-19, non può non ribadirsi – in tal senso è indirizzata l'azione dell'Assessorato Regionale alla Salute – proprio all'interno di un Piano Regionale di Prevenzione, l'esigenza di tutelare comunque e contestualmente ogni fattispecie sanitaria che, in relazione a possibili curve sanitarie in crescita, possa determinare un aumento della pressione sull'intero apparato e, a caduta, sui servizi di assistenza all'uopo dedicati. È proprio in questo contesto che una nuova rimodulazione del Piano di prevenzione, che oggi si connota come transitorio, costituisce oggettivamente uno strumento più adeguato e ancor più coerente con la gestione della salute collettiva e con le finalità proprie per cui è stato elaborato.

Le indicazioni previste nel Piano riconoscono nei Dipartimenti di Prevenzione il ruolo di regia delle funzioni di erogazione delle prestazioni di governance degli interventi di prevenzione che connettono il territorio al governo regionale e nazionale, ed altresì riconoscono nei servizi territoriali e sanitari di medicina generale un ruolo di particolare rilevanza, consentendo agli stessi di offrire al sistema sanitario regionale le rispettive conoscenze possedute e ulteriormente acquisite in relazione al mutamento dei comportamenti e dell'empowerment individuale e di comunità.

Del pari, la giusta comunicazione, non soltanto accompagnerà la dovuta conoscenza, ma costituirà, al contempo, il binario più adeguato per veicolare al meglio ogni necessaria informazione, scongiurando, contestualmente, preoccupanti forme di infodemia sempre più frequenti soprattutto in ambito sanitario.

Il Presidente
MUSUMECI

n.q Assessore Regionale alla Salute

Premessa

Il momento storico che stiamo attraversando ci impone di promuovere la cultura della prevenzione e della salute collettiva, attraverso azioni che prevedano un ruolo del cittadino da protagonista del proprio benessere, allo scopo di ridurre il carico delle malattie cronico-degenerative e, in ultima analisi della mortalità. Per tale ragione, oggi più di prima, l'obiettivo fondamentale è quello di migliorare la qualità di vita modificando i propri stili di vita.

Del resto, dal '48 ad oggi in Italia il substrato sociodemografico è cambiato e l'aspettativa di vita è aumentata**, con conseguente incremento delle malattie croniche, che attualmente assorbono circa il 6% delle spese sanitarie nazionali.** Tale scenario comporta la necessità del superamento dell'approccio specialistico tradizionale, a favore di un approccio globale, multidisciplinare e basato sulla persona, per promuoverne dignità, qualità di vita e salute.

In tal senso la prevenzione ha assunto, già da un decennio, un ruolo centrale nel rispondere ai mutati bisogni di salute, prevedendo una serie di attività, azioni ed interventi attuati con il fine prioritario di guadagnare e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie.

A tale scopo si è provveduto alla redazione del presente **Piano di Prevenzione 2021**, di transizione verso il più completo PRP 2020-2025, con priorità di intervento e azioni da avviare per l'imminente anno sul territorio regionale, per le quali vengono interamente applicati i principi e la vision del relativo Piano nazionale, che, come lo stesso indica nelle proprie premesse, cui si rimanda, promuove "*un approccio combinato, in cui tutti gli obiettivi tengono conto degli aspetti economici, sociali e ambientali*", e mirano "*a porre fine alla povertà, restituire la dignità alle persone e, al contempo, a preservare la natura e l'ambiente*".

Così come il **PNP 2020-2025**, che rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (**One Health**), anche il presente Piano transitorio, riconoscendo l'interconnessione tra la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontarne i rischi potenziali o già esistenti.

Tale esigenza è oggi, più attuale che mai, alla luce dell'emergenza pandemica che l'intero pianeta sta vivendo e che solo attraverso la tecnologia, la scienza, ma anche una maggiore attenzione all'ambiente ed alla biodiversità potrà risolversi con esito favorevole.

In tale ambito il Piano transitorio diviene uno strumento fondamentale poiché fornisce utili linee guida di supporto Istituzioni territoriali nelle loro attività di promozione della salute, comunicazione e prevenzione. Questo ci dà la possibilità di anticipare il cambiamento, rimanendo a fianco del Territorio all'interno dei confini rappresentati dai Macro Obiettivi inseriti nel presente documento, con una importante novità rispetto al passato: l'inserimento di un **Piano della comunicazione** trasversale a tutte le priorità di prevenzione, che, adeguandosi al Piano quello nazionale, sono ricondotte ad un numero ristretto di Macro Obiettivi e indicatori, calibrati a livello regionale, nel rispetto delle peculiarità geografiche, socio-economiche e culturali.

Certamente numerose sono le sfide che il sistema sanitario siciliano deve fronteggiare per garantire il più alto livello di salute a tutti i cittadini, contrastando, dunque, le disuguaglianze di salute insite nelle diverse realtà del territorio. Una delle strategie più efficaci da applicare in tal senso è rappresentato dalla promozione della salute e dalle attività dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Siciliana.

In quest'ottica risulta particolarmente rilevante continuare il percorso virtuoso, già avviato nel 2010, di *empowerment* della popolazione siciliana, rispetto all'idea del prendersi cura di se per vivere meglio e più a lungo, attraverso le numerose iniziative poste in essere dalla strutture sanitarie regionali allo scopo di raggiungere gli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione, che mette al centro il benessere e la salute del cittadino.

Mario La Rocca

Dirigente Generale DASOE (ad interim)

Nota introduttiva per i Direttori delle AA.SS.PP. della Regione Siciliana

Cari Direttori,

In relazione all'attuale emergenza sanitaria Covid-19 ed alla conseguente diluizione della tempistica nella redazione del *frame work* di riferimento per la pianificazione regionale del PRP 2020-2025, si è inteso, con il presente documento, dare continuità alle azioni di prevenzione e promozione della salute, già intraprese in ambito regionale con il precedente piano 2014/2019, attraverso l'avvio di una serie di attività urgenti per la salute dei siciliani e, al contempo, propedeutiche all'attivazione dei futuri programmi di prevenzione già concordati con il Ministero della Salute; ciò in un'ottica di potenziamento delle azioni di comunicazione degli obiettivi di salute e delle strategie connesse.

In esito ai dati di dicembre 2020, riguardanti il profilo di salute della popolazione siciliana, il documento che si accompagna è stato realizzato sulla scorta di due matrici ben individuate: i programmi predefiniti, indicati dal PNP, che tutte le regioni sono tenute a declinare e che saranno ampiamente sviluppati con il piano quinquennale ed i programmi liberi, attraverso i quali si sperimenteranno, in maniera omogena nel territorio regionale, metodologie e azioni progettuali basate su evidenze scientifiche, di costo-efficacia ed equità, raccomandazioni e buone pratiche validate e documentate.

Il presente Piano nasce, quindi, con una doppia finalità: da un lato continuare nel processo di cambiamento culturale già avviato dall'Assessorato della Salute con il recepimento del primo piano nazionale della prevenzione 2010-2012, dall'altro inserire come progetti pilota i *Programmi liberi* che saranno quelli tipizzanti il nostro territorio, quali, a mero titolo d'esempio, la formazione su tutto il territorio regionale delle manovre di disostruzione pediatrica.

Tale approccio metodologico ci consente di preparare culturalmente e sistematicamente il Territorio al cambiamento di marcia auspicato dal PNP 2020-2025, uniformando le attività poste in essere con il preciso obiettivo di limitare le disuguaglianze e di osservare fin da subito le linee guida poste dal Ministero della Salute.

L'impegno che vi chiediamo è quello di favorire ogni utile sforzo indirizzato ad azioni, metodologie e strategie operative, volte ad implementare l'organizzazione della rete territoriale a supporto del PRP e della connessa comunicazione. Pertanto, potenziare la capacità degli operatori dei dipartimenti di prevenzione, dei referenti della comunicazione e della promozione della salute in contesti intersettoriali e multidisciplinari in cui operare secondo logiche di trasversalità.

Sostenere, in ultimo, la formazione del personale secondo il programma previsto nel 2021 e, a cascata, rafforzare il processo di comunicazione per la Salute regionale nei territori di appartenenza.

Buon lavoro,

Daniela Segreto
Responsabile Ufficio Speciale Comunicazione per la Salute

Sergio Buffa
Responsabile Servizio 5 – DASOE

Antonietta Costa
Dirigente Medico DASOE

CAPITOLO 1: Il PNP 2020-2025

Introduzione

Con D.A. 1027/2020 l'Assessorato regionale della Salute della Regione Siciliana ha recepito il "Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025" (PNP 2020-2025) di cui all' Accordo Stato-Regioni del 6 agosto 2020, quale strumento di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio nazionale.
Il PNP 2020-2025 riorienta tutto il sistema della prevenzione verso un approccio trasversale di promozione della salute raccomandato dalla letteratura internazionale e dall'OMS, pone nuovi obiettivi organizzativi, dispone attività omogenee in campo nazionale a cui tutte le regioni sono tenute ad attenersi.
Allo scopo di condividere le indicazioni, le metodologie e le strategie ministeriali, si ritiene opportuno riportare in questo capitolo la versione sintetica del PNP estratta dall'Accordo Stato - Regioni del 6 agosto 2020, rimandando allo stesso per ogni ulteriore approfondimento.

1.1 Vision e principi del PNP 2020-2025

- La *vision* del Piano prende spunto dai principali indirizzi delle istituzioni internazionali ed europee elaborati e adottati con il concorso dei diversi Paesi, tra cui l'Italia.
- La drammatica recente esperienza della **pandemia da SARS-COV 2** ha rimarcato come uomo, animali e ambiente siano fortemente connessi in una relazione di interdipendenza e ha portato alla luce le già note implicazioni dell'equità sulla salute, dal momento che le fasce deboli della popolazione (anziani, malati cronici) sono risultate essere i target in cui l'impatto della pandemia è stato peggiore.
- L'approvazione dell'Agenda 2030 ha rappresentato una evoluzione verso un **approccio combinato**, in cui tutti gli obiettivi tengono conto degli aspetti economici, sociali e ambientali e mirano a porre fine alla povertà, restituire la dignità alle persone e, nel contempo, a preservare la natura e l'ambiente. La Dichiarazione di Ottawa sottolinea la necessità di rafforzare l'impegno a livello internazionale e nazionale per migliorare le strategie di protezione dell'ambiente e prevenire/eliminare gli effetti avversi, i costi e le disuguaglianze delle condizioni che impattano sull'ambiente e sulla salute. La Dichiarazione riconosce che il benessere delle popolazioni è strettamente legato agli obiettivi dell'Agenda 2030 e agli obiettivi dell'Accordo di Parigi sul clima del 2015 che, necessariamente, devono far parte integrante di una strategia su ambiente e salute.
- Nel dicembre 2017, il CIPE ha approvato la **Strategia nazionale per lo sviluppo sostenibile** (SNSvS), la cui attuazione si raccorda con i documenti programmatici esistenti. La definizione della SNSvS può rappresentare un'opportunità per il raggiungimento degli obiettivi del PNP, favorendo a vari livelli lo sviluppo di politiche e azioni trasversali e il coinvolgimento dei vari settori su obiettivi condivisi.
- Il PNP 2020-2025 rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*) che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, 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. L'approccio One Health consente di affrontare la questione trasversale della biodiversità e della salute umana, così come il contrasto efficace all'antimicrobico-resistenza, problema crescente di dimensioni globali, o come il contrasto all'emergenza di epidemie e pandemie che trovano origine nelle manomissioni e degrado degli ecosistemi con conseguenti trasferimenti di patogeni (*spillover*) dalla fauna selvatica a quella domestica, con successiva trasmissione all'uomo.

- L'elemento strategico di innovazione del PNP 2020-2025 sta nella scelta di sostenere il **riorientamento di tutto il sistema della prevenzione** verso un "approccio" di Promozione della Salute, rendendo quindi trasversale a tutti i Macro Obiettivi lo sviluppo di strategie di *empowerment* e *capacity building* raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS, coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa.
- Anche alla luce delle recenti esperienze legate alla pandemia da COVID-19, e in un contesto di conseguente crisi economica, è necessario che il SSN si ponga **nuovi obiettivi organizzativi del sistema** in cui esprimere i valori professionali dei diversi operatori. È indispensabile programmare e progettare sempre più in modo integrato e in termini di rete coordinata e integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel Territorio e gli Ospedali, i quali se isolati tra di loro e separati dal territorio che li circonda non possono rappresentare l'unica risposta ai nuovi bisogni imposti dall'evoluzione demografica ed epidemiologica. È necessario, quindi, disporre di **sistemi flessibili di risposta**, con capacità di richiamare su temi emergenti risorse umane per i compiti da svolgere in tempi rapidi. Questa capacità di reazione alle emergenze va preparata con formazione di operatori di tutti i settori, che al momento opportuno possano lavorare in sinergia su uno stesso obiettivo.
- Nella salute pubblica è necessario porre l'attenzione ai **determinanti sociali e ambientali** e il territorio deve essere in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva (individuazione casi sospetti e/o positivi e controllo dei contatti, gestione isolamento domiciliare, appropriato ricovero ospedaliero, ecc.), sia per garantire interventi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.) e affrontare le sfide della promozione della salute e della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità.
- Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono necessarie **alleanze e sinergie intersettoriali** tra forze diverse, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche" (Health in all Policies). L'intersettorialità si basa sul riconoscimento della salute quale processo complesso e dinamico che implica interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali. Anche l'esperienza COVID-19 ha evidenziato l'importanza della collaborazione intersettoriale per affrontare le complesse conseguenze dell'epidemia (ad es. impatto economico, sociale e psicologico della crisi e del lockdown) e della cooperazione in ambito scientifico per le valutazioni epidemiologiche, la ricerca di farmaci efficaci e la messa a punto di un vaccino.
- Il PNP 2020-2025 intende consolidare l'attenzione alla **centralità della persona**, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l'Health Literacy (alfabetizzazione sanitaria) e ad accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività (empowerment) e di interagire con il sistema sanitario (engagement) attraverso relazioni basate sulla fiducia. Affermare la centralità della persona e delle comunità nell'ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria significa riconoscere che la salute, individuale e collettiva, è un processo il cui equilibrio è determinato da fattori sociali ed economici oltre che biologici.
- In tale contesto la **promozione della salute** è chiamata a caratterizzare le politiche sanitarie non solo nell'obiettivo di prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche, ma anche a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza e capacità di controllo (empowerment) che mantenga o migliori il capitale di salute.
- **MMG e PLS** sono figure chiave per favorire *l'health literacy* e l'*empowerment* dei cittadini e per contrastare le disuguaglianze. Pertanto, è necessario il loro attivo coinvolgimento, nell'ambito delle attività territoriali di promozione della salute, prevenzione e assistenza sanitaria primaria, affinché la loro azione sia di coerente supporto agli obiettivi nazionali di prevenzione.
- Il PNP 2020-2025 rafforza l'**approccio *life course*** nella consapevolezza che gli interventi preventivi e protettivi realizzati con tempestività nella primissima fase della vita portano a risultati di salute

positivi che dureranno tutta la vita e si rifletteranno anche sulle generazioni successive e sulla comunità intera. L'approccio *life course* consente di ridurre i fattori di rischio individuali e rimuovere le cause che impediscono ai cittadini l'accesso ad ambienti e a scelte di vita salutari, mettendo in atto l'azione preventiva già a partire dai primi 1.000 giorni, cioè nel periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino.

- Il PNP 2020-2025 mira a migliorare l'**approccio per *setting***, favorendo una maggiore interazione tra tutti i *setting* (la scuola, l'ambiente di lavoro, la comunità e i servizi sanitari) e individuando l'Ente locale (Comune) quale "*super-setting*" in cui gli altri convergono. Il *setting* è il luogo o il contesto nel quale è più facile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione. Nel contempo, il *setting* costituisce esso stesso il bersaglio dei cambiamenti da implementare sugli ambienti, sulle organizzazioni, sui centri di responsabilità.
- Il PNP 2020-2025 persegue, inoltre, l'**approccio di genere** come un cambio di prospettiva culturale affinché la valutazione delle variabili biologiche, ambientali e sociali, dalle quali possono dipendere le differenze dello stato di salute tra i sessi, diventi una pratica ordinaria al fine di migliorare l'appropriatezza degli interventi di prevenzione e contribuire a rafforzare la "centralità della persona". La dimensione del genere consiste, dunque, in un approccio da prevedere e sostenere in ogni ambito e settore per evitare stereotipi e definire strategie volte ad evitare disuguaglianze.
- Il PNP 2020-2025 basa l'azione quanto più possibile su prove di efficacia e sulla misura dei risultati (valutazione di processo e di esito), avvalendosi dell'***Evidence-Based-Prevention*** (EBP) attraverso le relative reti di strutture e professionisti a supporto). Esso investe sulla messa a sistema in tutte le Regioni dei programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia (come vaccinazioni e screening oncologici) e di linee di azione (Programmi "Predefiniti", vincolanti per tutte le Regioni) basate su evidenze di efficacia, buone pratiche consolidate e documentate, strategie raccomandate, nazionali e internazionali.
- È indispensabile **rafforzare le Aziende sanitarie** nello sviluppo delle attività di I livello (prevenzione, medicina di base, attività distrettuale), legandole alle esigenze della comunità locale e garantendo i processi d'integrazione tra area sociale e socio-sanitaria e tra Territorio e Ospedale. Deve essere posta la massima attenzione nel costruire una efficace integrazione e continuità dell'intero processo, la cui realizzazione diventi un obiettivo primario anche per l'Ospedale facilitando il dialogo e lo scambio di competenze e informazioni fra tutti gli attori del sistema, ivi compresi MMG e PLS.
- Per un'efficace azione di contrasto alle malattie vanno potenziati, integrati e resi pienamente operativii **sistemi di sorveglianza e i registri** già indicati nel DPCM 3 marzo 2017 ("Identificazione dei sistemidi sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie") e va potenziata la capacità di agire sul territorio con indagini sul campo e di monitorare in tutte le aree del Paese l'attività delle strutture territoriali con valutazioni di performance e di esito.
- Inoltre, occorre completare il percorso, già avanzato in alcune Regioni, verso il completo superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del MMG, in favore di **forme aggregate e integrate di organizzazione** che consentano una risposta multidisciplinare e multifattoriale ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni alla settimana. Tale organizzazione consente una efficace presa in carico dei pazienti attraverso processi ed attività di ingaggio, *counseling* ed educazione sanitaria, l'invio ad appropriate prestazioni e percorsi di secondo livello anche in collaborazione con le aree specialistiche ospedaliere e garantisce importanti ricadute sugli accessi impropri al Pronto Soccorso, sul miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni e sulla relativa *compliance*, nonché sulla riduzione dei tempi d'attesa.
- Per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l'infermiere di famiglia e di comunità, ovvero professionisti che abbiano come *setting*

privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l'utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro.

- Il PNP 2020-2025 richiede, quindi, l'adozione di **sistemi di pianificazione e monitoraggio**, integrati con le linee di azione delle cure primarie e sociosanitarie, declinati su scala regionale e locale, ancorati al sistema di misurazione quali-quantitativa del raggiungimento degli obiettivi delle Direzioni aziendali, con esplicita identificazione delle relative responsabilità.
- La riduzione delle principali **disuguaglianze sociali e geografiche** rappresenta una priorità trasversale a tutti gli obiettivi del Piano, che richiede di avvalersi dei dati scientifici, dei metodi e degli strumenti disponibili e validati, per garantire l'equità nell'azione, in una prospettiva coerente con l'approccio di "Salute in tutte le politiche". Lo svantaggio sociale rappresenta il principale singolo fattore di rischio per salute e qualità della vita. Le persone, le famiglie, i gruppi sociali e i territori più poveri di risorse e capacità sono anche più esposti e più vulnerabili ai fattori di rischio che sono bersaglio del Piano e ai fattori di stress che minano la resilienza delle persone, soprattutto nelle finestre temporali cruciali per il loro sviluppo (es. infanzia e adolescenza).
- Il **profilo di salute ed equità** della comunità rappresenta il punto di partenza per la condivisione con la comunità e l'identificazione di obiettivi, priorità e azioni sui quali attivare le risorse della prevenzione e al tempo stesso misurare i cambiamenti del contesto e dello stato di salute, confrontare l'offerta dei servizi con i bisogni della popolazione, monitorando e valutando lo stato di avanzamento nonché l'efficacia delle azioni messe in campo. Nell'accezione proposta dal LEA della Prevenzione, il profilo di salute della comunità rappresenta uno strumento strategico per una pianificazione regionale/locale degli interventi, coerente ai dati di contesto di natura epidemiologica, demografica, socioeconomica, comportamentale, organizzativa e permette di orientare la programmazione all'equità, all'intersettorialità e all'*accountability*.
- Un aspetto cruciale è la disponibilità di **dati aggiornati**, con un dettaglio locale, sulla distribuzione per variabili sociodemografiche e socioeconomiche per costruire politiche e programmi di prevenzione intersettoriali e integrati, per orientarli anche in termini di scelte allocative delle risorse, modulandoli sui gruppi per i quali sono emerse le maggiori criticità. Il Nuovo Sistema di Garanzia (DM del 12 marzo 2019 pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 e operativo a partire dal 1gennaio 2020) prevede la possibilità di monitorare le disuguaglianze sociali in tutti gli altri indicatori di garanzia dei LEA, attraverso l'integrazione tra i dati del Nuovo sistema informativo sanitario e i dati di fonti statistiche esterne che raccolgono informazioni su almeno una variabile di tipo sociale.

1.2 Azioni trasversali

- Le azioni trasversali sono **azioni di sistema** che contribuiscono "trasversalmente" al raggiungimento degli obiettivi di salute e di equità del PNP. Esse includono le azioni volte a rafforzare l'approccio intersettoriale e a perseguire l'equità (vedi sopra), la formazione e la comunicazione.
- La **formazione** è parte integrante di tutte le strategie, elemento traversale di obiettivi e programmi essenziale per accrescere le competenze degli operatori sanitari. Essa deve essere fortemente orientata all'azione e i percorsi formativi vanno contestualizzati rispetto all'intervento da realizzare nel territorio. In quest'ottica, il coinvolgimento nei percorsi formativi delle figure strategiche del sistema dell'assistenza primaria (in primis MMG, PLS) resta prioritario.
- Nel PNP 2020-2025, la formazione vuole essere finalizzata a permettere **l'acquisizione di competenze nuove** (es. *counseling, Urban Health*, ecc.) per il personale dei Dipartimenti di prevenzione ma anche a fornire nuovi input alla formazione, di base e specialistica, di tutte quelle figure della prevenzione che sono coinvolte nella declinazione regionale e locale delle strategie del

PNP. L'attività di formazione si rende, inoltre, necessaria per rinforzare la collaborazione intersettoriale e rendere realmente applicativo il principio *One Health*.

- La **comunicazione** è uno strumento strategico per aumentare la conoscenza e *l'empowerment*; promuovere atteggiamenti favorevoli alla salute, favorire modifiche di norme sociali, accesso e adesione ai programmi di prevenzione e di cura, coinvolgimento attivo del cittadino (*engagement*). Può facilitare la creazione di reti inter-istituzionali e la collaborazione tra le organizzazioni sanitarie e non sanitarie, sostenere la fiducia della popolazione nelle istituzioni sanitarie e contribuire *all'accountability* del sistema salute.
- La **comunicazione** va sviluppata sia come **comunicazione sanitaria**, sia come **comunicazione per la salute**, rispettivamente finalizzate alla "mappatura" e diffusione delle opportunità di salute presentisul territorio e alla produzione e condivisione, all'interno della comunità, di conoscenza sui problemidi salute, con l'obiettivo di orientamento, responsabilizzazione, consapevolezza e motivazione delle persone e di supporto alle decisioni e alle politiche.
- Analogamente ad ogni altra azione di sanità pubblica, essa necessita di essere adeguatamente pianificata e valutata negli effetti. Il **processo di comunicazione** deve iniziare dalla definizione degli obiettivi e delle priorità e dall'analisi delle caratteristiche del target, proseguire con l'individuazione degli interventi da realizzare e il monitoraggio della loro corretta implementazione e concludersi con la valutazione di impatto.
- Insieme alla formazione, la comunicazione deve essere attuata come **azione di sistema**:
  - trasversale al Piano e presente in tutti i programmi;
  - a servizio dell'integrazione e dell'intersettorialità, rivolgendosi anche agli amministratori e ai *policy maker* oltre che alla popolazione e agli operatori sanitari;
  - in grado di contribuire al contrasto alle diseguaglianze.

1.3 Macro Obiettivi

1.3.1 MO1 - Malattie croniche non trasmissibili

- Le **malattie croniche non trasmissibili** (MCNT), malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, problemi di salute mentale, disturbi muscolo scheletrici restano le principali cause di morte a livello mondiale. Consumo di tabacco, errate abitudini alimentari, insufficiente attività fisica, consumo rischioso e dannoso di alcol, insieme alle caratteristiche dell'ambiente e del contesto sociale, economico e culturale rappresentano i principali fattori di rischio modificabili, ai quali si può ricondurre il 60% del carico di malattia (*Burden of Disease*), in Europa e in Italia. A ciò si aggiunge la carente organizzazione e l'insufficiente ricorso ai programmi di screening organizzato.
- Negli ultimi decenni in Italia, con l'**invecchiamento** progressivo della popolazione, si è registrato un aumento dell'aspettativa di vita, legato al miglioramento delle condizioni sociali e ai progressi nella diagnosi precoce e nella cura delle malattie. La presenza di patologie cronico-degenerative e il dolore fisico che spesso le accompagna condizionano notevolmente le normali attività quotidiane degli anziani, comportando una progressiva riduzione nell'autonomia. Un altro effetto negativo del rapido invecchiamento della popolazione è rappresentato dall'aumento dell'incidenza delle persone affette da demenza che è una delle principali cause di disabilità e non autosufficienza tra gli anziani va affrontata con un approccio di sanità pubblica.
- **L'alimentazione non corretta** è associata frequentemente al basso livello socioeconomico delle famiglie, al livello di istruzione, al costo degli alimenti e al marketing pubblicitario e incide sulla qualità della vita, nonché sulle condizioni psico-fisiche della popolazione. È nota, tra l'altro, la stretta la correlazione tra abitudini alimentari e **sovrappeso/obesità**, specie infantile. L'aumento del

sovrappeso e dell'obesità nei bambini e giovani è particolarmente allarmante alla luce del forte legame tra eccesso di adiposità e danni alla salute in età avanzata. **L'obesità** incide profondamente sullo stato di salute poiché si accompagna ad importanti malattie che peggiorano la qualità di vita e ne riducono la durata.

- La presenza di **allergeni** negli alimenti o la carenza nutrizionale di iodio sono condizioni che possono avere effetti negativi sulla salute in tutte le fasi della vita
- Anche **inattività fisica** e sedentarietà contribuiscono al carico di malattie croniche e incidono notevolmente sui processi volti a un invecchiamento in buona salute.
- Il **fumo di tabacco** nel nostro Paese rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile, con una prevalenza di fumatori in calo, ma con preoccupanti dati relativi ai consumi tra i giovani, alla riduzione della percentuale di quanti provano a smettere e alla comparsa sul mercato di nuovi prodotti a base di nicotina dannosi per la salute.
- L'**alcol** è la terza causa di morte prematura. A fronte di una riduzione del consumo di vino durante i pasti, si registra un progressivo aumento di consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti e resta allarmante nei giovani il fenomeno del *binge drinking*.
- Inattività fisica, fumo, diabete, ipertensione, obesità della mezza età, depressione e bassa scolarizzazione hanno mostrato una forte associazione con l'eziologia della **demenza**. In generale la salute mentale è parte integrante della salute e del benessere e, inoltre, i disturbi mentali si presentano spesso in comorbilità con altre malattie croniche o queste ne influenzano la comparsa. Nel contesto degli interventi volti a sviluppare e attuare politiche e programmi per la prevenzione delle MCNT è essenziale tener conto delle esigenze delle persone con disturbi mentali, ma anche della necessità di proteggere e promuovere il benessere mentale di tutti i cittadini in tutte le fasi della vita.
- **L'inquinamento atmosferico** indoor e outdoor, considerato dall'OMS il principale fattore di rischio ambientale per la salute e tra le cause principali dei decessi dovuti a malattie croniche non trasmissibili, si aggiunge ai fattori di rischio sopra descritti.

STRATEGIE

- Il controllo delle MCNT richiede un **approccio multidisciplinare**, con un ampio spettro di interventi coordinati a differenti livelli, per prevenirne l'insorgenza, assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o ancora allo stadio iniziale al fine di rallentare la progressione della malattia anche con interventi comportamentali.
- Data la vastità e complessità degli ambiti affrontati è necessario un **approccio combinato e integrato** tra *strategie di comunità* (orientate alla promozione della salute, intersettoriali e per setting) *e strategie basate sull'individuo* (individuazione dei soggetti a rischio e delle malattie in fase precoce), seguite da interventi efficaci centrati sulla persona (es. counseling individuale sugli stili di vita – LEA, percorsi assistenziali).

- **Strategie di comunità**

  Approccio intersettoriale

  La creazione di reti e alleanze intersettoriali consente di porre la salute ed il contrasto alle disuguaglianze di salute al centro delle strategie e degli interventi sanitari ed extra-sanitari e di considerare in ogni contesto la centralità della persona, i suoi diritti e le sue scelte. La "Salute in tutte le politiche" rappresenta un approccio doppiamente vincente poiché fa sì che settori diversi traggano

vantaggio (strategia win-win), rafforzando i risultati, dall'includere nella programmazione delle proprie politiche la valutazione dei potenziali effetti sulla salute.

Approccio life-course e di genere

Adottare un approccio *life-course*, a partire dai primi 1.000 giorni (nonché in fase pre- concezionale) e lungo tutto il corso della vita, mira a ridurre i fattori di rischio individuali e a rimuovere le cause che impediscono ai cittadini scelte di vita salutari. L'allattamento materno, ad esempio, è elemento determinante per la salute e va, pertanto, protetto, promosso e sostenuto. È necessario, peraltro, incentivare e rafforzare le reti e il sostegno informali, la cittadinanza attiva e l'*empowerment* individuale e collettivo degli anziani e di chi si prende cura di loro. Prevedere azioni di prevenzione e promozione della salute in un'ottica di genere favorisce, inoltre, l'appropriatezza degli interventi.

Approccio per setting

Le comunità costituiscono un luogo d'eccellenza degli interventi di promozione della salute, sia diffondendo informazioni e conoscenze sull'importanza di uno stile di vita salutare, sia offrendo opportunità per facilitarne l'adozione. "Partecipazione" della comunità, "responsabilizzazione" ed "equità" sono le parole chiave dell'approccio per *setting*.

La **scuola** è il luogo dove favorire la "Promozione della salute" come proposta educativa continuativa e integrata lungo tutto il percorso scolastico. A livello territoriale il rapporto tra Sistema Scuola e Sistema Sanitario necessita di una maggiore interazione, mirata a integrare le specifiche competenze e finalità, secondo quanto espresso nel documento "Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute" (Accordo Stato-Regioni 17 gennaio 2019).

I **luoghi di lavoro** sono un setting strategico dove le persone, che vi trascorrono la maggior parte della loro giornata, possono essere più facilmente raggiunte e coinvolte. La promozione della salute nei luoghi di lavoro (*WorkplaceHealth Promotion* - WHP) è stata, infatti, identificata dall'OMS come una delle strategie efficaci nell'ambito delle politiche di promozione della salute. Numerose evidenze sostengono che l'implementazione di WHP può produrre potenziali benefici sia in termini di salute dei lavoratori, sia di diminuzione delle assenze dal lavoro.

Le **città** devono costantemente affrontare situazioni che impattano sulla salute, come l'inquinamento atmosferico, gli incidenti stradali, gli stili di vita non corretti, gli agenti infettivi che si diffondono più facilmente in condizioni di sovraffollamento. Il miglioramento degli spazi di vita delle persone è, perciò, un obiettivo imprescindibile dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, finalizzato a rendere le città e le comunità sicure, inclusive, resilienti e sostenibili, contribuendo anche a ridurre l'impatto delle MCNT. Per tali ragioni negli anni recenti si è sviluppato il concetto di Urban Health che identifica tutte le pratiche e le azioni orientate alla tutela e alla promozione della salute nel *setting* urbano *indoor* e *outdoor*.

- **Strategie basate sull'individuo**

Interventi finalizzati all'individuazione di condizioni di rischio individuali per le MCNT e all'indirizzo delle persone verso un'adeguata presa in carico sono previsti anche dai **LEA** nell'ambito dell'Area F del Livello Prevenzione collettiva e sanità pubblica che include l'offerta del counseling individuale quale prestazione esigibile finalizzata al contrasto ai fattori di rischio delle MCNT. L'offerta del "*counseling* breve", in particolare in presenza di soggetti con fattori di rischio, deve trovare attuazione nei contatti sanitari "opportunistici" (es. Ambulatori, Consultori, Certificazioni, Medici Competenti, Screening oncologici, Punti nascita, Punti vaccinali, ecc.

L'attività dell'operatore sanitario sul singolo è supportata nel territorio dalla disponibilità di interventi sia di comunità (es. gruppi di cammino, pedibus) sia terapeutici specifici (es. trattamento del

tabagismo, consulenza nutrizionale, prescrizione esercizio fisico, ecc.), tali da poter permettere la costruzione di percorsi personalizzati per livello di rischio.

È compito del **Dipartimento di Prevenzione** programmare, validare e attuare interventi finalizzati all'individuazione di condizioni di rischio per le malattie croniche non trasmissibili e all'indirizzo verso un'adeguata "presa in carico". In questo ambito si inserisce la collaborazione tra i Distretti Sanitari e la medicina di base per l'invio a interventi più o meno strutturati a seconda della condizione e per la modifica dei fattori di rischio.

In questo contesto operativo, già previsto dal PNP 2014-2019, si colloca il collegamento con il **Piano Nazionale della Cronicità** (PNC). Il PNC, infatti, nel considerare la prevenzione uno degli "elementi chiave" di gestione della cronicità e rimandando agli interventi previsti dal PNP, ne individua due obiettivi principali:

a. la prevenzione su persone individuate come "a rischio" di patologia cronica, attraverso la definizione di percorsi condivisi e misurabili nei loro esiti intermedi e finali;

b. la prevenzione delle complicanze proprie delle patologie croniche considerate.

Il PNP 2020-2025, rafforzando un lavoro in rete delle strutture coinvolte, mira ad attivare percorsi integrati su persone a rischio "misurabili nei loro esiti intermedi e finali anche attraverso indicatori di risultato intermedio proxy" (astensione dal fumo, calo del peso corporeo, riduzione dei fattori di rischio noti), come indicato dal PNC. Inoltre, per quanto riguarda la prevenzione delle complicanze in soggetti con patologie croniche, il raccordo tra i servizi di prevenzione, cure primarie, assistenza sul territorio e riabilitazione, è favorito dalla definizione di Percorsi (Preventivo)-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali - (P)PDTA, guidati dalle evidenze e centrati sui pazienti per l'effettiva presa in carico dei bisogni "globali", in grado in una prospettiva più ampia anche di attivare le risorse della comunità (welfare di comunità).

Per quanto riguarda la **prevenzione oncologica**, si prevede di proseguire nel consolidamento dei programmi organizzati di screening, in particolare per il completamento della transizione verso il modello basato sul test primario HPV-DNA per lo screening del cervico-carcinoma, nonché per lo sviluppo di percorsi organizzati per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica (mutazioni del BRCA1 e BRCA2), per consentire la piena realizzazione di quanto previsto dai LEA.

È necessario superare le criticità evidenziate in alcune Regioni attraverso interventi di formazione interdisciplinare congiunta dei professionisti coinvolti (MMG, PLS, specialisti ovvero ginecologici, radiologi, anatomopatologi, endoscopisti), attività di informazione e comunicazione, modifiche tecnico-organizzative per ottimizzare la modalità degli inviti e per l'aggiornamento delle anagrafi ei contatti.

1.3.2 MO2 - Dipendenze e problemi correlati

- L'OMS definisce la "**dipendenza patologica**" come "condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione". In questa definizione rientrano anche le *dipendenze senza sostanza*, che riguardano comportamenti problematici come il disturbo da gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo, la *new technologie saddiction* (dipendenza da internet, *social network*, videogiochi, televisione, cc.).
- La **dipendenza da sostanze** ha conseguenze dirette e indirette sull'ordine pubblico e sulla spesa sanitaria e sociale ed è oggetto di interventi generici e specifici da parte dello Stato. Il progressivo abbassamento dell'età di prima assunzione, associato - sul versante dell'offerta - a un mercato che, a prezzi sempre più bassi, offre una gamma molto ampia di principi attivi (comprese le cd. NPS - *New Psycho attive Substance*, spesso non ancora tabellate e quindi legali), fa sì che i fenomeni di consumo abbiano un impatto rilevante sulla salute pubblica già nelle fasi che precedono l'insorgere di una vera e propria dipendenza. Le conseguenze negative sulla salute possono essere dirette, e derivare dagli effetti farmacologici della sostanza e dalla via di assunzione, o indirette, come epatite B e C, AIDS, disturbi del sistema nervoso centrale (SNC), cui si aggiungono conseguenze sociali legate a comportamenti illegali, violenze, incidenti.
- Il consumo di **sostanze psicotrope illegali** e l'uso sperimentale di droghe sta diventando un aspetto sempre più comune del comportamento degli adolescenti. Negli ultimi anni si stanno modificando il significato e la modalità di consumo, la tipologia del consumatore e dell'utente in carico ai servizi sanitari e si è assistito all'aumento di modalità di assunzione a maggior rischio, quali il policonsumo, anche in età precoci. Secondo la Relazione annuale al Parlamento 2018, aumenta il consumo di tutte le sostanze; la diffusione di internet e delle nuove tecnologie, ha provocato un'impennata degli acquisti online di sostanze psicoattive anche da parte di giovanissimi. La programmazione degli interventi deve tenere conto, pertanto, del passaggio da un quadro dominato da modalità di assunzione e sostanze considerate "classiche", come ad esempio cocaina ed eroina, a un quadro in cui spicca l'assunzione di nuove sostanze sempre più sofisticate e pericolose e nuove modalità di consumo.
- Per quanto riguarda le **sostanze legali**, una seria forma di dipendenza psico-fisica è anche quella da farmaci **fuori prescrizione medica**. I dati relativi alla prevalenza del consumo di psicofarmaci non prescritti tra i giovani (studio ESPAD), evidenziano in Italia un trend in aumento.
- Relativamente all'**alcol**, si registra nel nostro paese un progressivo aumento del consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti. I comportamenti di consumo a rischio, essenzialmente distinti in "consumo abituale eccedentario" e "*binge drinking*" (consumo di più di 5/6 UA in un'unica occasione), prevalentemente diffusi tra i giovani, causano non solo danni alla salute, ma anche problemi legati alla sicurezza, soprattutto in riferimento all'incidentalità stradale, all'esposizione a situazioni di rischio e agli infortuni sul lavoro.
- Per quanto riguarda il **tabacco** occorre continuare a livello nazionale e regionale a investire ed implementare un approccio globale al fenomeno orientato a promuovere ambienti e persone libere dal fumo e fondato su una visione intersettoriale e interdisciplinare del problema, integrando politiche e azioni efficaci per contrastare il fenomeno, quali monitoraggio dei consumi (anche relativamente ai nuovi prodotti), politiche di prevenzione e di protezione della popolazione, sostegno alla cessazione, informazione sui pericoli del tabacco, nonché rafforzamento dei divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazioni del tabacco, politiche fiscali e dei prezzi.
- Accanto alla dipendenza da sostanze illegali e legali è necessario considerare la crescente diffusione delle **dipendenze di natura comportamentale**, problematiche diverse nelle manifestazioni cliniche, ma per molti aspetti correlate sul piano eziologico e psicopatologico. Esse comprendono un ampio ventaglio di manifestazioni (il disturbo da gioco d'azzardo, le dipendenze da nuove tecnologie, le dipendenze sessuali, lo shopping compulsivo, ecc.) ad oggi inserite solo in parte nelle classificazioni

diagnostiche internazionali.

- Il **disturbo da gioco d'azzardo** (di seguito DGA) è classificato nel DSM 5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) quale "comportamento persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi". Questa patologia ha conosciuto negli ultimi anni una crescita esponenziale, dovuta alla concomitanza di diversi fattori, quali la crisi economica e l'enorme ampliamento dell'offerta d'azzardo. Le conseguenze drammatiche di tale fenomeno quali gli alti costi a livello sociale, familiare e sociale che il DGA provoca, fanno di esso una questione di salute pubblica che si ripercuote fortemente sulla sfera comunitaria e sociale.
- La **dipendenza da internet**, meglio nota nella letteratura psichiatrica con l'espressione inglese *Internet Addiction Disorder* (IAD), è un disturbo del controllo degli impulsi. Essa comprende il Gaming disorder (Dipendenza da videogame) che, nel 2018, è stato incluso dall'OMS tra i disturbi dovuti a comportamenti che generano dipendenza nell'International Classification of Disease (ICD 11). La dipendenza da internet determina un assorbimento totale del tempo dei soggetti interessati che passano intere giornate e notti in Rete, con compromissione di tutte le attività della vita familiare, lavorativa, sociale. Può presentare anche sindrome astinenziale caratterizzata da malessere psichico e/o fisico con agitazione psicomotoria, ansia, pensiero ossessivo.

STRATEGIE

- Le età preadolescenziale e adolescenziale rappresentano una fase cruciale per lo sviluppo dell'individuo e costituiscono quindi un momento chiave nel quale poter intervenire efficacemente con adeguate politiche di promozione della salute e interventi che indirizzino verso l'elaborazione di valori positivi e facilitino l'adozione di comportamenti orientati ad uno stile di vita sano.
- La prevenzione è la principale azione per evitare e ridurre i rischi e i danni alla salute correlati all'uso e abuso di sostanze psicoattive legali e illegali e all'insorgenza di disturbi comportamentali.
- Sono necessari approcci strategici multicomponente che mirino a:
  - Contrastare e ridurre l'offerta, attraverso l'adozione di politiche volte alla regolazione dell'accesso;
  - Ridurre la domanda, operando sulla modifica degli atteggiamenti;
  - Favorire il coordinamento intersettoriale fra le diverse politiche messe in atto.
- La complessa interazione tra fattori soggettivi, relazionali, sociali, ambientali che influiscono sull'eziologia delle dipendenze, rende opportuno attuare interventi con strategie diversificate a seconda del target di riferimento e dei modelli culturali e sociali che condizionano il fenomeno.
- L'impegno istituzionale deve essere orientato a promuovere programmi di intervento in grado di ridurre i fattori di rischio e di potenziare i fattori protettivi, ma il compito non può essere delegato esclusivamente al sistema socio-sanitario (Dipartimenti di Prevenzione e Dipartimenti Dipendenze). È fondamentale il coinvolgimento e il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali presenti a livello nazionale, regionale e territoriale per garantire un sistema di intervento complessivo che metta in sinergia tutte le risorse (umane, professionali, tecniche, organizzative, sociali e finanziarie) necessarie, affidando ai Dipartimenti Prevenzione, in collaborazione con quelli delle Dipendenze, un ruolo importante nel governo delle diverse strategie e attività preventive, valorizzando il patrimonio di esperienze maturate negli anni ed il ruolo di tutti i soggetti in campo.
- È essenziale definire strategie integrate, che possano da una parte potenziare le abilità di vita (*life-skill*) dell'individuo, dall'altra intervenire sull'**ambiente di vita**. La Famiglia e la Comunità rappresentano, in questo senso, gli interlocutori privilegiati per azioni che consentano di valorizzare le funzioni educative e relazionali cruciali per lo sviluppo di adeguate competenze di salute. Anche la Scuola e i luoghi dell'aggregazione giovanile rappresentano contesti fondamentali nei percorsi di crescita e acquisizione di adeguate competenze di vita, attraverso il confronto fra pari e l'interazione

con adulti di riferimento. È, inoltre, necessario allargare l'intervento ad altri contesti di vita (luoghi di lavoro, di aggregazione informale e divertimento, ecc.), dove è possibile intercettare gruppi vulnerabili di popolazione.

- Occorre affiancare agli interventi di prevenzione la presa in carico multidisciplinare, nonché gli interventi di **Riduzione del Danno** (RdD) che, pur adottati da oltre vent'anni, presentano forti disomogeneità tra le Regioni, con conseguenti disuguaglianze nell'accesso a servizi e prestazioni.
- Relativamente al Disturbo da Gioco d'Azzardo la legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) ha previsto l'istituzione presso il Ministero della salute **del Fondo per il gioco d'azzardo patologico** (GAP)". Attraverso il fondo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano elaborano e implementano un proprio Piano pluriennale di Prevenzione, cura e riabilitazione per le persone e i giovani ancora non dipendenti e per i pazienti in cura presso i Dipartimenti per le dipendenze, che si affianca con le altre iniziative.
- Per quanto riguarda l'**alcol-dipendenza**, occorre diffondere l'identificazione precoce e il counseling breve nei contesti della medicina generale e in quelli lavorativi, oltre che in altri contesti che possono risultare adeguati, tramite una specifica formazione degli operatori. È necessario, inoltre, prevedere interventi di sostegno destinati alle famiglie dei bevitori, favorendo la collaborazione tra servizi alcologici territoriali e servizi sociali e con Associazioni di auto- mutuo aiuto, per promuovere modifiche dei comportamenti non solo dell'alcolista e della sua famiglia, ma dell'intera comunità.
- È importante attivare azioni coordinate tra i diversi attori interessati (Servizi sanitari, di Polizia, autorità che rilasciano le licenze, commercianti, ecc.) per assicurare l'applicazione delle leggi che regolano la **vendita di alcolici** e la formazione del personale addetto alla vendita e alla somministrazione di bevande alcoliche, affinché sia preparato a prevenire il consumo eccessivo e a evitare problemi derivanti dall'ubriachezza.
- La prevenzione dell'uso di alcol fra i **minorenni** sta diventando una priorità, confermata dai dati epidemiologici relativi al binge drinking. Pertanto, è necessario il rafforzamento delle azioni di contrasto all'offerta di alcol, ma anche interventi di promozione della salute effettuati in ambiti mirati (luoghi di socializzazione, luoghi in cui si svolgono attività sportive, scuola, ecc.).

1.3.3 MO3 - Incidenti domestici e stradali

- L'impatto sociale del **fenomeno infortunistico** è di estrema rilevanza, non solo a livello sanitario, ma anche dal punto di vista economico.
- L'incidenza degli **infortuni domestici** è difficilmente stimabile poiché non esiste un sistema "corrente" di rilevazione del fenomeno a livello nazionale, le fonti di rilevazione appaiono disomogenee e non permettono un confronto tra le Regioni e la maggior parte degli eventi non gravi, non accedendo alla rete ospedaliera, sfugge all'osservazione.
- Per gli **ambienti di vita e domestici** manca una definizione univoca e condivisa di "infortunio domestico". Un riferimento importante è rappresentato dalla Legge del 3 dicembre 1999, n. 493 "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici", che attribuisce ai Dipartimenti di prevenzione, in collaborazione con i servizi territoriali, i compiti di valutazione e prevenzione dei rischi e di educazione sanitaria in materia di incidenti domestici. Nella stessa legge viene introdotta la definizione di "ambito domestico" inteso come *l'insieme degli immobili di civile abitazione e delle relative pertinenze ove dimora il nucleo familiare dell'assicurato; qualora l'immobile faccia parte di un condominio, l'ambito domestico comprende anche le parti comuni condominiali*.
- L'Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) definisce l'infortunio domestico come un evento dannoso che presenta le seguenti caratteristiche:

- comporta la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona, a causa di lesioni di vario tipo;
- è accidentale, si verifica cioè indipendentemente dalla volontà umana;
- si verifica in un'abitazione, intesa come l'insieme dell'appartamento e di eventuali estensioni esterne (balconi, giardino, garage, cantina, scala, etc.).

- I Centri Antiveleni (CAV), operanti in rete per tutto il territorio nazionale, rilevano le principali caratteristiche degli incidenti in ambito domestico dovuti a esposizione e intossicazione da prodotti chimici. La sistematica disamina dei dati rilevati dai CAV rende disponibile una base informativa per l'identificazione di problematiche che possono derivare dall'immissione in commercio di nuovi prodotti, utile anche al fine di orientare interventi di prevenzione e informazione mirati.
- La prima causa degli **incidenti domestici** va ricercata nella diffusa convinzione che la casa, in particolare quella propria, sia un posto sicuro. I fattori di rischio possono essere suddivisi in fattori individuali e ambientali. I fattori individuali sono correlati allo sviluppo psicomotorio dei primi anni di vita (bambini), alle attività lavorative in ambito domestico (donne) e alle condizioni di comorbidità, deficit neuro-motori e cognitivi, fragilità o scarsa attività fisica (anziani). I fattori ambientali sono relativi alle caratteristiche strutturali della casa, degli arredi, degli impianti e delle pertinenze, alla presenza e conservazione di farmaci e prodotti di uso comune che possono contenere sostanze chimiche tossiche.
- Per quanto riguarda gli **incidenti stradali**, essi sono un grande problema di sanità pubblica a livello mondiale dato il loro notevole impatto sulla salute delle persone. L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile indica come traguardo da raggiungere entro il 2020 il dimezzamento del numero di morti e feriti per incidenti stradali (obiettivo 3.6). La stima delle conseguenze economiche degli incidenti stradali è molto alta, calcolata tra l'1% e il 3% del prodotto interno lordo di ciascun Paese.
- Gli **incidenti stradali** sono favoriti da alcuni determinanti legati alla persona, quali l'età, le condizioni di salute, l'assunzione di farmaci compromettenti l'attenzione, l'uso di sostanze, l'equilibrio e i riflessi. Nello specifico, alcuni fattori di rischio sono riconducibili a stili di vita che comportano consumo rischioso e dannoso di alcol e consumo di sostanze psicotrope. Inoltre, bisogna considerare anche alcuni comportamenti alla guida errati (es. mancato rispetto della precedenza, la velocità troppoelevata, utilizzo dei cellulari ecc.) e altri determinanti attribuibili alla sicurezza delle strade e alla sicurezza dei veicoli. Nel determinismo degli incidenti stradali incidono anche fattori sociali che di fatto determinano un minor accesso a formazione e informazione sulle misure di prevenzione.

STRATEGIE

- Per **contrastare gli infortuni in ambito domestico** è necessaria una strategia multilivello che coinvolga in modo trasversale tutti i servizi sanitari di interesse attraverso azioni di prevenzione integrate e interventi *evidence based*, finalizzati a:
  - garantire la conoscenza del fenomeno e il sostegno ai flussi informativi basato sui dati rilevati;
  - monitorare la percezione della popolazione rispetto ai rischi e la frequenza degli incidenti domestici, utilizzando sinergicamente i flussi informativi correnti e le attività di sorveglianza;
  - sensibilizzare la popolazione sui rischi connessi agli incidenti domestici;
  - promuovere la sicurezza con particolare attenzione per i neogenitori e le categorie a maggior rischio: bambini, donne e anziani;
  - promuovere corretti stili vita con particolare riguardo per l'attività fisica e il corretto utilizzo dei farmaci nell'anziano.

- Occorre inoltre strategicamente favorire il sostegno alle attività dei CAV non solo nello svolgimento dell'azione di consulenza specialistica ma anche nel cosiddetto lavoro di *back office* concernente il

flusso informativo verso i decisori regionali/nazionali. Risulta funzionale, a tal proposito, favorire una più rapida comunicazione degli esiti del trattamento tra i CAV e le strutture sanitarie che li hanno contattati in fase di emergenza.

- È, infine, necessario istituire un sistema di sorveglianza valido su scala nazionale per valutare l'entità del fenomeno e confrontare i risultati di studi effettuati su diverse realtà nazionali e internazionali e fra gruppi di popolazione a rischio.
- In ambito sanitario, il DPCM 12 gennaio 2017, al punto B.6 dell'Allegato 1, definisce **la promozione della sicurezza stradale** come un LEA. Pertanto, gli interventi di promozione della salute, le campagne di prevenzione e informazione con differenti target di popolazione sono prestazioni sanitarie che devono essere garantiti alla collettività. Per avere effetti sulla riduzione del numero e della gravità degli incidenti stradali sono necessari programmi di lungo periodo, la stabilizzazione degli interventi di prevenzione fino a ora attuati, l'attuazione di ulteriori misure di prevenzione e, considerata l'etiologia multifattoriale di questa tipologia di incidenti, l'attuazione di interventi che incidano simultaneamente su più fattori di rischio.
- Le campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione sono importanti anche per sostenere l'applicazione della legislazione, in quanto permettono di far conoscere meglio i rischi e le sanzioni secondari delle infrazioni.
- Gli interventi che si sono dimostrati efficaci per la riduzione degli incidenti stradali sono distinti sulla base dei tre elementi che concorrono al verificarsi di un incidente stradale: strada, macchina e uomo.

Strada:

- integrazione dei dispositivi di sicurezza stradale durante la pianificazione dello sviluppo del territorio e nella pianificazione di città e trasporti;
- progettazione e costruzione di strade più sicure.

Macchina:

- miglioramento dei dispositivi di sicurezza dei veicoli;
- promozione del trasporto pubblico;
- controllo della velocità sulle strade da parte della polizia stradale e adozione di misure di riduzione della velocità della circolazione.

Uomo:

- elaborazione e applicazione della legislazione in armonizzazione con quella internazionale che prevede l'uso obbligatorio delle cinture di sicurezza, del casco e dei dispositivi di sicurezza in auto per i bambini;
- individuazione e applicazione dei limiti d'alcolemia alla guida che prevedano, se superati, il divieto di condurre veicoli;
- miglioramento del trattamento dei traumatismi in seguito a incidente stradale.

La prevenzione degli incidenti stradali richiede un approccio multisettoriale e il coinvolgimento di numerose Istituzioni. La sanità pubblica contribuisce attraverso:

- informazione e formazione sui fattori che alterano lo stato psicofisico alla guida quali uso di alcol e droghe o l'assunzione di farmaci;
- informazione e formazione sui pericoli legati alla guida senza cinture e senza casco e senza sistemi di ritenuta per i bambini;
- attività di advocacy presso le altre istituzioni coinvolte, in particolare per promuovere una mobilità sostenibile e sicura (potenziamento del trasporto pubblico locale, pianificazione urbanistica, messa in sicurezza dei percorsi casa-scuola).

È utile, inoltre, migliorare il sistema di rilevazione dei dati sugli incidenti stradali in particolare per conoscere con maggiore accuratezza il numero dei feriti gravi, per identificare meglio cause e dinamiche, al fine di

mettere in campo le più appropriate modalità di intervento di prevenzione come suggerito anche a livello europeo.

1.3.4 MO4 - Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali

- Gli **infortuni sul lavoro** continuano a rappresentare un grave onere per i costi sia economici sia sociali di disabilità e morti evitabili. L'interruzione di una serie storica virtuosa, che vedeva in calo gli infortuni sul lavoro, può trovare giustificazione nella precarietà del lavoro, nella mancanza di adeguata formazione per i lavoratori socialmente più deboli (giovani, stranieri), nell'invecchiamento della popolazione esposta al rischio. Sugli andamenti degli infortuni incidono anche la casualità del verificarsi degli eventi (come da definizione stessa di infortunio sul lavoro) e il rischio da circolazione stradale, determinante sia per gli infortuni in itinere sia per quelli in occasione di lavoro con mezzo di trasporto coinvolto.
- Per quanto riguarda le **malattie professionali**, le denunce sono state circa 59mila e 500, il 2,6% in più rispetto al 2017. Nel quinquennio 2013-2017, l'agricoltura ha registrato l'incremento più significativo di malattie professionali, poco meno del 20%; più contenuti, anche se significativi, gli aumenti per la gestione dei dipendenti del conto Stato (+10,9%) e dell'industria e dei servizi che registra la maggiore crescita in valore assoluto (4.338 denunce in più, +10,4%). Distinguendo le malattie rispetto al genere, si osservano delle differenze legate oltre che alle caratteristiche fisiche (peso, altezza media e forza, in generale inferiori nelle donne), anche come conseguenza degli agenti chimici, fisici, biologici, ecc., con i quali i lavoratori sono in contatto quotidianamente, e dei movimenti e sforzi fisici che gli stessi effettuano nell'espletare la propria attività. Al fine di attuare politiche di prevenzione mirate occorre tener presenti anche tali differenze caratterizzanti il genere.
- Esistono **fattori di rischio trasversali** a tutte le attività produttive (età, precarietà del lavoro, scarso benessere organizzativo). Per i giovani giocano un ruolo importante la tipologia lavorativa, spesso precaria, e la mancanza di formazione e informazione sui rischi correlati all'attività lavorativa specifica. Si assiste, inoltre, a un notevole invecchiamento della popolazione lavorativa, aspetto sempre più importante da considerare nell'orientare le politiche di prevenzione.
- Tra i rischi trasversali particolare attenzione va posta al dato delle **aggressioni** e alle violenze sul luogo di lavoro, in particolare per alcune attività di front-office, quali sanità, istruzione, trasporti, servizi sociali, vigilanza e ispezione.
- Nel novero dei rischi trasversali è inclusa la scarsa applicazione dei **principi ergonomici** nella progettazione di layout delle postazioni di lavoro e delle attrezzature di lavoro.
- Il **sovraccarico biomeccanico** derivante da movimenti ripetuti o movimentazione manuale dei carichi, all'origine di patologie a carico dell'apparato muscolo scheletrico, è, a sua volta, un rischio trasversale a moltissime attività produttive.
- Si deve, inoltre, sottolineare la ricorrenza di infortuni gravi e mortali, anche collettivi, derivanti da **utilizzo di macchine e attrezzature di lavoro non conformi** ai requisiti essenziali di sicurezza (RES) e a una inadeguata gestione o ad un uso scorretto di impianti. Tali fattori di rischio si riscontrano con particolare rilevanza in ambito agricolo.
- Importanti fattori di insorgenza di malattie professionali sono, infine, l'**esposizione ad agenti fisici, chimici, biologici e cancerogeni**, compresa l'esposizione professionale ad amianto. In relazione all'esposizione a tali agenti, occorre strutturare un approccio più articolato a tali fattori di rischio e prestare attenzione da un lato alla pluri-esposizione, valutandone le interazioni e gli effetti sulla salute del lavoratore, dall'altro alle micro-esposizioni anche a più agenti pericolosi.

STRATEGIE

- Il cambiamento del mondo del lavoro, la mutevolezza e precarietà dei contratti, la femminilizzazione di alcuni settori, il lavoro notturno e su turni, le differenze di genere, l'inserimento e il reinserimento lavorativo di lavoratori con disabilità, l'utilizzo di nuove tecnologie (industria 4.0) richiedono un approccio culturalmente diverso alle politiche di prevenzione e di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. È necessario, pertanto, adottare più efficaci e complessivi modelli di intervento, come peraltro suggerito dal *Global plan of action-WHO* che, tra le altre cose, richiama la necessità di affrontare tutti gli aspetti della salute dei lavoratori attraverso l'***HealthyWorkplace Model***.
- Tale approccio è indicato anche dal *National Institute for OccupationalSafety and Health (NIOSH)* che, nel giugno 2011, ha lanciato il programma **Total Worker Health (TWH)**. La TWH è definita dall'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. L'adozione di un approccio di TWH permetterebbe, nel pianificare politiche e interventi di prevenzione, di considerare adeguatamente la sinergia tra rischi lavorativi, ambiente, stili di vita e condizioni personali (età, genere, condizioni di salute, disabilità, tipologia contrattuali).
- Per quanto riguarda le politiche dell'Unione Europea, dalla **Strategia europea 2014-2020** si evincono le sfide fondamentali che sono comuni a tutta l'UE e che richiedono specifiche iniziative. La Strategia individua **3 sfide** e **7 obiettivi strategici** fondamentali.
  Le sfide sono:
  1. migliorare l'attuazione delle disposizioni di legge da parte degli Stati membri, in particolare rafforzando la capacità delle microimprese e delle piccole imprese di mettere in atto misure di prevenzione dei rischi efficaci ed efficienti;
  2. migliorare la prevenzione delle malattie legate al lavoro affrontando i rischi attuali, nuovi ed emergenti;
  3. far fronte al cambiamento demografico.
- La Strategia europea si inserisce in un contesto normativo italiano ben strutturato e articolato. Il **Decreto legislativo 81/2008** definisce infatti un assetto istituzionale chiaro, affinché il livello centrale si faccia carico di elaborare le politiche e le strategie nazionali per la salute e sicurezza sul luogo di lavoro e fornisca supporto e indirizzi per le attività di prevenzione svolte a livello regionale, locale e territoriale.
- Il PNP 2020-2025 richiama la necessità strategica di agire su tutto il sistema complesso dei diversi attori coinvolti nelle politiche di prevenzione della salute e sicurezza sul luogo di lavoro e, in particolare, di:
  - **rafforzare il coordinamento** tra Istituzioni e partenariato economico-sociale e tecnico-scientifico, anche attraverso il miglioramento del funzionamento del Sistema Istituzionale di coordinamento ex D.lgs. 81/08;
  - **realizzare un confronto costante** all'interno del Comitato (ex art. 5 D.lgs. 81/08) nonché della Commissione Consultiva permanente (ex art. 6 D.lgs. 81/08), per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
  - **garantire l'operatività** dei Comitati Regionali di Coordinamento art. 7 previsti dal D.lgs. 81/08 ai fini della corretta attuazione delle politiche di prevenzione e del corretto feedback dal territorio.
- Il PNP 2020-2025 intende rafforzare la **collaborazione con la scuola** affinché, i giovani acquisiscano conoscenze e competenze specifiche in materia di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e più in generale, conferma la necessità di sviluppare una alleanza più forte tra tutti gli attori coinvolti nella salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare con i medici competenti, e con le figure strategiche dei professionisti della sicurezza ai fini dell'adeguata valutazione e gestione dei

rischi, anche nell'ottica della gestione degli appalti pubblici. A tal fine il **PRP 2020-2025**, proseguendo le attività già implementate nel precedente PRP 2014-2019,intende sviluppare all'interno del programma PP1 il progetto **"Sviluppo delle competenze in SSLL nel contesto scolastico"** rivolto al mondo della scuola, ponendo particolare attenzione ai docenti, ai quali è riconosciuto il ruolo di leader educativi, e agli studenti, i lavoratori di domani e pertanto devono acquisire oggi conoscenze e competenze specifiche in materia di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, che potranno utilizzare quando saranno inseriti nel mondo del lavoro e nei "*Percorsi per le Competenze Trasversali e l'Orientamento - P.C.T.O.",* già nota "A*lternanza scuola – lavoro"*.

- Il PNP 2020-2025, inoltre, riconosce nel **Piano Mirato di Prevenzione** (PMP) lo strumento in grado di organizzare in modo sinergico le attività di assistenza e di vigilanza alle imprese, per garantire trasparenza, equità e uniformità dell'azione pubblica e una maggiore consapevolezza da parte dei datori di lavoro dei rischi e delle conseguenze dovute al mancato rispetto delle norme di sicurezza, anche e soprattutto attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati per una crescita globale della cultura della sicurezza. Il PMP si configura come un modello territoriale partecipativo di assistenza e supporto alle imprese nella prevenzione dei rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro, da attivare in tutte le Regioni (in qualità di Programma Predefinito)
- A livello regionale e locale è necessario consolidare e strutturare più capillarmente i **Piani di prevenzione tematici** (Piano nazionale edilizia, Piano nazionale agricoltura, Piano nazionale patologie da sovraccarico biomeccanico, Piano nazionale stress lavoro correlato, Piano nazionale cancerogeni occupazionali e tumori professionali). La Regione Siciliana condivide gli obiettivi e la vision del PNP 2020-2025 ed aderisce alle indicazioni tecniche ed operative contenute nel MO. 4, mutuando nei Piani regionali i suoi contenuti.
- Tra le malattie da lavoro più gravi vi sono le neoplasie professionali per le quali emerge, anzitutto, la necessità di **conoscere meglio il fenomeno** dal punto di vista quali-quantitativo. Tale azione di emersione deve essere necessariamente accompagnata da una sufficiente conoscenza della diffusione dei principali agenti cancerogeni nelle imprese e nei comparti produttivi, prerequisito per una corretta pianificazione e programmazione delle attività di controllo da parte delle istituzioni preposte. Queste maggiori conoscenze possono essere ottenute attraverso il pieno funzionamento dei sistemi istituzionali e delle banche dati già previste dal sistema istituzionale del D.lgs. 81/08 e successivi accordi e decreti applicativi, che tuttavia devono essere attivate laddove ancora non avviene e comunque messe in rete tra gli Enti che sono incaricate di gestirle. Il Piano Nazionale Cancerogeni e tumori professionali è uno strumento di cui ogni Regione deve avvalersi per l'emersione di tali patologie sottostimate e, talora, ancora poco conosciute.
- La crescente diffusione di patologie dell'apparato muscolo scheletrico (MSK), conferma la necessità di una diffusione capillare e strutturata del **Piano nazionale prevenzione malattie muscoloscheletriche** i cui principali obiettivi sono, da un lato, favorire la emersione delle patologie professionali muscoloscheletriche, dall'altro, implementare e rafforzare le capacità del sistema pubblico e privato di valutare e gestire le diffuse condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo per strutturare idonei interventi di prevenzione delle patologie professionali muscoloscheletriche e dei relativi esiti.
- Si ravvisa, inoltre, la necessità di strutturare e consolidare il **Piano nazionale stress lavoro correlato**. Lo stress lavoro-correlato (SLC) risulta al secondo posto in Europa tra i problemi di salute dovuti al lavoro, dopo i disturbi muscolo-scheletrici, con evidenti ripercussioni anche a livello di produttività delle aziende ed economico. Il Piano intende contribuire all'accrescimento e al miglioramento complessivo del sistema di gestione dei rischi psicosociali, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione delle indicazioni normative e tecniche, la definizione di standard per gli interventi formativi e la realizzazione di azioni mirate di prevenzione.

- Congiuntamente ai Piani di Prevenzione tematici è possibile individuare da parte di ogni Regione alcuni **"ambiti" specifici** nei quali intervenire (con un PMP), secondo un approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore, ossia orientato al supporto/assistenza alle imprese (vedi i Programmi Predefiniti in Capitolo 6).

1.3.5 MO5 - Ambiente, clima e salute

- L'ambiente, nella sua accezione più completa e complessa, comprensiva di stili di vita, condizioni sociali ed economiche, è un determinante fondamentale per il benessere psicofisico e quindi per la salute delle persone e delle popolazioni. La **Dichiarazione di Ostrava** della Sesta Conferenza Interministeriale Ambiente e Salute (OMS 2017) indica i punti cruciali su cui deve svilupparsi la Strategia ambiente e salute per i prossimi anni e riconosce che il benessere delle popolazioni è strettamente legato a tutti gli obiettivi dell'Agenda 2030 e agli obiettivi dell'Accordo sul Clima di Parigi, che devono necessariamente far parte integrante della strategia.
- La **Strategia Nazionale per la Biodiversità** riconosce il valore dell'approccio *One Health* per affrontare la questione trasversale della biodiversità e della salute umana come approccio integrato coerente con l'approccio ecosistemico, promuovendo una visione sistemica della salute, multidisciplinare e transdisciplinare, per affrontare i rischi potenziali o esistenti che hanno origine all'interfaccia tra la salute umana, quella degli ecosistemi e degli ambienti antropizzati.
- Il **cambiamento climatico** rappresenta una grave minaccia per la salute globale e una grande sfida per il 21° secolo. Aumenteranno anche le ineguaglianze di genere, la marginalizzazione sociale ed economica, i conflitti e le migrazioni. La resilienza e l'adattamento al clima per la salute, nonché le strategie di mitigazione devono interconnettersi ai programmi e alle attività sanitarie e la salute è centrale nel quadro generale di riferimento nel contrasto ai cambiamenti climatici.
- L'**Agenda 2030** delle Nazioni Unite e il citato **Accordo sul Clima di Parigi 2015**, rappresentano due quadri di riferimento fondamentali per contrastare i cambiamenti climatici e guidare verso un modello di sviluppo più sostenibile.
- L'**inquinamento atmosferico**, indoor e outdoor, è il principale fattore di rischio ambientale per la salute. I trasporti e il riscaldamento domestico sono i principali responsabili delle emissioni di inquinanti di interesse tossicologico che destano una maggiore preoccupazione in termini di impatto sanitario a causa dell'elevato numero di persone esposte, in ambito urbano ed extraurbano. Anche le emissioni provenienti dall'agricoltura, dalla produzione di energia, dall'industria e dagli insediamenti domestici contribuiscono ad inquinare l'aria. Recenti studi dimostrano che l'inquinamento indoor domestico è il terzo fattore di rischio per il carico globale di malattia, dopo l'ipertensione arteriosa e il fumo di tabacco.
- Occorre inoltre sottolineare il carico di malattie associato all'esposizione indoor e outdoor a **sostanze chimiche**. Ad esacerbare o alterare gli impatti negativi sulla salute contribuisce l'esposizione a più sostanze chimiche contemporaneamente, anche a basse dosi (effetto cocktail).
- In tutto questo non possiamo non considerare l'impatto ambientale da parte del **mondo zootecnico**. Questo significa studiare ed applicare politiche atte a promuovere e sostenere una filiera più sostenibile, con l'obiettivo di ridurre gas serra e tutti i fattori inquinanti a partire dall'allevamento passando per tutti i processi produttivi, il trasporto e la distribuzione, nell'ottica anche di ridurre lo spreco e quindi la produzione di rifiuti.
- Si individuano le seguenti categorie di fattori di rischio:
  1. Esposizione ad agenti chimici, fisici e microbiologici in ambienti indoor e outdoor;
  2. Cambiamenti climatici ed eventi meteorologici estremi.

- Inoltre, sono presenti le criticità di sistema di seguito indicate, in grado di inficiare le attività di prevenzione e riduzione dei fattori di rischio, e che potrebbero essere risolte attraverso strategie ed interventi di tipo giuridico-amministrativo:
  A. Settorialità di norme e competenze delle attività di sorveglianza sanitaria e monitoraggio ambientale;
  B. Frammentazione delle competenze e carenza di sinergie tra attività di prevenzione e promozione della salute del SSN e attività di tutela ambientale del SNPA;
  C. Scarsa rilevanza delle tematiche ambiente e salute nelle politiche di altri settori: trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, rifiuti, istruzioni;
  D. Inadeguata applicazione degli strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute di problematiche ambientali.

Strategie

- Per promuovere il superamento delle criticità tecnico-scientifiche e di governance a livello nazionale e regionale, per la promozione della salute, la prevenzione, la valutazione e gestione dei rischi derivanti da fattori ambientali, antropici e naturali, il PNP 2020-2025 si propone, seguendo l'approccio One health, di mettere in atto indirizzi e azioni adottate con la Dichiarazione di Ostrava coniugati con gli obiettivi dell'Agenda 2030, prevedendo le seguenti **linee strategiche**:
  1. **Promuovere interventi di advocacy** nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione);
  2. **Promuovere e rafforzare strumenti** per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA;
  3. **Adottare interventi per la prevenzione** e riduzione delle esposizioni ambientali (indoor e outdoor) e antropiche dannose per la salute.

Obiettivi delle linee strategiche 1 e 2

- **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

  L'approccio sistemico ai determinanti di salute mira a promuovere e realizzare la collaborazione, a tutti i livelli, a partire da quello nazionale sino a quello locale, tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA, tra le direzioni regionali/provinciali interessate e coinvolte nelle tematiche ambiente e salute (ad esempio Sanità, Ambiente, Agricoltura, Urbanistica, Trasporti, Istruzione), i diversi settori della società, le istituzioni e i portatori di interesse.

- **Promuovere** lo sviluppo di conoscenze e l'integrazione delle 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, anche cumulativo rispetto a più fattori e sorgenti inquinanti, la comunicazione e la gestione integrata dei rischi

  Ciò richiede la condivisione di progetti formativi, di ricerca e tecnologia, con particolare attenzione alla gestione integrata delle tematiche emergenti e ai modelli di valutazione del rischio e di impatto sulla salute. Sono necessari, pertanto, interventi formativi indirizzati specificamente agli operatori del SSN, compresi i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) da attuare, per quanto possibile, in maniera integrata con gli operatori della rete Ispra-SNPA.

  In particolare, le attività formative relative alla Valutazione dell'impatto sulla Salute (VIS) sono fondamentali per verificare quanto più compiutamente possibile gli impatti prevedibili anche sotto il profilo sanitario di nuovi insediamenti industriali o inerenti il ciclo dei rifiuti.

A livello nazionale, l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA, l'intersettorialità e l'interdisciplinarietà potranno essere perseguiti con il supporto della TFAS per la definizione di strategie nei principali ambiti di interesse, mentre a livello regionale l'istituzione di tavoli tecnici, comprendenti operatori dell'area della sanità e dell'area ambientale, potrà consentire di adottare azioni coordinate e integrate, coerenti con le realtà territoriali e in linea con le indicazioni nazionali.

- **Comunicare** il rischio in modo strutturato, sistematico e integrato

  La comunicazione del rischio costituisce un importante aspetto della gestione del rischio ed è la base fondante di azioni condivise e partecipate con gli stakeholder. Al centro di queste azioni ci sono gli operatori del SSN, con un'attenzione particolare ai Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Pediatri di Libera Scelta (PLS), ai Medici Sentinella per l'Ambiente (MSA) i quali hanno il compito delicato di indirizzare gli interventi successivi di approfondimento diagnostico e cura per gli esiti eventualmente correlati con le esposizioni ambientali, spesso difficili da definire, e la necessità di interfacciarsi con gli operatori della rete ambiente e salute per identificare le corrette correlazioni di causa-effetto.

Obiettivi della linea strategica 3

- *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 di specifici settori (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, edilizia, ecc.) e rafforzare nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico*

  L'attuazione di due regolamenti (1907/2006 REACH, 1272/2008 CLP) persegue l'approccio strategico per la gestione internazionale dei prodotti chimici (Strategic Approach to International Chemicals Management - SAICM). I citati regolamenti mirano a favorire l'ottimizzazione della gestione dei prodotti chimici durante tutto il loro ciclo di vita, affinché le sostanze siano prodotte, utilizzate e recuperate in modo da ridurre al minimo gli impatti negativi sulla salute umana e sull'ambiente. Per garantire il corretto svolgimento dei compiti degli operatori del Servizio Sanitario Regionale nella gestione del rischio chimico e tutelare la salute della popolazione è necessario aggiornare e sviluppare le conoscenze e competenze degli operatori del Servizio Sanitario Regionale in materia di sicurezza chimica, in sinergia con la rete SNPA. Occorrerà inoltre continuare a sostenereun'efficace azione di controllo non solo su prodotti chimici immessi sul mercato europeo ma anche nelle fasi di produzione lungo la filiera distributrice. È altresì rilevante favorire a livello nazionale e regionale l'integrazione tra i piani di controllo settoriali per rafforzare l'azione di verifica della conformità di prodotti e di imprese.

- *Promuovere l'applicazione di misure atte a raggiungere l'eliminazione della presenza di amianto e contribuire alla conoscenza dell'impatto ambientale e sanitario dell'amianto*

  È necessario mantenere alta l'attenzione sulle malattie amianto-correlate anche in correlazione all'utilizzo indiretto dell'amianto, implementare l'informatizzazione degli adempimenti previsti dall'articolo 9 della legge 257/1992, adottare a livello regionale specifici Piani finalizzati a raggiungere l'eliminazione dell'esposizione ad amianto e promuovere processi di comunicazione e informazione.

- *Promuovere e implementare le buone pratiche sanitarie in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione, ristrutturazione e di "efficientamento" energetico degli edifici anche in relazione alla presenza di sostanze chimiche, biologiche e fisiche*

  Abitazioni inadeguate, come evidenziato dal rapporto OMS Housing impacts health: New WHO Guidelines on Housing and Health del 2018, possono causare effetti negativi sulla salute. Per

contribuire a superare le criticità in questo settore è importante anche l'elaborazione di strumenti di valutazione della rispondenza ai requisiti, igienico-sanitari e di qualità dell'aria indoor degli edifici con diverse destinazioni d'uso, destinati agli operatori delle ASL. Il Ministero della Salute ha definito un elenco di buone pratiche ed obiettivi prestazionali che integrino l'esigenza di risparmio energetico con le esigenze di comfort e sicurezza per la costruzione/ristrutturazione di edifici da inserire nel regolamento Edilizio Tipo regionale. Tali indicazioni permettono di armonizzare la regolamentazione e favorire una progettazione integrata. Sono, inoltre, necessari interventi di formazione specifica destinati agli operatori dei Dipartimenti di prevenzione e ai diversi portatori di interesse.

- *Promuovere e supportare interventi intersettoriali per rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili*

  Si rende necessario promuovere un approccio integrato e intersettoriale, attraverso la costituzione e la partecipazione a tavoli tecnici inter-istituzionali sulle tematiche dell'Urban Health e di Città Sane, che affrontino i temi di rigenerazione urbana con la pianificazione e progettazione urbana secondo criteri di salute orientati a creare ambienti favorevoli alla salute, riprogettazione delle aree verdi urbane e periurbane, elaborando linee guida con indicazioni sulla tossicità e allergenicità delle specie vegetali. Inoltre, è opportuno supportare la definizione dei Piani Urbani di mobilità sostenibile (PUMS), ponendo particolare attenzione alla promozione della pedonabilità e della ciclabilità per un'utenza allargata, soprattutto nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro. Infine, il consumo del suolo, rende necessario definire linee guida per il recupero degli edifici esistenti e la riqualificazione urbana.

- *Migliorare la qualità dell'aria outdoor e indoor*

  Il miglioramento dell'aria outdoor e degli ambienti indoor (domestici, scolastici e lavorativi) è un obiettivo importante per la sanità pubblica. Il SSN può esercitare in questo settore un ruolo di advocacy e di concerto con tutti gli altri attori istituzionali e della società, attraverso la partecipazione e il supporto alla definizione dei piani regionali e nazionali sulla qualità dell'aria, promuovendo interventi a favore di un'edilizia più sostenibile, di PUMS, di un corretto ciclo dei rifiuti, delle riduzioni delle emissioni in ambiente agricolo ed extra-agricolo (es. sistema vivaistico, manutenzione di infrastrutture e di aree pubbliche) e di una riconversione dei processi produttivi più inquinanti accompagnata dalla bonifica dei siti inquinati.

  È necessario promuovere altresì per l'aria outdoor la valutazione igienico sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica mirata a proteggere l'ambiente e la salute della popolazione contrastando il degrado ambientale dovuto all'inquinamento dell'aria in particolare nei centri urbani. Devono essere attuati interventi informativi rivolti alla popolazione su rischi per la salute dell'inquinamento outdoor e indoor e misure di prevenzione da adottare anche a livello individuale.

- *Promuovere interventi informativi nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, naturali e antropiche*

  È opportuno potenziare interventi informativi rivolti alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione alla radiazione UV solare e da fonti artificiali (quali ad esempio lampade e lettini solari), anche attraverso il coinvolgimento di diversi operatori sanitari (MMG e PLS). È necessario potenziare specifici interventi informativi rivolti alla popolazione e ai lavoratori in particolare anche attraverso il coinvolgimento degli operatori sanitari e in particolare dei medici competenti.

  L'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) ha classificato i campi elettromagnetici a radiofrequenza come "possibilmente cancerogeni per l'uomo". Sono, pertanto, opportune campagne di comunicazione sul corretto uso dei telefoni cellulari, con particolare attenzione al target di età pediatrica, che possono prevedere utili correlazioni con attività di contrasto alla dipendenza da internet e al cyberbullismo.

- *Promuovere l'adozione di Piani di Sicurezza delle acque (PSA)*

  Il Decreto ministeriale 14.06.2017 ha introdotto in Italia i piani di sicurezza delle acque (PSA) con il fine di introdurre l'analisi di rischio alla filiera idro-potabili mediante i criteri dei Water Safety Plans (WSP) dell'OMS.

  L'adozione di analisi di rischio, secondo il modello dei PSA, rappresenta la scelta strategica per superare i limiti dell'attuale sistema di controllo sulle acque destinate al consumo umano, nel quale

  non è sempre disponibile una adeguata integrazione delle informazioni prodotte dai sistemi di controllo.

  È necessario attuare azioni di sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti sia per un'appropriata elaborazione ed attuazione dei PSA sia una nuova programmazione dei controlli.

- *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*

  Occorre potenziare le capacità di sorveglianza e di intervento, nell'ambito della VIS in particolare, rafforzando l'integrazione inter-istituzionale tra gli operatori sanitari e ambientali, compresi MSA, anche attraverso adeguate azioni di formazione e aggiornamento degli operatori, adottando un sistema di sorveglianza ambientale ed epidemiologica sullo stato di salute delle popolazioni residenti nei territori dove sono state riconosciute elevate pressioni ambientali (esempio: siti contaminati, aree industriali, impianti gestione rifiuti ecc.), tenendo in considerazione le disuguaglianze socioeconomiche e i gruppi vulnerabili, in particolare i bambini.

  Il rafforzamento della sorveglianza epidemiologica nei SIN (Siti Industriali d'interesse nazionale) si pone come esigenza prioritaria per qualificare efficacemente le attività di prevenzione e le strategie di sanità pubblica, offrendo alle organizzazioni sanitarie e ambientali territoriali un quadro di conoscenze aggiornato sullo stato di salute delle popolazioni locali, attraverso un articolato e trasparente flusso d'informazioni.

  Al riguardo l'implementazione del nuovo studio epidemiologico SENTIERI, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, precostituisce un sistema permanente di sorveglianza dei siti industriali contaminati.

- *Prevenire gli effetti ambientali e sanitari avversi causati dalla gestione dei rifiuti*

  La Conferenza di Ostrava ha ribadito la necessità di azioni per la prevenzione e l'eliminazione degli effetti ambientali e sanitari avversi, dei costi e delle diseguaglianze associate alla gestione dei rifiuti e ai siti contaminati, attraverso la progressiva eliminazione di discariche incontrollate e traffici illegali, e una oculata gestione dei rifiuti e dei siti contaminati nel contesto della transizione ad una economia circolare. Risulta prioritaria l'adozione di interventi per la prevenzione della produzione del rifiuto secondo la strategia delle 4R (riduzione, recupero, riciclo, riuso) e per la gestione del rifiuto nell'ottica dell'economia circolare, al fine di attuare concretamente politiche di sostenibilità e le normative europee in materia.

  In conclusione, è necessario che piani e programmi regionali per la gestione dei rifiuti includano:

  - la valutazione di impatto sulla salute quale misura condizionante le scelte strategiche, incentivando in particolare le misure per la riduzione della produzione dei rifiuti;

  - le iniziative di promozione della salute e di sensibilizzazione, anche sul tema della corretta gestione dei rifiuti domestici, nell'ottica dell'economia circolare, della sostenibilità ambientale e tutela della salute, rafforzando i processi di comunicazione e partecipazione.

- *Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici e agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute*

  Le strategie preventive per la riduzione degli impatti diretti e indiretti legati al *ClimateChange* (CC) si traducono in politiche di mitigazione e politiche di adattamento.

  Il settore sanitario deve contribuire direttamente alle politiche di sostenibilità ambientale e di mitigazione dei CC. A tal fine sono necessari specifici interventi formativi 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, nonché interventi di informazione e sensibilizzazione della popolazione. Le istituzioni sanitarie devono impegnarsi anche nel rafforzare la resilienza e sicurezza delle proprie strutture, al fine di tutelare la salute del personale sanitario, dei pazienti ricoverati e degli altri utenti delle strutture.

  Per migliorare la risposta alle problematiche correlate ai CC e prevenire i rischi legati a eventi climatici estremi, è necessario implementare sistemi integrati di previsione del rischio per la salute associato ad eventi estremi, di monitoraggio ambientale e sorveglianza rapida ambientale e sanitaria (*Early warning system*), sviluppando interventi di sorveglianza, con focus sui sottogruppi di popolazione a maggior rischio, preventivamente individuati.

- *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*

  Al fine di contribuire al miglioramento delle politiche alimentari secondo l'approccio *from farm to fork*, occorre prevedere interventi finalizzati alla sostenibilità ambientale valorizzando il ruolo del settore veterinario e promuovendo misure allevatoriali e strumenti che possano essere d'ausilio agli operatori zootecnici. I sistemi informativi veterinari rappresentano una fonte di dati che possono orientare le politiche nazionali e regionali verso una gestione degli allevamenti alfine di poter ridurre il loro impatto ambientale. Tra questi, *ClassyFarm* rappresenta lo strumento cardine per la categorizzazione del rischio degli allevamenti.

  Per garantire condizioni di sanità e benessere animale e di sicurezza degli alimenti che ne derivano, sono attivate iniziative di formazione e informazione rivolti ai veterinari del SSN, ai veterinari liberi professionisti, agli allevatori, agli agricoltori e ai consulenti coinvolti nelle produzioni agro-zootecniche. Devono essere rafforzate attività finalizzate a coinvolgere il personale responsabile della sorveglianza delle aree naturali protette, anche attraverso specifici protocolli d'Intesa, al fine di supportare i servizi veterinari territoriali per limitare il diffondersi e la trasmissione di malattie tra gli animali selvatici e gli animali domestici, che potrebbe comportare anche un rischio per la salute umana.

  Nell'ambito dell'igiene urbana veterinaria, devono essere rafforzati interventi per il recupero e mantenimento dello stato di salute degli animali d'affezione attraverso il controllo delle nascite e la promozione di programmi di informazione sanitaria finalizzati alla protezione degli animali e lotta al randagismo.

1.3.6 MO6 - Malattie infettive prioritarie

- Le malattie infettive continuano ad essere una delle più rilevanti cause di malattia, disabilità e morte. La globalizzazione e la frequenza e velocità degli spostamenti di merci e persone favoriscono la diffusione di microorganismi, spesso antibiotico-resistenti, con potenziale rischio elevato di esportazione tra Paesi geograficamente distanti.
- L'emergenza (virus Ebola, SARS-CoV-2) e/o la ri-emergenza (poliovirus selvaggio, virus epatite

A) di agenti infettivi impattano sulla sostenibilità dei sistemi sanitari, come ha dimostrato la recente diffusione del coronavirus (SARS-CoV-2). La diffusione di quest'ultimo ha determinato la necessità della dichiarazione dello stato di emergenza internazionale di salute pubblica da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e ha reso necessario assumere con effetto immediato iniziative di carattere straordinario e urgente, per fronteggiare adeguatamente possibili situazioni di rischio per la salute della popolazione. L'emergenza ha confermato la necessità di rafforzare le misure volte a migliorare la capacità del sistema sanitario di rispondere a un eventuale situazione di crisi, nonché a proseguire l'impegno nei programmi di prevenzione delle malattie infettive, avviandone di nuovi se opportuno, garantendone applicabilità e sostenibilità.

- La sorveglianza delle malattie infettive rientra tra le prestazioni definite dall'allegato A del Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".
- Si riportano di seguito gli ambiti di intervento ritenuti prioritari sui quali dovranno essere concentrate le attività di prevenzione.

Preparazione e risposta a una pandemia influenzale o ad altre emergenze infettive (COVID-19)

- La pandemia causata da un patogeno emergente, quale il SARS-CoV-2, con una popolazione mondiale completamente suscettibile e in assenza di trattamenti specifici e vaccini disponibili, ha visto la diffusione della malattia con conseguente sovraccarico delle strutture e dei servizi dedicati. In Italia, il Ministero della Salute, in accordo con le Regioni e con altri attori interessati, ha adottato tempestive misure di sanità pubblica con procedure omogenee su tutto il territorio nazionale. Tutte le misure adottate sono state soggette a continua revisione in base alle nuove evidenze scientifiche e all'evoluzione epidemiologica. Tale esperienza impone attenzioni e risorse dedicate e la necessità di adeguare sia le organizzazioni sanitarie e non sia i sistemi di informazione e di comunicazione.
- Lo sviluppo di sistemi in grado di identificare tempestivamente possibili emergenze infettive, la capacità di valutare il rischio ad esse associato e la disponibilità di piani aggiornati di preparazione e risposta intersettoriali, sia generici sia specifici per patologia infettiva, sono alcuni dei pilastri necessari per una risposta di sanità pubblica efficace.
- Inoltre, con l'entrata in vigore, nel 2013, della nuova Decisione della Commissione Europea (No 1082/2013/EU), l'Italia è chiamata a sviluppare un piano di preparazione a serie minacce transfrontaliere per la salute sia di origine biologica (malattie infettive, resistenza agli antibiotici e infezioni nosocomiali, biotossine), sia di origine chimica, ambientale o sconosciuta e a minacce che potrebbero costituire un'emergenza sanitaria di carattere internazionale nell'ambito del Regolamento Sanitario Internazionale.
- Come raccomandato dall'OMS, l'Italia dovrà stilare e aggiornare periodicamente il piano per un'emergenza pandemica influenzale. È stato definito e sarà periodicamente aggiornato il Piano di risposta ad una pandemia influenzale che rappresenta il riferimento nazionale per i Piani operativi regionali e tiene conto sia delle azioni sanitarie sia di interventi che coinvolgono strutture non sanitarie. È necessaria una revisione periodica del Documento in quanto una pandemia costituisce una minaccia per la sicurezza di uno Stato e le emergenze mondiali richiedono risposte coordinate a livello globale, nazionale e locale.

Morbillo e rosolia

- Sebbene siano stati compiuti importanti progressi grazie al primo Piano di eliminazione, il morbillo continua a essere una malattia endemica in Italia e ad avere un impatto elevato sulla salute, non solo in termini di numero di casi ma anche di complicanze e decessi, proprio a causa dell'accumulo, negli anni, di ampie quote di popolazione suscettibili all'infezione.

Malattie prevenibili da vaccino (MPV)

- Grazie ai programmi vaccinali in atto da anni nel Paese, la maggior parte delle MPV sono sotto controllo o mostrano un *trend* dell'incidenza in netto calo. Le malattie invasive batteriche (MIB) rimangono un importante problema di sanità pubblica. Gli agenti più frequentemente isolati sono *Streptococcuspneumoniae*, *Neisseria meningitidis* ed *Haemophilus influenzae*. Streptococcus pneumoniae è il patogeno più frequente, con un numero di casi in aumento (da 977 nel 2013 a 1531 nel 2016).

Infezioni sessualmente trasmesse (IST)

- Le infezioni sessualmente trasmesse (IST) possono essere causa di sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine. Decorrono spesso senza sintomi e questo aumenta la probabilità di contagio di altri individui sani e di cronicizzazione, con possibili conseguenze anche sulla funzione riproduttiva (infertilità) e con un alto rischio di trasmissione verticale in corso di gravidanza e/o al momento del parto. Notoriamente, le IST sono strettamente associate all'infezione da HIV attraverso una sinergia epidemiologica che ne rafforza la diffusione reciproca, tanto da indurre l'OMS a raccomandare l'offerta del test HIV a tutte le persone con una IST. È pertanto di cruciale importanza poter monitorare e controllare la diffusione delle IST in modo da agire parallelamente sulla prevenzione dell'HIV.
- In Italia, per quanto concerne le due IST a notifica obbligatoria, ovvero gonorrea e sifilide, i dati indicano un aumento dei casi per entrambe le patologie tra il 2007 e il 2013. Altre fonti di informazione, i due sistemi di sorveglianza sentinella delle IST, evidenziano che aumenta progressivamente, tra il 2010 e il 2016, il numero delle persone con una IST confermata e in atto.
- La percentuale di HIV positivi tra le persone con una IST confermata e in atto è in continuo incremento dal 2008.

HIV e AIDS

- Il Piano Nazionale di interventi contro l'*HIV* e *AIDS* (PNAIDS) disposto dalla Legge 135/90, si propone di delineare il miglior percorso possibile per conseguire gli obiettivi indicati come prioritari dalle agenzie internazionali (*European Center for Disease Control*- ECDC, Programma delle Nazioni Unite per l'AIDS/HIV-UNAIDS, OMS), rendendoli raggiungibili nella nostra nazione. Il Piano focalizza l'attenzione sulla lotta contro lo stigma e sulla prevenzione altamente efficace, basata su evidenze scientifiche, che comprende le campagne di informazione, l'impiego degli strumenti di prevenzione e gli interventi finalizzati alla modifica dei comportamenti, con conseguente ricaduta sulla riduzione delle nuove infezioni, e il rispetto dei diritti delle popolazioni maggiormente esposte all'HIV.
- In coerenza con le indicazioni del "*Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016–2021*" dell'OMS, il piano evidenzia l'importanza, ove i contesti epidemiologici lo richiedano, della organizzazione di centri dedicati alla prevenzione delle Infezioni Sessualmente Trasmesse con il compito di facilitare l'emersione delle patologie, e attivare una rapida attività di sorveglianza controllo e prevenzione nonché di presa in carico terapeutica. Grande attenzione è data agli interventi ad alto-impatto nella integrazione dei servizi per le IST e l'HIV, all'approccio mirato ai bisogni, alle caratteristiche dell'epidemia "locale" e delle differenti popolazioni e, infine, ai modelli integrati, sostenibili e innovativi, anche dal punto di vista tecnologico, che possano massimizzare l'impatto degli interventi. Rimuovere le barriere all'accesso ai servizi per le IST, dalla prevenzione alla cura, è un punto centrale della strategia.

Tubercolosi (TBC)

- La corretta gestione di questa patologia può risentire delle difficoltà di accesso ai servizi, barriere culturali e linguistiche che influenzano l'adesione al trattamento. Inoltre il coinvolgimento di diversi Servizi e di numerosi professionisti nella diagnosi e terapia di questa patologia, se non codificato, rischia di produrre una frammentazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, che, sommata a carenze nella rete di diagnosi e cura, può creare difficoltà di realizzazione di programmi efficaci di controllo. Gli obiettivi da conseguire includono il miglioramento del trattamento, della gestione dei casi e dell'aderenza alla terapia, nonché il sostegno all'integrazione tra servizi sanitari territoriali ed altri Enti (pubblici, del privato sociale e del volontariato), allo scopo di favorire l'accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati e di altri strati marginalizzati della popolazione.

Zoonosi

- Sono più di 200 le malattie classificabili come "zoonosi" e circa il 75% delle malattie emergenti e riemergenti in Europa negli ultimi 10 anni è stato trasmesso da animali o da prodotti di origine animale. Sono stati scoperti e sono riapparsi nuovi agenti patogeni. La Commissione Europea (Direttiva 2003/99/CE) ha ufficialmente impegnato gli Stati Membri a introdurre sistemi di sorveglianza più efficaci e coordinati ed ha sottolineato l'importanza di raccogliere dati attendibili sull'incidenza delle zoonosi di origine alimentare e non.
- Una **tossinfezione alimentare nella ristorazione collettiva**, rappresentata da mense all'interno di luoghi di lavoro, scuole, ospedali, può interessare un numero elevato di persone e nel caso di scuole od ospedali può riguardare soggetti a rischio quali bambini o malati. Relativamente alle malattie trasmissibili con gli alimenti costituisce un rilevante fattore di rischio la mancata individuazione dell'alimento all'origine dei casi umani o la mancata o tardiva segnalazione di casi ai competenti uffici delle ASL, a seconda dei modelli territoriali in uso (ad es. servizi di Malattie Infettive, SIAN e SIAOA).
- Obiettivi centrali sono, pertanto, prevenire le tossinfezioni nelle mense pubbliche e assicurare il rintraccio dell'alimento per l'attivazione del sistema di allerta al fine del ritiro/richiamo dalla commercializzazione dell'alimento pericoloso o potenzialmente pericoloso.

Malattie trasmesse da vettori

- Le malattie trasmesse da vettori rappresentano un importante problema di sanità pubblica. Il Ministero della salute ha attivato un Tavolo tecnico intersettoriale sulle malattie trasmesse da vettori per predisporre un Piano di prevenzione, sorveglianza e risposta alle arbovirosi multisettoriale ed interdisciplinare, utilizzando l'approccio *One Health*. La notifica immediata dei casi umani permette di adottare misure in grado di prevenire l'insorgenza di epidemie o di ridurre il numero dei casi: la formazione, pertanto, riveste un ruolo determinante. Il problema richiede la partecipazione di tutti i settori e di tutti i livelli amministrativi, nonché l'attiva partecipazione delle comunità. È inoltre importante sostenere la ricerca scientifica applicata e partecipata.
- Nell'ambito degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, il target 3.3 relativo all'obiettivo dedicato specificatamente alla salute, prevede l'eliminazione delle epidemie causate dalle malattie tropicali neglette, molte delle quali sono a trasmissione vettoriale.

Poliomielite

- Nonostante i progressi realizzati, il processo di eradicazione del virus appare rallentato e complicato per la persistenza di infezioni inapparenti con conseguente circolazione del virus nell'ambiente.
- Il rischio di reintroduzione di poliovirus nel nostro Paese è legato alla frequenza di viaggi internazionali, diretti e/o provenienti, da aree in cui persistono focolai infettivi da poliovirus o in cui si usa ancora il vaccino orale Sabin per le campagne di vaccinazione.

- L'aumento di scambi internazionali e il verificarsi di focolai di poliomielite in Paesi già dichiarati liberi dalla poliomielite richiama l'attenzione sulla possibilità che la malattia possa riemergere e sulla necessità di mantenere alte coperture vaccinali (almeno il 95% della popolazione) e sistemi di sorveglianza efficienti per la precoce identificazione di casi e/o di virus circolante nell'ambiente e conseguenti opportuni interventi di contenimento.

Epatiti virali B e C

- Le epatiti virali sono annoverate fra le più importanti malattie infettive nel mondo e in Europa e sono responsabili del 78% dei casi di tumore primitivo del fegato.
- Il contrasto alla diffusione delle epatiti richiede un complesso integrato di interventi che comprendono l'identificazione precoce dei casi di infezione (fondamentale sia per ridurre il rischio di complicanze ed esiti sia per l'attuazione di opportuni interventi di contenimento), la promozione della immunizzazione attiva e la profilassi dei soggetti esposti, lo screening delle donne in gravidanza, l'appropriatezza e la completezza dei trattamenti terapeutici, il monitoraggio degli esiti degli interventi.

Antimicrobico-resistenza (AMR)

- Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è un'emergenza di sanità pubblica a livello globale. L'OMS, riconosce che può essere affrontato solo con interventi coordinati multisettoriali e promuove un approccio One Health, sistematizzato nel 2015 con l'approvazione del Piano d'Azione Globale per contrastare l'AMR. 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. È auspicabile che grazie al PNCAR siano attuate azioni di contrasto concrete e efficaci che passino attraverso una armonizzazione delle strategie in atto nelle diverse realtà del Paese.

Infezioni correlate all'assistenza (ICA)

- Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite nel corso dell'assistenza e possono verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali ospedalieri e territoriali. Il rischio infettivo associato all'assistenza 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.
- L'impatto clinico-economico è rilevante: secondo un rapporto dell'OMS, le ICA causano prolungamento della degenza, disabilità a lungo termine, aumento dell'antibiotico-resistenza (AMR), costi aggiuntivi e mortalità in eccesso. Il PNCAR, 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.
- elemento preliminare ai fini dell'individuazione delle strategie di prevenzione più appropriate è la corretta e sistematica identificazione dei **fattori di rischio e dei determinanti**:
  - esposizione all'agente eziologico;
  - presenza di soggetti suscettibili nella popolazione generale e in specifici sottogruppi;
  - comportamenti e atteggiamenti individuali, nella popolazione generale che provocano una maggior esposizione oppure una minore adesione ai trattamenti di cura, alle misure di profilassi, all'offerta di vaccinazioni;
  - bassa compliance degli operatori sanitari nei confronti della sorveglianza delle malattie trasmissibili e delle misure di prevenzione;
  - comportamenti e atteggiamenti degli operatori sanitari nelle pratiche assistenziali;
  - vulnerabilità del sistema di risposta alle emergenze infettive (inclusi i focolai epidemici). Agiscono, infine, come fattori che non favoriscono la prevenzione delle infezioni sia la particolare

complessità ed eterogeneità organizzativa dei servizi di prevenzione sia l'insufficiente coordinamento tra i diversi livelli di competenza territoriale.

STRATEGIE

- La prevenzione delle malattie trasmissibili negli ambiti prioritari indicati si avvale delle seguenti strategie fondamentali:
  1. Il rafforzamento e miglioramento delle attività di sorveglianza finalizzate non solo a quantificare il carico delle malattie infettive, ma anche al riconoscimento dei determinanti e dei rischi e alla valutazione dell'impatto degli interventi di prevenzione, improntate alla continuità e alla regolarità delle rilevazioni e alla semplicità e unitarietà dei sistemi informativi e alimentate da tutte le possibili fonti informative e tese, soprattutto, a consentire l'uso epidemiologico delle informazioni cliniche.

     Per dare attuazione a questi principi, nel prossimo quinquennio, sarà necessario proseguire/avviare le seguenti attività:

- completare la realizzazione del nuovo sistema di segnalazione delle malattie infettive - istituito con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017
- integrare sorveglianza epidemiologica e sorveglianza di laboratorio;
- prevedere sistemi di integrazione tra sorveglianza umana e sorveglianza veterinaria, nonché con quella ambientale;
- implementare le attività di diagnostica molecolare ai fini di sanità pubblica;
- standardizzare le competenze e capacità sul territorio nazionale, anche mediante l'identificazione di laboratori nazionali di riferimento per le malattie/agenti prioritari – ove non già riconosciuti – e la promozione di network di laboratori, anche ai fini della razionalizzazione e del miglior uso delle risorse;
- condividere le informazioni su isolati e focolai epidemici a livello nazionali e internazionali (ECDC; EFSA) e sviluppare linee guida per la corretta indagine dei focolai epidemici a livello nazionale e internazionale.

L'aumento di scambi internazionali ed il verificarsi di focolai di poliomielite in Paesi già dichiarati liberi dalla poliomielite richiama l'attenzione sulla possibilità che la malattia possa riemergere e sulla necessità di mantenere sistemi di sorveglianza efficienti quali:

- sorveglianza della paralisi flaccida acuta (PFA)
- sorveglianza ambientale: consiste nell'esame di campioni di acque reflue, opportunamente prelevati e trattati, che permette di rilevare la presenza di entero- e polio- virus.
- sorveglianza degli enterovirus

Appare, inoltre, di fondamentale importanza la sorveglianza epidemiologica delle epatiti B e C per indirizzare in maniera efficace gli interventi di prevenzione, concentrando gli sforzi su quelle fasce della popolazione maggiormente affette dall'infezione nelle quali è necessario promuovere la diagnosi e l'accesso alle cure. L'impegno dovrà essere teso a: aumentare l'offerta per i test di screening onde poter far emergere le infezioni nascoste, progettare azioni di comunicazioni, a livello regionale coordinate a livello nazionale, rivolte soprattutto agli operatori sanitari per potenziare le attività di prevenzioni nei luoghi di cure e di comunicazione alla popolazione, promuovere azioni di prevenzione rivolte ai soggetti appartenenti ai gruppi a rischio.

I **programmi** volti ad arrestare la trasmissione dell'HIV sono finalizzati a proteggere l'individuo e la comunità di riferimento e prevalentemente incentrati su interventi indirizzati a modificare comportamenti a rischio. La complessa natura dell'epidemia, tuttavia, implica la necessità di "programmi di prevenzione combinati", che prendano in considerazione fattori specifici per ogni contesto, che prevedano anche programmi per la riduzione dello stigma e della discriminazione e il coinvolgimento dei rappresentanti della società civile e delle popolazioni chiave

I **programmi combinati** possono essere implementati a livello individuale, di comunità e della popolazione generale e devono essere basati su evidenze in merito all'andamento dell'epidemia. Gli interventi vanno integrati in programmi di sanità pubblica al fine di invertire trend epidemiologici specifici, indirizzando le risorse disponibili verso popolazioni e situazioni a maggior prevalenza e/o rischio di acquisizione dell'infezione e di attuare una prevention cascade che, basata sull'analisi dell'esistente e del conseguito, si prefigga tempi certi per il raggiungimento di nuovi obiettivi, individuando i contesti prioritari di intervento e ottimizzando le risorse disponibili.

2. L'organizzazione per le emergenze infettive, sviluppando sia azioni di prevenzione (mirate alla riduzione dei rischi) sia interventi di preparazione alle emergenze. Si tratta di potenziare la funzione di intelligence per anticipare le possibili situazioni critiche (orientando a questo fine anche la funzione di sorveglianza epidemiologica), di preparare procedure e piani e protocolli per la gestione delle principali tipologie di emergenza di sanità pubblica, attraverso:

- la definizione di un modello organizzativo per la gestione delle principali emergenze che comprenda la previsione e applicazione di misure di prevenzione e controllo delle infezioni in tutte le strutture sanitarie, inclusi i servizi di pronto soccorso;
- la definizione di modalità di coordinamento con i diversi livelli istituzionali centrali e regionali e tra le varie competenze territoriali nella attuazione degli interventi di prevenzione, nella raccolta e nel periodico ritorno delle informazioni, nel sistematico monitoraggio della qualità e dell'impatto delle azioni;
- una adeguata formazione degli operatori sanitari coinvolti, dei MMG e dei PLS;
- interventi di comunicazione per la popolazione.

3. Il rafforzamento e miglioramento del monitoraggio delle coperture vaccinali, mediante il completamento delle anagrafi vaccinali informatizzate a livello locale/regionale, interoperabili con quella nazionale, favorisce la disponibilità e l'accesso a tutti i punti di somministrazione delle vaccinazioni (centri vaccinali, reparti ospedalieri, MMG, PLS).
4. Il rafforzamento degli interventi di prevenzione, individuati in base alla loro efficacia di campo e offerti in modo tempestivo e omogeneo alla popolazione. 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 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. Nel prossimo quinquennio l'impegno dovrà essere teso a: la realizzazione del 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 verticale potenziando le azioni di prevenzione rivolte ai soggetti più a rischio e ai gruppi più difficili da raggiungere.
5. La comunicazione rivolta alla popolazione e la formazione degli operatori sanitari. Una comunicazione assolutamente trasparente, che garantisca accessibilità, accuratezza, coerenza e semplicità dei contenuti, che assicuri il dialogo e lo scambio delle conoscenze. Le priorità per il prossimo quinquennio sono: la progettazione di azioni di comunicazione articolate su scala locale, regionale e coordinate a livello nazionale, l'offerta di iniziative di formazione specifiche per i professionisti della sanità pubblica sulle tematiche prioritarie individuate.

- Il coordinamento e l'integrazione funzionale tra i diversi livelli istituzionali e le varie competenze territoriali nella attuazione degli interventi di prevenzione, nella raccolta e nel periodico ritorno delle informazioni, nel sistematico monitoraggio della qualità e dell'impatto delle azioni poste in essere.

- Trasversale a tutte queste strategie è l'attenzione alla protezione delle persone a rischio per la presenza di patologie croniche, per età o per stati di riduzione delle difese immunitarie. Va, inoltre, considerata la criticità legata alle problematiche sociali, alla crescita della povertà e ai fenomeni migratori.

1.4 Monitoraggio e valutazione del PNP e dei PRP

- Il PNP 2020-2025 conferma la necessità di un sistema di valutazione costruito a partire da framework e modelli interpretativi basati su evidenze e contestualizzabili nelle realtà territoriali per il monitoraggio di tutto il percorso del Piano che abbia una ricaduta per Regioni e Aziende sanitarie, in termini di: misurazione delle performance dei sistemi regionali e aziendali, applicazione di metodi e strumenti orientati ad una valutazione di impatto, rilevazione e trasferimento di buone pratiche locali.
- Il Piano pertanto rende la scelta degli indicatori di monitoraggio dei PRP più aderente e vincolante rispetto a criteri di pertinenza e rilevanza (con riferimento agli obiettivi del Piano) e di validità e qualità della misura e definisce un "pool" di indicatori comuni a tutte le Regioni, il più possibile orientati a misure di impatto. Al monitoraggio si affianca la valutazione di risultato del PNP (indicatori di salute ed equità), a livello nazionale e regionale.
- Obiettivi della valutazione sono:
  - Documentare e valutare i risultati di salute e di equità raggiunti, attraverso la misura degli indicatori degli Obiettivi strategici, a livello nazionale e regionale;
  - Monitorare, documentare e valutare i processi definiti ed implementati a livello centrale e regionale per il raggiungimento degli Obiettivi strategici;
  - Rispondere alle finalità di verifica del sistema degli adempimenti LEA e di monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia.
- Come per il PNP 2014-2019, il Quadro Logico centrale (QLc) sintetizza i contenuti espressi nei Macro Obiettivi in un quadro di riferimento, che contiene tutti gli elementi che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute e di equità che il Paese intende conseguire, misurati attraverso i relativi indicatori.

Tali elementi sono:

- **Obiettivi strategici del MO** da perseguire per il raggiungimento degli obiettivi di salute ed equità;
- **Linee strategiche di intervento** strumentali al raggiungimento degli Obiettivi strategici;
- **LEA di riferimento** (DPCM 12 gennaio 2017);
- **Indicatori degli Obiettivi strategici**, ovvero indicatori, prevalentemente di outcome/earlyoutcome, che misurano il raggiungimento degli Obiettivi strategici a livello nazionale e regionale. Questi indicatori sono derivati dai sistemi di sorveglianza e informativi di cui al DPCM 3 marzo 2017, e da altre fonti nazionali. Essi includono quelli previsti per il monitoraggio degli obiettivi di sviluppo sostenibile (Agenda 2030), quelli stabiliti dal DM di adozione del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e quelli già presenti nel sistema di verifica degli Adempimenti LEA. Qualora i dati disponibili lo consentano, vengono individuate le dimensioni sociodemografiche (es. livello di istruzione) per le quali gli indicatori possono essere stratificati, al fine di orientare il Piano verso una valutazione di impatto sulle disuguaglianze di salute.

A partire da questi elementi, le Regioni costruiscono la pianificazione regionale (**Quadro logico regionale – QLr**) attraverso una articolazione dei PRP, e, a cascata, dei piani attuativi locali, tale da "coprire" tutti gli obiettivi del PNP con Programmi il più possibile integrati e trasversali, anche ai fini del miglior uso delle risorse disponibili nel contesto di riferimento.

Tabella 1 - Struttura del PNP /PRP 2020-2025

QLc					QLr			
Macro Obiettivi	Obiettivi strategici	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento	Indicatori degli Obiettivi strategici	Programmi Predefiniti / Programmi Liberi	Obiettivi Specifici	Indicatori di monitoraggio	Azioni

1.4.1 Programmi Predefiniti e Programmi Liberi

Il sistema di monitoraggio dei PRP è legato alla definizione dei Programmi che li compongono. Di seguito si riportano gli elementi fondanti di tale definizione.

- I PRP sono organizzati in Programmi.
- Il Programma è l'unità elementare di pianificazione nonché l'oggetto del monitoraggio dei PRP.
- I Programmi vengono definiti coerentemente alla specificità e alla analisi del contesto regionale (documentate nel profilo di salute, prerequisito di tutti i PRP).
- I Programmi devono, nel complesso del PRP, coprire tutti i Macro Obiettivi e tutti gli Obiettivi strategici del PNP, tenendo conto che un Programma può, e auspicabilmente dovrebbe, essere il più possibile trasversale a più Macro obiettivi e a più Obiettivi strategici (dello stesso Macro obiettivo o di altri), al fine di declinare i principi fondanti del PNP (ottica *One Health*, approccio *life-course* e per *setting*, trasversalità degli interventi rispetto ad obiettivi e setting).
- I Programmi devono rispondere alle Linee strategiche del PNP che, per loro stessa definizione, scendono ad un dettaglio più ampio ed articolato degli Obiettivi strategici ai quali afferiscono, proprio perché ne forniscono l'indicazione attuativa.
- Alcuni Programmi, correlati ad uno o più Obiettivi strategici e Linee strategiche del Macro o dei Macro obiettivi di riferimento, sono "predefiniti" (Programmi Predefiniti - PP).

- I PP:

  - hanno caratteristiche uguali per tutte le Regioni;
  - sono vincolanti, ovvero tutte le Regioni sono tenute ad implementarli;
  - vengono monitorati attraverso indicatori (e relativi valori attesi) predefiniti ovvero uguali per tutte le Regioni.

- I PP rispondono alle seguenti finalità:

  - rendere attuabili, e quindi più facilmente esigibili e misurabili, i programmi del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica";
  - rafforzare il raccordo strategico ed operativo tra il PNP, i nuovi LEA e i Piani di settore/Documenti di programmazione nazionale affinché convergano, in maniera efficiente ed efficace, verso obiettivi comuni;
  - diffondere su tutto il territorio nazionale metodologie, modelli e azioni basati su evidenze di costo-efficacia ed equità, raccomandazioni e buone pratiche validate e documentate;
  - includere all'interno del sistema di monitoraggio dei PRP anche misure di copertura e impatto delle suddette azioni/buone pratiche;

- vincolare ed omogenizzare il sistema di monitoraggio dei PRP, dal momento che le Regioni sono tenute a rendicontare, con indicatori uguali per tutte, i PP individuati per quegli Obiettivi.

Ciascuna Regione, coerentemente al proprio contesto e all'oggetto del PP, può includere ulteriori Obiettivi strategici, declinati con i relativi obiettivi specifici e indicatori (e valori attesi), oppure ampliare il numero di obiettivi specifici riferiti agli Obiettivi strategici già coperti dal PP.

I suddetti indicatori degli obiettivi specifici non sono oggetto di certificazione.

Ai PP si affiancano i Programmi Liberi (PL) i quali sviluppano gli Obiettivi Strategici non già coperti dai PP o coperti solo in parte dai PP.

Entrambi i Programmi (PP e PL) perseguono:

A. "Obiettivi relativi alle Azioni trasversali" (Intersettorialità, Formazione, Comunicazione, Equità; cfr. Capitolo 3 del PNP) monitorati con relativi indicatori (denominati "Indicatori di monitoraggio degli obiettivi relativi alle Azioni trasversali del PNP");
B. "Obiettivi specifici del Programma", di pertinenza del medesimo, monitorati con relativi indicatori (denominati "Indicatori di monitoraggio degli Obiettivi Specifici del Programma").

In particolare, gli Indicatori di monitoraggio degli obiettivi relativi alle Azioni trasversali del PNP sono finalizzati a misurare:

- ✓ la realizzazione di azioni, intra e intersettoriali orientate a sostenere la governance partecipativa e i processi di advocacy anche attraverso strumenti formali come accordi, patti, protocolli di intesa declinati a livello regionale;
- ✓ la realizzazione di percorsi di formazione per lo sviluppo di competenze organizzative, professionali, individuali adeguate a sostenere lo sviluppo e l'efficacia delle strategie di prevenzione e promozione della salute;
- ✓ la realizzazione di azioni di comunicazione funzionali ad aumentare empowerment e
- ✓ *literacy* del cittadino in un'ottica di equità;
- ✓ l'adozione dell'approccio HEA al fine di fornire elementi utili alla valutazione di processo e di impatto sulla riduzione delle disuguaglianze.

I PP che il Piano individua sono i seguenti:

PP1: Scuole che Promuovono Salute
PP2: Comunità Attive
PP3: Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute
PP4: Dipendenze
PP5: Sicurezza negli ambienti di vita
PP6: Piano mirato di prevenzione
PP7: Prevenzione in edilizia ed agricoltura
PP8: Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
PP9: Ambiente, clima e salute
PP10: Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza

Le Schede descrittive dei PP sono parte integrante del format di pianificazione/rendicontazione/monitoraggio dei PRP implementato in piattaforma web based e sono descritte al capitolo 4 del PNP.

1.4.2 Strumenti a supporto della pianificazione

Il Ministero rende disponibili gli strumenti di seguito descritti, concertandoli con le Regioni.

1. Piattaforma *web based* (PF)

È lo strumento di accompagnamento esclusivo, sostanziale e formale, e dunque vincolante, per la presentazione dei PRP. Rispetto alla precedente, la nuova PF si presenta in una veste aggiornata, potenziata e ampliata nelle sue funzionalità, e mantiene una struttura modulare che le consente di continuare a gestire le funzionalità già sperimentate nella prima versione, quali:

- Monitoraggio;
- Valutazione e, dove previsto, certificazione dei risultati raggiunti;
- Rimodulazione di contenuti e indicatori;
- Stampa: produzione di output relativi alle funzioni di pianificazione, rendicontazione, rimodulazione, riepilogo contenuti, in versione adatta alla stampa.

A queste si aggiungono, nella versione 2020-2025, le seguenti funzionalità:

- Pianificazione: presentazione da parte di ciascuna Regione del PRP
- Repository di documenti a supporto della pianificazione oltre che della valutazione e del monitoraggio dei Piani
- Analisi di dati a fini valutativi e di ricerca: produzione di report statistici su dati della PF.

Il passaggio all'utilizzo sistematico ed esclusivo della PF per la presentazione dei PRP ha lo scopo di indirizzare le Regioni a seguire una metodologia unica e condivisa nel redigere i Piani. Da qui l'identificazionedi un "format", per l'inserimento e la valutazione della pianificazione di Programma, in grado di accogliere sia i PP che i PL.

2. Documento di traduzione operativa dell'*Health Equity Audit* (HEA)

È il documento che traduce operativamente il processo dell'HEA al fine di guidare e contestualizzare l'applicazione delle "lenti dell'equità" in tutte le fasi di un Programma.

3. Schede degli indicatori degli Obiettivi strategici

Per ciascun indicatore, le scheda fornisce i seguenti elementi:

A. formula di calcolo;
B. fonte dei dati;
C. indicazioni operative per l'interpretazione dell'indicatore;
D. ove possibile trend o valore puntuale atteso nei 5 anni di vigenza del PNP.

1.4.3 Monitoraggio e valutazione dei PRP e del PNP

- Il monitoraggio e la valutazione dei PRP e del PNP si basano sui seguenti criteri:

1. Gli indicatori di monitoraggio dei PRP (sia quelli relativi alle Azioni trasversali del PNP, sia quelli relativi agli Obiettivi Specifici del Programma) e gli indicatori degli Obiettivi strategici rispondono ai criteri generali, previsti dall'approccio SMART che richiede i seguenti prerequisiti:
   - Specifici rispetto all'obiettivo da misurare;
   - Misurabili quantitativamente e/o qualitativamente;
   - Accessibili, cioè tali che le informazioni necessarie a misurarli siano disponibili e fruibili;
   - Rilevanti (pertinenti) rispetto ai bisogni informativi;

- Tempo-definiti, cioè con una chiara indicazione dell'orizzonte temporale di riferimento.

2. Il monitoraggio dei PRP consiste nel documentare annualmente in PF e misurare:
   - lo stato di avanzamento dei Programmi (PP e PL) attraverso la verifica annuale del livello di raggiungimento dei valori attesi degli Indicatori di monitoraggio degli obiettivi relativi alle Azioni trasversali del PNP e degli obiettivi specifici del Programma.

3. La valutazione del PNP consiste nel documentare annualmente in PF e misurare:
   - il progresso, a livello nazionale e regionale, verso il raggiungimento degli Obiettivi strategici, documentando il cambiamento osservato negli indicatori degli Obiettivi strategici rispetto al trend o al valore puntuale atteso;
   - l'avvenuta attivazione e lo stato di avanzamento delle Azioni centrali.

1.4.4 Criteri di certificazione

Con Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005, sono stati individuati gli Adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al SSN. A tutt'oggi il PNP è parte integrante dell'Adempimento "Prevenzione". Di seguito sono indicate regole e tempistica della valutazione finalizzata alla certificazione del PNP 2020-2025 in relazione al suddetto Adempimento.

1. Entro il 31 dicembre 2020, le Regioni e le Province autonome recepiscono l'Intesa di adozione del PNP con apposito atto, che preveda la condivisione e l'impegno all'adozione, nei PRP, della visione, dei principi, delle priorità e della struttura del PNP.
2. Entro il 31 maggio 2021, le Regioni e le Province autonome inseriscono nella PF le informazioni relative alla pianificazione regionale, secondo il format previsto.
3. Entro il 31 luglio 2021, il Ministero esamina la pianificazione regionale, anche proponendo eventuali integrazioni alle Regioni e alle Province Autonome.
4. Entro il 30 settembre 2021 le Regioni e le Province autonome adottano con apposito atto il PRP.
5. Entro il 31 marzo di ogni anno (2023-2026), le Regioni e le Province autonome documentano in PF lo stato di avanzamento nella realizzazione del PRP al 31 dicembre dell'anno precedente, secondo il format previsto.
6. Per l'anno 2020, la valutazione finalizzata alla certificazione del PRP ha esito positivo in presenza dell'atto regionale di recepimento dell'Intesa di PNP.
7. Per l'anno 2021, la valutazione finalizzata alla certificazione del PRP ha esito positivo se la pianificazione regionale risponde ai criteri prefissati.
8. Per gli anni 2022-2025, la valutazione finalizzata alla certificazione del PRP ha esito positivo se una proporzione crescente (60% nel 2022, 70% nel 2023, 80% nel 2024, 90% nel 2025) del totale degli indicatori certificativi raggiunge il valore atteso per l'anno di riferimento.
9. Gli indicatori certificativi sono:
   - per i PP, tutti gli Indicatori di monitoraggio (sia quelli degli obiettivi relativi alle Azioni trasversali sia quelli degli obiettivi specifici);
   - per i PL, gli Indicatori di monitoraggio degli obiettivi relativi alle Azioni trasversali.

CAPITOLO 2: Analisi del contesto demografico e profilo di salute della popolazione siciliana

Dati aggiornati al 31 dicembre 2020. A cura di Dipartimento per le Attività sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico - Servizio 9 "Sorveglianza ed Epidemiologia Valutativa".

2.1 Premessa

L'analisi di seguito riportata è finalizzata ad una rappresentazione dei problemi rilevanti di salute della Regione Siciliana, partendo dalla lettura di alcune informazioni quantitative, principalmente basate su dati correnti già disponibili sul territorio ed è tratta, con alcuni aggiornamenti dal profilo di salute completo elaborato dal Dipartimento per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Salute ("Indagine sul profilo di salute e priorità sanitarie in Sicilia").

Il particolare contesto oro-geografico ha da sempre inciso sullo sviluppo socio-economico della Sicilia e conseguentemente anche sugli aspetti sanitari: la vastità del suo territorio, la presenza di arcipelaghi (Eolie, Egadi, Pelagie, nonché le isole di Ustica e Pantelleria) comportano peculiari criticità prevalentemente legate alle difficili vie di comunicazione che incidono sui tempi di percorrenza e dunque sul tempestivo accesso alle cure in alcune aree.

2.2 Profilo demografico

La popolazione regionale residente al 1° gennaio 2020 risulta di 4.968.410 unità, di cui 2.416.233 uomini (48,6%) e 2.552.117 donne (51,4%). La Sicilia, con una estensione territoriale di 25.832 km2, risulta essere la regione più vasta del Paese.

L'insediamento della popolazione è di tipo accentrato specie nei capoluoghi, con maggiore densità di popolazione lungo le aree costiere a causa delle correnti migratorie dalle aree montuose e collinari dell'interno verso i centri più grandi.

Nei tre principali comuni della Sicilia (Palermo, Catania e Messina) si concentra quasi un quarto dell'intera popolazione regionale (1.198.927 abitanti pari al 24,1% del totale).

La Regione è costituita da nove province che configurano le attuali Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) per un totale di 390 comuni. La provincia più grande è Palermo che con 1.243.328 abitanti rappresenta un quarto della popolazione totale dell'isola (tabella 1).

Provincia di residenza	Numero comuni	popolazione residente	superficie in Kmq	densità abitanti per Kmq
Agrigento	43	429.611	3.053	141
Caltanissetta	22	260.779	2.138	122
Catania	58	1.104.974	3.574	309
Enna	20	162.368	2.575	63
Messina	108	620.721	3.266	190
Palermo	82	1.243.328	5.009	248
Ragusa	12	321.215	1.624	198
Siracusa	21	397.037	2.124	187
Trapani	24	428.377	2.470	173
REGIONE SICILIA	390	4.968.410	25.832	192

Tabella 1. Popolazione residente in Sicilia e superficie territoriale (al 1° gennaio 2020) - Elaborazione DASOE su base dati ISTAT

I principali indicatori demografici provinciali e regionali, confrontati con quelli nazionali per l'anno 2020, sono riportati nella tabella seguente:

Tabella 2. Indicatori strutturali della popolazione residente per regione, provincia e ripartizioni italiane.

	% popolazione 14 anni	% popolazione 15-64 anni	% popolazione 65 anni e più	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza vecchiaia	Indice di media (per 1.000	Età	Tasso di natalità 0- abitanti)
Sicilia								
2004	16,6	65,9	17,5	51,7	26,8	104,8	39,6	10,3
2005	16,4	65,9	17,7	51,7	27,3	107,8	39,8	10,1
2006	16,2	65,8	18,0	51,9	27,5	111,1	40,1	10,0
2007	15,9	65,9	18,2	51,7	27,6	114,0	40,4	9,8
2008	15,7	66,1	18,2	51,3	27,6	116,6	40,6	9,9
2009	15,5	66,2	18,3	51,0	27,8	118,5	40,8	9,8
2010	15,3	66,3	18,4	50,9	28,0	120,2	41,0	9,5
2011	15,2	66,3	18,5	50,8	28,6	122,2	41,3	9,4
2012	14,9	66,2	18,9	51,1	29,3	127,0	41,7	9,3
2013	14,8	65,9	19,3	51,7	29,8	131,0	41,9	8,8
2014	14,6	65,8	19,6	52,0	30,3	134,2	42,1	8,8
2015	14,5	65,6	19,9	52,3	30,8	137,6	42,4	8,5
2016	14,3	65,5	20,2	52,6	30,8	141,3	42,6	8,2
2017	14,1	65,3	20,6	53,0	31,5	145,8	43,0	8,2
2018	14,0	65,2	20,8	53,4	32,0	149,3	43,2	8,1
2019	13,8	65,0	21,2	53,8	32,6	153,7	43,5	8,1
2020	13,6	64,8	21,6	54,4	33,4	159,0	44,4	7,7
Province - 2020								
Agrigento	13,1	64,5	22,4	55,0	34,8	172,1	44,8	7,1
Caltanissetta	13,4	65,2	21,4	53,5	32,9	160,1	44,2	6,9
Catania	14,4	65,4	20,2	52,9	30,9	140,2	43,4	8,4
Enna	12,3	64,2	23,5	55,8	36,7	191,3	45,6	6,6
Messina	12,2	64,2	23,6	55,8	36,7	192,3	46,0	6,8
Palermo	14,2	64,6	21,2	54,8	32,8	148,8	43,9	8,3
Ragusa	14,1	65,5	20,4	52,8	31,2	145,0	43,5	8,2
Siracusa	13,3	64,9	21,8	54,1	33,5	163,5	44,6	7,5
Trapani	12,7	64,1	23,2	55,9	36,1	182,5	45,2	7,3
Ripartizioni - 2020								
Nord-ovest	12,9	63,0	24,1	58,8	38,4	187,9	46,3	6,9
Nord-est	13,0	63,3	23,7	58,0	37,4	181,8	46,1	7,0
Centro	12,7	63,5	23,8	57,5	37,5	187,6	46,3	6,5
Mezzogiorno	13,2	65,1	21,7	53,5	33,2	163,9	44,6	7,3
Italia	13,0	63,8	23,2	56,6	37,5	178,4	45,7	7,0

Fonte: ISTAT - Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile . Aaggiornamento al 1 gennaio 2020. Elaborazione dati DASOE – Servizio 9.

Dal 2004 in Sicilia si registra un tasso di natalità in costante decremento. In particolare nel 2020 il tasso di natalità si attesta a 7,7 per mille abitanti contro la media nazionale di 7,0 nati ogni mille abitanti (tabella 2).

L'età media della popolazione della Sicilia nel 2020 è di 44,4 anni (4,8 anni in più rispetto al 2004), inferiore a quella dell'intera nazione (45,7). Gli individui con 65 anni e più rappresentano il 21,6% dell'intera popolazione regionale, valore inferiore a quello registrato per l'intera nazione (23,2%).

I giovani con meno di 15 anni rappresentano il 13,6% e l'indice di vecchiaia è pari a 159,0 anziani per cento giovani, valore inferiore a quello osservato nell'intera nazione (178,4).

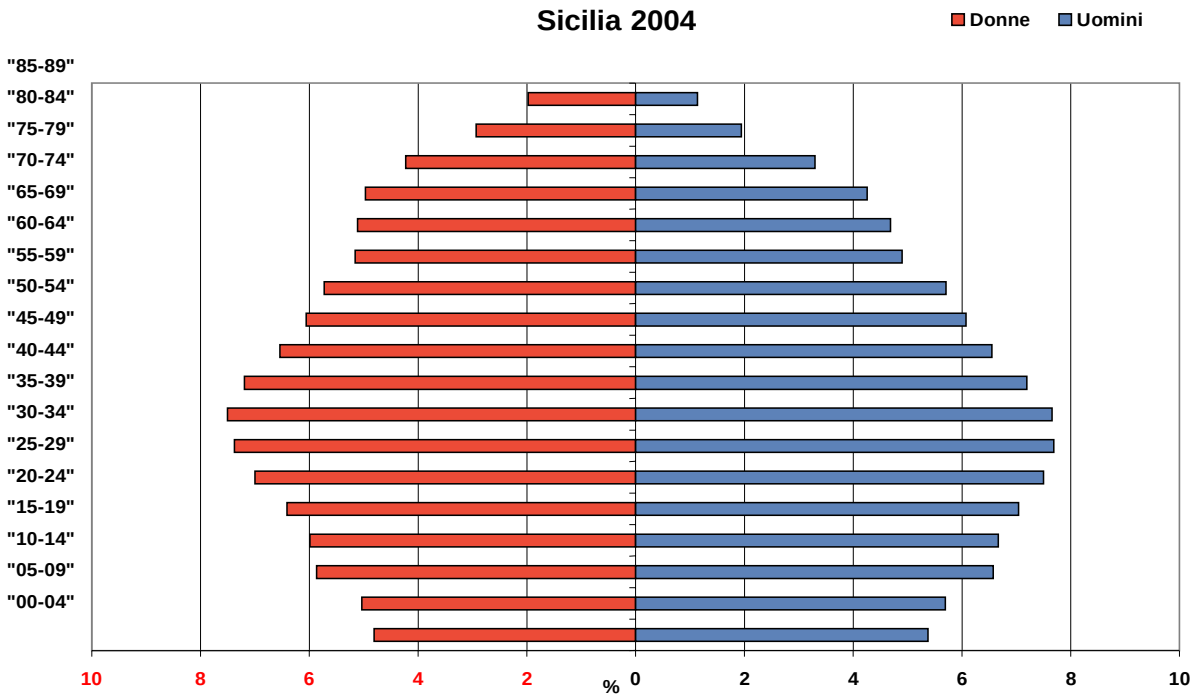
Gli adulti di età compresa tra 15 e 64 anni (età lavorativa) rappresentano il 64,8% della popolazione, con un rapporto di 100 individui in età lavorativa su 54,4 individui in età non attiva (indice di dipendenza strutturale) e in particolare su 33,4 anziani (indice di dipendenza anziani), registrando un valore più basso in Sicilia rispetto al valore nazionale (37,5%).

Tuttavia la struttura demografica attuale correlata al declino generalizzato della fecondità anche nel Meridione stanno conducendo ad un rapido processo di invecchiamento della popolazione anche in Sicilia.

Quanto agli aspetti socio economici che come noto hanno un consistente effetto sugli esiti di salute e sulla qualità dell'assistenza, la situazione siciliana è la seguente: alla fine del 2019 il tasso di disoccupazione in Sicilia è pari al 20%, il doppio del valore di riferimento nazionale (10%). Si registra un divario ragguardevole tra uomini e donne: il tasso di disoccupazione femminile raggiunge il 22,5%: 4 punti percentuali in più di quello maschile (18,5%).

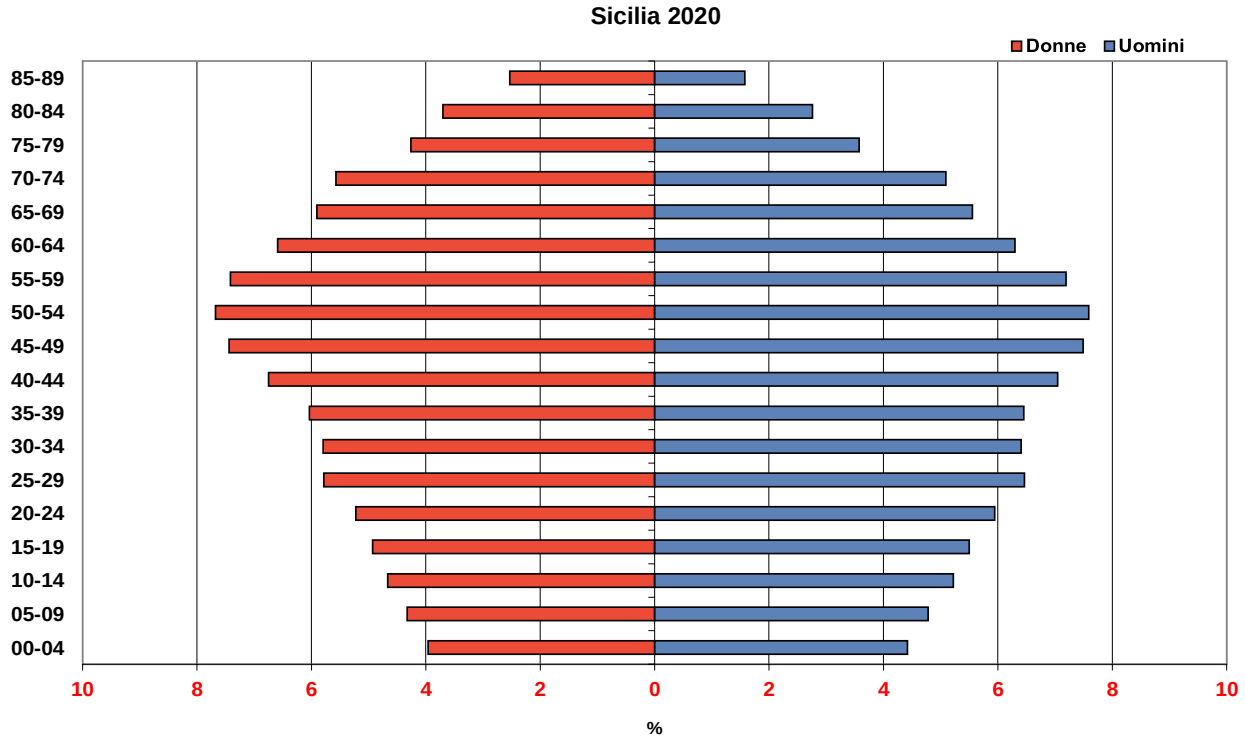
Nonostante i progressi degli ultimi anni la Sicilia resta però tra le regioni italiane a più basso reddito pro-capite e tra quelle in cui il flusso migratorio assume proporzioni significativamente elevate. Le figure successive riportano le piramidi delle età della popolazione residente in Sicilia rispettivamente per l'anno 2004 e per l'anno 2020.

Figura 1. Piramide delle età della popolazione residente in Sicilia (anno 2004).



Elaborazione DASOE su base dati ISTAT

Figura 2. Piramide delle età della popolazione residente in Sicilia (anno 2020)



Elaborazione DASOE su base dati ISTAT

Dall'esame delle piramidi dell'età è possibile evidenziare delle modifiche di carattere demografico avvenute nella nostra regione nel corso dell'ultimi decenni. Innanzitutto si registra un evidente calo demografico: in pratica è come se nell'arco di una generazione tre intere città si fossero svuotate, come se in meno di 70 anni fossero spariti nel nulla tutti gli abitanti di Agrigento, Caltanissetta ed Enna[1]. Inoltre la popolazione siciliana ha subito un invecchiamento determinato dalla riduzione del numero delle nascite e dal progressivo miglioramento dell'aspettativa di vita.

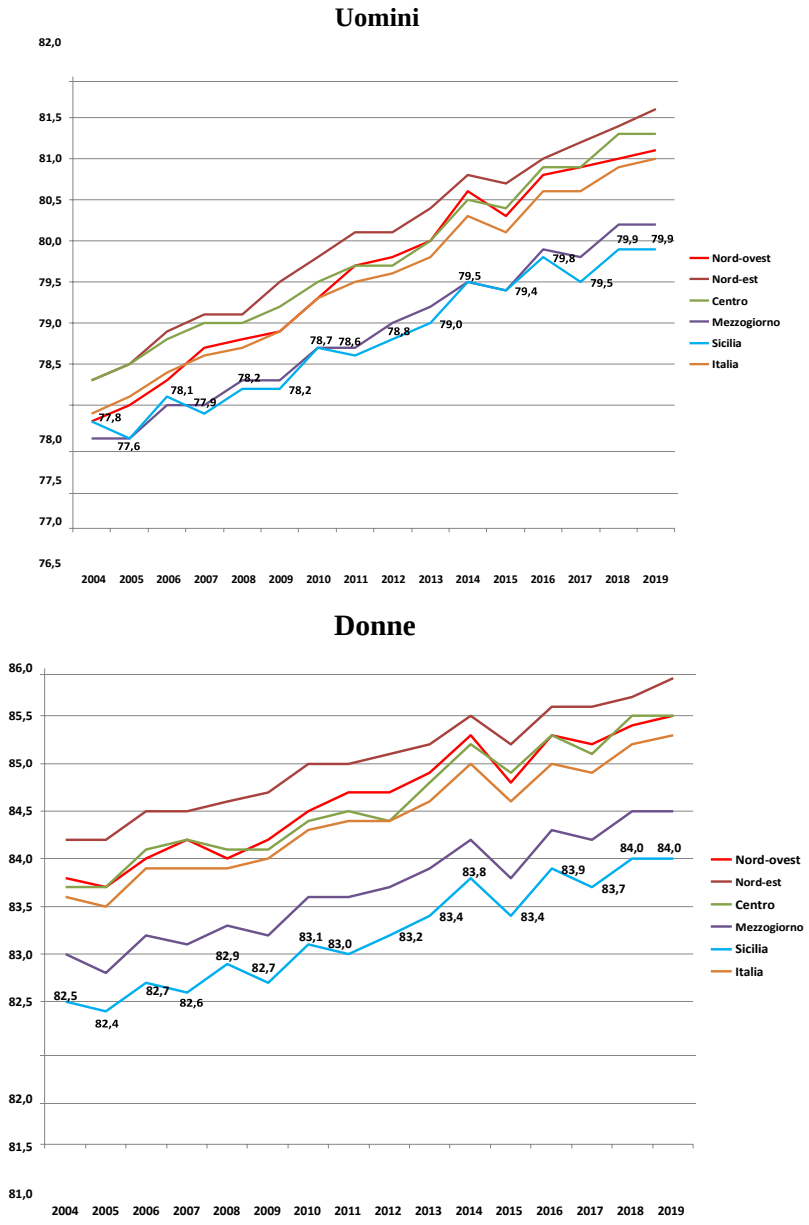
L'Italia è il Paese al mondo in cui il tasso di invecchiamento della popolazione è il più intenso e veloce, come confermato anche dall'OMS. I dati demografici confermano il costante incremento della vita media della popolazione italiana che ha caratterizzato tutto il secolo trascorso e che ha portato nel 2019 la speranza di vita alla nascita a 81 anni per gli uomini e a 85,3 anni per le donne (figura 3).

I divari tra i sessi, seppure in lieve diminuzione, rimangono elevati. La differenza di oltre 4 anni di vita a favore del sesso femminile è attribuibile ai minori livelli di mortalità delle donne alle varie età e per la maggior parte delle cause di morte.

[1] Rapporto "*La demografia delle aree interne della Sicilia*" 2019. A cura del Servizio statistica e analisi economica della Regione Siciliana consultabile al link:
http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoEconomia/PIR_DipBilancioTesoro/PIR_Areetematiche/PIR_ServizioStatistica/PIR_2092834.068146905/PIR_534700.7672519999/SOL_AreeInterne%20definitiva.pdf

Studi recenti hanno rilevato come questo differenziale sia attribuibile per il 60% circa alla minore mortalità delle donne nell'ambito delle malattie cardiovascolari e dei tumori, che spiegano oltre il 70% della mortalità complessiva. Nel 2019 l'aspettativa di vita alla nascita in Sicilia è pari a 79,9 anni tra gli uomini e di 84 anni per le donne: rispetto al 2004 l'incremento maggiore si registra tra gli uomini (+2,1%) piuttosto che tra le donne (+1,5%).

Figura 3. Andamento della speranza di vita 2004-2019: confronto Sicilia – Ripartizioni Italiane.



Elaborazione DASOE su base dati Istat

Le migrazioni dall'estero degli ultimi anni producono l'effetto di riequilibrare leggermente la struttura per età della popolazione in favore delle classi di età giovanili e degli adulti in età da lavoro. Secondo le previsioni demografiche dell'ISTAT, nella popolazione della Sicilia la quota di anziani continuerà a crescere nei prossimi decenni a causa dell'allungamento della speranza di vita.

Inoltre, è attesa una riduzione della quota di giovani a seguito dell'esaurimento dell'effetto riequilibrante dovuto all'immigrazione di giovani adulti e alla ripresa della natalità negli anni recenti. Pertanto, la struttura

della popolazione sarà sempre più sbilanciata verso l'età avanzata e ciò comporterà sfide sempre più complesse per il sistema sociosanitario regionale.

2.3 Quadro nosografico della Regione

2.3.1 Parte Prima: Mortalità

I dati di mortalità riportati in questo documento derivano dall'elaborazione dei dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) per la sola Sicilia per il periodo 2011-2019 e dalla base dati di mortalità Istat - HFA (ultimo aggiornamento: 31 dicembre 2017) per i confronti Sicilia-Italia.

2.3.1.1 Mortalità infantile

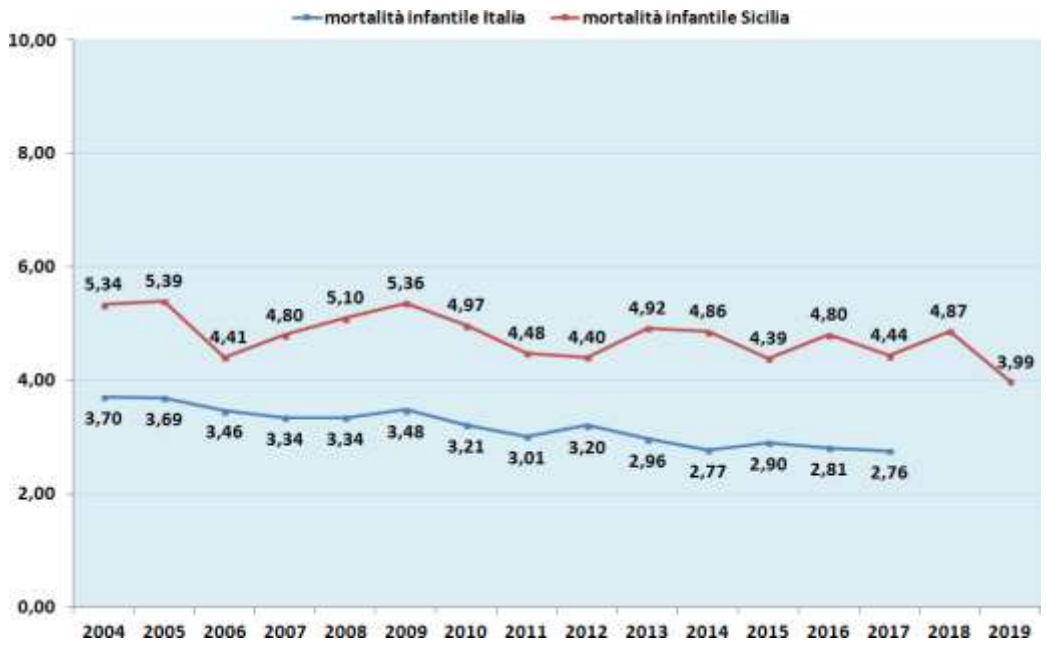
Il tasso di mortalità infantile oltre ad essere un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita, è considerato nella letteratura internazionale una misura riassuntiva dello stato di salute di comunità e uno dei principali indicatori di valutazione delle condizioni socio-economiche, ambientali, culturali e della qualità delle cure materno-infantili.

Studi recenti mostrano la correlazione tra tasso di mortalità infantile e aspettativa di vita in buona salute (Health Adjusted Life Expectancy: HALE).

Nel 2017 (ultimo anno disponibile per un confronto a livello nazionale) in Sicilia il tasso di mortalità infantile è stato di circa 4 morti per 1.000 nati vivi (Italia: circa 3 morti per 1.000 nati vivi). E' da sottolineare che sebbene la bassa numerosità delle osservazioni per ciascun anno può determinare una maggiore variabilità delle stime, tuttavia la mortalità infantile in Sicilia si mantiene tendenzialmente più alta rispetto al tasso di mortalità infantile italiano.

Nel periodo analizzato (2004-2019) l'andamento della mortalità infantile in Sicilia (Fig. 4) mostra complessivamente una riduzione nel tempo con tassi che variano dal 5,3‰ del 2004 al 3,9‰ del 2019: malgrado sia rilevabile in ambito regionale un sensibile miglioramento, tuttavia si riscontrano livelli del tasso più elevati rispetto alla media nazionale.

Fig. 4. Andamento dei tassi di mortalità infantile in Sicilia (2004-2019) e in Italia (2004-2017) per 1.000 nati vivi.



Elaborazione DASOE su base dati Istat - HFA (versione giugno 2020) e su base dati ReNCaM 2004-2019.

2.3.1.2 Mortalità generale

Come si osserva dalla tabella seguente, sulla base dei dati di confronto con il resto del Paese, riferiti alla base dati ISTAT con ultimo aggiornamento disponibile relativo all'anno 2017, il tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause in entrambi i sessi risulta più elevato rispetto al valore nazionale (uomini 116,3 vs 104,3 /10.000; donne 80,9 vs 71,5 /10.000).

Riguardo alle singole cause, valori superiori rispetto al contesto nazionale (evidenziati in grassetto) si riscontrano in entrambi i sessi per il tumore del colon retto, per il diabete, per le malattie del sistema circolatorio con particolare riferimento ai disturbi circolatori dell'encefalo e alle malattie ischemiche del cuore.

Per il solo genere maschile valori superiori si osservano per le neoplasie e per le malattie dell'apparato respiratorio. Per il solo genere femminile, infine, si registrano valori superiori per le malattie dell'apparato digerente e per i traumatismi e gli avvelenamenti.

Tassi di mortalità per causa Sicilia-Italia 2017				
Cause di morte	Tassi stand. x 10.000 Maschi		Tassi stand. x 10.000 Femmine	
	Sicilia	Italia	Sicilia	Italia
Tumori maligni	*33*	*33,1*	*18,4*	*19,4*
Tumori maligni dello stomaco	*1,6*	*1,8*	*0,7*	*0,9*
Tumori maligni colon,retto,ano	**3,8**	*3,5*	**2,4**	*2,1*
Tumori maligni trachea,bronchi,polmoni	**8,2**	*7,9*	*2,0*	*2,6*
Tumori maligni mammella della donna			*3,1*	*3,2*
Diabete mellito	**5,5**	*3,4*	**4,4**	*2,5*
Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi	*4,1*	*4,4*	*3,5*	*3,7*
Malattie del sistema circolatorio	**42,2**	*34,3*	**32,7**	*25,9*
Disturbi circolatori dell'encefalo	**12,0**	*8,1*	**10,3**	*7,2*
Malattie ischemiche del cuore	**12,4**	*11,9*	**6,7**	*6,5*
Malattie dell'apparato respiratorio	**10,6**	*9,6*	*5,0*	*5,1*
Malattie dell'apparato digerente	*3,6*	*3,8*	**2,6**	*2,5*
Cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti	*4,7*	*4,7*	**2,5**	*2,3*
Tutte le cause	**116,3**	*104,3*	**80,9**	*71,5*

Elaborazione DASOE su fonte ISTAT-HFA. Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane. Anno di riferimento: 2017.

In Sicilia la mortalità per malattie circolatorie risulta quindi più elevata che nel resto del paese.

Tra le principali cause di morte vi sono inoltre il diabete e le malattie respiratorie (specie nel sesso maschile). Anche l'andamento dei ricoveri ospedalieri ed il consumo di farmaci sul territorio riflettono la rilevanza del ricorso alle cure per malattie dell'apparato circolatorio.

La patologia tumorale, pur avendo una minore incidenza rispetto al resto del paese, si avvicina o talvolta si sovrappone ai livelli di mortalità nazionali per quanto riguarda alcune specifiche categorie suscettibili di efficaci interventi di prevenzione e trattamento (es. il tumore della mammella e il tumore del colon retto). Una sfida alla salute viene dagli effetti dell'inquinamento ambientale, non sempre noti e facili da evidenziare specie nelle aree industriali a rischio.

Persistono, ancora oggi, forti influenze negative sulla salute, specie sull'incidenza delle malattie cerebro e cardio-vascolari, per quanto riguarda alcuni fattori di rischio ed in particolare obesità, sedentarietà, iperglicemia, diabete e fumo e su di essi bisognerà concentrare l'attenzione per i prossimi anni.

Mortalità per grandi gruppi di cause in Sicilia

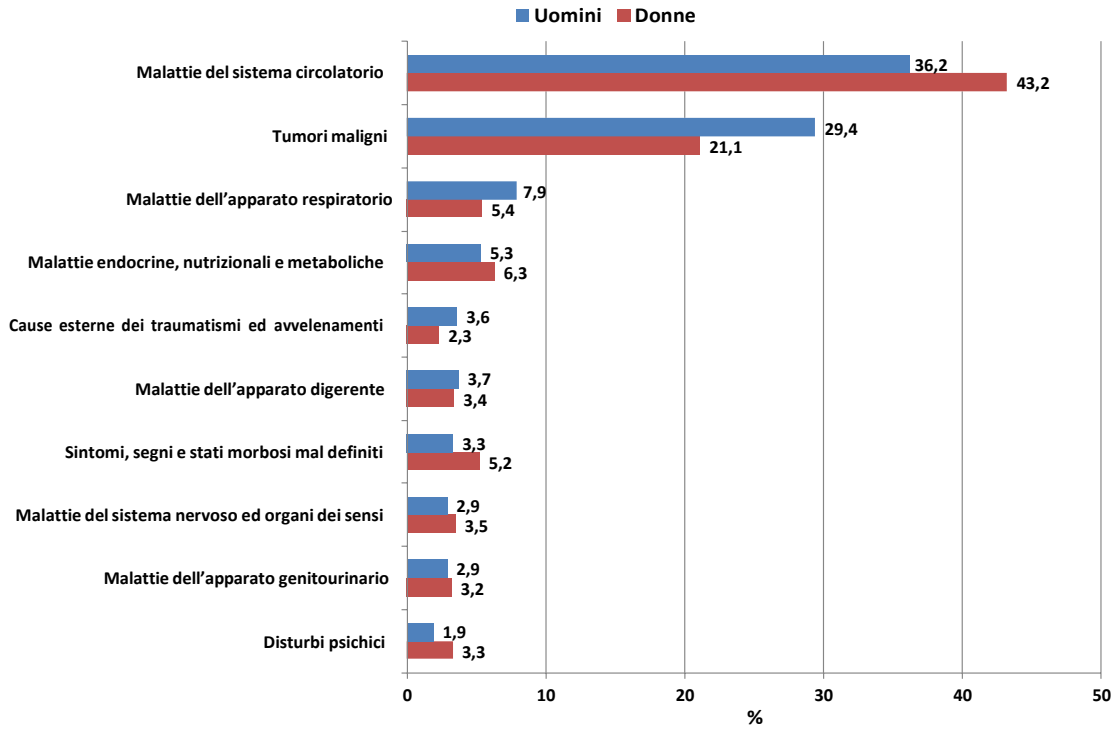
	UOMINI				DONNE			
Rango	Grandi Categorie ICD IX - UOMINI	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Anni di vita persi a 75 anni	Grandi Categorie ICD IX - DONNE	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Anni di vita persi a 75 anni
1	Malattie del sistema circolatorio	8975	36,2	222092	Malattie del sistema circolatorio	11189	43,2	101860
2	Tumori maligni	7293	29,4	334549	Tumori maligni	5476	21,1	289724
3	Malattie dell'apparato respiratorio	1957	7,9	33809	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	1641	6,3	27990
4	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	1309	5,3	41706	Malattie dell'apparato respiratorio	1396	5,4	17969
5	Malattie dell'apparato digerente	916	3,7	45387	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	1336	5,2	19379
6	Cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti	898	3,6	133409	Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi	898	3,5	24956
7	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	825	3,3	33342	Malattie dell'apparato digerente	891	3,4	21137
8	Malattie dell'apparato genitourinario	725	2,9	12042	Disturbi psichici	864	3,3	5532
9	Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi	720	2,9	32539	Malattie dell'apparato genitourinario	821	3,2	8400
10	Disturbi psichici	461	1,9	9178	Cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti	590	2,3	31924
11	Malattie infettive e parassitarie	178	0,7	10325	Malattie infettive e parassitarie	181	0,7	5771
12	Tumori benigni, in situ, incerti e non specificati	146	0,6	6089	Tumori benigni, in situ, incerti e non specificati	135	0,5	5745
13	Malformazioni congenite, cond. morb. perinatali	133	0,5	67300	Malattie del sangue e degli organi emopoietici	129	0,5	3893
14	Malattie del sangue e degli organi emopoietici	90	0,4	3530	Malformazioni congenite, cond. morb. perinatali	112	0,4	52891
15	Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	39	0	1815	Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	102	0	4115
16	Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo	13	0	553	Malattie della pelle e tessuto sottocutaneo	27	0,1	678
17	Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	1	0	258	Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	2	0	638
	Tutte le Cause	24768	100	991778	Tutte le Cause	25911	100	623854

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

La distribuzione per numero assoluto delle grandi categorie ICD IX mostra come la prima causa di morte in Sicilia siano le malattie del sistema circolatorio, che sostengono insieme alla seconda, i tumori maligni, più dei 2/3 dei decessi avvenuti nel periodo in esame.

La terza causa negli uomini è rappresentata dalle malattie respiratorie (7,9%) e nelle donne dal raggruppamento delle malattie metaboliche, endocrine ed immunitarie (6,3%) per la quasi totalità sostenuta dal diabete.

Mortalità proporzionale per i primi 10 gruppi di cause in Sicilia (tutte le età)



Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

Tale evidenza si conferma passando all'analisi delle sottocategorie in cui le prime due cause in assoluto in entrambi i sessi si confermano le malattie cerebrovascolari e le malattie ischemiche del cuore. Oltre alle cause circolatorie, nelle donne tra le prime cause emergono il diabete (5,6%) e il tumore della mammella (3,8%), mentre negli uomini ai tumori dell'apparato respiratorio (7,7%) si aggiungono il diabete (4,8%) e le malattie polmonari cronico ostruttive (4,2%).

Mortalità per sottocategorie diagnostiche in Sicilia (prime 10 cause)

Rango	Sottocategorie ICD IX Uomini	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Sottocategorie ICD IX - Donne	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %
1	Malattie ischemiche del cuore	2535	10,2	Disturbi circolatori dell'encefalo	3729	14,4
2	Disturbi circolatori dell'encefalo	2511	10,1	Malattie ischemiche del cuore	2025	7,8
3	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	1900	7,7	Diabete mellito	1463	5,6
4	Diabete mellito	1177	4,8	T. M. della mammella	988	3,8
5	Malattie polmonari croniche ostruttive	1050	4,2	T. M. del Colon Retto	753	2,9
6	T. M. del Colon Retto	879	3,5	Insufficienza renale cronica	606	2,3
7	T. M. della prostata	741	3,0	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	584	2,3
8	T. M. del fegato	572	2,3	Malattie polmonari croniche ostruttive	573	2,2
9	Insufficienza renale cronica	543	2,2	T. M. del fegato	419	1,6
10	T. M. della vescica	459	1,9	Cadute ed altri infortuni	416	1,6
	Totale prime 10 cause	12367	49,9	Totale prime 10 cause	11556	44,6
	Tutte le cause	24768	100	Tutte le cause	25911	100

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

2.3.1.3 Mortalità prematura

I dati di mortalità in termini assoluti o di tassi possono fornire una lettura distorta dei problemi più gravi poiché i valori sono molto più elevati negli anziani.

L'analisi per gli anni di vita perduti con le morti premature rispetto all'età considerata (75 anni) costituisce una misura chiave del peso sociale ed economico delle varie cause di morte.

Sotto tale profilo, l'analisi per sottocategorie evidenzia tra le prime cause negli uomini oltre alle neoplasie maligne dell'apparato respiratorio, le malattie ischemiche del cuore (seconda causa di mortalità prematura), gli incidenti stradali (terza causa), i disturbi circolatori dell'encefalo (quarta causa) e il suicidio (quinta causa di mortalità prematura).

Tra le donne, invece, tra le cause tumorali si segnalano le neoplasie maligne della mammella (prima causa di mortalità prematura), dell'apparato respiratorio (seconda causa) e del colon-retto (quarta causa). Infine, i disturbi circolatori dell'encefalo e le malattie ischemiche del cuore costituiscono rispettivamente la terza e la quinta causa di mortalità prematura tra il genere femminile.

Mortalità prematura in Sicilia (prime 10 cause)

Rango	Sottocategorie ICD IX Uomini	Anni di vita persi a 75 anni	Sottocategorie ICD IX Donne	Anni di vita persi a 75 anni
1	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	86385	T. M. della mammella	70018
2	Malattie ischemiche del cuore	83785	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	36300
3	Accidenti stradali da veicoli a motore e da trasporto	48550	Disturbi circolatori dell'encefalo	28301
4	Disturbi circolatori dell'encefalo	41312	T. M. del Colon Retto	27507
5	Suicidio	39790	Malattie ischemiche del cuore	24405
6	T. M. del Colon Retto	34905	T. M. dell'ovaio	18493
7	Cirrosi e malattie croniche del fegato	27905	T. M. dell'encefalo e altre parti del sistema nervoso	18170
8	Diabete mellito	27328	T. M. dell'utero	17658
9	T. M. del fegato	26210	Diabete mellito	16893
10	T. M. dell'encefalo e altre parti del sistema nervoso	24820	T. M. del pancreas	16758

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

2.3.1.4 Mortalità generale nelle ASP della Sicilia

Nella tabella successiva vengono presentati i principali indicatori statistici di mortalità generale per le nove ASP della Sicilia.

Mortalità generale nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

AZIENDA SANITARIA	Uomini 2011-2019						Donne 2011-2019					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	2.295	1079,5	601,8	98,8	97,4	100,1	2.282	1010,7	389,7	**96,4**	**95,1**	**97,8**
ASP Caltanissetta	1.413	1078,4	649,0	**107,1**	**105,3**	**109,0**	1.422	1018,2	430,9	**105,5**	**103,7**	**107,4**
ASP Catania	5.036	942,5	611,9	**101,0**	**100,1**	**101,9**	5.278	928,6	409,5	**101,3**	**100,4**	**102,2**
ASP Enna	940	1124,1	604,7	98,9	96,8	101,1	974	1085,8	407,9	100,0	97,9	102,1
ASP Messina	3.403	1105,7	600,9	99,1	98	100,2	3.750	1131,8	402,3	**98,5**	**97,5**	**99,6**
ASP Palermo	5.891	962,6	604,1	99,4	98,5	100,2	6.305	963,4	409,9	100,1	99,3	101,0
ASP Ragusa	1.510	964,6	582,7	**96,4**	**94,8**	**98,1**	1.540	957,2	396,1	98,5	96,8	100,1
ASP Siracusa	2.028	1025,2	631,0	**104,2**	**102,7**	**105,8**	2.019	987,9	429,9	**105,4**	**103,9**	**107,0**
ASP Trapani	2.252	1064,8	592,9	**97,2**	**95,9**	**98,6**	2.340	1053,6	391,1	**96,3**	**95,0**	**97,6**
SICILIA	24.768	1012,1	607,1				25.911	997,8	406,8			

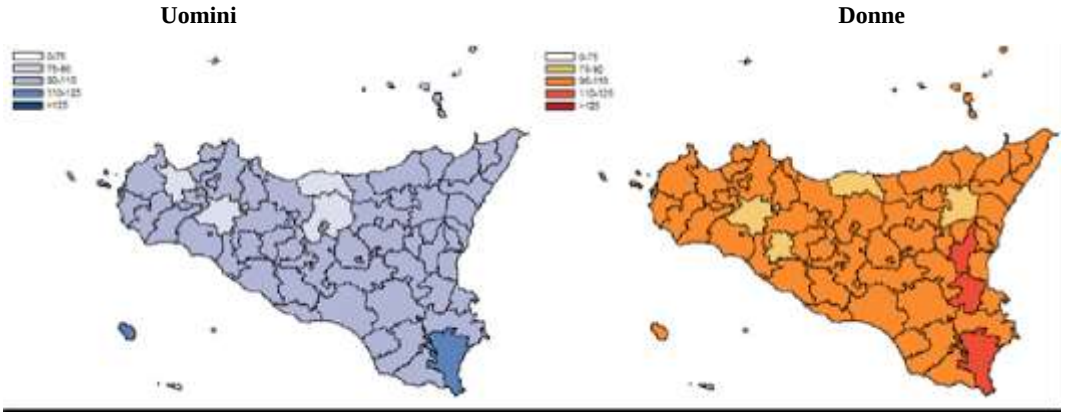
Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

In Sicilia la mortalità per tutte le cause fa registrare una media annua di 50.679 decessi (48,8% tra gli uomini e 51,2% tra le donne).

I rapporti standardizzati di mortalità (SMR) illustrati nella tabella mostrano lievi eccessi statisticamente significativi in entrambi i sessi nelle province di Caltanissetta, Catania e Siracusa.

L'analisi condotta su base distrettuale evidenzia alcuni eccessi al di sopra dell'atteso regionale in entrambii sessi nei distretti sanitari di Caltanissetta, Gela, Adrano, Catania metropolitana, Paternò, Palermo metropolitana, Lentini e Noto. Tra i soli uomini si segnalano SMR più elevati nei distretti di Mussomeli, San Cataldo e Pantelleria; mentre tra le donne nei distretti di Giarre, Palagonia, Agira e Bagheria.

Mortalità per tutte le cause: distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza 2011-2019



Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

2.3.1.5 Mortalità per malattie del sistema circolatorio nelle ASP della Sicilia

La mortalità per malattie circolatorie risulta in eccesso rispetto al resto del Paese in entrambi i sessi con una media annua di 20.164 decessi (44,5% tra gli uomini e 55,5% tra le donne).

I rapporti standardizzati di mortalità (SMR) illustrati nella tabella mostrano eccessi statisticamente significativi in entrambi i sessi nelle province di Agrigento, Caltanissetta, Messina e Ragusa.

Mortalità per malattie del sistema circolatorio nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

AZIENDA SANITARIA	Uomini 2011-2019						Donne 2011-2019					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	894	420,5	214,8	**104,8**	**102,5**	**107,1**	1.100	487,3	158,8	**107,2**	**105,1**	**109,3**
ASP Caltanissetta	562	428,6	242,8	**117,5**	**114,3**	**120,8**	702	502,9	185,2	**121,7**	**118,7**	**124,7**
ASP Catania	1.781	333,2	206,1	99,5	98,0	101,1	2.210	388,8	147,5	99,2	97,8	100,6
ASP Enna	329	392,9	197,5	**93,7**	**90,4**	**97,2**	421	469,7	153	99,4	96,3	102,6
ASP Messina	1.294	420,5	212,4	**103,1**	**101,2**	**105,0**	1.759	531,0	156,8	**105,0**	**103,4**	**106,7**
ASP Palermo	2.006	327,8	195,5	**93,8**	**92,5**	**95,2**	2.423	370,3	136,5	**89,5**	**88,3**	**90,7**
ASP Ragusa	599	382,3	213,3	**104,9**	**102,1**	**107,7**	741	460,2	161,7	**109,8**	**107,2**	**112,5**
ASP Siracusa	685	346,0	203,0	98,4	95,9	100,9	810	396,3	148,6	99,5	97,2	101,8
ASP Trapani	827	391,2	204,6	98	95,8	100,3	1.022	460,1	143,3	**96,2**	**94,3**	**98,2**
SICILIA	8.975	366,7	207,1	100	99,3	100,7	11.189	430,9	150			

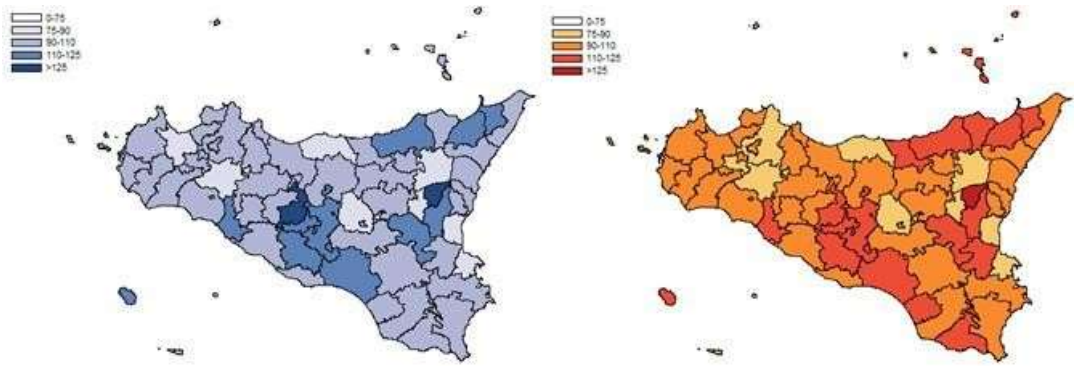
Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

L'analisi condotta su base distrettuale evidenzia alcuni eccessi al di sopra dell'atteso regionale in entrambi i sessi nei distretti sanitari di Canicattì, Ribera, Caltanissetta, Gela, Mussomeli, San Cataldo, Adrano, Giarre, Palagonia, Paternò, Barcellona Pozzo di Gotto, Milazzo, Sant'Agata di Militello, Modica e Vittoria.

Tra gli uomini si segnalano SMR più elevati nel distretto di Piazza Armerina, mentre tra le donne si segnalano SMR più elevati nei distretti di Agrigento, Lipari, Mistretta, Patti, Bagheria, Partinico, Lentini, Marsala e Pantelleria.

Mortalità per malattie del sistema circolatorio: distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza 2011-2019

Uomini **Donne**



Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

2.3.1.6 Mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo nelle ASP della Sicilia

L'eccesso di mortalità per malattie circolatorie è sostenuto in particolare dalle malattie cerebrovascolari. I disturbi circolatori dell'encefalo fanno registrare, per entrambi i sessi, un numero relativamente alto di decessi nell'intera popolazione siciliana.

Nel periodo in osservazione il numero medio annuale di decessi registrati è pari a 6.240 di cui il 40,2% negli uomini e il 59,8% nelle donne.

I rapporti standardizzati di mortalità (SMR) mostrano eccessi statisticamente significativi in entrambi i generi nelle province di Caltanissetta, Catania, Enna, Siracusa e Trapani; mentre tra le sole donne si osservano SMR superiori all'atteso regionale nella provincia di Ragusa.

Mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

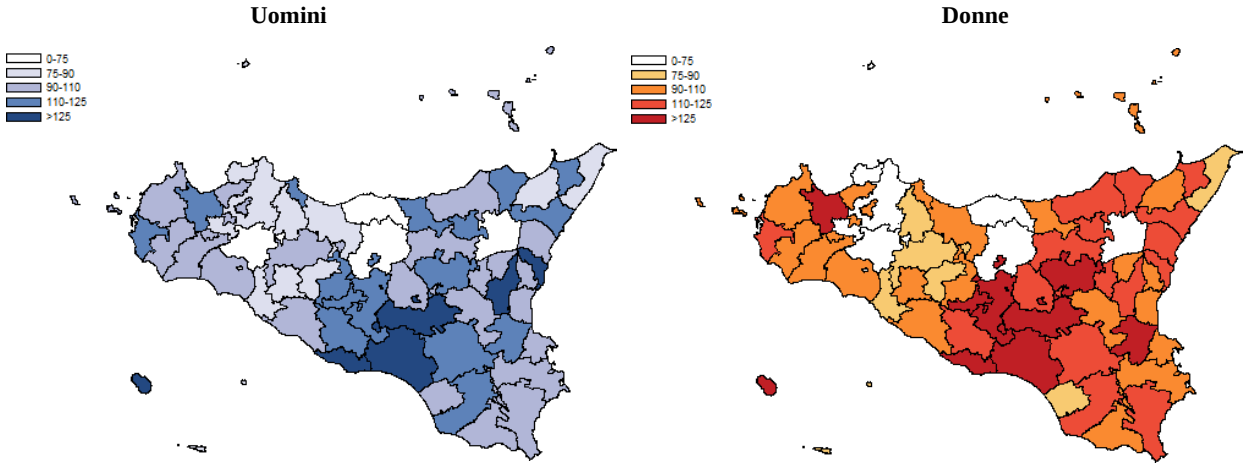
AZIENDA SANITARIA	Uomini 2011-2019						Donne 2011-2019					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	237	111,7	54,7	98,6	94,5	102,9	351	155,4	49,8	102,4	98,9	106,1
ASP Caltanissetta	170	129,9	70,4	**127,1**	**120,8**	**133,6**	251	179,6	64,7	**130,4**	**125,1**	**135,9**
ASP Catania	535	100,1	59,7	**107,5**	**104,4**	**110,5**	793	139,5	51,8	**106,9**	**104,4**	**109,4**
ASP Enna	118	141,1	66,1	**119,0**	**112,0**	**126,4**	171	190,6	59,0	**120,9**	**114,9**	**127,1**
ASP Messina	341	110,7	53,7	96,6	93,2	100,1	539	162,6	46,9	**96,3**	**93,6**	**99,1**
ASP Palermo	475	77,6	45,0	**79,6**	**77,3**	**82,0**	687	105,0	38,5	**76,1**	**74,3**	**78,1**
ASP Ragusa	169	107,6	58,0	105,2	100,0	110,6	240	149,1	51,7	**106,7**	**102,3**	**111,3**
ASP Siracusa	208	105,3	58,8	**107,7**	**102,9**	**112,7**	312	152,5	55,5	**115,1**	**110,8**	**119,4**
ASP Trapani	258	122,1	60,6	**108,9**	**104,5**	**113,4**	387	174,1	53,0	**109,2**	**105,6**	**112,8**
SICILIA	2.511	102,6	55,6				3.729	143,6	49,0			

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

L'analisi eseguita su base distrettuale evidenzia eccessi significativamente superiori all'atteso regionale in entrambi i sessi nei distretti di Canicattì, Licata, Caltanissetta, Gela, Acireale,

Caltagirone, Agira, Piazza Armerina, Milazzo, Patti, Taormina, Ragusa, Lentini, Alcamo, Marsala e Pantelleria. Tra gli uomini si osservano lievi incrementi nel distretto di Mussomeli; mentre tra le donne si osservano SMR superiori nei distretti di San Cataldo, Catania metropolitana, Giarre, Paternò, Agira, Enna, Nicosia, Sant'Agata di Militello, Modica, Noto e Siracusa.

Mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo: distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza 2011-2019



Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

2.3.1.7 Mortalità per diabete nelle ASP della Sicilia

Il diabete rappresenta il 90% del totale delle patologie delle ghiandole endocrine ed è responsabile, rispettivamente per gli uomini e per le donne, del 44,6% e del 55,4% del numero totale medio dei decessi osservati per questa causa di morte (2.640).

I rapporti standardizzati di mortalità evidenziano eccessi statisticamente significativi in entrambi i sessi nelle province di Agrigento, Catania, Enna e Siracusa.

Mortalità per diabete nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

AZIENDA SANITARIA	Uomini 2011-2019						Donne 2011-2019					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	126	59,2	30,7	**113,3**	**106,8**	**120,1**	170	75,1	25,7	**126,2**	**119,9**	**132,7**
ASP Caltanissetta	28	21,7	13,0	**45,3**	**39,9**	**51,2**	39	27,8	11,0	**50,8**	**45,6**	**56,4**
ASP Catania	252	47,2	29,0	**107,1**	**102,8**	**111,6**	306	53,9	22,1	**104,6**	**100,7**	**108,5**
ASP Enna	89	106,4	53,8	**195,7**	**182,4**	**209,8**	114	126,8	43,4	**205,6**	**193,2**	**218,6**
ASP Messina	163	52,8	27,2	99,2	94,2	104,5	206	62,0	20,4	95,5	91,2	100,0
ASP Palermo	235	38,4	23,1	**83,8**	**80,3**	**87,5**	279	42,6	17,2	**78,7**	**75,7**	**81,8**
ASP Ragusa	43	27,5	15,8	**57,9**	**52,2**	**63,9**	55	34,0	12,9	**62,0**	**56,7**	**67,7**
ASP Siracusa	128	64,5	37,7	**138,1**	**130,2**	**146,3**	153	74,7	30,1	**141,3**	**133,9**	**148,9**
ASP Trapani	113	53,3	28,1	101,9	95,7	108,4	142	64,1	22,4	103,4	97,8	109,2
SICILIA	1.177	48,1	27,4				1.463	56,3	21,3			

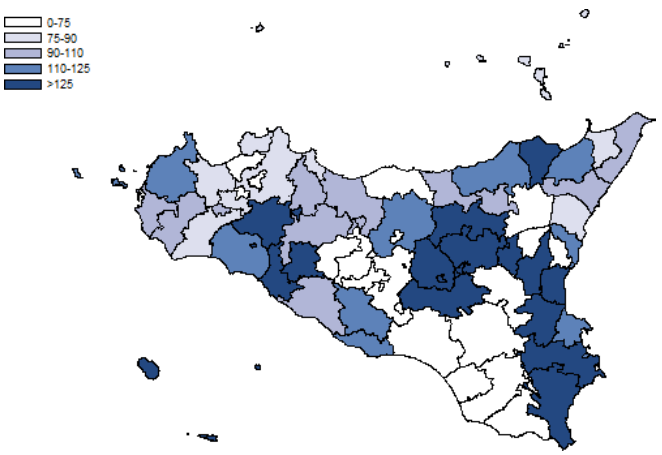
Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

L'analisi condotta su base distrettuale ha invece evidenziato eccessi significativamente più elevati rispetto all'atteso regionale in entrambi i sessi nei distretti di Bivona, Canicattì, Ribera, Acireale, Catania metropolitana, Paternò, Agira, Enna, Nicosia, Piazza Armerina, Patti, Lentini, Noto e Siracusa.

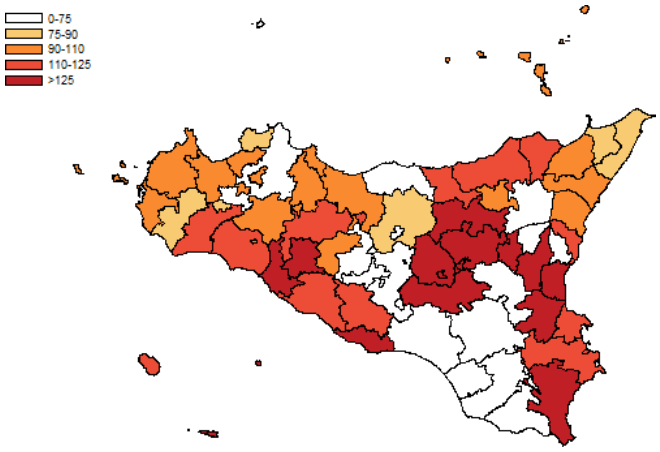
Tra gli uomini si segnalano SMR più elevati nei distretti di Corleone, Pantelleria e Trapani. Tra le donne invece si evidenziano valori più elevati nei distretti di Agrigento, Licata, Sciacca, Sant'Agata di Militello e Castelvetrano.

Mortalità per diabete: distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza 2011-2019

Uomini



Donne



Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

2.3.1.8 Mortalità per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) nelle ASP della Sicilia

La mortalità per malattie respiratorie risulta in eccesso a livello regionale. In particolare per BPCO si registrano mediamente 1.623 decessi all'anno, con un marcato interessamento del genere maschile localizzato prevalentemente nella parte centrale dell'isola.

I rapporti standardizzati di mortalità evidenziano valori significativamente in eccesso in entrambi i sessi rispetto al riferimento regionale nella provincia di Enna, Palermo e in quella di Siracusa.

Tra gli uomini si segnalano eccessi nelle province di Agrigento, Caltanissetta e Trapani.

Mortalità per BPCO nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

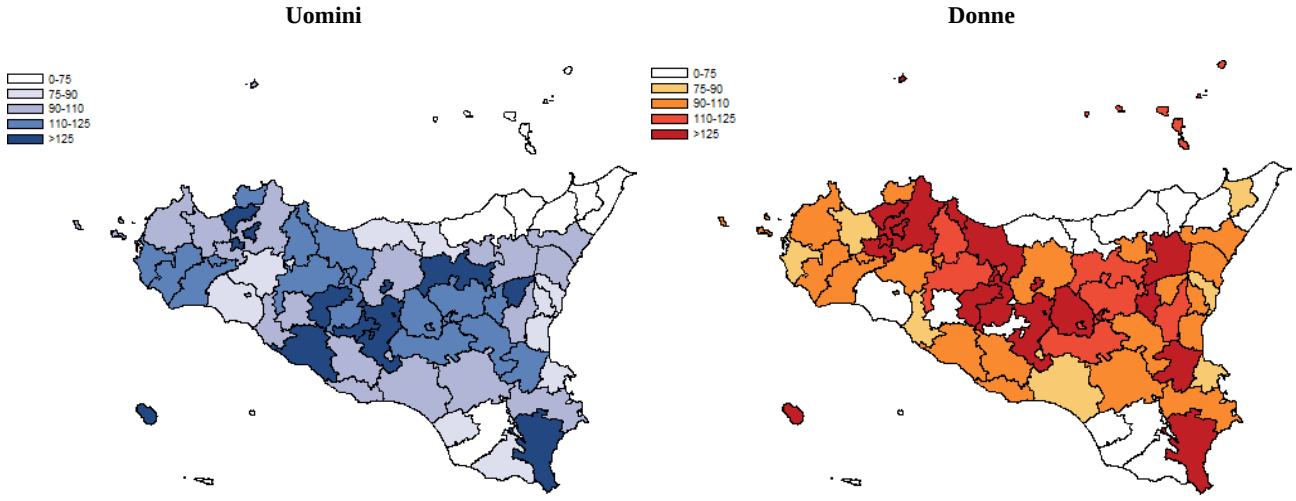
AZIENDA SANITARIA	Uomini 2011-2019						Donne 2011-2019					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	112	52,6	25,4	**111,0**	**104,3**	**118,1**	50	22,3	7,5	95,9	87,3	105,2
ASP Caltanissetta	81	61,6	32,2	**143,8**	**133,5**	**154,6**	32	22,9	8,5	107,7	95,6	120,9
ASP Catania	191	35,7	20,9	**91,6**	**87,3**	**96,1**	111	19,6	7,7	97,4	91,4	103,6
ASP Enna	49	58,9	26,8	**118,6**	**107,8**	**130,2**	27	30,5	10,4	**126,0**	**110,8**	**142,8**
ASP Messina	97	31,4	15,0	**65,6**	**61,3**	**70,1**	56	17,0	5,7	**66,3**	**60,7**	**72,3**
ASP Palermo	265	43,4	24,4	**106,6**	**102,4**	**111,0**	168	25,7	9,7	**121,3**	**115,3**	**127,6**
ASP Ragusa	50	31,6	17,0	**74,0**	**67,3**	**81,2**	22	13,7	4,8	**63,7**	**55,1**	**73,2**
ASP Siracusa	96	48,6	27,3	**118,7**	**110,9**	**126,8**	53	26,1	9,9	**127,1**	**115,9**	**138,9**
ASP Trapani	110	52,0	25,0	**110,6**	**103,8**	**117,7**	52	23,3	7,8	95,4	86,9	104,5
SICILIA	1.050	42,9	22,8				573	22,1	8,0			

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

L'analisi condotta su base distrettuale ha invece evidenziato eccessi significativamente più elevati rispetto all'atteso regionale in entrambi i sessi nei distretti sanitari di Casteltermini, Caltanissetta, Enna, Bagheria, Partinico e Noto.

Tra gli uomini si osservano eccessi nei distretti di Agrigento, San Cataldo, Adrano, Nicosia, Castelvetrano, Marsala e Pantelleria; mentre tra le sole donne nei distretti sanitari di Mussomeli, Palermo metropolitana, Termini Imerese e Lentini.

Mortalità per BPCO: distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza 2011-2019



Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

In generale pertanto in merito alla mortalità in Sicilia si evidenzia quanto segue:

- è aumentata l'aspettativa di vita;
- la mortalità infantile, indicatore sintetico dello stato socio-sanitario di comunità, si mantiene tra i più elevati del Paese, anche se in progressiva riduzione;
- la mortalità generale, come esito sfavorevole di salute, è al di sopra di quella nazionale;
- le principali cause di decesso sono attribuibili alle malattie del sistema circolatorio e ai tumori;
- la mortalità precoce è principalmente attribuibile ai tumori e, per il genere maschile in particolare, alle malattie del sistema circolatorio e ai traumatismi ed avvelenamenti;
- il peso di alcune condizioni croniche come le malattie circolatorie (in particolare cerebrovascolari), diabete e broncopatie croniche è particolarmente rilevante in Sicilia e potenzialmente destinato ad un progressivo incremento in relazione all'invecchiamento della popolazione.

Oltre agli interventi relativi al contrasto dei principali fattori di rischio occorre continuare a predisporre adeguate strategie assistenziali sul territorio per la riduzione del carico di mortalità in eccesso.

2.3.2 Parte seconda: tumori e diagnosi precoce oncologica

L'epidemiologia dei tumori nel Paese è attraversata da importanti fenomeni che offrono spunti di politica sanitaria.

Infatti in Italia:

- l'evoluzione positiva dei dati di mortalità, in lenta ma costante riduzione negli ultimi anni, pare si interrompa negli anni 2000, almeno limitatamente alle donne. Un effetto principalmente dovuto all'aumento dei decessi per tumore del polmone tra le donne, presumibilmente associato all'aumento del numero di fumatrici e all'inadeguatezza della lotta al tabagismo;
- l'evoluzione articolata dei dati d'incidenza, dove negli ultimi anni si osserva per gli uomini la contrazione del rischio nelle regioni settentrionali contrastata da incrementi nelle regioni meridionali, e per le donne, l'aumento di rischio particolarmente evidente nelle regioni meridionali;
- l'aumento positivo e costante della probabilità di sopravvivere dopo l'occorrenza del tumore nel corso di successive rilevazioni, accompagnato però da differenze elevate che vedono un accentuato vantaggio prognostico nelle regioni del Nord;
- l'esplodere del numero di nuovi casi prevalenti determinato da un lato dall'aumento della speranza di vita alla nascita, con il conseguente aumento del numero di nuovi casi tra gli anziani e, dall'altro, dalla migliore sopravvivenza per tumore. I casi prevalenti erano circa 820 mila nel 1970 e circa 1.7 milioni nel 2006: un grande numero di persone con passata storia oncologica che contribuiscono all'aumento della domanda sanitaria e per le quali sono necessari specifici programmi di assistenza.

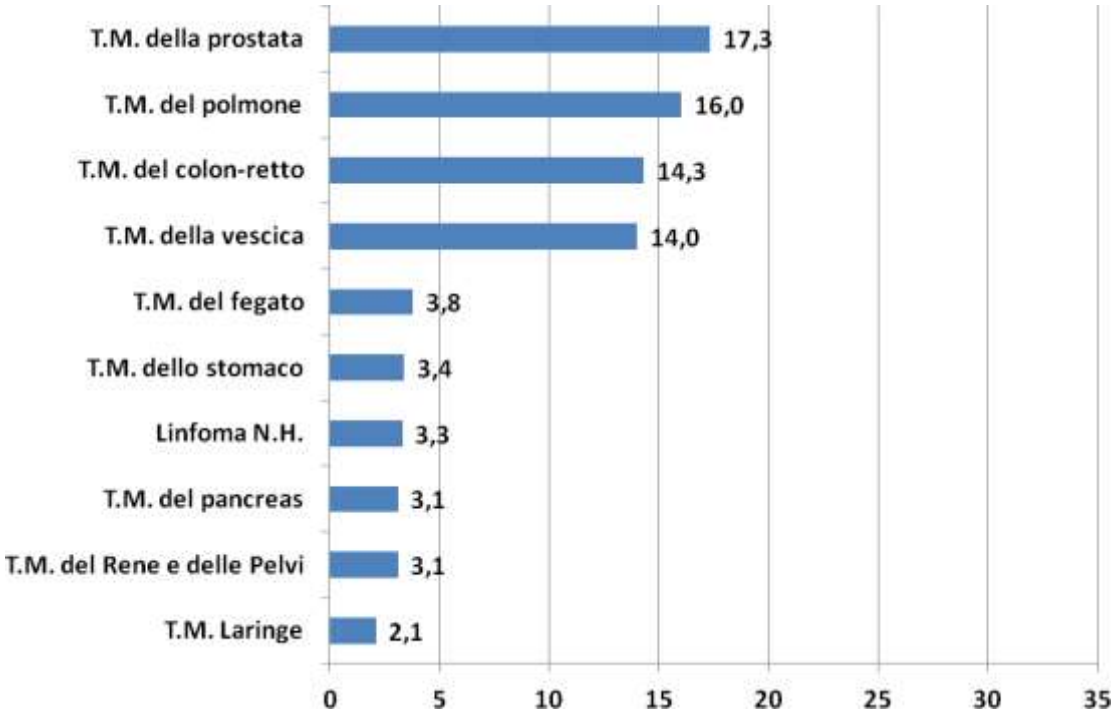
2.3.2.1 Incidenza

I dati di incidenza e di prevalenza riportati in questo documento derivano dall'elaborazione del dataset integrato dei Registri Tumori della Sicilia per il periodo compreso tra il 1 gennaio 2011 e il 31 dicembre 2014.

Sulla base dei dati registrati nel periodo 2011-2014, si può stimare che siano stati diagnosticati in media ogni anno 24.285 casi di tumori escluso la pelle non melanoma di cui 12.921 (53,2%) casi fra i maschi e 11.364 (46,8%) casi fra le femmine sull'intera popolazione siciliana.

Tra gli uomini le sedi tumorali più frequenti sono risultate la prostata (2.230 nuovi casi/anno pari al 17,3% di tutti i tumori), il polmone (2.072 casi/anno - 16,0%), il colon-retto (1.850 casi/anno - 14,3%) e la vescica (1.793 casi/anno pari al 14,0%).

Incidenza proporzionale prime 10 cause tumorali (Sicilia 2011-2014; tutte le età - uomini)

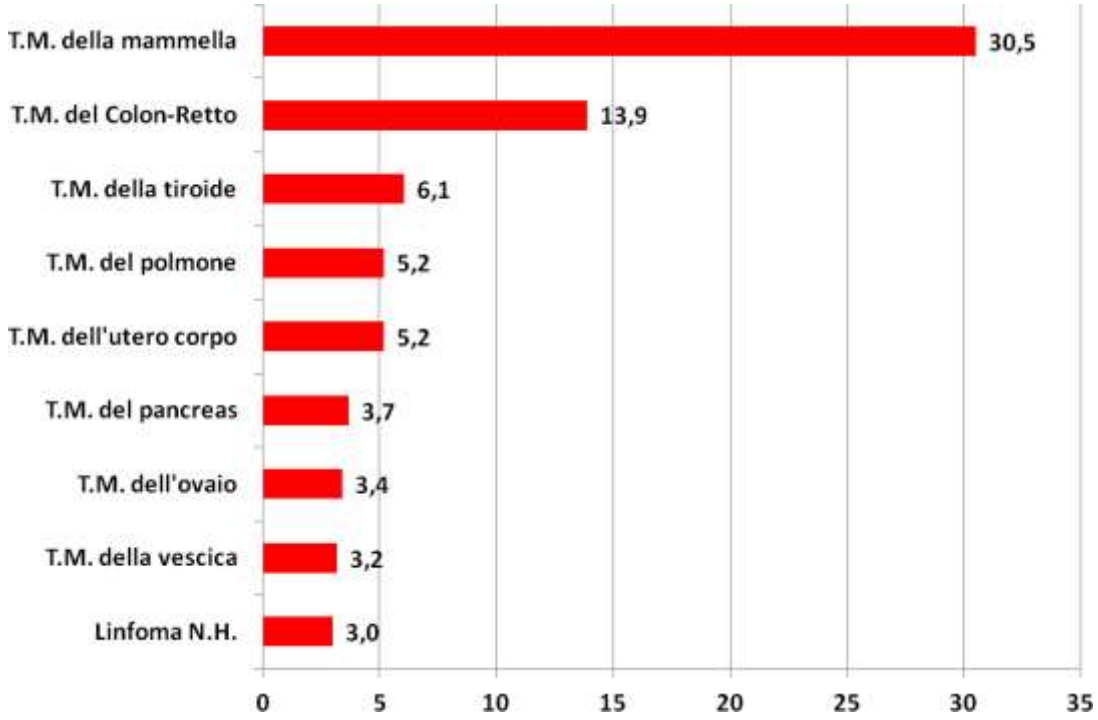


Elaborazione DASOE su base dati Registri Tumori della Sicilia 2011-2014.

Per le donne, invece, le sedi tumorali più frequenti risultano la mammella (con 3.464 casi/anno ed una percentuale del 30,5%), il colon-retto (1576 casi/anno; 13,9%), la tiroide (697 casi/anno; 6,1%) e infine il corpo dell'utero e il polmone (circa 590 casi/anno pari al 5,2%).

L'incidenza nelle fasce d'età più basse fino alla fascia 50-54 anni, risulta più elevata per le donne a causa del tumore della mammella, mentre si ha un'inversione di tendenza a sfavore degli uomini nelle fasce di età più avanzate a causa del tumore della prostata e del polmone.

Incidenza proporzionale prime 10 cause tumorali (Sicilia 2011-2014; tutte le età - donne)



Elaborazione DASOE su base dati Registri Tumori della Sicilia 2011-2014.

In media il tasso di incidenza (standardizzato sulla popolazione europea) per il totale dei tumori (esclusi la cute non melanoma) è tra gli uomini più basso del 4% al Centro e del 14% al Sud rispetto al Nord e del 5% e del 17% per quanto riguarda le donne (dati AIRTUM 2010-2015: I numeri del Cancro in Italia ed. 2019).

In media quindi i tassi di incidenza della Sicilia, in linea con quelli del Sud, si mantengono regolarmente più bassi che nel Centro e nel Nord. Questo gradiente Nord-Centro-Sud che comunque negli ultimi anni si è andato assottigliando sempre di più si pensa che possa essere dovuto ad una minore esposizione ai fattori di rischio e all'azione di elementi protettivi come dieta, abitudini alimentari, fattori inquinanti, abitudine al fumo e all'alcool ecc.

2.3.2.2 Prevalenza

In Sicilia si stimano 194.834 soggetti con diagnosi di tumore in qualsiasi sede (escluso la pelle non melanoma) pari al 4% dell'intera popolazione siciliana, valore che può essere confrontato con il dato AIRTum.

Tale numero è in costante aumento per svariati fattori tra cui la diffusione degli screening o di altre forme di diagnosi precoce di alcuni tumori (mammella, colon-retto, cervice uterina, prostata ecc.), l'aumento della speranza di vita, che comporta pertanto un incremento della quota di soggetti

in età avanzata in cui è maggiore l'incidenza di malattie oncologiche, e i costanti miglioramenti negli anni di sopravvivenza dal momento della diagnosi di tumore.

La sede a maggiore frequenza di casi prevalenti per gli uomini è la prostata (19.354 casi) seguita dalla vescica (16537 casi) e dal colon-retto (13.106 casi).

Nelle donne le sedi più frequenti sono risultate la mammella (41.976 casi), il colon-retto (11.971 casi) e la tiroide (11.226 casi).

2.3.2.3 Mortalità

Il numero medio annuale di decessi per patologie tumorali, nell'intera regione Sicilia è pari a 13.050 di cui il 97,8% è da ricondurre a patologie tumorali maligne (12.769 decessi in media l'anno) e il restante 2,2% ai tumori benigni (281 decessi). Il 57,1% dei decessi per tumori maligni si osserva negli uomini mentre il 42,9% nelle donne. Le patologie tumorali, seconda causa di morte anche in Sicilia, costituiscono un problema rilevante di salute pubblica, specie per alcune categorie diagnostiche prevenibili con efficaci programmi di diagnosi precoce.

Come rappresentato in tabella e nei due grafici seguenti, le cause principali di mortalità tumorale sono rappresentate nell'uomo dal tumore della trachea, bronchi e polmoni che rappresenta oltre ¼ dei decessi per neoplasia nei maschi (26,1%) e nella donna dal tumore della mammella (18%). Ai primi posti in entrambi i sessi si evidenziano i tumori del colon e del retto (uomini 12,1%; donne 13,8%), del fegato (uomini 7,8%; donne 7,7%) e nell'uomo il tumore della prostata (terza causa di decesso con il 10,2%).

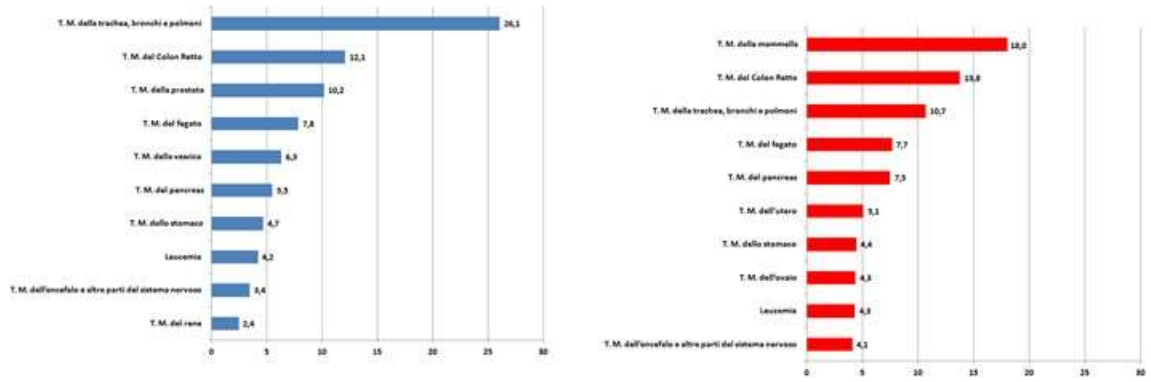
Mortalità per tumori maligni in Sicilia (tutte le età)

Rango	Uomini 2011-2019	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Anni di vita persi a 75 anni	Donne 2011-2019	Numero medio annuale di decessi	Mortalità proporzionale %	Anni di vita persi a 75 anni
1	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	1900	26,1	86385	T. M. della mammella	988	18,0	70018
2	T. M. del Colon Retto	879	12,1	34905	T. M. del Colon Retto	753	13,8	27507
3	T. M. della prostata	741	10,2	8018	T. M. della trachea, bronchi e polmoni	584	10,7	36300
4	T. M. del fegato	572	7,8	26210	T. M. del fegato	419	7,7	12393
5	T. M. della vescica	459	6,3	10622	T. M. del pancreas	409	7,5	16758
6	T. M. del pancreas	400	5,5	21643	T. M. dell'utero	278	5,1	17658
7	T. M. dello stomaco	341	4,7	17180	T. M. dell'ovaio	243	4,4	18493
8	Leucemia	305	4,2	16768	T. M. dello stomaco	238	4,3	11768
9	T. M. dell'encefalo e altre parti del sistema nervoso	250	3,4	24820	Leucemia	236	4,3	11381
10	T. M. del rene	178	2,4	8772	T. M. dell'encefalo e altre parti del sistema nervoso	223	4,1	18170
11	Linfomi non Hodgkin	177	2,4	12047	Linfomi non Hodgkin	130	2,4	6628
12	Mieloma multiplo e tumori immunoproliferativi	132	1,8	5125	Mieloma multiplo e tumori immunoproliferativi	119	2,2	3998
13	T. M. della laringe	109	1,5	5823	T. M. della vescica	111	2,0	2310
14	Melanoma	73	1,0	6290	T. M. del rene	88	1,6	3975
15	Linfomi di Hodgkin	22	0,3	1998	Melanoma	48	0,9	3923
	Tumori maligni	7293	100	334549	Tumori maligni	5476	100	289724

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

Mortalità proporzionale per tumori in Sicilia 2011-2019 (tutte le età – prime 10 cause)

Uomini **Donne**



Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

Mortalità per tumori maligni nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

AZIENDA SANITARIA	Uomini 2011-2019						Donne 2011-2019					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	658	309,4	185,4	98,0	95,6	100,6	457	202,5	106,1	**92,5**	**89,7**	**95,4**
ASP Caltanissetta	391	298,4	190,2	100,8	97,5	104,2	283	203,0	110,8	97,7	93,9	101,5
ASP Catania	1.515	283,5	191,4	**102,1**	**100,4**	**103,8**	1.166	205,1	116,6	**103,6**	**101,6**	**105,6**
ASP Enna	258	308,4	179,6	**94,6**	**90,8**	**98,5**	197	219,6	110,1	97,4	93,0	102,1
ASP Messina	1.012	328,9	189,6	101,0	98,9	103,1	760	229,5	113,1	98,8	96,5	101,2
ASP Palermo	1.775	290,0	191,0	101,1	99,6	102,7	1.392	212,7	118,7	**103,6**	**101,8**	**105,5**
ASP Ragusa	417	266,2	172,7	**91,5**	**88,6**	**94,4**	302	187,4	103,3	**91,0**	**87,6**	**94,5**
ASP Siracusa	630	318,5	201,2	**107,7**	**104,9**	**110,5**	447	218,7	122,1	**106,3**	**103,0**	**109,6**
ASP Trapani	638	301,6	176,5	**93,9**	**91,5**	**96,4**	471	212,3	108,8	**94,4**	**91,6**	**97,3**
SICILIA	7.293	298,0	188,2				5.476	210,9	114,1			

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

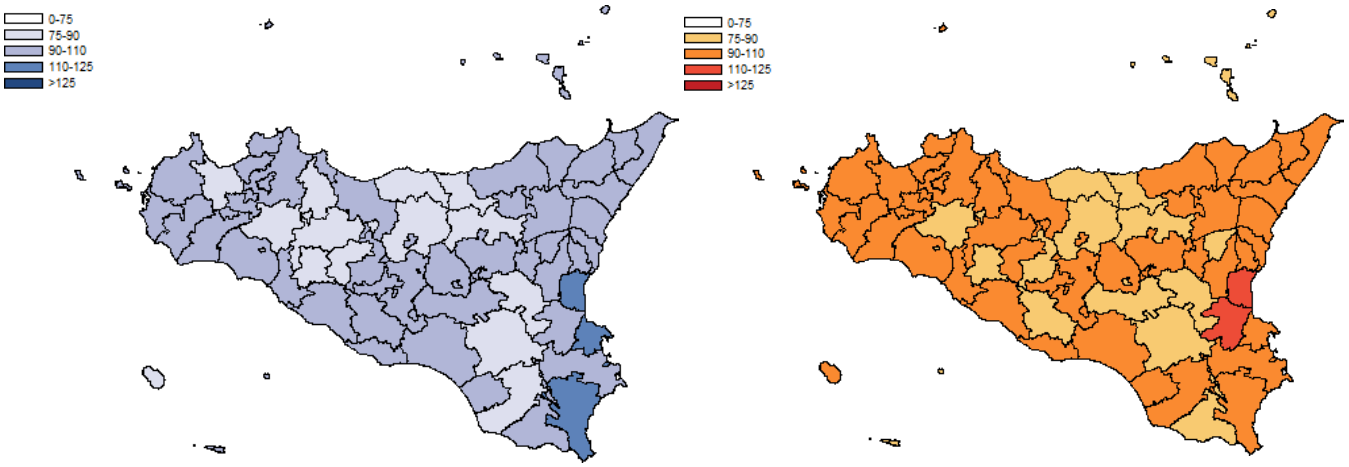
I rapporti standardizzati di mortalità evidenziano eccessi di mortalità statisticamente significativi in entrambi i sessi nelle province di Catania e Siracusa. Tra le sole donne si registrano lievi eccessi nella provincia di Palermo.

A livello distrettuale si osservano valori più alti dell'atteso regionale in entrambi i sessi nei distretti sanitari di Catania metropolitana, Messina metropolitana, Palermo metropolitana, Lentini e Siracusa.

Tra i soli uomini si osservano eccessi più alti nei distretti sanitari di Licata, Gela, Augusta e Noto.

Mortalità per tumori maligni: distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza 2011-2019

Uomini **Donne**



Elaborazione DASOE su base dati 2011-2019.

2.3.2.4 Diagnosi precoce

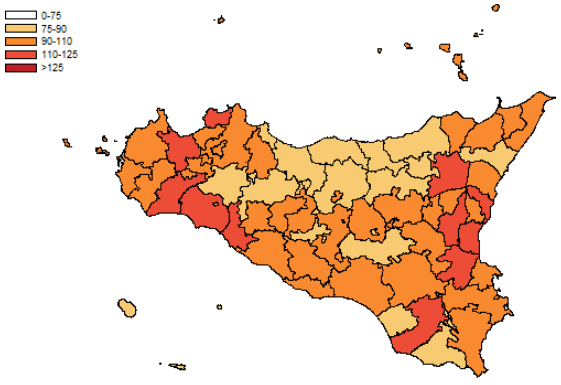
Mortalità per tumore della mammella nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

In Sicilia le neoplasie della mammella determinano una quota rilevante di decessi nelle donne siciliane (988 in media ogni anno) e, a fronte di una minore incidenza, rappresentano la prima causa di morte nelle donne in alcune classi d'età.

I rapporti standardizzati di mortalità evidenziano valori statisticamente significativi nella sola provincia di Catania, confermati anche dall'analisi su base distrettuale dove si osservano degli eccessi nei distretti di Acireale, Catania metropolitana e Ragusa.

AZIENDA SANITARIA	Mortalità per tumore della mammella 2011-2019					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	89	39,5	22,6	100,7	93,9	107,9
ASP Caltanissetta	48	34,4	20,1	92,0	83,5	101,0
ASP Catania	229	40,4	24,6	**112,1**	**107,3**	**117,0**
ASP Enna	35	39,1	21,1	97,1	86,7	108,4
ASP Messina	133	40,2	22,0	96,7	91,3	102,4
ASP Palermo	225	34,4	20,9	**92,6**	**88,6**	**96,7**
ASP Ragusa	58	36,3	21,8	97,7	89,6	106,5
ASP Siracusa	76	37,3	23,0	99,9	92,5	107,6
ASP Trapani	93	42,0	23,9	104,3	97,3	111,6
SICILIA	988	38,1	22,4			

Distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza



Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

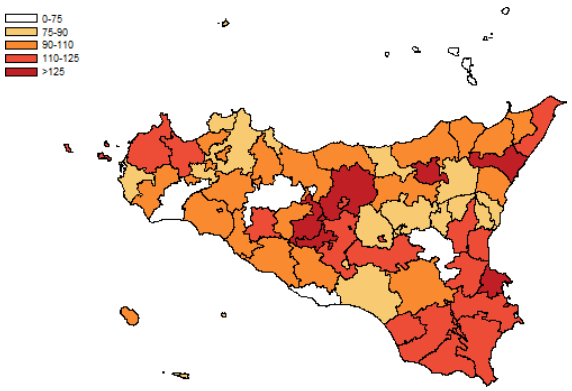
Mortalità per tumore dell'utero nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

Anche i tassi di mortalità per tumore maligno dell'utero, seppure in decremento, rimangono più elevati che nel resto del Paese (nel 2017 il tasso standardizzato di mortalità per tumore maligno dell'utero è pari all'0,96 in Sicilia, mentre in Italia è pari allo 0,81 /10.000 abitanti).

In Sicilia il numero medio annuale di decessi è pari a 278. I rapporti standardizzati di mortalità mostrano valori significativamente superiori all'atteso regionale nelle province di Messina, Ragusa e di Siracusa. Dall'analisi su base distrettuale si osservano degli eccessi di mortalità nei distretti di San Cataldo e Messina metropolitana.

Distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza

AZIENDA SANITARIA	Mortalità per tumore dell'utero 2011-2019					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	24	10,5	5,6	94,8	82,5	108,4
ASP Caltanissetta	16	11,8	6,6	111,4	94,2	130,9
ASP Catania	56	9,9	6,0	97,6	89,3	106,5
ASP Enna	10	11,1	6,2	98,0	78,8	120,4
ASP Messina	44	13,1	7,2	**112,5**	**101,6**	**124,2**
ASP Palermo	59	9,0	5,4	**85,7**	**78,6**	**93,4**
ASP Ragusa	20	12,2	7,2	**116,9**	**100,3**	**135,5**
ASP Siracusa	25	12,2	7,1	**116,2**	**101,5**	**132,4**
ASP Trapani	25	11,3	6,1	99,3	86,7	113,1
SICILIA	278	10,7	6,2			



Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

I tumori maligni del colon-retto sono responsabili di una quota relativamente alta di decessi per tumori nella popolazione siciliana, soprattutto in alcune classi d'età.

Nel periodo analizzato si osserva un numero medio annuale di decessi pari a 1.632, di cui il 53,9% negli uomini e il 46,1% nelle donne.

Mortalità per tumore de.l colon-retto nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia

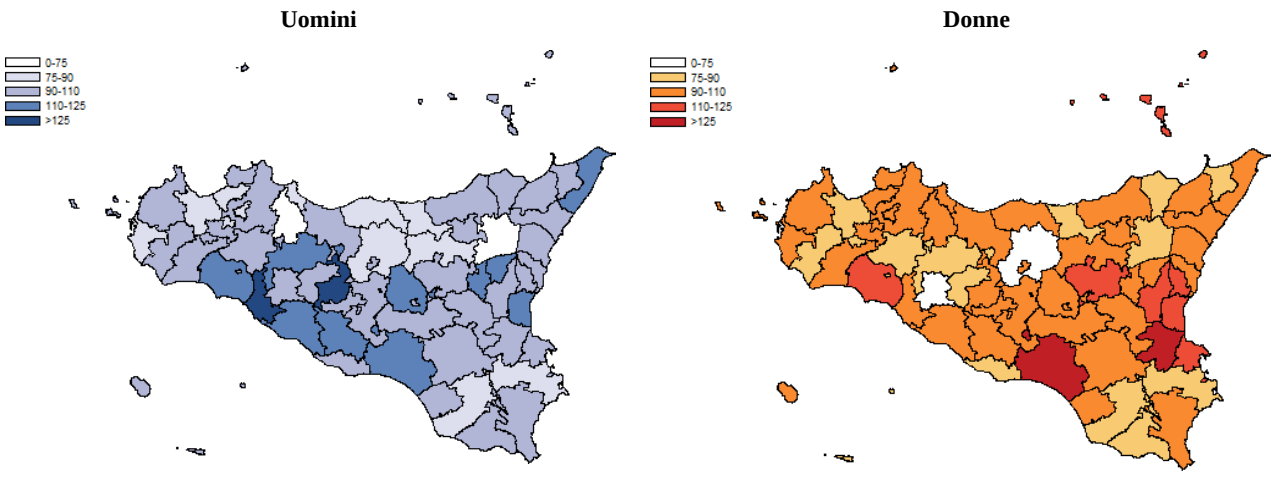
AZIENDA SANITARIA	Uomini 2011-2019						Donne 2011-2019					
	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore	Numero medio annuale di decessi	Tasso grezzo x 100.000	Tasso standardizzato x 100.000	SMR	Limite inferiore	Limite superiore
ASP Agrigento	90	42,4	24,3	**111,0**	**103,5**	**118,9**	64	28,5	13,6	94,1	86,6	102,1
ASP Caltanissetta	49	37,7	23,0	105,6	96,0	115,9	44	31,6	15,7	**110,8**	**100,2**	**122,3**
ASP Catania	185	34,7	22,9	104,0	99,1	109,1	169	29,8	15,2	**110,2**	**104,7**	**115,9**
ASP Enna	34	40,3	22,9	101,7	90,6	113,9	28	30,7	13,8	98,2	86,3	111,2
ASP Messina	125	40,7	23,3	103,3	97,4	109,6	103	31,1	13,6	96,0	89,9	102,4
ASP Palermo	200	32,6	20,9	**94,6**	**90,3**	**99,1**	182	27,8	14,0	98,9	94,2	103,9
ASP Ragusa	53	33,6	21,0	95,7	87,3	104,7	40	25,0	12,3	**88,3**	**79,4**	**97,9**
ASP Siracusa	67	33,8	21,2	95,0	87,5	102,9	58	28,3	14,0	101,1	92,6	110,2
ASP Trapani	76	36,0	20,4	**92,7**	**85,9**	**99,9**	65	29,2	13,2	93,5	86,1	101,4
SICILIA	879	35,9	22,1				753	29,0	14,1			

Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

I rapporti standardizzati di mortalità mostrano eccessi statisticamente significativi tra il genere maschile nella provincia di Agrigento, mentre tra il genere femminile eccessi significativi si registrano nella provincia di Caltanissetta e in quella di Catania.

L'analisi eseguita su base distrettuale evidenzia in entrambi i sessi eccessi significativamente più elevati rispetto all'atteso regionale nel distretto sanitario di Catania metropolitana. Tra i soli uomini si osservano eccessi più alti nei distretti sanitari di Ribera, Sciacca e Messina; mentre tra le sole donne nei distretti di Gela e Lentini.

Distribuzione spaziale degli SMR per distretto di residenza 2011-2019



Elaborazione DASOE su base dati ReNCaM 2011-2019.

Tutte queste condizioni sono suscettibili di efficaci interventi di prevenzione secondaria di cui sono in corso già da alcuni anni programmi organici in tutto il paese.

I dati del sistema di sorveglianza Passi relativi al quadriennio 2016-2019, mostrano che il ricorso alla diagnosi precoce è inferiore a quanto rilevato nelle altre aree del Paese.

Ricorso alla Diagnosi Precoce. Confronto Sicilia - Italia 2016-2019

Ricorso alla diagnosi precoce		Stima ASP Sicilia	Stima ASL Italia
Screening neoplasia del collo dell'utero (donne 25-64 anni)	Eseguito un pap test negli ultimi 3 anni	71%	80%
Screening neoplasia della mammella (donne 50-69 anni)	Eseguita una mammografia negli ultimi 2 anni	64%	75%
Screening tumore del colon retto (50-69 anni)	Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto negli ultimi 2 anni	28%	42%
	Colonscopia eseguita negli ultimi 5 anni	10%	14%

Fonte: Indagine PASSI Sicilia 2016-2019

Nelle ASP siciliane la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni varia dal valore minimo del 58% di Agrigento (valore statisticamente inferiore alla media regionale, 70%) al valore massimo del 77% di Caltanissetta.

Nell'ASP di Agrigento la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva è pari al 45%, e rappresenta il valore più basso tra le nove ASP siciliane. Nell'ASP di Ragusa la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva è invece pari al 81%, valore statisticamente superiore alla media regionale (64%).

In Sicilia il 10% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato l'esame per la diagnosi precoce dei tumori colon rettali in accordo con le linee guida nazionali (colonscopia ogni cinque anni). Nell'ASP di Trapani la percentuale di persone che ha riferito di aver effettuato l'esame preventivo è pari al 5% e rappresenta il valore più basso tra le nove ASP siciliane. Nelle ASP di Ragusa la percentuale di intervistati che ha riferito di aver effettuato l'esame preventivo è invece pari al 18%, valore statisticamente superiore alla media regionale.

Infine, per quanto riguarda la ricerca di sangue occulto nelle feci (test effettuato negli ultimi due anni), a fronte del valore di riferimento regionale pari al 28%, il range varia dal 13% dell'ASP di Messina al 44% delle ASP di Ragusa e di Trapani.

Ricorso alla Diagnosi Precoce nelle Aziende Sanitarie territoriali della Sicilia. 2016-2019

Ricorso alla Diagnosi Precoce	ASP 1 AG	ASP 2 CL	ASP 3 CT	ASP 4 EN	ASP 5 ME	ASP 6 PA	ASP 7 RG	ASP 8 SR	ASP 9 TP	Sicilia
Screening neoplasia del collo dell'utero (donne 25-64 anni)	58%	77%	76%	70%	59%	74%	76%	76%	61%	70%
Screening neoplasia della mammella (donne 50-69 anni)	45%	70%	60%	53%	48%	80%	81%	69%	55%	64%
Screening tumore del colon-retto *(50-69 anni)*	29%	47%	21%	21%	20%	40%	52%	36%	46%	33%
screening ricerca di sangue occulto nelle feci	27%	42%	15%	17%	13%	37%	44%	31%	44%	28%
screening colonscopia	12%	12%	11%	7%	10%	8%	18%	11%	5%	10%

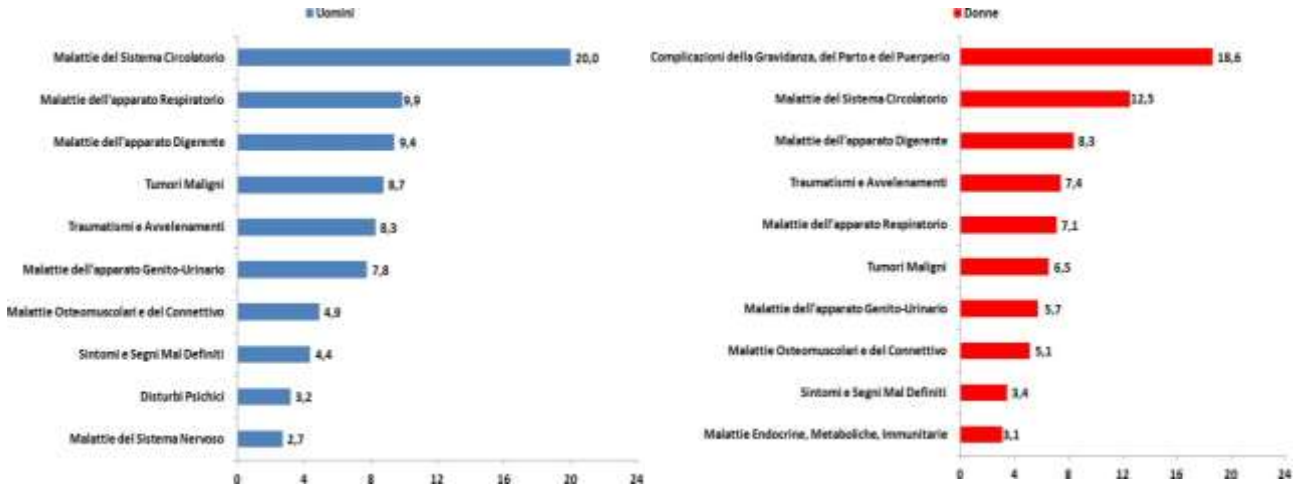
Fonte: Indagine PASSI Sicilia 2016-2019

2.3.3 Parte terza: Assistenza Ospedaliera

Anche la distribuzione proporzionale dei ricoveri ordinari e in day hospital per grandi categorie ICD IX–CM riportata nei due grafici sottostanti, conferma che le malattie del sistema circolatorio si segnalano come la prima causa di ricovero nella nostra regione tra il genere maschile e come seconda tra il genere femminile. Durante il triennio 2017-2019 infatti, in Sicilia il numero medio annuale di ricoveri per malattie del sistema circolatorio è stato pari a 78.630 di cui il 59,2% tra gli uomini e il 40,8% tra le donne.

Oltre alle cause circolatorie, tra le prime cinque grandi categorie diagnostiche emergono tra le donne i ricoveri per le complicanze della gravidanza e del parto (18,6%), per malattie dell'apparato digerente (8,3%), per traumatismi e avvelenamenti (7,4%). Tra gli uomini si segnalano i ricoveri per malattie dell'apparato respiratorio (9,9%) e digerente (9,4%).

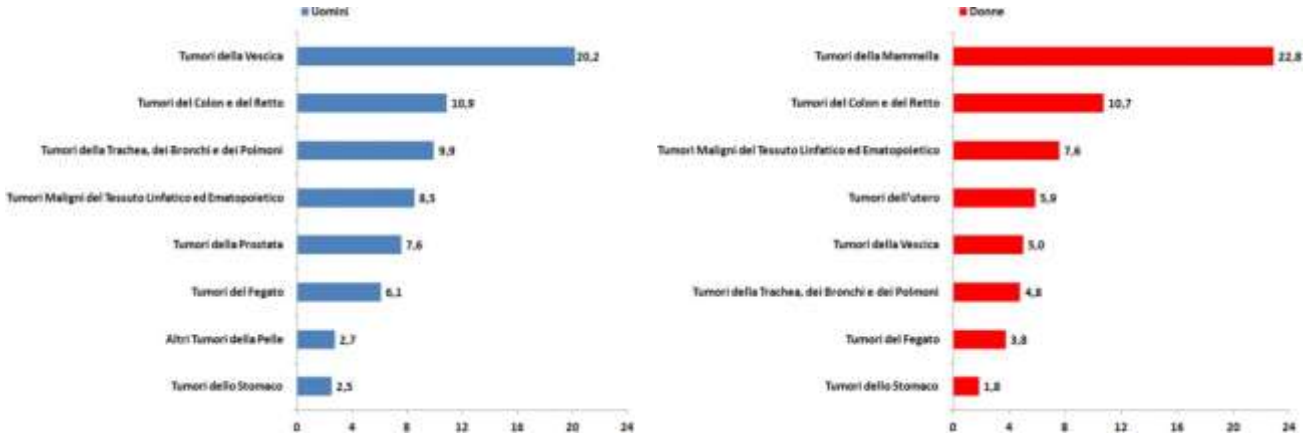
Ospedalizzazione proporzionale per grandi categorie ICD-9 CM in Sicilia (tutte le età)



Come rappresentato nei due grafici seguenti, le cause principali di ospedalizzazione per cause tumorali sono rappresentate nell'uomo dai tumori della vescica (20,2%), seguiti da quelle del colon e del retto (10,9%) e dalle neoplasie dell'apparato respiratorio (9,9%); mentre tra le donne siciliane

la prima causa di ospedalizzazione sono i tumori della mammella (22,8%), seguiti dalle neoplasie del colon e del retto (10,7%) e del tessuto linfatico ed ematopoietico (7,6%)

Ospedalizzazione proporzionale per tumori in Sicilia (tutte le età)



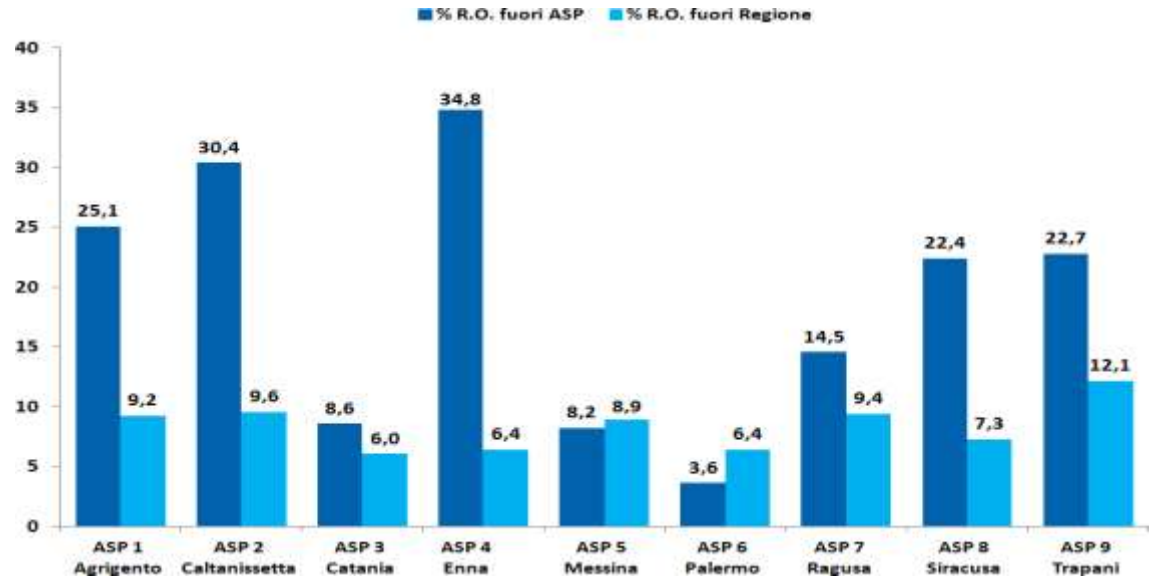
Dimissioni R.O. e D.H. solo diagnosi principale - elaborazione DASOE su base dati SDO 2017-2019

2.3.3.1 Mobilità infra ed extraregionale per ASP di residenza

Un dato di fondamentale importanza nell'analisi dello stato di salute e del fabbisogno della popolazione siciliana è quello riguardante lo spostamento dei cittadini per le cure sanitarie sia all'interno della Regione che in ambito extraregionale, così come riportato nei grafici successivi.

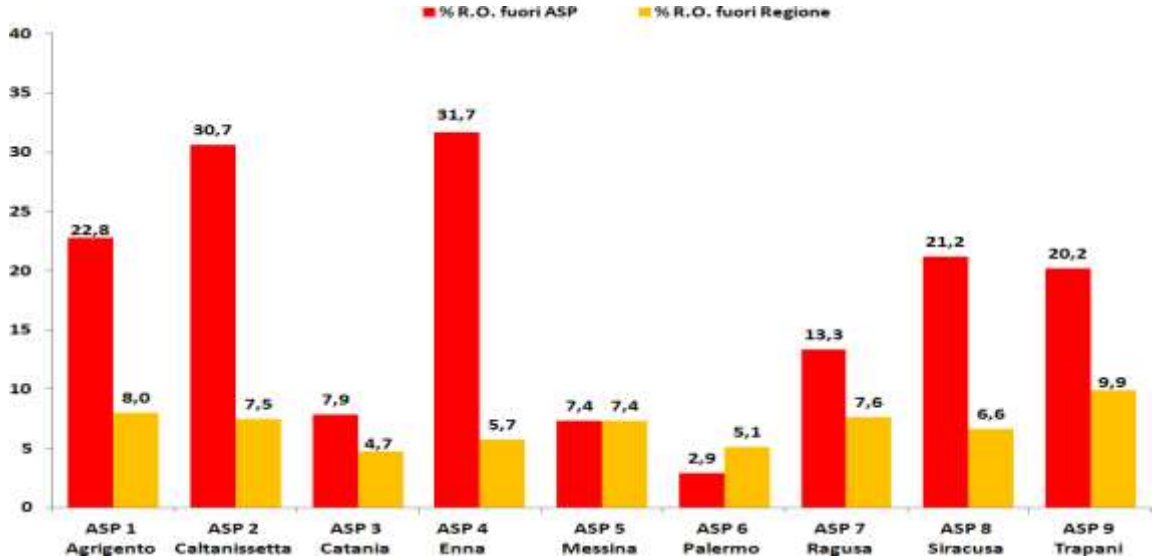
Tra gli uomini rilevante è la quota di mobilità passiva fuori dalla provincia di residenza, con valori superiori alla media regionale (13,7%) osservati nelle province di Enna (34,8%) e di Caltanissetta (30,4%). La quota di mobilità passiva extraregionale è elevata nelle province di Trapani (12,1%) e Caltanissetta (9,6%), valori al di sopra del riferimento regionale (7,8%).

Distribuzione della mobilità infra ed extraregionale per ASP di residenza (2017-2019). Uomini



Tra le donne rilevante è la quota di mobilità passiva fuori dalla provincia di residenza nelle province di Enna (31,7%) e di Caltanissetta (30,7%), valori superiori al riferimento regionale (12,4%). La quota di mobilità passiva extraregionale è elevata nelle province di Trapani (9,9%), Agrigento (8,0%) e Ragusa (7,6%), valori al di sopra della media regionale (6,4%).

Distribuzione della mobilità infra ed extraregionale per ASP di residenza (2017-2019). Donne



Elaborazione DASOE su base dati SDO 2017-2019

2.3.3.2 Mobilità infra ed extraregionale per reparto di dimissione

Le discipline per cui è maggiore il numero di ricoveri nel triennio 2017-2019 sono chirurgia generale (235.389 ricoveri in media l'anno), ostetricia e ginecologia (233.112) e medicina generale (185.744).

La percentuale più alta di ricoveri avvenuti fuori regione si riscontra nei reparti di Ortopedia e traumatologia e di Recupero e riabilitazione funzionale (14%), seguiti da quelli di Urologia e Otorinolaringoiatria (12%).

Per quanto riguarda invece i ricoveri avvenuti fuori ASP, la percentuale più elevata si registra nei reparti di Day Surgery (22%) e di Oncologia (20%).

Mobilità infra ed extraregionale dei residenti siciliani per reparto di dimissione

Codice Dimissione	Disciplina	Totale Ricoveri	% Ricoveri fuori regione	% Ricoveri fuori ASP
36	Ortopedia e traumatologia	157.419	14%	16%
56	Recupero e riabilitazione funzionale	59.273	14%	16%
43	Urologia	76.816	12%	17%
38	Otorinolaringoiatria	45.238	12%	18%
64	Oncologia	40.298	11%	20%
9	Chirurgia generale	235.389	8%	19%
32	Neurologia	50.740	8%	18%
98	Day Surgery	57.500	8%	22%
39	Pediatria	87.110	6%	14%
8	Cardilogia	131.599	5%	13%
26	Medicina generale	185.744	4%	7%
37	Ostetricia e ginecologia	233.112	3%	13%
40	Psichiatria	36.185	3%	12%
62	Neonatologia	25.789	1%	12%
31	Nido	99.009	1%	10%
	Tutte le discipline	1.932.477	16%	8%

Elaborazione DASOE su base dati SDO 2017-2019

2.3.3.3 Mobilità infra ed extraregionale per DRG

I DRG che nel corso del triennio 2017-2019 hanno fatto registrare il maggior numero di ricoveri sono neonato normale (98.710), parto vaginale senza diagnosi complicanti (68.167) ed infine parto cesareo senza CC (46.278).

Per quanto riguarda la percentuale dei ricoveri per DRG avvenuti fuori regione, la quota più elevata è stata osservata per i ricoveri per altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (18%), seguita dai ricoveri per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (12%).

Per quanto riguarda invece la percentuale dei ricoveri avvenuti fuori dal territorio provinciale nel triennio 2017-2019, risulta più elevata quella per malattie degenerative del sistema nervoso (24%), seguita da quella degli interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza complicazioni e dalla percentuale per ricoveri per altri fattori che influenzano lo stato di salute (20%).

Mobilità infra ed extraregionale dei residenti siciliani per DRG

Codice DRG	Descrizione	Totale Ricoveri	% Ricoveri fuori regione	% Ricoveri fuori ASP
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	21.180	18%	16%
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	35.838	12%	18%
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	21.617	9%	24%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	25.998	8%	20%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	45.546	4%	20%
430	Psicosi	34.859	4%	14%
316	Insufficienza renale	24.412	3%	11%
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	20.467	3%	12%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	29.697	3%	14%
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	39.721	2%	8%
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	23.109	2%	8%
127	Insufficienza cardiaca e shock	44.601	2%	7%
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	68.167	1%	10%
371	Parto cesareo senza CC	46.278	1%	11%
391	Neonato normale	98.710	1%	10%
	Tutte le discipline	1.932.468	8%	16%

Elaborazione DASOE su base dati SDO 2017-2019

2.3.3.4 Qualità dell'assistenza ospedaliera

Anche in Sicilia è possibile sperimentare un programma sistematico di valutazione comparativa dell'efficacia delle prestazioni ospedaliere, sulla base anche dell'esperienza già maturata nell'ambito del gruppo di coordinamento nazionale del Progetto "Mattoni SSN – Misura dell'outcome" che ha prodotto stime sperimentali per 43 indicatori di esito, e del Progetto "Progressi", tuttora in corso, che ne costituisce l'evoluzione naturale.

Il progetto ha tra i suoi obiettivi quello di promuovere la costruzione di un quadro di riferimento per la valutazione comparativa della performance (decisioni e attività) dei sistemi sanitari attraverso una ampia analisi comparativa degli interventi tra strutture ed aree territoriali di residenza ai fini del conseguimento del miglioramento dell'efficacia nell'erogazione delle prestazioni e della maggiore equità nella tutela della salute.

I primi indicatori selezionati appartengono alla sfera dell'appropriatezza dell'assistenza perinatale (parti cesarei), cardiologica (tempestività PTCA), ortopedia.

Per quanto riguarda i parti cesarei nel 2019 il tasso grezzo più alto rispetto al riferimento regionale (27,03) è stato osservato nell'ASP di Caltanissetta (29,8) mentre quello più basso nell'ASP di Enna (19,83).

La tempestività PTCA nel 2019 ha registrato nell'isola un tasso grezzo pari a 56,29 con valori compresi tra i 41,09 dell'ASP di Ragusa e i 66,8 dell'ASP di Siracusa.

Infine per quanto riguarda l'ortopedia, il tasso grezzo più alto rispetto al riferimento regionale (68,54) è stato osservato nell'ASP di Ragusa (96,21) mentre quello più basso nell'ASP di Trapani (41,5).

Indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera per Azienda Sanitaria Provinciale

Tasso grezzo (x 100). Anno 2019

Azienda Sanitaria Provinciale	Proporzione di parti cesarei	PTCA entro 48h	Fratture femore operate in 2 giorni
AGRIGENTO	23.57	66.47	78.90
CALTANISSETTA	29.80	58.03	73.26
CATANIA	28.16	56.12	72.59
ENNA	19.83	60.91	65.77
MESSINA	28.19	59.69	76.97
PALERMO	28.54	55.38	53.55
RAGUSA	22.38	41.09	96.21
SIRACUSA	25.37	66.80	89.14
TRAPANI	27.53	42.46	41.50
SICILIA	27.03	56.29	68.54

2.3.3.5 Efficacia assistenziale (Ricoveri evitabili)

L'ospedalizzazione potenzialmente evitabile si riferisce ai ricoveri per condizioni suscettibili di appropriatezza e tempestiva assistenza primaria che potrebbero essere evitati attraverso la preventiva e appropriata presa in carico del paziente in sede ambulatoriale. In particolare la letteratura identifica le condizioni suscettibili di un ricovero potenzialmente evitabile come Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), ossia condizioni per le quali una appropriata e tempestiva assistenza primaria

può ridurre il rischio di ospedalizzazione mediante la prevenzione della condizione morbosa, controllo degli episodi acuti e la gestione della malattia cronica (Prevention Quality Indicators).

Sono stati selezionati empiricamente un set minimo di indicatori tra quelli disponibili a livello internazionale afferenti all'area oggetto di valutazione sulla base di criteri legati al livello di bassa complessità di elaborazione e derivazione da dati correnti su base dati SDO. La frequenza di ricoveri per ACSC è quindi proposta come indicatore di accesso e qualità dell'assistenza primaria. E' stato evidenziato come fattori socioeconomici di area siano associati all'ospedalizzazione per ACSC (Papini, 2006).

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione per diabete, nel 2019 il tasso grezzo più alto rispetto al riferimento regionale (0,10) è stato osservato nell'ASP di Enna (0,219) mentre quello più basso nell'ASP di Siracusa (0,027).

Per l'ospedalizzazione per BPCO il riferimento regionale è pari a 1,412 e il range varia dall'0,868 dell'ASP di Ragusa al 1,922 dell'ASP di Enna.

Infine per quanto riguarda l'ospedalizzazione per scompenso cardiaco, il tasso grezzo più alto rispetto al riferimento regionale (3,441) è stato osservato nell'ASP di Enna (4,657) mentre quello più basso nell'ASP di Catania (2,861).

Indicatori di efficacia dell'assistenza ospedaliera per Azienda Sanitaria Provinciale

Tasso grezzo (x 1.000). Anno 2019

Azienda Sanitaria Provinciale	Ospedalizzazione per Diabete	Ospedalizzazione per Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO)	Ospedalizzazione per Scompenso cardiaco
AGRIGENTO	0,076	1,446	4,055
CALTANISSETTA	0,078	1,686	3,603
CATANIA	0,213	1,383	2,861
ENNA	0,219	1,922	4,657
MESSINA	0,051	1,320	3,449
PALERMO	0,045	1,346	3,421
RAGUSA	0,128	0,868	4,055
SIRACUSA	0,027	1,594	3,619
TRAPANI	0,086	1,637	3,147
SICILIA	0,100	1,412	3,441

**Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato (senza complicanze)*

2.3.4 Parte quarta: Salute materno infantile e assistenza al parto

Il percorso della gravidanza, del parto e i periodi successivi alla nascita di un bambino rappresentano fasi molto delicate che richiedono cure e attenzioni di fondamentale importanza per la tutela della salute materno-infantile. Nel tempo i principali indicatori di salute materna e neonatale

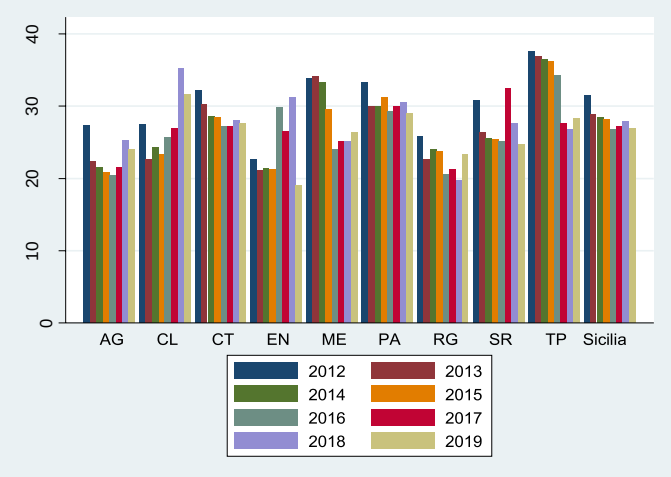
(età materna, tipo di parto, peso alla nascita, età gestazionale, natimortalità) si sono notevolmente modificati in relazioni a mutate condizioni sociali e assistenza sanitaria.

I parti nel 2019 (fonte SDO) sono 38.347. L'età media al momento del parto nel periodo 2014-2019 è di 31 anni. Nel tempo si sono leggermente ridotti i parti in donne <20 anni (3% nel 2014; 2,8% nel 2019) mentre sono rimasti pressoché costanti quelli in donne >=35 anni (29,6% nel 2014; 29% nel 2019). Dal confronto temporale delle nascite pretermine si rileva un leggero incremento delle percentuali relative ai nati con periodo di gestazione compreso tra 33-36 settimane (4,4% nel 2014; 5,1% nel 2019); anche la percentuale dei nati con età gestazionale inferiore a 32 settimane mostra un leggero aumento (0,94% nel 2014; 1,23% nel 2019). La quota dei piccoli per età gestazionale (small for gestational age, SGA), ovvero dei bambini nati dopo 37 settimane di gestazione e con un peso <2.500 grammi, risulta invariata dal 2014 (2,7%) all'ultimo anno in osservazione (2019: 2,7%).

Il ricorso al parto cesareo in Sicilia si è progressivamente ridotto nel tempo: in particolare la proporzione di parti cesarei primari è passata dal 40% nel 2010 al 27% nel 2019 sulla base di un programma organico di intervento finalizzato a migliorare l'appropriatezza delle cure.

Proporzione di parti con taglio cesareo primario.

Tassi aggiustati per ASP e tasso grezzo complessivo regionale. Anni 2012-2019



L'89,7% dei parti nel 2019 si concentra in strutture con almeno 500 parti annui. La media dei parti per punto nascita (complessivamente 52 strutture nel territorio siciliano in cui è stato effettuatoalmeno un parto) nel 2019 ha raggiunto il valore di 737 (774 nel 2018).

Parti per punto nascita	2018		2019	
	N° parti	% parti	N° parti	% parti
<200	209	0,5	738	1,9
200-499	3651	9,1	3204	8,4
500-999	14926	37,1	12888	33,6
>=1000	21465	53,3	21517	56,1
TOTALE	40251	100	38347	100

2.3.5 Parte quinta: Adesione agli interventi di prevenzione

Il carico delle malattie croniche in Sicilia è da anni uno dei più rilevanti problemi di salute.

Gli indicatori disponibili (mortalità, SDO, spesa farmaceutica) connotano la gravità dei danni sociali ed economici di queste patologie.

Esistono fattori di rischio definiti "modificabili" tra cui rientrano le abitudini comportamentali collegabili allo stile di vita (fumo di sigaretta, scarsa attività fisica e alimentazione scorretta) i cui livelli di prevalenza nella popolazione regionale sono più elevati che nel resto del Paese, come rilevato nell'ambito dell'indagine multiscopo ISTAT e della indagine PASSI 2016-2019.

Riguardo ai principali fattori di rischio modificabili in Sicilia i dati della Sorveglianza PASSI, rilevano i livelli di prevalenza riferiti alle seguenti condizioni:

2.3.5.1 Ipertensione

La frequenza di soggetti con diagnosi di ipertensione nelle 9 ASP siciliane è stimata nel 21% del campione PASSI.

Pur senza differenze tra i sessi, tale percentuale cresce in maniera evidente nel gruppo di età 50-69 anni e tra le persone con eccesso ponderale.

Tra le ASP siciliane non emergono differenze statisticamente significative tra le percentuali di persone che riferiscono una diagnosi di ipertensione (il range va dal 13% di Agrigento al 25% di Catania e Enna).

2.3.5.2 Colesterolemia

In Sicilia il 22% degli intervistati ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa nelle classi d'età più avanzate, nelle persone con basso livello di istruzione e nelle persone con eccesso ponderale.

Tra le ASP regionali Agrigento si differenzia per la percentuale più bassa di persone che riferiscono alti livelli di colesterolo nel sangue (14%), mentre Palermo (28%) fa registrare il valore più alto.

2.3.5.3 Sedentarietà

Nel periodo 2016-2019, in Sicilia il 27% delle persone intervistate dichiara di avere uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 26% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 47% è completamente sedentario.

La sedentarietà è più diffusa nei 50-69enni, nelle persone con basso livello d'istruzione, in quelle con maggiori difficoltà economiche e negli stranieri. Non sono emerse differenze significative tra uomini e donne.

Tra le ASP regionali la percentuale di sedentari varia dal 22% di Caltanissetta (valore significativamente più basso della media regionale) al 56% di Enna (valore significativamente più alto della media regionale).

2.3.5.4 Fumo

Nel periodo 2016-2019 in Sicilia, tra gli adulti di 18-69 anni, più della metà degli intervistati è non fumatore (59%), il 13% è classificabile come ex fumatore e l'1% è fumatore in astensione, cioè ha smesso di fumare da meno di sei mesi e in base alla definizione OMS non è ancora considerato ex fumatore. Il 27% degli intervistati è fumatore, in particolare il 26% sono quelli che fumano tutti i giorni.

L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (33% versus 22%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (69% versus 49%). L'abitudine al fumo è risultata più elevata nei 25-34enni (35%), nelle persone con titolo di scuola media inferiore (33%) e in quelle con molte difficoltà economiche (33%).

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 12 sigarette al giorno.

Tra le ASP regionali Agrigento mostra una prevalenza di fumatori inferiore in maniera statisticamente significativa, rispetto alla media regionale (range dal 19% di Agrigento al 33% di Enna).

2.3.5.5 Sovrappeso e obesità

La frequenza delle condizioni di soprappeso ed obesità è andata aumentando negli ultimi decenni al punto che, secondo l'OMS, l'obesità è diventata un problema di salute pubblica di proporzioni epidemiche in tutti i Paesi occidentali e la sua prevenzione costituisce un obiettivo prioritario.

L'obesità rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la salute, può favorire l'insorgenza di importanti e frequenti malattie fra cui le cardiovascolari e il diabete, ed è responsabile del 2-8% dei costi globali per la sanità. Secondo i dati dell'indagine Passi 2016-2019 la prevalenza di soggetti in sovrappeso è pari al 33% (superiore al dato nazionale – 32%) e quella di obesi è pari al 13% (vs 11% dato nazionale).

Nel campione regionale indagato nello studio PASSI la prevalenza di persone in eccesso ponderale (sovrappeso ed obeso) è pari al 45%, valore superiore a quello del resto del Paese (42%).

Nelle ASP della Regione non sono emerse differenze statisticamente significative relative all'eccesso ponderale (range dal 42% di Trapani al 47% di Catania e di Enna).

2.3.5.6 Alcool

In Sicilia, in il consumo di alcool ed il relativo impatto sulla salute nella appare in assoluto tra i più bassi del Paese.

Diverse fonti confermano una minore tendenza al consumo di bevande alcoliche (vino e birra) nella popolazione generale rispetto al dato medio nazionale ed in tal senso depongono i risultati della Sorveglianza PASSI 2016-2019 consentendo di delineare un minore interessamento della regione circa l'abuso di alcool in generale (11% vs 17% dato nazionale). Il consumo di alcolici si denota nella regione come un fatto più occasionale che abituale.

Preoccupa invece la maggiore diffusione in Italia del consumo di alcolici tra i ragazzi di 15 anni, con il 16% delle femmine e il 19% dei maschi (anno 2018) che riferisce almeno due esperienze di ubriachezza. Anche in Sicilia tale fenomeno appare in incremento (rispettivamente 15% e 18%).

2.3.5.7 Infortuni sul lavoro e Malattie professionali

Il rapporto INAIL per la Regione Sicilia del 2019 ha registrato 27.914 denunce di infortunio corrispondenti al 4,33% del totale nazionale, in diminuzione rispetto ai due anni precedenti (-2,99% rispetto al 2017, -1,33% rispetto al 2018). A livello nazionale le denunce di infortunio sono diminuite rispetto al biennio precedente rispettivamente dello 0,33% e dello 0,09%. Opposto purtroppo è il trend degli infortuni mortali che hanno registrato un incremento significativo. Il 2019, in particolare, è stato *l'annus horribilis* degli infortuni sul lavoro. Secondo i dati Inail nel 2019 la Sicilia ha registrato 87 denunce di infortuni mortali (12 in più rispetto il 2018, +16,0%) posizionandosi al settimo posto su scala nazionale.
I comparti maggiormente interessati al fenomeno risultano ancora l'agricoltura e le costruzioni, di quest'ultimo le cadute dall'alto rappresentano all'incirca un terzo degli infortuni mortali.

Denunce di infortunio per modalità e anno di accadimento2017-2019

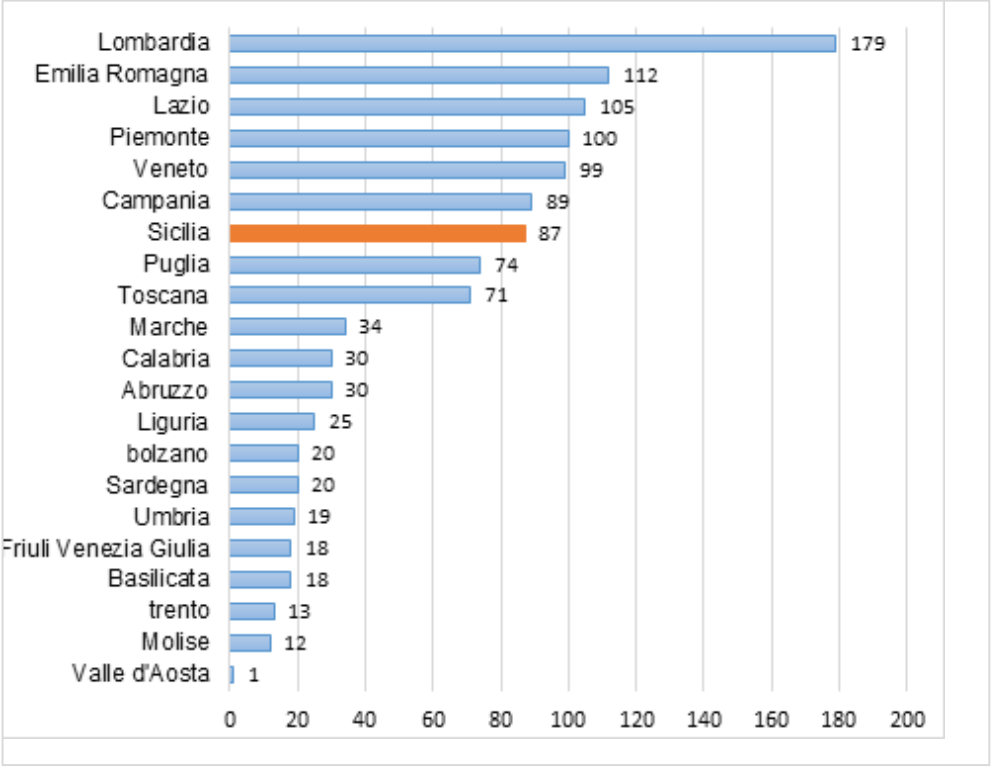
– Fonte Dati INAIL -

		2017		2018		2019	
In occasione di lavoro	Sicilia	24.479	4,50%	24.001	4,43%	23.579	4,37%
				-1,95%		*-1,76%*	
	Italia	544.226	100,00%	541.876	100,00%	539.217	100,00%
				-0,43%		*-0,49%*	
In itinere	Sicilia	4.295	4,18%	4.289	4,14%	4.335	4,11%
				-0,14%		*1,07%*	
	Italia	102.744	100,00%	103.519	100,00%	105.586	100,00%
				0,75%		*2,00%*	
Totale	Sicilia	28.774	4,45%	28.290	4,38%	27.914	4,33%
				-1,68%		*-1,33%*	
	Italia	646.970	100,00%	645.395	100,00%	644.803	100,00%
				-0,24%		*-0,09%*	

Nel 2019 la Sicilia ha registrato 87 denunce di infortuni mortali, posizionandosi al settimo posto su scala nazionale.

Infortuni con esito mortale per Regione anno 2019

– Fonte Dati INAIL -



Nel triennio dal 2017 al 2019 sempre le denunce di infortunio con esito mortale sono passate da 84 a 87. L'aumento rilevato nel confronto con il 2017 è da attribuire alle sole denunce di infortunio in itinere (+4 casi), mentre le denunce di infortunio in occasione di lavoro sono diminuite passando da 62 a 61 (-1). Nel confronto con il 2018, si sono rilevate 12 denunce in più, passando da 75 a 87, con 15 casi in più in occasione di lavoro e 3 in meno in itinere.

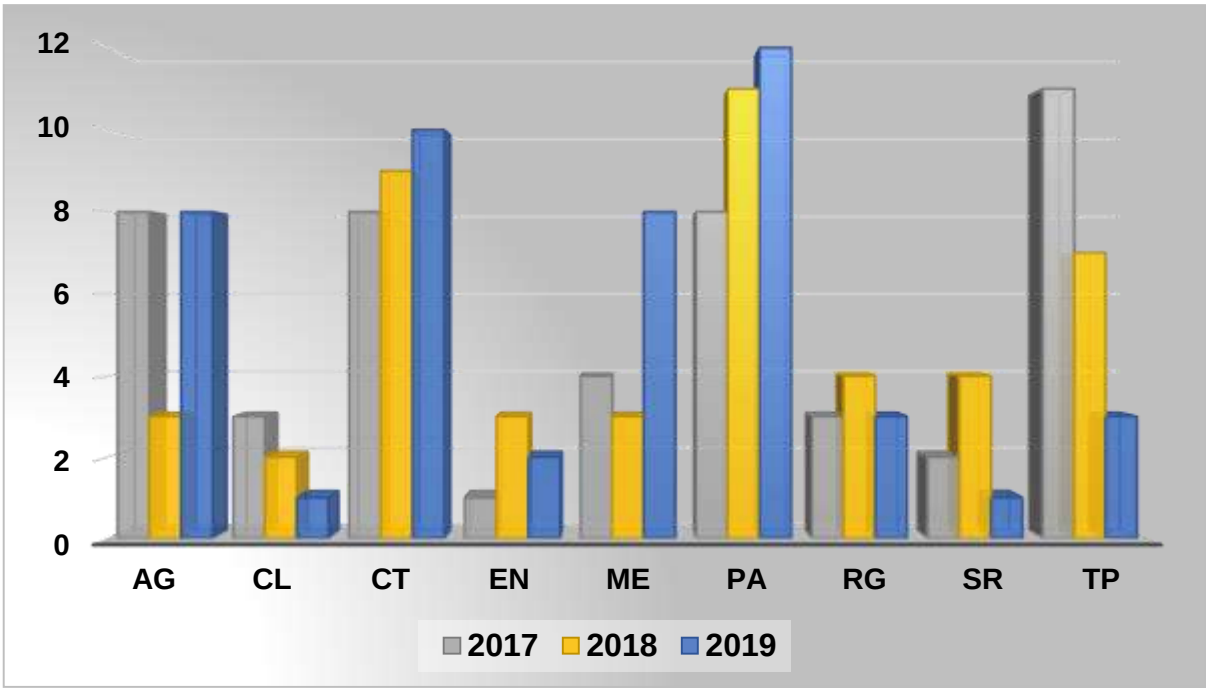
Denunce di infortunio con esito mortale per modalità e anno di accadimento 2017-2019

– Fonte Dati INAIL -

		2017		2018		2019	
In occasione di lavoro	Sicilia	62	7,31%	46	5,11%	61	7,28%
				-25,81%		*32,61%*	
	Italia	848	100,00%	901	100,00%	838	100,00%
				6,25%		*-6,99%*	
In itinere	Sicilia	22	7,03%	29	7,99%	26	8,18%
				31,82%		*-10,34%*	
	Italia	313	100,00%	363	100,00%	318	100,00%
				15,97%		*-12,40%*	
Totale	Sicilia	84	7,24%	75	5,93%	87	7,53%
				-10,71%		*16,00%*	
	Italia	1.161	100,00%	1.264	100,00%	1.156	100,00%
				8,87%		*-8,54%*	

Denunce di infortuni mortali registrati in Sicilia per provincia 2017-2019

– Fonte Dati INAIL -



Malattie professionali

In Sicilia nel 2019 sono state protocollate 1.654 denunce di malattia professionale, in aumento del 4,82% rispetto al 2017 e del 7,82% rispetto al 2018. A livello nazionale il dato è in crescita del 5,52% rispetto al primo anno del periodo in osservazione e del 2,93% rispetto al 2018. I casi riconosciuti sono stati 310, pari all'1,38% del dato nazionale (22.502), in diminuzione del 20,51% rispetto al 2017 e del 10,66% rispetto al 2018. A livello nazionale il dato mostra diminuzioni rispetto a entrambi gli anni precedenti rispettivamente del 6,47% e del 10,34%.

Malattie professionali denunciate e riconosciute per anno di protocollo 2017-2019

– Fonte Dati INAIL -

		2017		2018		2019	
Denunciate	Sicilia	1.578	2,72%	1.534	2,58%	1.654	2,70%
				-2,79%		*7,82%*	
	Italia	57.997	100,00%	59.458	100,00%	61.201	100,00%
				2,52%		*2,93%*	
Riconosciute	Sicilia	390	1,62%	347	1,38%	310	1,38%
				-11,03%		*-10,66%*	
	Italia	24.059	100,00%	25.097	100,00%	22.502	100,00%
				4,31%		*-10,34%*	

Le malattie professionali riconosciute con esito mortale nel 2019 sono state 56, 38 in meno rispetto al 2017 (94) e 49 in meno rispetto all'anno precedente (105). A livello nazionale il numero delle malattie professionali riconosciute con esito mortale è diminuito, passando da 1.475 casi del 2017 a 1.018 del 2019 (-30,98%).

Malattie professionali riconosciute con esito mortale per anno di decesso 2017-2019

– Fonte Dati INAIL -

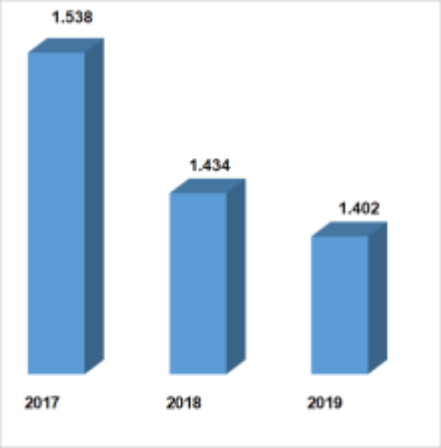
	2017		2018		2019	
Sicilia	94	6,37%	105	7,78%	56	5,50%
			11,70%		*-46,67%*	
Italia	1.475	100,00%	1.350	100,00%	1.018	100,00%
			-8,47%		*-24,59%*	

Edilizia ed Agricoltura risultano i settori più a rischio.

Denunce di infortunio in occasione di lavoro -2017-2019- Regione Sicilia

– Fonte Dati INAIL –

Settore di Attività Costruzioni



Settore di Attività Agricoltura



Infortuni sul lavoro e Covid 2019

Un'analisi particolare riguarda l'andamento infortunistico nel 2020. I dati INAIL riferiti ai primi 11 mesi del 2020 mostrano un andamento infortunistico fortemente condizionato da alcuni fattori legati principalmente alla situazione di emergenza da COVID -19. La sospensione delle attività lavorative considerate non essenziali tra marzo e fine aprile (*lockdown*), la chiusura dei plessi scolastici e la difficoltà incontrata dalle imprese nel riprendere la produzione a pieno regime nel periodo post-*lockdown* ha determinato un calo delle denunce degli infortuni nel complesso. I dati rilevati al 30 novembre di ciascun anno evidenziano a livello nazionale un decremento sia dei casi avvenuti in occasione di lavoro, passati da 498.454 a 435.405 (-12,6%), sia di quelli in itinere, che registrano un calo percentuale più sostenuto, pari al -38,5%, da 92.225 a 56.745, dati fortemente influenzati dal lavoro agile (*smartworking*) che come è noto rientra tra le principali misure adottate dal Governo per il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

L'articolo 42 del D.L. n. 18/2020 ha inoltre stabilito che il contagio da Covid-19 è equiparato all'infortunio sul lavoro.

Ad influenzare la flessione è stato in particolare il numero di infortuni rilevati nel mese di maggio, con denunce praticamente dimezzate rispetto allo stesso mese del 2019. Seguono aprile e giugno con una riduzione di circa un terzo nel confronto con l'anno precedente, luglio con un calo del 20%, marzo e settembre con circa il -15%, agosto con una flessione del 12% e ottobre con un più contenuto -0,7%. Novembre è l'unico mese del 2020 che presenta invece un incremento (+9,1%) rispetto allo stesso mese del 2019, complice evidentemente la "seconda ondata" dei contagi da Covid-19 che ha avuto un impatto più significativo della prima anche in ambito lavorativo e tale da influire sul trend in aumento di fine anno. Tra i settori economici il settore "Sanità e assistenza sociale" si distingue per il forte incremento delle denunce di infortunio in occasione di lavoro, oltre i due terzi delle quali hanno riguardato il contagio da Covid-19: +166% nei primi 11 mesi (dagli oltre 25mila casi del 2019 ai 67.500 del 2020), con punte di oltre il +500% a marzo e del +450% ad aprile nel confronto con l'anno precedente. Tra giugno e agosto si è assistito, invece, a un'inversione di tendenza, con decrementi compresi in un intervallo tra il -6% e il -17%. A settembre si è rilevata una ripresa, pari al +10%, e gli aumenti sono tornati a essere preoccupanti a ottobre (+353%, da 2.500 a oltre 11mila casi) e, soprattutto, novembre (+600%, da 1.700 a 12mila casi). L'Agricoltura, dopo il +2,7% di febbraio, da marzo ha cominciato a registrare un calo consistente, con un -51% rispetto a marzo 2019, ad aprile si è attestata al -44%, tra maggio e luglio tra il -15% e il -20%, tra agosto e settembre intorno al -8%, per poi risalire al -26% a ottobre e al -19% a novembre.

Tuttavia, in controtendenza risultano le denunce di infortunio sul lavoro con esito mortale presentate nello stesso periodo. Esse sono state 1.151, registrando un aumento di 154 casi rispetto ai 997 registrati nello stesso periodo del 2019 (+15,4%). L'incremento è influenzato soprattutto dai decessi avvenuti e protocollati al 30 novembre 2020 a causa dell'infezione da Covid-19 in ambito lavorativo, che rappresentano circa un terzo dei decessi denunciati all'Inail da inizio anno.

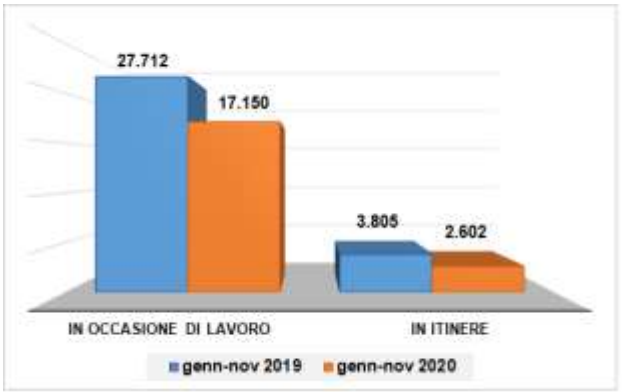
Le denunce di malattia professionale protocollate dall'Inail nei primi 11 mesi del 2020 sono state 40.926, 15.630 in meno rispetto allo stesso periodo del 2019 (-27,6%). A parte gli incrementi di febbraio (+17%) e agosto (+1%), a influenzare la flessione è stato soprattutto il numero di denunce presentate ad aprile (-87%), maggio (-69%) e marzo (-40%). Seguono i mesi di giugno (-29%), novembre (-22%), luglio (-18%) e ottobre (-16%), mentre settembre, al pari di gennaio, ha presentato un calo superiore al 5%.

Le figure seguenti mostrano i dati infortunistici registrati nella Regione Sicilia nel periodo Gennaio – Novembre 2020, confrontati con il 2019.

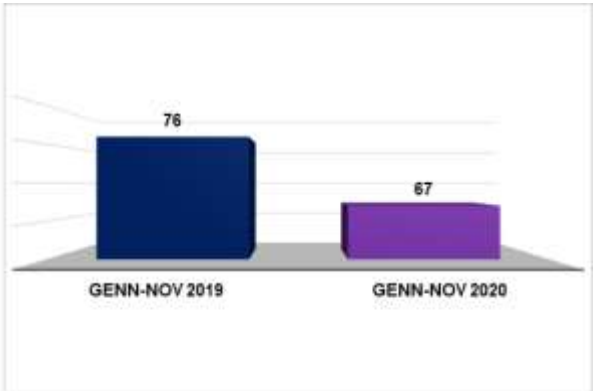
Denunce di infortunio in occasione di lavoro Gennaio – Novembre 2020-2019

Regione Sicilia– Fonte Dati INAIL

Infortuni nel complesso



Infortuni con esito mortale



Il PNP 2020-2025, con l'adozione dei Piani di prevenzione tematici, **Piani Predefiniti** e **Piani Mirati di Prevenzione**, conferma la volontà e l'impegno delle Istituzioni centrali ad investire nella promozione e nella prevenzione quali elementi fondamentali che favoriscano lo sviluppo sostenibile delle imprese e la tutela della salute e sicurezza del lavoratore, sviluppando, in particolare, azioni tese al contrasto di forme irregolari e meno tutelate di lavoro, fenomeni che rischiano di espandersi anche in relazione all'attuale crisi economica. La Regione Siciliana nel PRP 2020-2025 si propone l'obiettivo di "costruire la cultura della tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro", di condividere la responsabilità del "bene salute e sicurezza" attraverso una pianificazione regionale attenta e oculata, mutuando a livello regionale le azioni del Piano Nazionale di Prevenzione.

2.3.5.8 Uso dei dispositivi di sicurezza

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Secondo le stime dell'ISTAT, nel 2019 sono stati 172.183 gli incidenti stradali con lesioni a persone in Italia, in lieve calo rispetto al 2018 (-0,2%), con 3.173 vittime (morti entro 30 giorni dall'evento) e 241.384 feriti (-0,6%). Il numero dei morti diminuisce rispetto al 2018 (-161 unità, pari a -4,8%) dopo l'aumento registrato nel 2017 e si attesta sul livello minimo mai raggiunto nell'ultima decade.

Tra le vittime risultano in aumento i ciclisti (253; +15,5%) e i motociclisti (698; +1,6%); in diminuzione le altre categorie di utenti: pedoni (534; -12,7%), ciclomotoristi (88; -18,5%), occupanti di veicoli per il trasporto merci (137; -27,5%) e automobilisti (1.411; -0,8%).

Gli incidenti derivano soprattutto da comportamenti errati. Tra i più frequenti si confermano la distrazione alla guida (15,1%), il mancato rispetto della precedenza (13,8%) e la velocità troppo elevata (9,3% dei casi). Le violazioni al Codice della Strada risultano in aumento rispetto al 2018: le più sanzionate sono l'inosservanza della segnaletica, il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza a bordo e l'uso del telefono cellulare alla guida; in aumento le contravvenzioni per guida in stato di ebbrezza.

Nel periodo 2016-2019, in Sicilia la maggior parte degli intervistati ha avuto un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (80%) e il casco (95%). L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo l'11% degli intervistati, infatti, la usa sempre.

Nel periodo 2016-2019, in tutte le ASP della regione Sicilia, l'utilizzo del casco tra i motociclisti è molto diffuso, la percentuale di utilizzo è risultata significativamente più alta della media regionale nell'ASP di Agrigento (100%). Anche l'utilizzo della cintura anteriore è diffuso in tutte le ASP; la percentuale di utilizzo è risultata significativamente più alta della media regionale nelle ASP di Siracusa (91%), Caltanissetta (90%), Messina e Ragusa (87%) mentre in quella di Enna è significativamente più bassa (67%).

Si riportano di seguito alcuni dati riepilogativi rilevati dal Sistema di Sorveglianza PASSI:

Stili di vita e abitudini comportamentali	*Indicatori*	ASP 1 AG	ASP 2 CL	ASP 3 CT	ASP 4 EN	ASP 5 ME	ASP 6 PA	ASP 7 RG	ASP 8 SR	ASP 9 TP	*Sicilia*
Attività fisica	% sedentari	52%	22%	50%	56%	31%	54%	50%	51%	45%	47%
Abitudine al fumo	% fumatori	19%	29%	31%	33%	22%	31%	29%	25%	23%	27%
Abitudini alimentari	% di persone che consumano frutta e verdura almeno 5 volte al giorno	24%	4%	4%	44%	22%	8%	20%	3%	8%	11%
Situazione nutrizionale	% popolazione in eccesso ponderale	44%	44%	47%	47%	46%	46%	45%	44%	42%	45%
Consumo di alcool	% di consumatori a maggior rischio	1%	8%	88%	7%	5%	8%	8%	9%	16%	10%
Sicurezza stradale	% di persone che utilizzano il casco sempre	100%	96%	89%	93%	98%	99%	96%	93%	94%	95%
	% di persone che utilizzano la cintura anteriore sempre	74%	90%	74%	67%	87%	78%	87%	91%	78%	80%
Ipertensione arteriosa	% di persone ipertese	13%	20%	24%	24%	22%	21%	21%	20%	18%	21%
Colesterolemia	% di persone ipercolesterolemiche	14%	17%	23%	18%	24%	28%	20%	20%	17%	22%

Fonte: Rapporto Regionale PASSI 2016-2019

Conclusioni

Il carico delle malattie croniche in Sicilia è particolarmente rilevante. La mortalità per malattie circolatorie è più alta che nel resto del paese. Anche l'andamento dei ricoveri ospedalieri ed il consumo di farmaci sul territorio riflettono la dimensione del ricorso alle cure per tale categoria diagnostica.

Tra le principali cause di morte vi sono inoltre il diabete (specie nel sesso femminile), i traumatismi ed incidenti stradali (nelle fasce di età più giovani) e le malattie respiratorie. Anche le malattie croniche di fegato assumono una certa rilevanza, specie tra le donne. La patologia tumorale pur avendo una minore incidenza rispetto al resto del paese si avvicina ai livelli di mortalità nazionali per quanto riguarda alcuni specifiche categorie suscettibili di efficaci interventi di prevenzione e trattamento (es. il tumore dell'utero e della mammella).

Persistono ancora oggi forti influenze negative sulla salute, specie sull'incidenza delle malattie cerebro e cardiovascolari, per quanto riguarda alcuni fattori di rischio ed in particolare obesità, sedentarietà, iperglicemia e fumo e su di essi bisognerà concentrare l'attenzione per i prossimi anni.

Ulteriori indicazioni derivano da una valutazione qualitativa dei bisogni di salute per il miglioramento per l'accesso alle prestazioni e l'assistenza alternativa al ricovero ordinario.

Ancora carente è il ricorso alla diagnosi precoce oncologica, conseguente al ritardo dell'avvio di programmi organici sul territorio.

Particolare importanza possono assumere le differenze evidenziate riguardo al sesso, età e istruzione nella promozione di stili di vita adeguati e nell'accesso ai programmi di sanità pubblica per cui tutti gli interventi di sanità pubblica e di promozione della salute vanno prioritariamente indirizzati nelle fasce di popolazione a rischio.

Bibliografia

1. Baum FE, Cooke RD. Communityhealth needs assessment: use of the Nottingham health profile in an Australian study. *Med J Aust* 1989;15;150(10):581, 584, 587-90.
2. Ferrari L, Fateh-Moghadam P, Betta A. Profili di comunità e piani di salute a livello di distretto sanitario. L'esperienza in provincia di Trento, 2006-09. *Not Ist Super Sanità* - Inserto BEN 2009;22(6):i-ii.

3. Association of Public Health Observatories. Health Profiles (www.apho.org.uk/...).
4. Health inequalities indicators in the regions of Europe (www.i2sare.eu/).
5. Flowers J, Hall P, Pencheon D. Public health indicators. *Public Health* 2005;119(4):239-45.
6. Kaltenthaler E, Maheswaran R, Beverley C. Population-based health indexes: a systematic review. *Health Policy* 2004;68(2):245-55.
7. Association of Public Health Observatories. The Indicator Guide Health Profiles 2011 (www.apho.org.uk/...).
8. INAIL Tabelle regionali con cadenza mensile Regione Sicilia - Analisi della numerosità degli infortuni Dati rilevati al 30 novembre 2020
9. Tabelle nazionali - Analisi della numerosità degli infortuni Dati rilevati al 30 novembre 2020

CAPITOLO 3: Il Piano Regionale per la Prevenzione 2021

3.1 Il percorso di costruzione del Piano Regionale per la Prevenzione 2021

Nella prospettiva di un graduale ripristino dell'operatività da parte dei Dipartimenti di prevenzione e di tutti gli operatori temporaneamente impegnati in attività istituzionali legati alla pandemia da Covid-19, pur con i limiti legati alla fattibilità delle azioni penalizzate dal distanziamento, ritenendo che non si possono trascurare altri aspetti, in particolare gli alti e crescenti livelli di malattie croniche, che potrebbero aumentare la pressione sui servizi di assistenza; nelle more della certificazione del PRP 2020-2025, prevista per settembre 2021; al fine di dare continuità e supporto alle azioni di prevenzione e promozione della salute già intraprese in ambito regionale con il precedente piano regionale di prevenzione ed avviare azioni propedeutiche al redigendo PRP 2020-2025, si è proceduto a predisporre la pianificazione regionale annuale per l'anno 2021.

Il PRP 2021, redatto sulla base del profilo di salute della popolazione siciliana, applica la vision, i principi e le priorità del PNP 2020-2025.

L'indicazione attuativa delle linee strategiche del PRP 2021 si realizza attraverso:

1) Recepimento dei **Programmi Predefiniti** (PP), indicati dal PNP 2020-2025, uguali per tutte le regioni. Sono programmi vincolanti in quanto tutte le Regioni sono tenute ad implementarli. Con la programmazione 2021 si intendono avviare le azioni dei PP propedeutiche al redigendo PRP 202-2025, mentre lo sviluppo dei Programmi Predefiniti e il relativo monitoraggio e rendicontazione saranno effettuati nel PRP 2020-2025. Le schede descrittive dei Programmi Predefiniti del PNP 2020-2025 sono integralmente riportate nel capitolo 5.

2) Definizione ed implementazione di **Progetti Regionali** a supporto dei Macro Obiettivi e dei Programmi Predefiniti indicati nel PNP 2020-2025. I progetti individuati, che rispondono ai criteri di trasversalità ed intersettorialità del PNP 2020-2025, sono esplicativi di obiettivi strategici centrali. Tali progetti sono approfonditi, con le relative schede progettuali, al successivo capitolo 6 ed elencati al paragrafo successivo.

3.2 I Progetti Regionali a supporto del PNP 2020-2025

Il presente Piano individua n. 7 Progetti Regionali come di seguito elencati:

---

n. 1 progetto regionale a supporto del Programma Predefinito PP1 "Scuole che promuovono salute":

- **PR 1: "Sviluppo delle competenze in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro nel contesto scolastico"**

---

n. 2 progetti regionali a supporto del Programma Predefinito PP2 "Comunità Attive":

- **PR 2: "Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per M.C.N.T. e/o affetti da patologia cronica in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità"**
- **PR 3: "Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità"**

---

n. 1 progetto regionale a supporto del Programma Predefinito PP4 "Dipendenze":

- **PR 4 "Stop-phone: per un corretto utilizzo, consapevole ed intelligente uso del telefonino cellulare"**

---

n. 1 progetto regionale a supporto del Programma Predefinito PP5 "Sicurezza negli ambienti di vita"

- **PR 5 "Disostruzione vie aeree in età Pediatrica"**

n. 1 progetto regionale a supporto del Macro Obiettivo 4 "Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali"

- **PR 6 "Prevenzione degli infortuni derivanti dall'utilizzo di macchine ed impianti soggetti a verifiche periodiche"**

n. 1 progetto regionale a supporto del Programma Predefinito 9 "Ambiente, Clima e Salute"

- **PR 7 "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"**

Le azioni, sia centrali (regionali) che territoriali (AA.SS.PP./Aziende Ospedaliere ed Universitarie), sono propedeutiche al redigendo PRP 2020-2025.

Per i rimanenti macro obiettivi si proseguirà, per il 2021, secondo le specifiche previste nell'anno 2020, ma il valore degli obiettivi da raggiungere è fissato al 70 % rispetto al valore degli indicatori previsti nell'anno 2020 tendendo per altro conto anche dell'attuale situazione emergenziale - Covid 19 e delle risorse del personale disponibile.

3.3 La rete territoriale delle AA.SS.PP. regionali

Le AA.SS.PP. recepiscono, con atto deliberativo, il presente Piano per la prevenzione 2021 per gli adempimenti di competenza e trasmettono nota al DASOE.

Riconoscendo nei Dipartimenti di Prevenzione il ruolo di regia delle funzioni di erogazione delle prestazioni di governance degli interventi di prevenzione, che connettono il territorio al governo regionale e nazionale, la nota di cui sopra dovrà contenere per ogni AA.SS.PP. l'identificazione della struttura organizzativa – attuativa del Piano regionale di Prevenzione come di seguito elencato:

- Indicazione dei direttori dei Dipartimenti di prevenzione delle AA.SS.PP., quali responsabili dei Piani Aziendali di Prevenzione
- Identificazione dei Responsabili dei Programmi Predefiniti in riferimento al PNP 2020-2025
- Identificazione dei Responsabili dei Programmi Liberi in riferimento al PNP 2020-2025
- Identificazione dei Responsabili dei Progetti Regionali in riferimento al PRP 2021

Ed altresì dovrà contenere:

- Avvio delle attività inerenti i Programmi Predefiniti e i Progetti regionali
- Programmazione delle attività di formazione
- Programmazione delle attività di comunicazione
- Trasmissione Report trimestrale delle attività.

3.4 Monitoraggio e Valutazione

Per la rete territoriale delle AA.SS.PP. regionali il PRP 2021 rappresenta l'indicazione di programmazione annuale, necessaria per condividere obiettivi e strategie propedeutici al PRP. Tale documento quindi, è una sorta di "ponte" verso il PRP 2020-2025.

Per l'anno 2021 il monitoraggio/valutazione delle attività inerenti al PRP si baserà sulla coerenza dei contenuti della pianificazione regionale definita in seno al documento.

CAPITOLO 4: Governance del Piano della Prevenzione 2021

4.1 Governance Regionale

La governance del PRP si articola in diverse azioni tutte sinergiche ed indispensabili allo sviluppo regionale del piano pertanto sono state attenzionate le seguenti aree:

- 4.1.1 Trasversalità
- 4.1.2 Formazione
- 4.1.3 Comunicazione
- 4.1.4 Informatizzazione

4.1.1 Trasversalità. Funzione Regionale di Stewardship.

Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute indicati dal PNP 2020 2025, sono necessarie alleanze e sinergie intersettoriali, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche" (Health in all Policies) tra forze diverse. Il Dipartimento ASOE pertanto è chiamato ad assumere una funzione di stewardship, nell'ambito di una governance partecipativa, al fine di facilitare l'incontro e la collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti nella tutela e promozione della salute della popolazione siciliana. Interazione dunque con altre Direzioni Generali di altri Assessorati regionali quali, Ambiente ed Ecosistema, Politiche agricole, alimentari e forestali, Governo del territorio, Mobilità, Istruzione, Politiche Giovanili, Politiche Sociali nonché, con ANCI, Comuni, Enti, Istituzioni ed Agenzie locali, ARPA, Società Scientifiche, Terzo Settore e Associazioni rappresentanti i cittadini.

Tale ruolo è funzionale a:

- predisporre atti unitari di programmazione ed indirizzo per la promozione della salute basate sull'intersettorialità e le buone pratiche
- definire le reciproche funzioni di ogni partner partecipante, in base alle rispettive mission
- definire programmi regionali trasversali ed intersettoriali basati sulle buone pratiche, a copertura degli obiettivi strategici indicati dal PNP 2020/2025

4.1.2 Formazione

La formazione è parte integrante di tutte le strategie del P.R.P., elemento traversale di obiettivi e programmi e strumento essenziale per accrescere le competenze degli operatori sanitari e determinare un cambio culturale degli stessi professionisti in tema di prevenzione e promozione della salute. Le attività formative del PRP 2021 sono finalizzata a permettere l'acquisizione di competenze nuove (es. counseling, Urban Health, Health Literacy, ecc.) per gli operatori sanitari e per tutte quelle figure della prevenzione che sono coinvolte nella declinazione regionale e locale delle strategie del PNP.

I Programmi Predefiniti, indicati nel PNP 2020-2025, e recepiti nel PRP 2021, identificano sia gli obiettivi formativi specifici del programma di riferimento relativi alle azioni trasversali, sia gli indicatori di monitoraggio relativi alla formazione. Allo stesso modo, i Progetti Regionali implementano obiettivi formativi con i relativi indicatori. Il piano formativo 2021 dunque è contestualizzato sia nei programmi predefiniti che nei progetti regionali del PRP 2021, a cui si rimanda, ed è finalizzata alle azioni specifiche.

4.1.3 Comunicazione

Insieme alla formazione, la comunicazione è attuata come azione di sistema:

- trasversale al Piano e presente in tutti i programmi;
- a servizio dell'integrazione e dell'intersettorialità, rivolgendosi anche agli amministratori e ai*policy maker* oltre che alla popolazione e agli operatori sanitari;

- in grado di contribuire significativamente al contrasto alle diseguaglianze, veicolando al meglio i messaggi alla popolazione generale e a specifiche fasce di soggetti a rischio.

Funzionale al raggiungimento degli obiettivi del PRP è anche l'utilizzo del *marketing* sociale che si avvale dei principi e delle tecniche del *marketing* per influenzare un gruppo target ad accettare, rifiutare, modificare o abbandonare un comportamento in modo volontario, allo scopo di ottenere un vantaggio per i singoli, i gruppi o la società nel suo complesso. Il *marketing* sociale mira a risolvere un problema di interesse collettivo attraverso il cambiamento di comportamenti individuali e/o di gruppo, prospettando benefici individuali di interesse collettivo (es. adozione di stili di vita sani, riduzione di comportamenti a rischio) e benefici sociali derivanti da comportamenti individuali (es. risparmio energetico, raccolta rifiuti differenziata, consumi e mobilità sostenibili); si applica quindi sia alla promozione e tutela della salute sia alla promozione di comportamenti sociali.

Nel PRP 2021 sono state individuate iniziative di comunicazione sia per i Programmi Predefiniti che per i Progetti Regionali atte a promuovere azioni di sensibilizzazione rivolte alla popolazione su temi specifici per sviluppare l'empowerment e mantenere viva l'attenzione sugli sviluppi della ricerca, l'importanza e la promozione di uno stile di vita salutare da realizzare anche in occasione delle giornate tematiche OMS.

Il Piano di comunicazione contestualizzato nei programmi predefiniti e nei progetti regionali del PRP è ampiamente integrato nel Piano regionale di Comunicazione per la salute 2021 approvato con Decreto Assessoriale n. 308 del 15/04/2021.

La tabella seguente riporta il Piano della comunicazione predefinito dal PNP.



Tabella 4.1.3 Piano della comunicazione predefinito dal PNP.

AREA TEMATICA	FORMULA	STANDARD	FONTE
Comunicazione per diffondere la conoscenza del modello della Rete Regionale di 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	- 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	Regione
Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi *stakeholder*	Disponibilità e realizzazione di interventi di comunicazione ed informazione rivolti sia alla popolazione sia ai diversi *stakeholder*	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022	Regione
Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori di lavoro, associazioni: • Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute	- 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	Regione
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	**Comunicazione ed informazione** • Formula: Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirati a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, studenti, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)	- 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	Regione

AREA TEMATICA	FORMULA	STANDARD	FONTE
alla salute in ottica preventiva		sociale ogni anno a partire dal 2024	
Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi *stakeholder*, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	**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 volto a promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute	Realizzazione di almeno un intervento di informazione/sensibilizzazione per ogni anno, a partire dal 2022	Regione

4.1.4 Informatizzazione

Attivazione ed implementazione di un sistema informatizzato, a cura della Regione, per la gestione dei Programmi Liberi.

La piattaforma web-based aggiornata, predisposta a livello nazionale, a supporto dei PRP, ha lo scopo di indirizzare le Regioni a seguire una metodologia unica e condivisa nel redigere, monitorare, valutare i piani, in funzione degli strumenti relativi ai Programmi Predefiniti.

Per costruire un sistema di gestione e monitoraggio degli strumenti identificati nei diversi Programmi Liberi Regionali, si rende necessario attivare ed implementare una piattaforma dedicata.

La piattaforma dedicata, sulla quale caricare tutti gli strumenti necessari alle attività di prevenzione e alla promozione della salute consentirà a tutti gli operatori impegnati nella realizzazione dei programmi liberi regionali di lavorare in maniera omogenea e rapida e, a livello centrale, di governare e monitorare l'avanzamento e il raggiungimento degli obiettivi. A tal proposito potrebbe essere implementata la piattaforma in atto realizzata dal Dipartimento ASOE in collaborazione con l'Università Bocconi, Agenas e Dedalus, relativa alla gestione delle malattie croniche, completandola con le azioni di prevenzione e promozione e della salute definite nei Programmi Liberi del PRP. Tale strumento consentirebbe anche di pianificare l'azione di integrazione tra la prevenzione e i percorsi diagnostici terapeuti delle malattie croniche così come indicato nel PNP 2020- 2025 M.O. 1 obiettivo strategico 1.17.

4.2 Governance rete territoriale

Gli obiettivi che la rete territoriale delle AA.SS.PP. della Regione dovrà sviluppare con il PRP 2021 sono strettamente connessi a:

- Recepimento dei Programmi Predefiniti del PNP 2020-2025 e messa in opera delle azioni trasversali preliminari per la realizzazione degli stessi;
- Identificazione dei referenti per lo sviluppo dei Programmi Predefiniti e dei progetti regionali, le cui schede descrittive sono riportate ai capitoli 5 e 6;
- Continuità e supporto alle azioni di prevenzione e promozione della salute già intraprese con il precedente PRP;
- Implementazione della piattaforma informatizzata regionale;
- Partecipazione agli eventi formativi regionali per la governance del PRP 2021;
- Supporto territoriale al piano di comunicazione regionale.

Alla rete territoriale a sostegno del PRP è richiesto dunque di utilizzare le indicazioni emanate con il presente piano di transizione per mantenere e riorientare le attività di prevenzione e promozione della salute nel proprio territorio, utilizzare gli strumenti messi a disposizione a livello regionale e fare il possibile per raggiungere gli obiettivi indicati. Tale strutturazione inoltre, consente di sperimentare il lavoro per programmi e processi legati ad attività istituzionali, tra loro coerenti, coordinate e sinergiche con una programmazione volta a promuovere la salute nell'ambito di setting differenti, così come indicato dal Ministero, in sostituzione di una logica di singole azioni di progetti settoriali che ha caratterizzato il precedente piano. Si auspica inoltre il coinvolgimento attivo degli "attivatori di comunità", ossia il personale formato con il progetto regionale Prospect al fine di garantire sia la massima efficienza delle azioni di promozione della salute e di prevenzione sia la valorizzazione delle varie competenze dei professionisti coinvolti e le azioni sinergiche messe in atto.

Alla rete territoriale si chiede l'impegno di attuare il presente Piano per la Prevenzione 2021 con atto deliberativo e relativa trasmissione di nota al DASOE, secondo le modalità descritte al paragrafo 3.3. Tale atto dovrà essere adottato entro 30 giorni dalla notifica del presente documento e trasmesso alla Direzione del Dipartimento DASOE.

CAPITOLO 5: Schede descrittive dei Programmi Predefiniti del PNP 2020-2025

In questo capitolo vengono integralmente riportati i Programmi Predefiniti così come proposti dal PNP 2020-2025. Come precedentemente rappresentato i Programmi Predefiniti hanno caratteristiche uguali per tutte le Regioni, sono vincolanti, ovvero tutte le Regioni sono tenute ad implementarli e vengono monitorati attraverso indicatori (e relativi valori attesi) predefiniti ovvero uguali per tutte le Regioni.

5.1 Programma predefinito PP1 "Scuole che promuovono salute"

PROGRAMMA PREDEFINITO PP1 "SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE"

TITOLO	**PP1 "Scuole che Promuovono Salute"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- 1.7 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 - 1.8 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 - 1.11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva - 1.12 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 - 1.13 Favorire la formazione di tutti i componenti della ristorazione collettiva scolastica, aziendale, ospedaliera e socio-assistenziale (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di *vending* (distributori), *stakeholder* (famiglie, lavoratori, pazienti, etc.) - 2.1 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 - 2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui - 2.3 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti - 2.5 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato - 3.1 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) - 3.2 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici - 3.5 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 - 4.6 Favorire nei giovani l'acquisizione di competenze specifiche in materia di SSL - 5.1 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 - 5.4 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - 5.8 Promuovere e supportare interventi intersettoriali per rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili - 5.9 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor - 5.10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche - 5.13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari avversi causati dalla gestione dei rifiuti - 5.14 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 - 6.21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/IST

LEA DI RIFERIMENTO	**DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":** **Area F. Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale** - F1: 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) - F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica - F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari - F9 Prevenzione delle dipendenze **Area B. Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati** - B3: Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B6 Promozione della sicurezza stradale - B7 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) **Area C. Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro** - C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani **Area E. Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori** • E6 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04* - *(* abrogato e sostituito dal Regolamento UE 2017/625)*
DESCRIZIONE	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.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO 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; 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 salutari[9]. Inoltre, vi sono chiare evidenze sul fatto che l'ambiente scolastico influenzi fortemente la salute degli studenti in termini sia positivi sia negativi[10]. 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 Salute[5]: • 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, Pouliou 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 salute" Ministero della Salute – Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.*

OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**INTERSETTORIALITÀ**	1. 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.
	FORMAZIONE	2. Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze 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. 3. Garantire opportunità di formazione a Dirigenti, Insegnanti, altro personale della Scuola, amministratori locali, agenzie educative e altri *stakeholder*.
	COMUNICAZIONE	4. 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*.
	EQUITÀ	5. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative.
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA		6. 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 7. 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") 8. Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.

INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	INTERSETTORIALITÀ	**1. 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
		2. 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	**3. 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, entro il 2022 • Fonte: Regione e MIUR – USR
		4. 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, a partire dal 2022 • Fonte: Regione e MIUR - USR

	COMUNICAZIONE	**5. 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
	EQUITÀ	**6. Lenti di equità** • Formula: adozione dell'HEA • Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	**7. 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 • Fonte: Regione	
	8. 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	
	9. 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.	
	10. Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete • 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")	

	* *Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola*
	11. 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 • Standard: almeno il 50%, ogni anno a partire dal 2022 • Fonte: Regione, Anagrafe MIUR ("Scuole in chiaro ") * *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.*

5.2 Programma predefinito PP2 "Comunità attive"

TITOLO	**PP2 "Comunità attive"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALEDI RIFERIMENTO	**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- 1.8 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 - 1.10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione dellamalattia - 1.17 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 NazionaleCronicità - 1.18 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 piùanziane - 1.19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità - 5.1 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 dellasalute - 5.8 Promuovere e supportare interventi intersettoriali per 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, includendo in particolare ibambini - 5.9 Migliorare la qualità dell'aria indoor eoutdoor
LEA DI RIFERIMENTO	**DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:** **Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale:** - F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnaresalute" - F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica **Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti confinati** - B3 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica

DESCRIZIONE	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 ridurne 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; • 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 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.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO 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).* 7. *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*	
OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**INTERSETTORIALITÀ**	1. 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 favorenti 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 2. 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
	FORMAZIONE	3. Organizzare percorsi di formazione comune rivolta ai professionisti dei settori coinvolti, per lo sviluppo di conoscenze, competenze, consapevolezze e la condivisione di strumenti per la promozione di uno stile di vita sano e attivo 4. Organizzare percorsi di formazione al *counseling* breve per gli operatori del SSN coinvolti
	COMUNICAZIONE	5. Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi *stakeholder*
	EQUITÀ	6. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA		7. Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali 8. Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità 9. Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità 10. Effettuare una mappatura dell'offerta di opportunità per l'attività motoria e sportiva presenti nel territorio e fornire adeguata informazione ai cittadini sulle relative modalità di accesso e fruizione.
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP		**1. Accordi intersettoriali** • Formula: presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri *stakeholder* • Standard: almeno 1 Accordo regionale entro il 2022 • Fonte: Regione

	2. 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
	3. 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 2021 - realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, a partire dal 2022 • Fonte: Regione
	4. 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
	5. Lenti di equità • Formula: adozione dell'HEA • Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022 • Fonte: Regione
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	**6. 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
	7. 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

5.3 Programma predefinito PP3 "luoghi di lavoro che promuovono salute"

PROGRAMMA PREDEFINITO PP3 "LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO SALUTE"

TITOLO	**PP3 "Luoghi di lavoro che promuovono salute"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- 1.7 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 - 1.8 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 - 1.11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva - 1.12 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 - 1.13 Favorire la formazione di tutti i componenti della ristorazione collettiva scolastica, aziendale, ospedaliera e socio-assistenziale (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), *stakeholder* (famiglie, lavoratori, pazienti, etc.) - 2.1 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 - 2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui - 2.3 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti - 2.6 Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno - 3.1 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) - 3.2 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici - 3.5 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 - 4.6 Favorire nei giovani l'acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL - 5.1 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 - 5.4 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - 5.8 Promuovere e supportare interventi intersettoriali per 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, includendo in particolare i bambini - 5.9 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor - 5.10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche

	- 5.13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti - 6.21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST
LEA DI RIFERIMENTO	**DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":** **Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale** - F1: 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) - F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica - F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari - F9 Prevenzione delle dipendenze **Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati** - B3: Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B6 Promozione della sicurezza stradale **Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:** - C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani **Area E: Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori:** - E6 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04* *(* abrogato e sostituito dal Regolamento UE 2017/625)*
DESCRIZIONE	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 consapevolezze (*empowerment*) nei lavoratori. 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.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO 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 farmacologiche[6]. Per quanto riguarda la prevenzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze d'abuso[7-8], 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, assenteismo[12]. 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 professionisti[13]. 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 marketing[14]. 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, policimakers 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.*

<table>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">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
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 Pubblications, 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</td></tr>
<tr><td rowspan="4">OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td colspan="2">1. Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavori nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td colspan="2">2. Garantire opportunità di formazione dei professionisti sanitari e medici</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td colspan="2">3. Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td colspan="2">4. 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</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td colspan="2">5. 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
6. Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")</td></tr>
<tr><td colspan="2">INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. 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</td></tr>
</table>

	FORMAZIONE	**2. 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	**3. 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	**4. Lenti di equità** • Formula: adozione dell'HEA • Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022 • Fonte: Regione
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA		**5. 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
		6. 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

	7. 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
	8. 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 - Ministero

5.4 Programma predefinito PP4 "Dipendenze"

PROGRAMMA PREDEFINITO PP4 "DIPENDENZE"

TITOLO	**PP4 "Dipendenze"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO2 Dipendenze e problemi correlati**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	2.1 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando le interconnessioni nella comunità locale 2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui, delle famiglie e del territorio 2.3 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti 2.4 Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope 2.5 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato 2.6 Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno 2.7 Sensibilizzare sui rischi, i problemi e le patologie correlate all'uso/abuso di sostanze psicotrope e a comportamenti additivi 1.2 Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori 1.3 Promuovere la salute nei primi 1000 giorni 1.7 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 3.5 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade integrandovi gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti dei singoli 4.1 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale 4.7 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* 4.8 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* 4.9 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse

	alla salute globale del lavoratore 5.1 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 5.8 Promuovere e supportare interventi intersettoriali per 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, includendo in particolare i bambini 6.8 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C 6.19 Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST (es. Clamidia, Gonorrea, etc.) sulla popolazione 6.20 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 6.21Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST
LEA DI RIFERIMENTO	**DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:** **Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale:** - F1: 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) - F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F9 Prevenzione delle dipendenze **Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:** - C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani **Articolo 28** - Art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche
DESCRIZIONE	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'intersettorialità, 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 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 diposizione 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 consapevolezze 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 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.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO 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 politiche[1]; 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, quali[2]: - avere linee programmatorie 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 studi[6-7]. 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 servizi [8-9]. In particolare, nelle aree urbane, dove l'uso di sostanze legali e illegali si associa a fenomeni di illegalità e tensione sociale, le ricerche[10-11] 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 sociale[12-13]. Oltre agli interventi di *empowerment* a livello comunitario, nell'ottica di dare concretezza in un contesto programmatorio, 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 europee[14-15-16] - 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

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">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 hoc[17-18]. 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.

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:
14. http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou%5CSource%5CActivities%5CEXASS%5CGuide_SaferNight Life_en.pdf
15. 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</td></tr>
<tr><td rowspan="2">OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td>2. 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
3. Svolgere attività di formazione rivolta ai referenti istituzionali in materia di dipendenze basati su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum
4. Svolgere attività di formazione sul counseling breve rivolte agli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari (inclusi MMG e PLS)
5. Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali</td></tr>
</table>

	COMUNICAZIONE	6. 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
	EQUITÀ	7. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA		8. 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 9. 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 10. 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 11. 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 12. 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 13. 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
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP		**1. 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
		2. 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
		3. 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

	4. 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
	5. Comunicazione ed informazione • Formula: Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirati 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
	6. Lenti di equità • Formula: adozione dell'HEA • Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022 • Fonte: Regione
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	**7. 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
	8. 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 • Fonte: Regione
	9. 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

	10. 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
	11. 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

5.5 Programma predefinito PP5 "Sicurezza negli ambienti di vita"

PROGRAMMA PREDEFINITO PP5 "SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA"

TITOLO	**PP5 "Sicurezza negli ambienti di vita"**
MACRO OBIETTIVI DI RIFERIMENTO DEL PROGRAMMA	**MO3 Incidenti domestici e stradali**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- 3.1 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) - 3.2 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici - 3.3 Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno nella comunità - 3.5 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli che migliorano l'ambiente - 1.7 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 - 1.18 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 - 1.19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità - 2.1 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 - 5.1 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 - 5.4 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - 5.10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
LEA DI RIFERIMENTO	**DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":** **Area B. Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati** - B5: Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni - B6 Promozione della sicurezza stradale - B7 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo **Area F. Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale** - F1Cooperazione 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) - F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica - F9 Prevenzione delle dipendenze
DESCRIZIONE	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

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">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:
- 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.</td></tr>
<tr><td>SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI</td><td colspan="2">- "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</td></tr>
<tr><td rowspan="4">OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. 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</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td>2. Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td>3. Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td>4. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle azioni programmate</td></tr>
</table>

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA		5. Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile 6. Estendere/implementare strategie e azioni per promuovere la sicurezza negli ambienti domestici 7. Promuovere interventi nell'ambito scolastico per diffondere la cultura della sicurezza 8. Aumentare l'autonomia personale nell'anziano attraverso la promozione dell'attività motoria e il corretto utilizzo dei farmaci 9. Estendere/implementare politiche per promuovere la mobilità sostenibile
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**INTERSETTORIALITÀ**	**1. 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	**2. 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
		3. 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	**4. 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	**5. Lenti di equità** • Formula: adozione dell'HEA • Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022 • Fonte: Regione
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA		**6. 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 adottati, dal 2022) *100 • Standard: 30% di PUMS entro il 2023; 80% di PUMS entro il 2025 • Fonte: Regione **Il PUMS è uno strumento di pianificazione strategica che, in un orizzonte temporale di medio-lungo periodo (10 anni), sviluppa una visione di sistema della mobilità urbana (preferibilmente riferita all'area della Città metropolitana, laddove definita), proponendo il raggiungimento di obiettivi di sostenibilità ambientale, sociale ed economica attraverso la definizione di azioni orientate a migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema della mobilità e la sua integrazione con l'assetto e gli sviluppi urbanistici e territoriali.*

	7. Indicatore 7 del PP1 Scuole che promuovono salute
	8. Indicatore 6 del PP2 Comunità attive
	9. Indicatore 7 del PP2 Comunità attive
	10. Indicatore 5 del PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute

5.6 Programma predefinito PP6 "Piano mirato di prevenzione"

PROGRAMMA PREDEFINITO PP6"PIANO MIRATO DI PREVENZIONE"

TITOLO	**PP6 "Piano mirato di prevenzione"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- 4.1 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - 4.2 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori - 4.4 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medie e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti - 4.5 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 - 4.8 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* - 4.9 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* - 5.3 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) - 5.4 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico
LEA DI RIFERIMENTO	**DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica:** **Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:** - C.2 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali - C.3 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C.6 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine **Area B Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:** - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)
DESCRIZIONE	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.
	Intent and ability are two components of a health and safety culture: * *Intention: including values, beliefs and attitudes, and* * *Ability: including systems and practices*
	In questo contesto, sempre sulla base di priorità di rischio, anche, e in particolare, desunte dalle dinamiche di eventi infortunistici mortali (giacché è evidente come casi mortali e multipli possano porre le condizioni per una più alta sensibilità da parte delle imprese, ovvero per un'aspettativa di conoscenza – comprensione - tutela), 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. Gli atti di indirizzo nazionali, regionali (linea guida, vademecum, check list) redatti, a partire da un bisogno specifico di tutele, possono consentire di estrapolare puntuali soluzioni organizzative, tecnologiche, strutturali concretamente attuabili e trasferibili, per il miglioramento dello stato di salute e sicurezza del lavoratore in azienda. Tenendo conto di una valutazione combinata di evidenze quali ad esempio: l'andamento degli infortuni (anche mortali), l'andamento delle notifiche delle malattie professionali, le evidenze di non conformità rilevate nell'ambito delle pregresse attività di controllo, e le caratteristiche socio-economiche del tessuto produttivo regionale, è possibile individuare da parte di ogni Regione alcuni "ambiti" specifici, nei quali intervenire (con un PMP) secondo un approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore, ossia orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro) e ai lavoratori per il sostegno, l'autovalutazione e gestione dei rischi, facendo emergere l'opportunità e il bisogno di specifiche tutele (le cd soluzioni) non pienamente comprese ed applicate dalle imprese.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO 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. Wolfang 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 International del Trabajo – OIT. Guia de introduccion a los Sistemas Naccionales de Seguridad y Salud en el trabajo. Josè 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 indicatores de la inspeccion de trabajo y seguridad social" M. V. Fernàndez* 8. *Experiencias sobre indicatores de efficacia en las inspecciones europeas" SLIC. M. V. Fernàndez. Bilbao 10 luglio 2002* 9. *Le regolamentazioni comunitarie in materia di salute e sicurezza: un primo bilancio e alcune riflessioni. C. E. Triomphe, Dèlèguè Gènèral Universitè Europèenne 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. Boletin da Salud Laboral para Delegadas y Delegados de Prevenciòn de CC.OO. Edita: ISTAS. Insituto sindacal de trabajo, ambiente y salud. n. 33 julio 2006. Dossier: 100 anos de Ispeccion de Trabajo*		
OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**INTERSETTORIALITÀ**	1. 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	
	FORMAZIONE	2. Organizzare percorsi di formazione per le aziende individuate e percorsi di formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro	
	COMUNICAZIONE	3. Produrre report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate 4. Elaborare e diffondere documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi	
	EQUITÀ	5. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi	
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA		6. 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 un Piano Mirato di Prevenzione (PMP) in "settori" individuati in ciascuna Regione sulla base delle specificità territoriali (diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura)	
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP		**INTERSETTORIALITÀ**	**1. 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	**2. 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	**3. 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	**4. Lenti di equità** • Formula: adozione dell'HEA • Standard: Progettazione, applicazione e monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022 • Fonte: Regione
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA			**5. 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 • Standard: maggiore o uguale a 3 • Fonte: Regione ** Per attuazione del PMP si intende la completa esecuzione delle fasi ed attività indicate nello specifico paragrafo del MO4*

5.7 Programma predefinito PP7 "Prevenzione in edilizia ed agricoltura"

PROGRAMMA PREDEFINITO PP7 "PREVENZIONE IN EDILIZIA ED AGRICOLTURA"

TITOLO	**PP7 "Prevenzione in Edilizia ed Agricoltura"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- 4.4 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medie e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti - 4.5 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 - 4.8 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* - 4.9 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore - 5.3 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) - 5.4 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - 5.7 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 - 5.10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
LEA DI RIFERIMENTO	**DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica** **Area B Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati** - B.3 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica, relativamente ad edilizia rurale e interferenze con abitato - B.13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di prodotti fitosanitari **Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:** - C.1 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro - C.2 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali - C.3 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C.4 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C.5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - C.6: Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine **Area D Salute animale e igiene urbana veterinaria** - D.3 Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche, Geo-referenziazione delle aziende - D.6 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffusive animali
DESCRIZIONE	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 accadimen* *Gestione industria e servizi Analisi della numerosità degli infortuni - Dati rilevati al 30 aprile 2019 (Fonte: I*

Settore di attività economica	Anno di accadimento									
	2014		2015		2016		2017		201	
	valore assoluto	% sul totale settori	valore assoluto	%sul totale settori	valore assoluto	% sul totale settori	valore assoluto	% sul totale settori	valore assoluto	% su totale setto
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	3.167	0,74%	2.838	0,69%	2.628	0,63%	2.557	0,61%	2.492	0,6

F Costruzioni	39.220	9,17%	37.024	9,04%	36.097	8,72%	35.289	8,47%	34.555	8,34%	

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 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.

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.

SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI

Settore AGRICOLTURA

1. *Documento "Indirizzi 2013 del Comitato ex art. 5 Dlgs. 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 INAIL2017.* 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)*
OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**INTERSETTORIALITÀ**	1. 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 collegi professionali
	FORMAZIONE	2. Realizzazione di attività di formazione dei soggetti del sistema della prevenzione in agricoltura e in edilizia. 3. Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano la professionalizzazione degli operatori delle ASL
	COMUNICAZIONE	4. Realizzazione di un piano di comunicazione sulle principali criticità dei settori edilizia ed agricoltura 5. Favorire la digitalizzazione e diffondere la documentazione di indirizzo attraverso i portali web istituzionali, per favorire l'evoluzione/miglioramento dell'approccio organizzativo delle aziende per la gestione dei rischi 6. 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 7. Realizzazione di Campagne di comunicazione regionali di informazione e sensibilizzazione ad hoc
	EQUITÀ	8. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	9. 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 10. 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 11. 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)	
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**INTERSETTORIALITÀ**	**1. 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	**2. 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	**3. 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
	EQUITÀ	**4. Lenti di equità** • Formula: adozione dell'HEA • Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022 • Fonte: Regione

INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	**5. 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
	6. 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) - 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
	7. 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

5.8 Programma predefinito PP8 "prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro"

PROGRAMMA PREDEFINITO PP8 "PREVENZIONE DEL RISCHIO CANCEROGENO PROFESSIONALE, DELLE PATOLOGIE PROFESSIONALI DELL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL RISCHIO STRESS CORRELATO AL LAVORO"

TITOLO	**PP8 "Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- 4.1 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - 4.2 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori - 4.4 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medie e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti - 4.5 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 - 4.7 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* - 4.8 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* - 4.10 Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti - 4.11 Garantire la funzionalità di OCCAM incrociando i dati sanitari disponibili negli archivi regionali con le storie lavorative INPS - 4.12 Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e dei relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso - 4.13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti - 5.3 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) - 5.4 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - 5.5 Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione - 5.7 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 - 5.10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
LEA DI RIFERIMENTO	**DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 Prevenzione collettiva e sanità pubblica:** **Area C: Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:** - C1 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro - C2 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali - C3 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C4 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - C6 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine **Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:** - B4 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

DESCRIZIONE	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: - 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 cambianti 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 di 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, 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.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	1. *Estimating the burden of occupationalcancer: assessingbias and uncertainty. Hutchings S1, Rushton L1. OccupEnvironMed. 2017 Aug;74(8):604-611* 2. *The fraction of cancerattributable 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 ItalianSurveillance System for Occupatiobal Cancer: Characteristics, Initial Results and Future Prospects. Paolo Crosignani et al, Am J IndMed 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 UnitedStates 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 biomechanicaloverload and prevention of WMSDs: criteria, procedures and toolselectionin astep-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 SSLL* 13. *Linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori – Gruppo Tecnico Interregionale SSLLLa 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 e' 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*	
OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**INTERSETTORIALITÀ**	1. 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. 2. 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	
	FORMAZIONE	3. 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	
	COMUNICAZIONE	4. Produzione di report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate 5. Elaborazione e diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi (cancerogeno, ergonomico, psicosociale)	
	EQUITÀ	6. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA		7. 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) 8. Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti	
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**INTERSETTORIALITÀ**	**1. 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	**2. 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	**3. 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
	EQUITÀ	**4. Lenti di equità** • Formula: adozione dell'HEA • Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022 • Fonte: Regione
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	**5. 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 • 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	
	6. 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	

5.9 Programma predefinito PP9 "Ambiente, clima e salute"

PROGRAMMA PREDEFINITO PP9 "AMBIENTE, CLIMA E SALUTE"

TITOLO	**PP9 "Ambiente, Clima e Salute"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO 5 Ambiente, clima e salute**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- 5.1 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 - 5.2 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 - 5.3 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) - 5.4 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - 5.5 Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione - 5.6 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione - 5.7 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 - 5.8 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 - 5.9 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor, - 5.10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche - 5.11 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle acque attraverso l'adozione dei piani di sicurezza (PSA) - 5.12 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 - 5.13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari avversi causati dalla gestione dei rifiuti - 5.14 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 - 5.15 Promuovere l'applicazione di misure atte a ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica e nella gestione degli animali sinantropi e d'affezione - 1.18 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 - 4.1 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - 4.2 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori strettamente connesse alla salute globale del lavoratore - 4.10 Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti - 4.12 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

	- 4.13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti - 6.7 Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive - 6.14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti - 6.15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano - 6.25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario
LEA DI RIFERIMENTO	**DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":** **Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati** - B3: Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B5 Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni - B7 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo - B8 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 **Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:** - C3 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C4 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani **Area D: Salute animale e igiene urbana veterinaria** • D1 Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali • D4 Controllo sul benessere degli animali da reddito • D6 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffusive animali • D7 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 **Area E: Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori:** - E3 Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti - E13 Sorveglianza acque potabili **Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale** - F1: Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica
DESCRIZIONE	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 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.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO 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

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">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)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td colspan="2">1. 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</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td colspan="2">2. Promuovere la diffusione di conoscenze e di competenze di tutti gli operatori in ambito sanitario ed ambientale per promuovere un "Approccio globale alla salute"
3. Favorire l'adozione da parte della Comunità 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</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td colspan="2">4. Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td colspan="2">5. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td colspan="2">6. Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti
7. Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute
8. Promuovere la sicurezza e la tutela della salute nei cittadini, lavoratori e consumatori</td></tr>
<tr><td colspan="2">INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. 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
2. 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.</td></tr>
</table>

		• Standard: Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2023 • Fonte: Regione
	FORMAZIONE	**3. 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 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	**4. 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	**5. Lenti di equità** • Formula: adozione dell'HEA • Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022 • Fonte: Regione
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA		**6. 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
		7. 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 • Fonte: Regione
		8. 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

	9. 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
	10. Piani Regionali per l'amianto • Formula: Formalizzazione del Piano Regionale Amianto. • Standard: Approvazione del Piano Regionale Amianto entro il 2025 • Fonte: Regione
	11. 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
	12. *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
	13. 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

5.10 Programma predefinito PP10 "Misure per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza"

PROGRAMMA PREDEFINITO PP10 "MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA"

TITOLO	**PP10 "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO6 Malattie infettive prioritarie**
OBIETTIVI STRATEGICI ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- 6.24 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) e resistenti ai carbapenemi (CRE) - 6.25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale e in campo umano e veterinario (*One Health*) - 6.26 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità circa l'uso appropriato degli antibiotici - 6.27 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni ministeriali - 6.28 Sviluppare programmi di *Antimicrobical stewardship* (AS)
LEA DI RIFERIMENTO	**DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":** **Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali** - A1: Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive - A2: Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive **Area D -Salute animale e igiene urbana veterinaria** - D8: Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza **Allegato 2 Assistenza distrettuale** **Allegato 3 Assistenza ospedaliera**
DESCRIZIONE	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). 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.	
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO 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*	
OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**INTERSETTORIALITÀ**	1. 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
	FORMAZIONE	2. Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze 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

	COMUNICAZIONE	3. 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	
	EQUITÀ	4. Orientare gli interventi per garantire l'equità nel Paese aumentando la consapevolezza nelle diverse comunità, nella popolazione e nelle categorie maggiormente a rischio	
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA		5. 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	
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP		INTERSETTORIALITÀ	**1. 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
		FORMAZIONE	**2. 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	**3. 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: Regioni
		EQUITÀ	**4. Lenti di equità** • Formula: adozione dell'HEA • Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022 • Fonte: Regione
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA			**5. 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) • Fonte: Regione/ISS
			6. 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

	7. 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 il 2023) • Fonte: Regione
	8. Sorveglianza e monitoraggio (d): • Formula: % laboratori regionali (pubblici e privati) coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia • Standard: Elenco di laboratori, con verifica annuale di graduale aumento di partecipazione (entro il 2025) • Fonte: Regione
	9. Sorveglianza e monitoraggio (d): • 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
	10. 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 • **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 • **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, con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo • Fonte Regione/ASL/Ordini Professionali • **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
	11. 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

	12. 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
	13. 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 • Standard:100% (ANNUALE) • Fonte: Regione
	14. 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
	15. 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
	16. 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 sanitarie-Ospedali) x 100 • Standard: 100%, entro il 2025 • Fonte: Regione
	17. 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 2022) • Fonte: Regione
	18. 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 ** Modalità di calcolo: Ogni ospedale deve disporre di una sorveglianza del consumo di prodotti idroalcolici in litri/1.000 giornate di degenza ordinaria, stratificato per le discipline maggiormente interessate dal fenomeno dell'AMR (terapia intensiva, medicina, chirurgia, ortopedia).*

	19. 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% (a partire dal 2024) • Fonte: Regione

CAPITOLO 6: Schede descrittive dei Progetti Regionali

Introduzione

Nel presente capitolo vengono presentati alcuni Progetti Regionali che definiscono le azioni a supporto di alcuni Macro Obiettivi del PNP 2020-2025 ed ai relativi Programmi Predefiniti di riferimento. Tali progetti, oltre a permettere di uniformare l'attività di pianificazione a livello regionale, concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute ritenuti prioritari.

I progetti presentati nel presente capitolo, realizzati da gruppi di lavoro multi-disciplinari e multi-professionali, sono stati sviluppati nel rispetto dei principi della trasversalità e della intersettorialità, come previsto dal PNP 2020-2025, e con il presente piano transitorio assumono valenza regionale. Alcuni progetti sono di nuovo impianto, altri sono realizzati dalle AA.SS.PP. in continuità con le azioni intraprese nel precedente PRP, che nel presente piano vengono riformulati secondo gli obiettivi del PNP 2020-2025.

Per ciascun progetto è indicato:

- Il titolo
- Il Programma Predefinito di riferimento
- Il macro obiettivo e gli obiettivi strategici soddisfatti dalle azioni
- I LEA
- La descrizione del progetto
- Il gruppo di riferimento
- Il setting
- Sintesi delle principali evidenze e/o buone pratiche di riferimento e relative fonti
- Le azioni principali
- Gli obiettivi relativi alle azioni trasversali
- Gli obiettivi specifici del programma
- Indicatori di monitoraggio

La realizzazione dei progetti Regionali è appannaggio delle AA.SS.PP. del territorio Regionale; il Dipartimento di Prevenzione ne garantisce il ruolo di stewardship e governance e dovrà essere sostenuto dalla Direzione Generale e Sanitaria dell'ASP attraverso il coinvolgimento delle strutture aziendali interessate dalle azioni del PRP.

6.1 Progetto regionale a supporto del Programma Predefinito PP 1 "Scuole che promuovono salute"

6.1.1 PR 1 "Sviluppo delle competenze in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro nel contesto scolastico"

TITOLO	**Sviluppo delle competenze in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro nel contesto scolastico**
MACRO OBIETTIVO DI RIFERIMENTO	**MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali**
OBIETTIVO STRATEGICO	**4.6 "Favorire nei giovani l'acquisizione di competenze specifiche in materia di SSL"**
OBIETTIVI STRATEGICI ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	2.1 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 2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui 2.3 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti 4.6 Favorire nei giovani l'acquisizione di competenze specifiche in materia di SSL
LEA DI RIFERIMENTO	**DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica" - Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:** ▪ C.2Cooperazionedelsistemasanitarioconaltreistituzioniedconlerappresentanz esindacaliedatoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali ▪ C.3 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro ▪ C.4 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro ▪ C.5Prevenzionedellemalattielavorocorrelateepromozionedeglistilidivitasani
DESCRIZIONE	Il PNP 2014-2019 ha investito sul coinvolgimento dell'istituzione scolastica per lo sviluppo delle competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro nei futuri lavoratori, come strumento efficace anche in termini di prevenzione. Il PNP 2020-2025 intende rafforzare la collaborazione con la scuola affinché, in coerenza con la declinazione di "Cittadinanza e Costituzione" e con le "Linee di indirizzo di policy integrate per la Scuola che promuove salute", i giovani acquisiscano conoscenze e competenze specifiche in materia di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, che potranno utilizzare quando saranno inseriti nel mondo del lavoro, attuandone la promozione in tutte quelle situazioni pratiche e preventive di alternanza scuola. Anche la Regione Siciliana riconosce che una scuola che promuove salute e sicurezza favorisce un processo di acquisizione di conoscenze e competenze tali da consentire alle popolazioni future un maggior controllo sul loro livello di salute e sicurezza ed offrire i mezzi necessari per migliorarlo. La scuola, dopo la famiglia, è il nucleo più importante nella vita di un individuo, il luogo dove egli impara e si forma, dove costruisce un pensiero e modella il proprio carattere. E l'attività di formazione rappresenta sicuramente uno degli strumenti più efficaci per la prevenzione in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, e l'ambiente scolastico rappresenta il luogo ideale nel quale strutturare, articolare ed

	approfondire queste tematiche affinché gli studenti, che saranno i lavoratori di domani, possano acquisire conoscenze e competenze specifiche in materia di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali. Il programma "Sviluppo delle competenze in SSLL nel contesto scolastico" è rivolto al mondo della scuola, ponendo particolare attenzione ai docenti, ai quali è riconosciuto il ruolo di leader educativi, e agli studenti, i lavoratori di domani che pertanto devono acquisire oggi conoscenze e competenze specifiche in materia di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, da poter utilizzare quando saranno inseriti nel mondo del lavoro e nei "*Percorsi per le Competenze Trasversali e l'Orientamento - P.C.T.O.",* già nota "A*lternanza scuola – lavoro"*. Il programma mira altresì a rafforzare sempre più la collaborazione tra istituzioni e scuola attraverso percorsi di assistenza, informazione e formazione rivolti a tutto il personale scolastico coinvolto.
TARGET	▪ Studenti ▪ Docenti e RSPP delle scuole ▪ Dirigenti scolastici ▪ Personale scolastico
SETTING	▪ Ambienti scolastici ▪ Ambienti di lavoro
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	Le evidenze mostrano che: • La promozione della salute e sicurezza è un processo di empowerment individuale e sociale e per tal motivo gli studenti devono acquisire conoscenze e competenze specifiche in materia di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, che potranno utilizzare quando saranno inseriti nel mondo del lavoro e i docenti, ai quali è riconosciuta la leadership educativa, dovranno integrare nei loro percorsi didattici e formativi temi sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; • La sicurezza e la salute della forza lavoro di domani dipendono dall'integrazione dei temi della SSLL nell'istruzione di oggi, che non devono essere argomento per le sole discipline tecnico-scientifiche, ma anche per discipline umanistiche: letteratura o storia dell'arte, ciò comporta l'integrazione del tema della SSLL in maniera trasversale lungo tutto il percorso scolastico; • Un curricolo scolastico che prevede l'acquisizione e lo sviluppo di competenze in materia di salute e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro, oltre che costituire un'opportunità di arricchimento per gli studenti, si configura come uno strumento funzionale all'occupazione; • Alunni e studenti, grazie a modelli di apprendimento orientati all'acquisizione di competenze e abilità, possono intraprendere un percorso di crescita volto ad acquisire in modo responsabile, nel processo di valutazione del rischio, i concetti di pericolo e danno. Questo per elevare il livello di sicurezza, proprio ed altrui; In particolare, lo sviluppo di competenze è considerato un delle strategie più efficaci per favorire sia processi di apprendimento sia lo sviluppo di stili di vita sani e sicuri. Inoltre, vi sono chiare evidenze sul fatto che l'ambiente scolastico influenzi fortemente la salute degli studenti in termini sia positivi sia negativi. Infine, risulta cruciale il dialogo crescente e costante tra la Scuola e la Sanità.

1. *Agenzia europea per la salute e sicurezza e la salute sul lavoro (OSHA Europa, 2004), Main streaming occupational safety and health into education: good practice in school and vocational education. Tradit: Integrazione della salute e sicurezza e della salute sul lavoro nel sistema educativo: esempi di buone pratiche nella scuola e nella formazione professionale. https://osha.europa.eu/it/publications/reports/313*
2. *Agenzia europea per la salute e sicurezza e la salute sul lavoro (OSHA Europa, 2012), Occupationalsafety and health and education: a whole school approachhttps://osha.europa.eu/en/publications/reports/occupational-safetyand-health-and-education-a-whole-school-approach*
3. *Agenzia europea per la salute e sicurezza e la salute sul lavoro (OSHA Europa, 2012), Strategie di formazione per insegnanti nell'ambito dell'educazione al rischio. https://osha.europa.eu/it/publications/factsheets/103*
4. *Bond L, Patton GC, Glover S, Carlin JB, Butler H, Thomas L et al.(2004), "The Gatehouse Project: can a multilevel school intervention affect emotional well being and health risk behaviours?" Journal of Epidemiology and Community Health; 58: 997–1003.*
5. *Bortolotti S et al. (2005), Progetto pilota per lo sviluppo della cultura della salute e della salute e sicurezza nella scuola di un territorio circoscritto. In Prevenzione oggi, 1 (3-4), pp. 25-5. http://www.ispesl.it/biblionweb/biblioDEP/R15/I629.pdf*
6. *Commissione europea, (2002), Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e della società: una nuova strategia comunitaria per la salute e la salute e sicurezza 2002-2006, COM118 def., pagg. 9 e 17.*
7. *De Santi A., Guerra R., Morosini P (a cura di) (2008), La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni: ISS, IV, 174 p. Rapporti ISTISAN 08/1*
8. *DORS (2011), Report "Scuola e salute e sicurezza: dall'esperienza di un lavoro in rete raccomandazioni pratiche a supporto della progettazione" In: http://www.dors.it/alleg/newcms/201109/ScuolaeSalute e sicurezza_2011.pdf*
9. *International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (2012), "promuovere la salute a scuola: dall'evidenza all'azione "Favorire il dialogo tra il settore sanitario e quello scolastico per favorire la promozione e l'educazione alla salute nella scuola http://www.scuolapromuovesalute.it/files/Facilitare-il-dialogo-tra-settore-sanitarioe-quello-scolastico-per-favorire-la-promozione-e-l-educazione-allasalute_IUHPE-2012.pdf*
10. *I film di Napohttp://www.napofilm.net/it/napos-films*
11. *INDIRE Istituto Nazionale Documentazione Innovazione e Ricerca Educativa, sezione Cittadinanza, costituzione Salute e sicurezza http://www.indire.it/ccs/*
12. *Rete delle Scuole che promuovono Salute http://www.scuolapromuovesalute.it*
13. *legge 107/2015 "Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti – LA BUONA SCUOLA"*

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">14. Decreto195/2017“Regolamento recante la Carta dei diritti e dei doveri degli studenti in alternanza scuola-lavoro e le modalità di applicazione della normativa per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro agli studenti in regime di alternanza scuola-lavoro”
15. AccordoStatoRegioni17.01.2019“IndirizzidipolicyintegrateperlaScuolachepromuovesalute” Ministero della Salute – Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca.
16. Quaderno operativo per la formazione dei docenti-formatori – Area Tutela della SSL – ASP CT</td></tr>
<tr><td rowspan="4">OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>▪ 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</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td>▪ Promuovere la diffusione di conoscenze ed acquisizione di competenze in SSL che favoriscono 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 tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro;
- garantire opportunità di informazione / formazione a dirigenti, insegnanti, studenti, altro personale della scuola e altri stakeholder</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td>▪ Supportare le istituzioni scolastiche e gli studenti nei percorsi di Alternanza Scuola – Lavoro - PTCO (Percorsi Per le Competenze Trasversali e l’Orientamento) mediante la diffusione di strumenti e materiali didattici di supporto ai docenti nella progettazione dei percorsi didattici e formativi per le classi e gli studenti, offrendo loro spunti di ricerca “alternativi” e “accattivanti” che trattano i temi della SSL e stimolano il dibattito docenti-alunni su aspetti specifici;
▪ Adesione Regionale alla giornata nazionale “Sicurezza nelle scuole” che si celebra il 22 novembre di ogni anno, anche in collaborazione con USR.</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td>▪ Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative</td></tr>
</table>

		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 sicuri, favorendo nei giovani l'acquisizione di competenze specifiche in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute e sicurezza.
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	▪ Progettare/implementare offerta formativa per il target scolastico: dirigenti, docenti e studenti con l'obiettivo di far acquisire conoscenze e competenze sui rischi e pericoli presenti negli ambienti di lavoro e sulle metodologie per la loro valutazione; ▪ Realizzare attività formativa.	
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**INTERSETTORIALITÀ**	**INTERSETTORIALITÀ** ***Accordi intersettoriali*** ▪ ***Formula 1***: Accordo regionale (5 anni) tra Assessorato Sanità e MIUR-USR ,per la governance del documento "Indirizzi di Policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" in cui la scuola, luogo di apprendimento e di sviluppo di competenze, si configuri come un contesto sociale in cui agiscano determinanti di salute riconducibili all'ambiente formativo, sociale, fisico ed organizzativo ed in cui la Scuola assuma titolarità nel governo di tali determinanti e attivi piani di miglioramento continuo, attingendo a tutte le opportunità che il sistema regionale rende disponibili in termini di collaborazioni e risorse, così che benessere e salute diventino reale "esperienza" nella vita delle comunità scolastiche ▪ ***Standard 1***: 1 Accordo entro il 2022 ▪ ***Fonte***: Regione/DASOE/MIUR-USR --- ▪ ***Formula 2***: Protocollo d'intesa tra ASP e USR-Ambito territoriale per ciascuna provincia, quale strumento operativo che assicuri il coordinamento inter-istituzionale e che individui gli ambiti di intervento di interesse prioritario, coerentemente con i programmi e le azioni del PRP 2020-2025 dell'Assessorato Regionale della Salute. ▪ ***Standard 2*:** 1 Accordo per ogni provincia entro il 2022, anche in prosecuzione di quelli già esistenti; ▪ ***Fonte*:** ASP/USR- Ambito Territoriale per ciascuna

		provincia.
	FORMAZIONE	Realizzazione di un percorso di formazione regionale per gli operatori del SSR e / o USR, insegnanti e altri stakeholder anche in collaborazione con il CEFPAS ▪ ***Formula:*** presenza di offerta formativa, operatori del SSR e / o USR, 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, a partire dal 2022 ▪ ***Fonte***: Regione / MIUR - USR
	COMUNICAZIONE	▪ ***Formula*** Istituzione giornata regionale "Sicurezza nelle scuole" (22 novembre), anche in collaborazione con USR. ▪ ***Standard*****:** realizzazione della giornata nel 2021 ▪ ***Fonte***: Regione e MIUR - USR
	EQUITÀ	**Lenti di equità** ▪ ***Formula:*** adozione dell'HEA ▪ ***Standard:*** Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021 ▪ ***Fonte:*** Regione
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	Progettare e realizzare offerta formativa per il target scolastico (anche in modalità FAD): dirigenti, docenti e studenti con l'obiettivo di far acquisire conoscenze e competenze sui rischi e pericoli presenti negli ambienti di lavoro e sulle metodologie per la loro valutazione. Scuole raggiunte dal Programma: ▪ ***Formula:*** (N. Scuole (*) che realizzano almeno n. 1 intervento di formazione/informazione) / (N. Scuole presenti sul territorio) *100 ▪ ***Standard:*** Almeno il 10% entro il 2021 ▪ ***Fonte:*** Regione/ AASSPP /USR- Ambito Territoriale per ciascuna provincia ***** *Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola*	

6.2 Progetti Regionali a supporto del Programma Predefinito PP2 "Comunità Attive"

6.2.1 PR 2 "Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per M.C.N.T. e/o affetti da patologia cronica in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità"

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT), quali malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, problemi di salute mentale, disturbi muscolo scheletrici, restano le principali cause di morte a livello mondiale e sono responsabili per quasi il 70% delle morti, la maggior parte delle quali si verifica nei Paesi a basso e medio reddito. Consumo di tabacco, errate abitudini alimentari, insufficiente attività fisica, consumo rischioso e dannoso di alcol, insieme alle caratteristiche dell'ambiente e del contesto sociale, economico e culturale rappresentano i principali fattori di rischio modificabili, ai quali si può ricondurre il 60% del carico di malattia (Burden of Disease), in Europa e in Italia. L'ambiente, nella sua accezione più completa e complessa, comprensiva di stili di vita e condizioni sociali ed economiche, è un determinante fondamentale per il benessere psicofisico e quindi per la salute delle persone e delle popolazioni. Molti processipatologici trovano una loro eziopatogenesi in fattori ambientali. La metà della popolazione mondiale, inoltre,vive in città e nella popolazione urbana si osserva un significativo aumento delle MCNT, fenomeno che l'OMSha definito "la nuova epidemia urbana", tale da compromettere la qualità della vita delle generazioni future e anche lo sviluppo economico e la prosperità delle città. Negli ultimi decenni in Italia, con l'invecchiamento progressivo della popolazione, si è registrato un aumento dell'aspettativa di vita, legato al miglioramento delle condizioni sociali e ai progressi nella diagnosi precoce e nella cura delle malattie. Nel 2018 la speranza di vitaalla nascita ha raggiunto 80,8 anni per gli uomini e 85,2 anni per le donne. Tale fenomeno non sempre è accompagnato da un aumento degli anni di vita in buona salute e mediamente circa 20 anni sono vissuti in condizioni di salute precarie o in condizioni di disabilità. Per le donne, in particolare, la maggiore longevità spesso si associa a grave riduzione di autonomia. Nel 2018 (dati Istat), il 49% dei 65-74enni riferisce almeno due patologie croniche a fronte del 65,7% degli ultra 75enni. La presenza di patologie cronico-degenerative ed il dolore fisico che spesso le accompagna condizionano notevolmente le normali attività quotidiane degli anziani, comportando una progressiva riduzione nell'autonomia.

Il PNP 2020/2025 inserisce le M.C.N.T. nel M.O.1, il programma libero Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per M.C.N.T. e/o affetti da patologia cronica in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità sviluppa l'obiettivo strategico 1.17. ed è incluso nel redigendo PRP 2020-2025.

TITOLO	**IDENTIFICARE PRECOCEMENTE E PRENDERE IN CARICO I SOGGETTI IN CONDIZIONI DI RISCHIO AUMENTATO PER M.C.N.T. E/O AFFETTI DA PATOLOGIA CRONICA IN RACCORDO CON LE AZIONI DEL PIANO NAZIONALE CRONICITÀ** Progetto P.R.P. 2014-2019 ASP Palermo – ASP Catania
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**M.O.1 MCNT**
OBIETTIVO STRATEGICO	**Obiettivo strategico 1.17** PROGRAMMA PREDEFINITO di riferimento: **PP2** "COMUNITÀ ATTIVE. Obiettivi strategici trasversali con: **PP3** "LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO SALUTE"; **PP9** AMBIENTE, CLIMA E SALUTE.
OBIETTIVI STRATEGICI ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	1.17 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. 1.18 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. 2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui. 2.3 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti. 2.6 Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno. 5.1 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. 5.2 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. 5.8 Promuovere e supportare interventi intersettoriali per 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.

LEA DI RIFERIMENTO	DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica: Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: F1 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". F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella Popolazione. F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale. F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcool F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari **Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati** B3 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica. B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato. **Area C: Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro** C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani.
DESCRIZIONE	**IDENTIFICARE PRECOCEMENTE E PRENDERE IN CARICO I SOGGETTI IN CONDIZIONI DI RISCHIO AUMENTATO PER M.C.N.T. E/O AFFETTI DA PATOLOGIA CRONICA IN RACCORDO CON LE AZIONI DEL PIANO NAZIONALE CRONICITÀ. (M.O. 1.17)** Il Programma, valorizzando le progettualità delle ASP regionali sviluppate con il precedente PRP 2014-2019, riportate nel volume "Un Lustro Di Salute" edito dalla Regione Sicilia, ed integrandole alle indicazioni del PNP 2020-2025, intende consolidare ed implementare un programma da attuare **omogeneamente** in ambito regionale secondo obiettivi condivisi e misurabili. Nell'affrontare la sfida della promozione della salute per la prevenzione delle MCNT il programma si avvarrà di un approccio combinato tra**: strategie volte alla comunità in generale** al fine di sviluppare l'empowerment collettivo, e **strategie rivolte all'individuo** per l'identificazione precoce di soggetti a rischio e/o l'identificazione di malattie in fase precoce, per la realizzazione di interventi di prevenzione

TARGET	efficaci centrati sulla persona, personalizzati per livelli di rischio e di genere. Propone il Percorso di Prevenzione Diagnostico Educativo - **PPDE**-integrato Percorso Preventivo e Terapeutico Assistenziale Integrato PPTAI al PDTA in raccordo con le azioni del Piano NazionaleCronicità. Ha sviluppato una piattaforma informatizzata per la raccolta, la gestione e l'analisi dei dati. Il programma si rivolge a soggetti di età compresa trai i **18 e i 68 anni**, arruolati attraverso modalità descritte nel programma di screening di seguito riportati. Il programma inoltre, in linea con i principi di equità, è esteso ai detenuti e agli operatori degli Istituti Penitenziari delle tre Aree Metropolitane (Catania – Messina - Palermo), e ai soggetti portatori di handicap. Criteri di esclusione: presenza di malattia cronica.
STRATEGIE DI COMUNITÀ/ STRATEGIE INTERSETTORIALI	La promozione della salute e la prevenzione delle MCNT nel contesto comunitario sono azioni determinanti per l'avvio di un processo di cambiamento degli errati stili di vita. Le UU.OO. Educazione e Promozione della Salute in accordo con Dipartimento di Prevenzione, i Distretti Sanitari e la Medicina di Base, secondo un accordo intersettoriale, si occuperanno di: • promuovere il potenziamento dell'attività di comunicazione alla popolazione e a suoi specifici sottogruppi, attraverso programmi e interventi volti ad aumentare l'Health Literacy del cittadino; • creare e attivare reti e alleanze intersettoriali per la realizzazione di attività di empowerment di comunità e la capacity building a supporto dello sviluppo di comunità resilienti e di ambienti favorevoli alla salute, con il coinvolgimento di tutti i livelli interessati; • promuovere e supportare interventi intersettoriali per 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; • sviluppare strategie multi settoriali volte a favorire l'integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, sportive, turistiche, culturali, economiche e ambientali.
STRATEGIE SULL'INDIVIDUO	La *persona al centro* è uno dei temi più ricorrenti delle politiche sanitarie e socio-sanitarie introdotte in questi ultimi anni a livello nazionale ed internazionale, in particolare di "Salute 2020"[2]. Il PNP 2020-2025 intende consolidare l'attenzione alla centralità della persona, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a

migliorare l'*Health literacy* (alfabetizzazione sanitaria) ossia *il grado con cui gli individui hanno la capacità di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e usufruire dei servizi necessari per rendere adeguate le decisioni di salute* (OMS) e ad accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività (*empowerment)* e di interagire con il sistema sanitario *(engagement)* attraverso relazioni basate sulla fiducia.
Nonostante le strategie nazionali di prevenzione delle MCNT tengano in considerazione tutti i fattori di rischio e i determinanti che influenzano la salute delle persone, molte delle azioni sinora intraprese nelle aree della prevenzione, della diagnosi e della terapia delle MCNT e delle loro complicanze hanno avuto spesso carattere frammentario. In particolare, "prevenzione" e "cura" sono state a lungo considerate strategie distinte, appannaggio quasi esclusivo delle autorità sanitarie pubbliche per gli aspetti preventivi e del clinico per i trattamenti. **Il controllo delle MCNT**, invece, **richiede un approccio multidisciplinare**, **con un ampio spettro di interventi coordinati a differenti livelli, per prevenirne l'insorgenza, assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o ancora allo stadio iniziale di malattia al fine di rallentare la progressione della malattia anche con interventi comportamentali.** Da quanto sopra, risulta evidente la necessità di dotarsi di un sistema organizzato di governance e accountability della prevenzione in grado di gestire e monitorare l'obiettivo**.**

Azioni preliminari:

Ruolo fondamentale nell'offerta di salute al soggetto individuato, in un'ottica di genere, è svolto dal TEAM multidisciplinare ed intersettoriale dedicato e opportunamente formato, che lo accompagna, a seconda del livello di rischio di partenza, nella scelta di comportamenti corretti per la salute, attraverso l'offerta del consiglio breve, e lo orienta, al Percorso di Prevenzione Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la presa in carico dei bisogni globali. Pertanto e necessario preliminarmente:

- Individuare e formare il TEAM Aziendale Multiprofessionale, Intersettoriale, dedicato;
- Adottare il programma di screening organizzato e strutturato, da applicare in maniera omogenea in ambito regionale, che consenta di Identificare precocemente i soggetti di età compresa tra i 18 e i 68 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità;
- implementare il Percorso di Prevenzione e Promozione ai corretti stili di vita per i soggetti con fattori di rischio modificabili positivi, e il PDTA per i soggetti con fattori di rischio intermedi positivi e/o con patologia.

Azioni sul soggetto a rischio per MCNT

1° Step
Arruolamento
Rientrano nel progetto tutti **i soggetti sani o apparentemente sani** che non hanno sviluppato malattia cronica.
Ai soggetti che aderiranno allo screening su base volontaria, previa campagna di informazione, verrà effettuato:

- il rilevamento dei dati anagrafici previa acquisizione del consenso informato, tramite modello ASP;
- l'anamnesi familiare e clinica;
- la rilevazione dei dati antropometrici;
- inoltre verranno somministrati questionari validati per la definizione del rischio.

Criteri di esclusione: presenza di malattia cronica

Setting, ambiente di lavoro.

2° Step

Definizione del rischio
La definizione del rischio viene effettuata coerentemente a studi EBP, ed è inserita nella piattaforma informatizzata

Attivazione del PPDE (Percorso di Prevenzione Diagnostico Educativo) in funzione del rischio.

a. Soggetti non a rischio: rilascio certificazione, invio mail al curante
b. Soggetti positivi ad uno/ due fattori di rischio modificabili (non includenti entrambi: alimentazione e sedentarietà):
   - offerta consiglio breve per il contrasto del tabagismo e del consumo rischioso e dannoso di alcool e la promozione di una sana alimentazione e attività fisica
c. Soggetti positivi a due (alimentazione non adeguata-, vita sedentaria) /o più fattori di rischio modificabili e soggetti positivi a fattori di rischio intermedi:
   - offerta consiglio breve
   - promozione competenze e comportamenti salutari anche in un'ottica di genere: health literacy, empowerment ed engagement, attraverso il percorso educativo/formativo
   - esecuzione test di screening per eventuale integrazione con il secondo livello assistenziale: questionario Toumileto per il rischio di diabete, carta del rischio per il rischio cardiovascolare, questionario GOLD per il rischio malattie respiratorie, questionario A.U.D.T.-C x rischio alcool
   - esecuzione esami in regime di esenzione, presso i laboratori delle AA.SS.PP.

	3° Step Integrazione del PPDE con il PDTA - secondo livello assistenziale - in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità. • invio al secondo livello assistenziale, visita specialistica • attivare le procedure e i percorsi preventivo terapeutico assistenziali integrati con interventi per le persone già affette da patologia, anche considerando le situazioni di multi patologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura.	
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**	1. World Health Organization (WHO). Non communicable diseases country profiles, 2011 (www.who.int/...). 2. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Health at a Glance: Europe 2010 (dx.doi.org/10.1787/...). 3. World Health Organization (WHO). 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases (whqlibdoc.who.int/...). 4. Ministero della Salute. Conferenza dei Ministri della Salute dell'UE "La salute in tutte le politiche" (www.salute.gov.it/...). 5. Ministero della Salute. Centro Nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM). Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari (www.ccm-network.it/GS_intro). 6. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of non communicable diseases 2012-2016 (www.euro.who.int/...). 7. International Union for Health promotion and Education (IUHpE). advocating for health promotion approaches to non-communicable diseases prevention (www.iuhpe.org/...). 8. Kickbusch I, Buckett K (Ed.). *Implement health in all policies, Adelaide 2010* (www.who.int/...). 9. International Union for Health promotion and Education (IUHpE). Developing competencies and professional standards for health promotion capacity building in Europe (CompHp) (www.iuhpe.org/...). 10. www.guadagnaresalute.it/convegni/venezia2012.asp. 11.Quaderni del ministero. Dichiarazione politica della riunione ad alto livello dell'Assemblea Generale delle Nazioni unite sulla prevenzione e il controllo delle Malattie Croniche Non Trasmissibili New York, 19-20 settembre 2011 12. Global Status Report on non-communicable diseases 2014; World Health Organization 2014. 13.Piano Nazionale delle Cronicità 2016. 14.Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018.	
OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI	**INTERSETTORIALITÀ**	• Attivare la creazione di reti inter-istituzionali e di collaborazioni tra organizzazioni sanitarie e non sanitarie miranti alla diffusione di messaggi corretti, sostenuti da evidenze

		scientifiche, contrastando la diffusione di informazioni contraddittorie e/o ingannevoli (*fake news*); • Attivare protocolli d'intesa per l'attivazione di ambienti di lavoro che promuovono salute
	FORMAZIONE	• Organizzare percorsi di formazione comune rivolta ai professionisti dei settori coinvolti, per lo sviluppo di conoscenze, competenze, consapevolezze e la condivisione di strumenti per la promozione di uno stile di vita sano e attivo. • Organizzare percorsi di formazione al counseling breve per gli operatori del SSN coinvolti. • Organizzare percorsi formativi per l'attività motoria secondo le linee guida. • Organizzare percorsi formativi per la dieta mediterranea.
	COMUNICAZIONE	• Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder. • Sviluppare e divulgare al livello regionale le campagne di informazione inerenti il programma: • Giornata mondiale attività fisica: 6 aprile; • World Health day:7 aprile; • Alcohol Prevention Day: 14 aprile • Giornata mondiale senza tabacco: 31 maggio • Giornata mondiale dieta Mediterranea: 21 settembre; • Giornata mondiale one health: 3 novembre; • World obesity day: 4 marzo; • Giornata mondiale dell'alimentazione:16 ottobre
	EQUITÀ	• Estendere il programma ai detenuti e agli operatori degli Istituti Penitenziari

		delle tre aree metropolitane (Catania – Messina – Palermo) • Estendere il programma ai portatori di Handicap
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	**Obiettivi di comunità**: • promuovere le attività di comunicazione alla popolazione e a suoi specifici sottogruppi, attraverso programmi e interventi volti ad aumentare l'*empowerment* del cittadino; • sostenere interventi di formazione sulla comunicazione rivolti a operatori e professionisti sanitari affinché siano in grado di favorire la diffusione di contenuti scientificamente corretti, svolgere azione di *advocacy* con la comunità e con i portatori di interesse della stessa e acquisire competenze (es. per il colloquio motivazionale breve; • sostenere la creazione di reti inter-istituzionali e di collaborazioni tra organizzazioni sanitarie e non sanitarie miranti alla diffusione di messaggi corretti, sostenuti da evidenze scientifiche, contrastandola diffusione di informazioni contraddittorie e/o ingannevoli (*fake news*); • riconoscere la comunicazione come strumento per favorire l'equità nelle politiche intersettoriali; • Promuovere e supportare interventi intersettoriali per 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. **Obiettivi sull'individuo:** **Adottare formalmente il Programma Libero Regionale a supporto dell'obiettivo strategico 1.17** • Individuare, contestualmente, il TEAM dedicato che si dedicherà a • individuare precocemente il soggetto a rischio per MCNT e/o con patologia; • offrire il consiglio breve individuale sul rischio evidenziato • attivare interventi efficaci incentrati sulla persona, health literacy, in un'ottica di genere; • assicurare accertamenti diagnostici in esenzione; • attivare interventi strutturati di esercizio fisico; • promuovere la sana alimentazione per favorire stili di vita salutari; • avviare i soggetti con patologia al secondo livello assistenziale.
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE	**1. Accordi intersettoriali** • ***Formula***: presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri Stakeholder.

AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	• ***Standard***: almeno 1 Accordo regionale entro il 2021. • ***Fonte***: Regione.
	2. 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 2021. • ***Fonte***: Regione.
	3. 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 2021. - realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, a partire dal 2021. • ***Fonte***: Regione.
	4. Comunicazione ed informazione • ***Formula***: Disponibilità e realizzazione di interventi di comunicazione e d informazione rivolti sia alla popolazione sia ai diversi stakeholder. • ***Standard***: Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2021. • ***Fonte***: Regione.
	5. Lenti di equità (in attesa di indicazioni da parte del ministero) • ***Formula***: adozione dell'HEA • ***Standard***: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021 • ***Fonte***: Regione
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	**6. Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età** • ***Formula***: (N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASP, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per Giovani e Adulti 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***: 10% Comuni entro il 2021; • ***Fonte***: Regione

	7. Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione target, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche • ***Formula***: (N. ASP 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 ASP) *100 • ***Standard***: 30% ASP entro il 2021; • ***Fonte***: Regione **8. 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 "salutogeni" • ***Standard***: rappresentanza socio-sanitaria in almeno un tavolo tecnico interistituzionali secondo la programmazione delle politiche regionali di sviluppo • ***Fonte***: Regione

Allegato 1
Programma di screening organizzato e strutturato per l'individuazione del soggetto a rischio per MCNT.

Allegato 2
Percorso di Prevenzione Diagnostico Terapeutico Assistenziale

INQUADRAMENTO RISCHIO	**Si**	**NO**
Soggetto Non a rischio per M.C.N.T.		
Soggetto con Fattori di Rischio Modificabili		
Soggetto con Fattori di Rischio Intermedi		
Soggetto con Fattori di Rischio Modificabili ed Intermedi e/o patologia		

M.O. 1 Prevenzione Malattie Croniche Non Trasmissibili

SCHEDA RILEVAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI ED INTERMEDI PER MCNT

estratta dal data base Piattaforma Fa.Ri.

Cognome		
Nome		
Data di nascita		
Altezza cm	Peso Kg	B.M.I.
Circonferenza Vita cm		
P.A.O. mmHg		
Medico di Medicina Generale		

FAMILIARTITÀ PER M.C.N.T.	**SI**	**NO**
Malattie Cardiovascolari		
Ipertensione Arteriosa		
Obesità		
Diabete		
Malattie Respiratorie		

VALUTAZIONE FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI	**SI**	**NO**
Alimentazione Non Adeguata Dato ricavato dal questionario di adesione alla dieta mediterranea Questionario PREDIMED		
Attività Fisica Non Adeguata Fai meno di 30 minuti di attività fisica moderata 5 volte a settimana oppure meno di 1 ora di attività fisica 3 volte la settimana?		

Fumo di sigarette Sei Fumatore?		
Consumo di alcool Bevi superalcoolici e/o vino in quantità superiore a 2 bicchieri al giorno?		
Consumo di sale Consumi più di 5 grammi di sale al giorno?		
VALUTAZIONE FATTORI DI RISCHIO INTERMEDI	**Si**	**NO**
Ipertensione Sai di avere valori di pressione alterati?		
Diabete Sai di avere valori di glicemia alterati?		
Dislipidemia Sai di avere valori di colesterolo e/o trigliceridi alterati?		
Sovrappeso/Obesità Dato rilevato dal B.M.I.		

6.2.2 PR 3 "Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità"

Progetto Regionale riferentesi alla progettualità realizzata dall'ASP di Palermo con il precedente PRP

TITOLO	**Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità** Programma PRP 2014-2019 ASP 6 Palermo
MACRO OBIETTIVI DI RIFERIMENTO DEL PROGRAMMA **OBIETTIVO STRATEGICO**	**MO 1 MCNT** **Obiettivo strategico 1.19** **PP2 Comunità attive** **PP5 "Sicurezza negli ambienti di vita**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	1.19 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di fragilità aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità. 1.18 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. 2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui. 2.3 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti. 2.6 Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno. 5.1 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. 5.2 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. 5.8 Promuovere e supportare interventi intersettoriali per 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.
LEA DI RIFERIMENTO	DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica: Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: F1 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" F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella Popolazione.

	F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamentepiù rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale. F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcool. F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica. F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari. **Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati** B3 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica. B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato.
DESCRIZIONE	**IDENTIFICARE PRECOCEMENTE, PRENDERE IN CARICO E CREARE CONDIZIONI DI EMPOWERMENT INDIVIDUALE E COLLETTIVO PER I SOGGETTI IN CONDIZIONI DI FRAGILITÀ** Il Programma, valorizzando le progettualità delle ASP regionali sviluppate con il precedente PRP 2014-2019, riportate nel volume "Un Lustro Di Salute "edito dalla Regione Sicilia, ed integrandole alle indicazioni del PNP 2020-2025, intende consolidare ed implementare un programma da attuare **omogeneamente** in ambito regionale secondo obiettivi condivisi e misurabili. Nell'affrontare la sfida della promozione della salute per la prevenzione delle MCNT il programma si avvarrà di un approccio combinato tra**: strategie volte alla comunità in generale** al fine di sviluppare l'empowerment collettivo, e **strategie rivolte all'individuo** per l'identificazione precoce di soggetti a rischio e/o l'identificazione di malattie in fase precoce, per la realizzazione di interventi di prevenzione efficaci centrati sulla persona, personalizzati per livelli di rischio. Il programma si rivolge a soggetti OVER 60, arruolati attraverso modalità descritte nel programma di seguito riportati. Il programma inoltre, in linea con i principi di equità, è esteso ai detenuti e agli operatori degli Istituti Penitenziari delle tre Aree Metropolitane (Catania – Messina - Palermo), e ai soggetti portatori di handicap. Ruolo fondamentale nell'offerta di salute al soggetto individuato è svolto dal TEAM multidisciplinare ed intersettoriale dedicato e opportunamente formato, che lo accompagna, a seconda del livello di rischio di partenza, in un'ottica di genere, nella scelta di comportamenti corretti per la salute e lo orienta in funzione di percorsi di Prevenzione Diagnostico Terapeutico Assistenziali per la presa in carico dei bisogni globali. La promozione della salute e la prevenzione delle MCNT nel contesto comunitario sono azioni determinanti per l'avvio di un processo di cambiamento degli errati stili di vita. Le UU.OO. Educazione e Promozione della Salute in accordo con Dipartimento di Prevenzione, i Distretti Sanitari le UU.OO Ospedaliere coinvolte, la Medicina di Base, secondo un accordo intersettoriale, si occuperanno di: • promuovere il potenziamento dell'attività di comunicazione alla popolazione e a suoi specifici sottogruppi, attraverso programmi e interventi volti ad aumentare l'*empowerment* del cittadino • creare e attivare reti e alleanze intersettoriali per la realizzazione di attività di empowerment di comunità e la capacity building a supporto dello

sviluppo di comunità resilienti e di ambienti favorevoli alla salute, con il coinvolgimento di tutti i livelli interessati;

- promuovere e supportare interventi intersettoriali per 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;
- sviluppare strategie multi settoriali volte a favorire l'integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, sportive, turistiche, culturali, economiche e ambientali.

La *persona al centro* è uno dei temi più ricorrenti delle politiche sanitarie e socio-sanitarie introdotte in questi ultimi anni a livello nazionale ed internazionale, in particolare di "Salute 2020"[3]. Il PNP 2020-2025 intende consolidare l'attenzione alla centralità della persona, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l'*Health literacy* (alfabetizzazione sanitaria) ossia *il grado con cui gli individui hanno la capacità di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e usufruire dei servizi necessari per rendere adeguate le decisioni di salute* (OMS) e ad accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività (*empowerment)* e di interagire con il sistema sanitario *(engagement)* attraverso relazioni basate sulla fiducia.

Nonostante le strategie nazionali di prevenzione delle MCNT tengano in considerazione tutti i fattori di rischio e i determinanti che influenzano la salute delle persone, molte delle azioni sinora intraprese nelle aree della prevenzione, della diagnosi e della terapia delle MCNT e delle loro complicanze hanno avuto spesso carattere frammentario. In particolare, "prevenzione" e "cura" sono state a lungo considerate strategie distinte, appannaggio quasi esclusivo delle autorità sanitarie pubbliche per gli aspetti preventivi e del clinico per i trattamenti. **Il controllo delle MCNT**, invece, **richiede un approccio multidisciplinare**, **con un ampio spettro di interventi coordinati a differenti livelli, per prevenirne l'insorgenza, assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio o ancora allo stadio iniziale di malattia al fine di rallentare la progressione della malattia anche con interventi comportamentali.** Da quanto sopra, risulta evidente la necessità di dotarsi di un sistema organizzato di governance e accountability della prevenzione in grado di gestire e monitorare l'obiettivo**.**

Azioni preliminari:

- **Individuare e formare il TEAM Aziendale Multiprofessionale, intersettoriale, dedicato;**
- **definire un programma di intervento organizzato e strutturato**, da applicare in maniera omogenea in ambito regionale, che consenta di realizzare azioni in favore della popolazione in condizione di fragilità;
- **definire ed implementare il Percorso di Prevenzione e Promozione ai corretti stili di vita e di incremento dell'attività fisica per i soggetti over 60 in condizione di fragilità.**

Azioni sui soggetti over 60 in condizione di fragilità

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">Attivare le procedure e i percorsi preventivo terapeutico assistenziali integrati con interventi per le persone già affette da patologia, anche considerando le situazioni di multi patologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura.
promuovere competenze e comportamenti salutari anche in un’ottica di genere: health literacy, empowerment ed engagement;
attivare interventi strutturati di esercizio fisico.</td></tr>
<tr><td>SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI</td><td colspan="2">- Linea Guida Nazionale della prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani (ISS PNLG maggio 2009).
- Linee Guida Regionali…
- Lotta alla sedentarietà e promozione dell’attività fisica. Linea Guida Prevenzione. ISS-SNLG- NIEBP, novembre 2011).</td></tr>
<tr><td rowspan="4">OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. Accordi intersettoriali
Formula: Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario
Standard: Almeno 1 accordo entro il 2021; Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td>Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, dedicati alla popolazione anziana, coinvolti nei diversi setting</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td>Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td>Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle azioni programmate</td></tr>
<tr><td>OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td colspan="2">Obiettivi di comunità:
promuovere le attività di comunicazione alla popolazione e a suoi specifici sottogruppi, attraverso programmi e interventi volti ad aumentare l’empowerment del cittadino;
sostenere interventi di formazione sulla comunicazione rivolti a operatori e professionisti sanitari affinché siano in grado di favorire la diffusione di contenuti scientificamente corretti, svolgere azione di advocacy con la comunità e con i portatori di interesse della stessa e acquisire competenze;
sostenere la creazione di reti inter-istituzionali e di collaborazioni tra organizzazioni sanitarie e non sanitarie miranti alla diffusione di messaggi corretti, sostenuti da evidenze scientifiche, contrastando la diffusione di informazioni contraddittorie e/o ingannevoli (fake news);
riconoscere la comunicazione come strumento per favorire l’equità nelle politiche intersettoriali.
Promuovere e supportare interventi intersettoriali per 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.</td></tr>
</table>

	Obiettivi sull'individuo: • individuare precocemente i soggetti over 60 a rischio fragilità e i loro caregivers e interlocutori; • attivare interventi efficaci incentrati sulla persona, health literacy, in un'ottica di genere; • attivare interventi strutturati di esercizio fisico; • promuovere la sana alimentazione per favorire stili di vita salutari; • avviare i soggetti con patologia al secondo livello assistenziale.
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	**1. Accordi intersettoriali** Formula: presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder Standard: almeno 1 Accordo regionale entro il 2021 Fonte: Regione
	2. 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 ognianno di vigenza del Piano, a partire dal 2021 Fonte: Regione
	3. Formazione sulla promozione dell'attività fisica nell'anziano Formula: presenza di offerta formativa per gli operatori del SSN (inclusi MMG e PLS) finalizzata all'acquisizione di competenze specifiche Standard: - disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target formativo,entro il 2021 - realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, apartire dal 2021 Fonte: Regione
	4. 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 2021 Fonte: Regione
	5. Lenti di equità Formula: adozione dell'HEA Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio edocumentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021 Fonte: Regione
	6. Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione target Formula: (N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASP, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per la popolazione target con 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: 10% Comuni entro il 2021; Fonte: Regione

7. Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione target, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche

- Formula: (N. ASP 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 ASP) *100
- Standard: 30% AASSPP entro il 2021;
- Fonte: Regione

8. Urban Health

- Formula: Partecipazione a tavoli tecnici inter istituzionali di valutazione dei programmi/progetti dedicati a rigenerazione urbana/urbanhealth/mobilità sostenibile ecc, finalizzati a promuovere ambienti "salutogeni"
- Standard: rappresentanza socio-sanitaria in almeno un tavolo tecnico interistituzionali secondo la programmazione delle politiche regionali di sviluppo
- Fonte: Regione

6.3 Progetto Regionale a supporto del Programma Predefinito PP4 "Dipendenze"

6.3.1 PR 4 "Stop-phone: per un corretto utilizzo, consapevole ed intelligente uso del telefonino cellulare"

Progetto Regionale riferentesi alla progettualità realizzata dall'ASP di Palermo con il precedente PRP

TITOLO	**"Stop-phone: per un corretto, consapevole ed intelligente uso del telefonino cellulare"**
MACRO OBIETTIVO DI RIFERIMENTO	**M.O. 2 DIPENDENZE E PROBLEMI CORRELATI**
OBIETTIVO STRATEGICO	Obiettivo strategico 2.7 *PROGRAMMA PREDEFINITO* ***PP4*** *"DIPENDENZE"* *Azioni trasversali con PROGRAMMA PREDEFINITO* ***PP1*** *"SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE PROGRAMMA PREDEFINITO* ***PP2*** *"COMUNITÀ ATTIVE"*
OBIETTIVI STRATEGICI ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	2.1 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando le interconnessioni nella comunità locale. 2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui, delle famiglie e del territorio. 2.3 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti 2.5 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato. 2.7 Sensibilizzare sui rischi, i problemi e le patologie correlate a comportamenti additivi. 1.7 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. 4.1 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale. 5.1 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi 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. 5.8 Promuovere e supportare interventi intersettoriali per 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.
LEA DI RIFERIMENTO	DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:

	Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: F1 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". F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione. F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale. F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcool. F9 Prevenzione delle dipendenze. **Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro** C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani. **Articolo 28** Art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche.
DESCRIZIONE	Il Programma, nato all'interno Progetto Obiettivo 2014 di Piano Sanitario Nazionale – Azione 4.8.11, è stato condotto dall'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Palermo e ha avuto il coinvolgimento di diverse comunità professionali attraverso una rete inter-istituzionale coordinata dall'Associazione Vivi Sano Onlus. Il progetto si è sviluppato in più anni di attività e oltre 50.000 ore di intervento nelle scuole del distretto cittadino comprendendo Palermo e numerosi Comuni della provincia. Si è trattato di un progetto pilota su questo tema rivolto a studenti, docenti, famiglie, pediatri ed operatori della sanità, allo scopo di intercettare nuovi bisogni di salute da non sottovalutare, che possono sorgere quando smartphone e tablet soppiantano l'attività fisica, l'esplorazione manuale, l'interazione sociale face to face ed interferiscono con la qualità del sonno, attraverso specifiche e mirate attività di informazione/formazione per i docenti e i genitori delle scuole dell'Infanzia e Primaria, e percorsi informativi/formativi e di prevenzione selettiva per gli studenti e i docenti delle scuole Secondarie di primo grado. Allo scopo di valorizzare le progettualità delle ASP regionali sviluppate con il precedente PRP 2014-2019, riportate nel volume "Un Lustro Di Salute" edito dalla Regione Sicilia, ed integrandole con le indicazioni del PNP 2020-2025, si intende consolidare ed implementare tale programma da attuare **omogeneamente** in ambito regionale secondo obiettivi condivisi e misurabili. Nell'affrontare la sfida della promozione della salute per la prevenzione delle Dipendenze. il programma si avvarrà di un approccio combinato tra**: strategie volte alla comunità in generale,** al fine di sviluppare l'empowerment collettivo, e **strategie rivolte all'individuo,** per l'identificazione precoce di soggetti a rischio e/o l'identificazione di dipendenza in fase precoce, per la

TARGET	realizzazione di interventi di interventi di prevenzione efficaci centrati sulla persona, personalizzati per livelli di rischio. Il programma si rivolge a studenti e docenti delle Scuole Secondarie di primo grado famiglie, pediatri ed operatori della sanità. Il programma inoltre, è in linea con i principi di equità, è esteso ai soggetti portatori di handicap e presta attenzione ad aumentare la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate
STRATEGIE DI COMUNITÀ /STRATEGIE INTERSETTORIALI	La promozione della salute e la prevenzione delle dipendenze nel contesto comunitario sono azioni determinanti per l'avvio di un processo di cambiamento di stili di vita scorretti. Le Aree Dipartimentali per le Dipendenze/UOC Dipendenze Patologiche, in stretta collaborazione con le UU.OO. Educazione e Promozione della Salute, il Dipartimento di Prevenzione, i Distretti Sanitari e la Medicina di Base, secondo un accordo fortemente orientato all'intersettorialità, si occuperanno di: • 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; • 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 ("Scuola che Promuove Salute"); • Sviluppare le capacità del sistema 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 a possibili modelli di intervento preventivo maggiormente promettenti; • Promuovere competenze aggiornate e consapevolezze 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 e indicata connessi a comportamenti additivi; • 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). La *persona al centro* è uno dei temi più ricorrenti delle politiche sanitarie e socio-sanitarie introdotte in questi ultimi anni a livello nazionale ed

STRATEGIE SULL'INDIVIDUO	internazionale, in particolare di "Salute 2020"[4]. Il PNP 2020-2025 intende consolidare l'attenzione alla centralità della persona, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l'*Health literacy* (alfabetizzazione sanitaria) ossia *il grado con cui gli individui hanno la capacità di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e usufruire dei servizi necessari per rendere adeguate le decisioni di salute* (OMS) e ad accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività (*empowerment)* e di interagire con il sistema sanitario *(engagement)* attraverso relazioni basate sulla fiducia. Nonostante le strategie nazionali di prevenzione delle dipendenze tengano in considerazione tutti i fattori di rischio e i determinanti che influenzano la salute delle persone, molte delle azioni sinora intraprese nelle aree della prevenzione delle dipendenze hanno risentito di scarsa attenzione soprattutto all'uso delle nuove tecnologie e dell'impatto di queste sul benessere individuale, relative in particolare, il corretto (e consapevole) uso della telefonia mobile**.** **LOGICA E STRATEGIA DELL'INTERVENTO** In coerenza con il PNP 2020-2025, le Linee di Indirizzo regionali e in considerazione dell'esperienza del progetto pilota già condotta e della complessità della materia sarà necessaria un'alleanza inter-istituzionale capace di coinvolgere tutte le agenzie di riferimento (Sanità- sistema dei controlli – agenzie educative) e i principali stakeholders (Terzo Settore di riferimento, specie le Associazioni competenti e con mission coerenti). In riferimento al setting, considerato il focus sul target pediatrico, si conferma la necessità di sperimentare gli interventi in ambito scolastico e professionale. Accordi di programma e/o protocolli d'intesa tra i principali attori territoriali delle reti costituite potranno essere utili per agevolare e facilitare la progettazione partecipata e la realizzazione degli stessi interventi. Coerentemente con le metodologie di intervento, evidence based education, si prevede: 1) Il coinvolgimento attivo degli stakeholders e dei principali attori del sistema inter-istituzionale nella progettazione partecipata; 2) L'attivazione di gruppi di lavoro ed équipe interistituzionali, multidisciplinari e multi professionali per la realizzazione degli interventi progettuali e formativi, coerenti con le metodologie proposte, agli stessi gruppi di lavoro/èquipe e/o a "moltiplicatori" (Docenti, Pediatri, Stakeholders di riferimento); 3) L'utilizzo dell'approccio delle life skills education focalizzate sia sulla potenzialità delle capacità personali (ad esempio, competenze socio-emotive e relazionali) sia su azioni di conferma e di rinforzo dell'ambiente di vita. Ciò al fine di promuovere e diffondere un approccio educativo centrato sul potenziamento dei fattori positivi e protettivi, teso a sviluppare le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza. In tal senso, si propongono interventi pilota di informazione e/o formazione in gruppo-classe

	o in piccoli gruppi, utilizzando metodologie partecipative, di tipo laboratoriale, quali la peer education e il cooperative learning; 4) Il coinvolgimento attivo dei genitori tramite attività di informazione e attività formative strutturate secondo la metodologia del parent training; 5) L'individuazione tra il Terzo Settore No-Profit, competente per l'intervento in questione, di uno o più partner progettuali a supporto e per il potenziamento degli interventi progettuali, tramite Avviso Pubblico e procedura di co-progettazione secondo le Linee Guida ANAC (Delibera N.32/2016).
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	La prevenzione delle dipendenze da comportamenti, come quella da sostanze ricade nell'ambito di competenza di più organizzazioni/enti e, per questo, deve orientare tutte le politiche; da qui discende l'importanza del coordinamento multilivello tra gli attori in gioco. Accanto a questo la letteratura scientifica evidenzia i fattori principali che contribuiscono al successo di azioni preventive ad ampio raggio, che per quanto riguarda il tema in questione, si rifanno alle seguenti principali fonti di approfondimento: 1.http://www.cellulari.salute.gov.it/portale/cellulari/homeCellulari.jsp; 2.https://www.sip.it/wp-content/uploads/2019/05/2019-05-29-Smartphone-e-adolescenti_position-statement-def.pdf; 3.https://www.netreputation.it/consigli-di-media-education/; 4.http://cespes.unipg.it/index_htm_files/3_2012.pdf#page=45; 5. Gupta N, Goyal D, Sharma R, Arora KS " Effect of Prolonged Use of Mobile Phone on Brainstem Auditory Evoked Potentials." J Clin Diagn Res. 2015 May;9 (5):CC07-9; 6. Roggeveen S1, van Os J, Viechtbauer W, Lousberg R "EEG Changes Due to Experimentally Induced 3G Mobile Phone Radiation." PLoS One. 2015 Jun 8;10 (6):e0129496; 7. Mahmoudabadi FS, Ziaei S, Firoozabadi M, Kazemnejad A "Use of mobile phone during pregnancy and the risk of spontaneous abortion."J Environ Health Sci Eng. 2015 Apr 21;13:34; 8. Davis DL, Kesari S, Soskolne CL, Miller AB, Stein Y. "Swedish review strengthens grounds for concluding that radiation from cellular and cordless phones is a probable human carcinogen." Pathophysiology. 2013 Apr;20(2):123-9. 9. Ali M, Asim M, Danish SH, Ahmad F, Iqbal A, Hasan SD."Frequency of De Quervain's tenosynovitis and its association with SMS texting."Muscles Ligaments Tendons J. 2014 May 8;4(1):74-8. 10. Korpinen L, Pääkkönen R, Gobba F. "Self-reported neck symptoms and use of personal computers, laptops and cell phones among Finns aged 18-65."Ergonomics. 2013;56(7):1134-46. 11. Gustafsson E "Ergonomic recommendations when texting on mobile phones." Work. 2012;41 Suppl 1:5705-6. 12. Smith JJ, Morgan PJ, Plotnikoff RC, Dally KA, Salmon J, Okely AD, Finn TL, LubansDR."Smart-phone obesity prevention trial for adolescent boys in low-income communities: the ATLAS RCT."Pediatrics. 2014 Sep;134(3):e723-31. 13. Wang CH, Chou PC, Joa WC, Chen LF, Sheng TF, Ho SC, Lin HC, Huang CD, Chung FT, Chung KF, Kuo HP." Mobile-phone-based home exercise training program decreases systemic inflammation in COPD: a pilot study." BMC Pulm Med. 2014 Aug 30; 14:142



	14.Burgstahler S, Comden D , Lee SM, Arnold A, Brown K. "Computer and cell phone access for individuals with mobility impairments: an overview and case studies." NeuroRehabilitation. 2011;28(3):183-97.	
OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**INTERSETTORIALITÀ**	• Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non del territorio
	FORMAZIONE	• 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 • Svolgere attività di formazione rivolta ai referenti istituzionali in materia di dipendenze basati su *European drug prevention quality standards* e EUPC Curriculum • Svolgere attività di formazione al counseling breve rivolte agli operatori sanitari e sociosanitari (incusi MMG e PLS) • Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali
	COMUNICAZIONE	• 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 in ottica preventiva

		• Promuovere a livello regionale la giornata nazionale della disconnessione " NoPhoneDay che si celebra il 2 marzo
	EQUITÀ	• Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	• Sensibilizzare la popolazione, in particolare quella scolastica, sul corretto e consapevole uso della telefonia cellulare; • Realizzare interventi di promozione della salute sul corretto e consapevole utilizzo del telefono cellulare, secondo le Linee di indirizzo nazionali e regionali; • Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di *empowerment* e competenze personali rispetto a fenomeni quali l'uso corretto e consapevole della telefonia mobile, in contesti scolastici ed extrascolastici; • Progettare e attivare interventi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali adolescenti e le loro famiglie) o a rischio aumentato; • Sostenere interventi di formazione sulla comunicazione rivolti a operatori e professionisti sanitari, affinché siano in grado di favorire la diffusione di contenuti scientificamente corretti, svolgere azione di *advocacy* con la comunità e con i portatori di interesse della stessa e acquisire competenze(es. per il colloquio motivazionale breve); • Sostenere la creazione di reti inter-istituzionali e di collaborazioni tra organizzazioni sanitarie e non sanitarie miranti alla diffusione di messaggi corretti, sostenuti da evidenze scientifiche, contrastandoladiffusione di informazioni contraddittorie e/o ingannevoli (*fake news*), sull'uso corretto della telefonia cellulare; • 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; • Diffondere modelli di intervento intersettoriali e interdisciplinari, centrati su metodologie *evidence based* (quali *life skills education, peer education, cooperative learning, parent training*) e "azioni	

	raccomandate e sostenibili", con approccio *life course* differenziato per genere e setting.
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**1. Accordi intersettoriali** □ Formula: presenza di Accordi formalizzati 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 regionale entro il 2021 □ Fonte: Regione
	2. Formazione intersettoriale □ Formula: Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholders, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali □ Standard: Realizzazione di almeno 1 percorso formativo, ogni anno, a partire dal 2021 □ Fonte: Regione
	3. Formazione sul counseling breve □ Formula: presenza di offerta formativa per gli operatori del SSN(inclusi MMG e PLS) finalizzata all'acquisizione di competenze sulcounseling breve □ Standard: Realizzazione di almeno 1 intervento di formazione ogni anno, a partire dal 2021 □ Fonte: Regione
	4. 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 2021 □ Fonte: Regione
	5. Lenti di equità □ Formula: adozione dell'HEA □ Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021 □ Fonte: Regione
INDICATORI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	**6. 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 positivo □ Standard: - Progettazione/adattamento entro il 2021 - Disponibilità entro il 2022 □ Fonte: Regione
	7. Copertura (target raggiunti dal Programma) □ Formula: (N. Aziende Sanitarie Provinciali che adottano il Programma "Stop-phone: per un corretto, consapevole ed intelligente uso del

	telefonino cellulare" / (N. totale Aziende Sanitarie Provinciali del territorio) *100 ☐ Standard: - almeno il 50% entro il 2022 ☐ Fonte: Regione

6.4 Progetto Regionale a supporto del Programma Predefinito PP5 "Sicurezza negli ambienti di vita"

6.4.1 PR 5 "Disostruzione vie aeree in età Pediatrica"

Progetto realizzato con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità

TITOLO	**Disostruzione vie aeree in età Pediatrica**
MACRO OBIETTIVO DI RIFERIMENTO	**Macro obiettivo 3 Incidenti Domestici**
OBIETTIVO STRATEGICO	Obiettivo strategico 3.1 **PP di riferimento: PP5 "Sicurezza negli ambienti di vita"** **Trasversalità con:** **PP1 "Scuole che promuovono salute"**
OBIETTIVI STRATEGICI ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	1.7 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 3.1 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) 3.2 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici 3.3 Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno nella comunità 3.4 Monitorare il fenomeno dell'incidentalità, inclusa la percezione della popolazione rispetto ai rischi di incidente domestico, mettendo in sinergia i flussi informativi
LEA DI RIFERIMENTO	Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica: Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati B5: Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni
DESCRIZIONE	Nel 2012, la Canadian Pediatric Society pubblicò il Position Statement "Child and youtinjuryprevention: a public healthapproach", un documento senza precedenti dove – per la prima volta - veniva sancito il principio della prevenzione degli incidenti da soffocamento nei bambini da 0 a 4 anni quale potentissimo strumento di sanità pubblica per ridurre le morti evitabili. Questo position statement ha rappresentato un contesto di riferimento

TARGET	importantissimo ed ha, per primo, tracciato una direzione ed una dichiarazione di impegno sulla prevenzione, articolata su vari livelli e fatta di formazione, informazione e consapevolezza, oltre che individuare e catalogare gli alimenti "killer", responsabili degli incidenti gravi e ad esito fatale che vedevano coinvolti i bambini, e le relative modalità di taglio e somministrazione adeguate a ridurre il rischio di soffocamento. Ancora oggi, a dispetto della sua percezione da parte della popolazione, in termini di rischio, il soffocamento da corpo estraneo rappresenta un rilevante problema di salute pubblica: costituisce infatti una delle principali cause di morte nei bambini di età inferiore ai 3 anni e le evidenze epidemiologiche a nostra disposizione ci indicano che la quota di incidenti rimane elevata anche e fino ai 14 anni di età. È necessario pertanto costruire una "rete di protezione", fatta di consapevolezza e responsabile attenzione, intorno ai bambini ed al loro mondo, in una dimensione emozionale, sociale, nutrizionale e comportamentale, affinché le informazioni corrette e la consapevolezza sul "cosa fare" arrivino a tutti e diventino parte di una coscienza collettiva che permetta di identificare in maniera facile e sicura gli alimenti considerati come pericolosi e conoscere e saper applicare le manovre di disostruzione e rianimazione cardiopolmonare. Le manovre di rianimazione cardiopolmonare pediatriche contengono al loro interno - come da linee guida internazionali ILCOR - anche le manovre di disostruzione pediatriche, che si modificano in relazione alla età ed al peso. Le manovre di disostruzione sono "connesse ed integrate" alle manovre di rianimazione pediatriche proprio per il fatto che - in caso di ostruzione grave - se il bambino dovesse diventare incosciente (ci vogliono circa 25 secondi per iniziare a perdere i sensi con una ostruzione totale) si deve avere contezza delle immediate azioni concrete da porre in essere per agire velocemente con tecniche sperimentate e condivise da tutte le società scientifiche internazionali. Da qui, l'importanza della formazione completa attraverso il PBLSD (Pediatric Basic Life Support): infatti, pur riuscendo nell'80% dei casi a "disostruire" un lattante/bambino che soffoca, in caso di insuccesso di queste manovre, la rianimazione cardiopolmonare nel caso in cui il bambino/ lattante dovesse diventare incosciente (no respiro-no polso) è l'unica strada per fare la differenza. Ogni anno nel mondo migliaia di persone vengono salvate da soccorritori occasionali presenti "in quel momento" che hanno fatto la differenza con poche e semplici azioni. La diffusione di queste manovre rappresenta un segno di civiltà e di investimento sul valore della vita; infatti, negli stati dove la popolazione è formata a tale evenienza, gli incidenti scendono vertiginosamente. **Dati epidemiologici** In Europa si stima che 500 bambini ogni anno muoiano soffocati, mentre in Italia si calcolano circa 1000 ospedalizzazioni all'anno. Le stime più recenti, calcolate includendo anche i "quasi-eventi" e gli episodi di minore, mostrano come l'incidenza reale del fenomeno sia in realtà 50-80 volte superiore rispetto a quella dei ricoveri, con un totale di circa 80 mila episodi stimati all'anno. Gli oggetti più frequentemente responsabili di soffocamento nei bambini sono giocattoli, monete, palloncini e alimenti. Tra questi ultimi, i più

	frequenti sono la frutta a guscio, alcuni tipi di frutta, come l'uva ed i semi oleosi (soprattutto arachidi e semi di girasole), con una differenza dovuta al diverso contesto sociale, economico e culturale che, ovviamente, influenza le abitudini alimentari e le scelte di consumo. Ad esempio, la frutta a guscio risulta più frequente nei paesi occidentali, i semi in quelli asiatici, così come in Asia ed in Cina le ossa e le lische di pesce, mentre negli Stati Uniti caramelle, wurstel e carne. Il progetto formativo sarà rivolto a: • Genitori • Pediatri di Libera scelta • Operatori sanitari • Cittadini
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	• American Academy of Pediatrics Policy Statement. Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Prevention of Choking Among Children. Pediatrics 2010; 125 (3) 601-607. DOI: 10.1542/peds.2009-2862 • Canadian Pediatric Society. Child and youth injury prevention: A public health approach Paediatr Child Health 17(9): 511 • Lorenzoni G, Azzolina D, Soriani N, Galadini M, Carle F &Gregori D. Temporal and regional trends of choking injuries in children in Italy, 2001-2013. Injury epidemiology 2018; 5(1), 30. DOI:10.1186/s40621-018-0160-0 • Meyli M. Chapin, Lynne M. Rochette, Joseph L. Annest, Tadesse Haileyesus, Kristen A. Conner, Gary A. Smith. Nonfatal Choking on Food Among Children 14 Years or Younger in the United States, 2001–2009. Pediatrics 2013; 132 (2) 275-281; DOI: 10.1542/peds.2013-0260 • Ministero della Salute, Direzione Generale per l'Igiene e la Sicurezza degli Alimenti e la Nutrizione, Ufficio 5. Linee di indirizzo per la prevenzione del soffocamento da cibo, giugno 2017. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2618_allegato.pdfPassali D, Gregori D, Lorenzoni G, Cocca S, Loglisci M, Passali FM, Bellussi L. Foreign body injuries in children: a review. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2015 Oct; 35(4):265-71 • Salih AM, Alfaki M, AlamaElhuda DM. Airway foreign bodies: a critical review for a common pediatric emergency. World J Emerg Med 2016; 7(1): 5-12 • Snidero S, Soriani N, Baldi I, Zobec F, Berchialla P &Gregori D. Scale-up approach in CATI surveys for estimating the number of foreign body injuries in the aero-digestive tract in children. International journal of environmental research and public health 2012; 9(11): 4056-67. doi:10.3390/ijerph9114056 • Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, Fleming EA, McArthur J, Morison B, Erickson LW, Davies RS, Bacchus S, Cameron SL, Heath AM. Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatrics 2017, 171(9): 838-846

OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**INTERSETTORIALITÀ**	Realizzazione di linee guida regionali per la ristorazione collettiva e commerciale sul taglio e la somministrazione degli alimenti – obbligatorie in tutte le mense scolastiche del territorio nazionale e in tutti gli esercizi commerciali
	FORMAZIONE	• formazione del personale del SSR da svolgere in modalità FAD con previsione di crediti ECM Referente per la formazione: Cefpas- Ordine dei Medici • formazione del personale educativo del sistema integrato 0/4: servizi educativi per l'infanzia, gestiti dagli Enti locali, direttamente o attraverso la stipula di convenzioni, da altri enti pubblici o dai privati, articolati in: nidi e micronidi/sezioni primavera/servizi integrativi (spazi gioco per bambini da 12/36 mesi), centri per bambini e famiglie, servizi educativi in contesto domiciliare/scuole dell'infanzia Referente per la formazione CEFPAS- Ordine dei Medici • Sensibilizzazione e formazione delle famiglie attraverso strumenti digitali e materiale informativo a distribuzione gratuita
	COMUNICAZIONE	• Promozione di una campagna di comunicazione rivolta alla popolazione sulla prevenzione primaria e secondaria del soffocamento da cibo • Creazione di un portale regionale per promozione di iniziative/materiali di approfondimento e la divulgazione (video tutorial sulle corrette manovre con innovativi video con indicazioni grafiche concettuali, sulle modalità di taglio e somministrazione degli alimenti) • Implementazione regionale della giornata mondiale sulle manovre della disostruzione pediatrica che si celebra il 23 aprile A cura dell'ufficio speciale per la comunicazione per la salute

	EQUITÀ	• Formula: adozione dell'HEA •Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021 • Fonte: Regione
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	Sviluppo di programmi per accrescere le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile	
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	1. **Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma** • Formula: presenza di Accordi formalizzati • Standard: almeno 1 Accordo di carattere regionale entro il2022 • Fonte: Regione	
	• Formula: presenza di offerta regionale di programmi formativi validati (anche FAD) • Standard: realizzazione di almeno 1 percorso formativo entro il2021 • Fonte: Regione	
INDICATORI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	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 2021, con possibili aggiornamenti annuali Fonte: Regione 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 2021 con possibili aggiornamenti annuali Fonte: Regione	

6.5 Progetti Regionali a supporto del Macro Obiettivo 4 "Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali"

6.5.1 PR 6 "Prevenzione degli infortuni derivanti dall'utilizzo di macchine ed impianti soggetti a verifiche periodiche"

TITOLO DEL PROGRAMMA	**Progetto Regionale di Prevenzione degli infortuni derivanti dall'utilizzo di macchine ed impianti soggetti a verifiche periodiche.**
MACRO OBIETTIVO DI RIFERIMENTO	**M04 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali**
OBIETTIVO STRATEGICO	**4.4 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medie e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	4.1 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale; 4.4 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medie e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti; 4.5 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; 4.9 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore; • **Migliorare la qualità e l'omogeneità delle attività delle verifiche periodiche su macchine ed impianti al fine di garantire lo stato di conservazione, manutenzione ed efficienza delle stesse.**
LEA DI RIFERIMENTO	**DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica" - Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:** - C.1 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro - C.3 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C.4 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C.5Prevenzionedellemalattielavorocorrelateepromozionedeglistilidivitasani
DESCRIZIONE	La prevenzione degli infortuni sul lavoro passa attraverso strumenti di controllo e di promozione a sostegno di tutte le figure previste dal D.lgs. 81/08 ed è ancora più cogente in un quadro di crisi economica come quella attuale che potrebbe favorire illegalità ed una minore tutela dei lavoratori. Dall'analisi dei dati estrapolati dai data base INAIL e dal "Sistema Nazionale di Sorveglianza degli Infortuni sul Lavoro mortali e Gravi" (Infor.mo) e dall'analisi delle problematiche emerse durante le attività di vigilanza e controllo, inchieste infortuni effettuate negli anni, si è riscontrato che spesso le attrezzature di lavoro (macchine ed impianti) sono utilizzate in maniera non conforme a quanto previsto dal manuale d'uso del costruttore, in carenza di verifica dei dispositivi di sicurezza, nonché utilizzate da personale/lavoratori non adeguatamente formato ed informato

	sui rischi correlati al loro utilizzo. Il presente progetto, in continuità con il precedente PRP, nasce dal considerare, sulla base dei dati, che c'è una ricorrenza di infortuni gravi e mortali, anche collettivi, derivanti da: • Utilizzo di macchine e attrezzature di lavoro non conformi ai Requisiti Essenziali di Sicurezza (RES); • Carenza di manutenzione delle macchine e degli impianti; • Esplosioni con innesco determinato da fattori chimici, meccanici, termici o elettrici. Il programma prevede inoltre l'implementazione di sistemi informativi relativi alla sicurezza di macchine ed impianti, ivi incluse la banca-dati delle segnalazioni di presunta non conformità di attrezzature di lavoro alle pertinenti direttive europee di prodotto e la banca dati delle verifiche periodiche effettuate.	
TARGET	Datori di lavoro, organismi di controllo, insediamenti produttivi	
SETTING	Ambienti di lavoro	
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	▪ Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Titolo III del d. lgs. 81/2008 e relativi allegati ▪ Accordo Stato Regioni del 22/02/2012 "Formazione dei lavoratori ai sensi del art.73 c.5 del Dlgs.81/08 ▪ Decreto Assessorato della Salute n.1432/2019 ▪ DM 329/2004 "Regolamento recante norme per la messa in servizio ed utilizzazione delle attrezzature a pressione e degli insiemi di cui all'articolo 19 del decreto legislativo 25 febbraio 2000, n. 93" ▪ DM 11/04/2011 "Disciplina delle modalità di effettuazione delle verifiche periodiche di cui all'All. VII del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81" ▪ DPR 462/01 "Regolamento di semplificazione del procedimento per la denuncia di installazioni e dispositivi di protezione contro le scariche atmosferiche, di dispositivi di messa a terra di impianti elettrici e di impianti elettrici pericolosi" ▪ DPR 162/99 "Regolamento recante norme per l'attuazione della direttiva 2014/33/UE, relativa agli ascensori ed ai componenti di sicurezza degli ascensori, nonché per l'esercizio degli ascensori".	
OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**INTERSETTORIALITÀ**	▪ Sviluppo delle collaborazioni e delle azioni integrate: - intradipartimentali - tra Istituzioni (INAIL, INL, ecc.) finalizzate agli obiettivi di prevenzione; - tra parti sociali e stakeholder (EE.BB, Società Scientifiche, OO.SS. e Associazioni datoriali di settore, Ordini e collegi professionali, ecc.)
	FORMAZIONE	▪ Realizzazione di attività di formazione per i soggetti del sistema della prevenzione; ▪ Promozione e diffusione di conoscenze e competenze che favoriscono la professionalizzazione degli operatori

		delle AA.SS. PP.
	COMUNICAZIONE	▪ Favorire il miglioramento dell'approccio organizzativo delle aziende per la gestione dei rischi; ▪ Realizzare, implementare e diffondere buone pratiche e materiale documentale/informativo, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder.
	EQUITY	▪ Sviluppare e sperimentare "strumenti" di Health Equity Audit (HEA) mirati alla programmazione di programmi di promozione della SSL nel contesto degli ambienti lavorativi.
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	1. Prevenzione degli infortuni derivanti dall'utilizzo di attrezzature di lavoro macchine ed impianti soggetti a verifiche periodiche; 2. Sviluppo di attività di monitoraggio/controllo al fine di garantire la conformità alle norme di legge ed alle norme tecniche di attrezzature di lavoro macchine ed impianti soggetti a verifiche periodiche; 3. Implementazione di sistemi informativi relativi alla sicurezza di macchine ed impianti, ivi incluse la banca-dati delle segnalazioni di presunta non conformità di attrezzature di lavoro alle pertinenti direttive europee di prodotto e la banca dati delle verifiche periodiche effettuate.	
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**INTERSETTORIALITÀ**	**1. Operatività Comitati di Coordinamento ex art. 7** • ***Formula***: Confronto nei tavoli territoriali, con le parti sociali e datoriali (Organismi provinciali ex art. 7 D.A. n. 1864/2010, ove costituiti) strutturato anche all'interno del Comitato regionale ex art. 7 D.lgs. 81/2008 • ***Standard***: - Realizzazione di almeno 1 incontro nel 2021 nel quale sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie del presente programma (con redazione dei relativi verbali), - Istituzione di Gruppo di Lavoro regionale Sicurezza Macchine e Impianti • ***Fonte:*** Regione, AA.SS.PP.
	FORMAZIONE	**2. Formazione rivolta agli operatori delle AA.SS. PP eai soggetti della prevenzione** • ***Formula:*** Progettazione e realizzazione di iniziative di informazione / formazione territoriali rivolti ai soggetti della prevenzione, anche in collaborazione con Associazioni di categoria, Organizzazioni Sindacali, Ordini Professionali • ***Standard***: A partire dal 2022 ogni ASP realizza almeno 1 iniziativa di formazione / anno rivolta ai soggetti della prevenzione dei settori target del programma (Lavoratori e datori di lavoro, RSPP, ecc.) • ***Fonte***: Regione, AA.SS. PP

<table>
<tr><td rowspan="3"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td>3. Comunicazione dell’approccio al rischio
• Formula: Diffusione Buone Pratiche
• Standard: A partire dal 2022 Realizzazione/ Implementazione / Diffusione di linee guida e, o procedure per garantire la qualità, l’uniformità e l’omogeneità delle verifiche periodiche effettuate
• Fonte: Regione, AA.SS. PP</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td>4. Lenti di equità
• Formula: adozione dell’HEA
• Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell’HEA, ogni anno a partire dal 2021
• Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td>INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td colspan="2">1. Prevenzione degli infortuni derivanti dall’utilizzo di attrezzature di lavoro macchine ed impianti soggetti a verifiche periodiche

• Formula:
Programmazione delle attività di verifiche periodiche su attrezzature in pressione, di sollevamento ed impianti elettrici da parte delle AA.SS.PP.

• Standard:
Effettuazione di controlli e verifiche periodiche su attrezzature di lavoro di cui al D.lgs. 81/08 allegato VII impianti elettrici di cui al DPR 462/01.
Riguardo al numero di controlli e verifiche da effettuare deve essere garantita una soglia minima di controlli dando priorità alle attività lavorative a maggior rischio sul territorio di competenza. L’indicatore di monitoraggio è definito dal numero di verifiche periodiche su attrezzature in pressione, di sollevamento ed impianti elettrici effettuate ($NVP_{eff.}$) sul numero di richieste di verifiche pervenute ($NR_{perv.}$):

<table><tr><td>Anno</td><td>2021</td></tr><tr><td>$\frac{NVP_{eff.}}{NVP_{perv.}}$</td><td>60%</td></tr></table>
• Fonte: Regione/ AA.SS.PP.

2. SVILUPPO DI ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO/CONTROLLO AL FINE DI GARANTIRE LA CONFORMITÀ ALLE NORME DI LEGGE E TECNICHE DELLE ATTREZZATURE DI LAVORO MACCHINE ED IMPIANTI SOGGETTI A VERIFICHE PERIODICHE

• Formula:
Regolarizzazione delle non conformità alle normative vigenti di impianti e macchine a seguito di segnalazioni di altri soggetti titolari della funzione ai sensi</td></tr>
</table>

del DM 11/04/2011, DPR 462/01 (INAIL) o di altri organismi pubblici o di soggetti abilitati privati

- ***Standard:***
  Esame della documentazione pervenuta e sopralluoghi presso le ditte segnalate per accertare l'irregolarità alle norme vigenti ed impartire le prescrizioni necessarie per la regolarizzazione. Verifica dell'avvenuto adempimento delle prescrizioni impartite. L'indicatore di monitoraggio è definito dal numero di pratiche espletate ($NPRA_{espl.}$) sul numero di pratiche pervenute ($NPRA_{perv.}$):

Anno	2021
$\frac{NPRA_{espl.}}{NPRA_{perv.}}$	30%

- ***Fonte:*** Regione, AA.SS.PP.

3. IMPLEMENTAZIONE DI SISTEMI INFORMATIVI RELATIVI ALLA SICUREZZA DI MACCHINE ED IMPIANTI, IVI INCLUSE LA BANCA-DATI DELLE SEGNALAZIONI DI PRESUNTA NON CONFORMITÀ DI ATTREZZATURE DI LAVORO ALLE PERTINENTI DIRETTIVE EUROPEE DI PRODOTTO E LA BANCA DATI DELLE VERIFICHE PERIODICHE EFFETTUATE

- ***Formula****:*
  Registrazione e gestione informatica delle verifiche periodiche effettuate ai sensi del DM 11/04/2011 dalle AA.SS.PP., interfacciamento con la banca dati nazionale e trasmissione al portale INAIL del report annuale delle verifiche periodiche effettuate;

- ***Standard:***
  Numero di report annuali delle verifiche periodiche effettuate dalle AA.SS.PP. ($NREP_{AA.SS.PP.}$) sul numero di report previsti dal DM 11/04/2011 ($NREP_{D.M.}$):

Anno	2021
$\frac{NREP_{AA.SS.PP.}}{NREP_{D.M.}}$	1

- ***Fonte:*** Regione, AA.SS.PP.

6.6 Progetto Regionale a supporto del Programma Predefinito 9 "Ambiente, Clima e Salute"

6.6.1 PR 7 "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"

TITOLO	**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** Progetto sperimentale intersettoriale
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**M.O. 1 MCNT**
OBIETTIVO SPECIFICO	Obiettivo Specifico1.18 *PROGRAMMA PREDEFINITO* ***PP2*** *"COMUNITA' ATTIVE "* *Azioni trasversali con* *PROGRAMMA PREDEFINITO* **PP1 "***Scuole che Promuovono Salute"* *PROGRAMMA PREDEFINITO* ***PP9 "****AMBIENTE, CLIMA E SALUTE"*
OBIETTIVI STRATEGICI ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	1.8 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 1.10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia 1.18 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 1.19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità 3.5 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 5.1 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 5.8 Promuovere e supportare interventi intersettoriali per 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. 5.9 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor
LEA DI RIFERIMENTO	DPCM12gennaio2017, Allegato1"PrevenzionecollettivaesanitàPubblica: Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sanie di programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica: Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" • F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione • F5. Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati: • B3 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica • B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato • B6 Promozione della sicurezza stradale
DESCRIZIONE	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. Il programma intende consolidare ed implementare una serie di azioni da attuare omogeneamente in ambito regionale secondo obiettivi condivisi e misurabili, affrontando la sfida della promozione dell'attività fisica, nell'ottica della sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione; il programma si avvarrà di strategie multisettoriali volte a favorire l'integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, sportive, culturali, economiche, ambientali e lo sviluppo di interventi per creare contesti ed opportunità favorevoli all'adozione di uno stile di vita sano e attivo. Per poter

TARGET	declinare l'obiettivo strategico ci si avvale del progetto "un chilometro in salute" che si integra e dà continuità ad altri progetti locali di Guadagnare Salute attivati sul territorio nazionale. Il progetto prevede un percorso strutturato e circolare della lunghezza di 1 chilometro, denominato "un chilometro in salute". Il progetto mira a creare gruppi omogenei di cammino e a far diventare la camminata veloce un'attività fisica mirata ad ogni singola persona sedentaria, attraverso un test che misuri la velocità di passo indicata per una migliore ricaduta sulla salute dell'attività svolta. Nei parchi individuati saranno collocate apposite colonnine (pannelli) ogni 100 mt, progettate per monitorare la propria fatica e la velocità di passo in coerenza con i risultati del test preliminare. Nelle colonnine è inserita anche una valutazione della percezione dello sforzo dei partecipanti attraverso la scala di percezione della fatica. Si allega in Appendice il manuale del progetto "Un chilometro in salute". Il programma si rivolge a soggetti di età compresa tra i 18 e i 68 anni, coinvolti attraverso l'organizzazione di "giornate della salute", adottando un approccio intersettoriale che vedrà la collaborazione attiva di tutti i partner.
STRATEGIE DI COMUNITÀ /STRATEGIE INTERSETTORIALI	La promozione della salute e la prevenzione delle MCNT nel contesto comunitario sono azioni determinanti per l'avvio di un processo di cambiamento degli errati stili di vita. Attraverso il progetto si intende: • promuovere il potenziamento dell'attività di comunicazione alla popolazione e a suoi specifici sottogruppi, attraverso programmi e interventi volti ad aumentare l'empowerment del cittadino • attivare le azioni volte a costituire reti e alleanze intersettoriali per la realizzazione di attività di empowerment di comunità e la capacity building a supporto dello sviluppo di comunità resilienti e di ambienti favorevoli alla salute, con il coinvolgimento di tutti i livelli interessati • promuovere e supportare interventi intersettoriali per 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 • sviluppare strategie multi settoriali volte a favorire l'integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, sportive, turistiche, culturali, economiche e ambientali • attivare una campagna di sensibilizzazione dell'attività motoria in genere e dell'iniziativa specifica in particolare • attivare una campagna di sensibilizzazione ed educazione alla raccolta differenziata • realizzare una rete che coinvolga altre entità, nazionali e internazionali, allo scopo di scambiare esperienze di best practice in modo tale da coinvolgere fette sempre più ampie di popolazione (gemellaggio con città europee particolarmente sensibile a questi temi) La persona al centro è uno dei temi più ricorrenti delle politiche sanitarie e socio-sanitarie introdotte in questi ultimi anni a livello nazionale ed internazionale, in

	particolare di "Salute 2020"5. Il PNP 2020-2025 intende consolidare l'attenzione alla centralità della persona, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l'Health literacy (alfabetizzazione sanitaria) ossia il grado con cui gli individui hanno la capacità di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e usufruire dei servizi necessari per rendere adeguate le decisioni di salute (OMS) e ad accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività (empowerment) e di interagire con il sistema sanitario (engagement) attraverso relazioni basate sulla fiducia. 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, già recepite con D.A. n° 0355 del 27/04/2020 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. **Azioni preliminari:** • Sviluppare un protocollo di intesa tra i partner coinvolti • ANCI, ARPA, l'Ufficio Scolastico Regionale, Rete Civica per la Salute, CONI, Cittadinanza Attiva, Federsanità. • Individuare e selezionare i parchi che possono contenere un percorso circolare in piano della lunghezza di 1 KM • Stilare una lista dei parchi ritenuti idonei allo scopo in modo tale poi da veicolare al pubblico l'informazione • Promozione del progetto tramite il coinvolgimento delle istituzioni locali e degli enti coinvolti, realizzazione di volantini, realizzazione di un video specifico procedurale dettagliato sul test e divulgazione dello stesso sui social network • Formazione operatori (teorica e partica sul campo) • Organizzazione di "giornate della salute" con la collaborazione attiva di tutti i partner • Effettuazione dei test e somministrazione del questionario di ingresso da parte di operatori qualificati • Reclutamento dei cittadini e creazione di gruppi omogenei di cammino **Azioni sul soggetto:** • promuovere competenze e comportamenti salutari anche in un'ottica di genere: health literacy, empowerment ed engagement • offrire un counseling individuale da parte di operatori qualificati in modo tale da permettergli, se le sue condizioni di salute lo consentono, di effettuare il percorso in modo autonomo • prevedere un sistema di prenotazione che permetta ai soggetti per

	cui ritenuto necessario di effettuare il percorso sotto la guida di un operatore qualificato.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO 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 non-communicable 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).

	7.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	
OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**INTERSETTORIALITÀ**	1. 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 favorenti 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 2. 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
	FORMAZIONE	• Organizzare percorsi di formazione comune rivolta ai professionisti dei settori coinvolti, per lo sviluppo di conoscenze, competenze, consapevolezze e la condivisione di strumenti per la promozione di uno stile di vita sano e attivo • Organizzare percorsi di formazione al counseling breve per il personale da destinare al supporto dei soggetti con disabilità • operatori del SSN coinvolti
	COMUNICAZIONE	• Inaugurazione del percorso alla presenza di istituzioni locali e degli organi di stampa, con pubblicazione di servizi televisivi • Realizzazione di un volantino distribuito nei parchi, ai soci e alla cittadinanza • Promozione sui social-network • Celebrazione giornata mondiale attività fisica 6 aprile • Celebrazione giornata mondiale One Health 3 novembre • Giornata mondiale World Health Day 7 aprile
	EQUITA'	• Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate • Coinvolgere il cittadino in un'attività calibrata alla capacità individuale di

		esercizio fisico, istituendo dei gruppi omogenei sulla base della expertise capacity • Includere soggetti con disabilità, prevedendo l'ausilio di personale che sarà adeguatamente formato all'uopo.
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	• Fornire alla comunità locale un'ampia gamma di opportunità per svolgere esercizio fisico in salute in modo facile, non costoso, perché possa diventare un'abitudine di vita. • Realizzare in ciascuno spazio educativo gruppi omogenei di cammino utilizzando metodi speditivi di inquadramento fisiologico delle caratteristiche individuali per la promozione alla salute • Realizzare percorsi per lo svolgimento di esercizi di rinforzo muscolare e di capacità di equilibrio da proporre come strumenti integrativi ai gruppi di cammino • Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali • Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità • Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità • Effettuare una mappatura dell'offerta di opportunità per l'attività motoria e sportiva presenti nel territorio e fornire adeguata informazione ai cittadini sulle relative modalità di accesso e fruizione. **Obiettivi sull'individuo:** • attivare interventi efficaci incentrati sulla personal health literacy, in un'ottica di genere; • attivare interventi strutturati di esercizio fisico • promuovere la sana alimentazione per favorire stili di vita salutari	
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP	**1. Accordi intersettoriali** □ Formula: presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder □ Standard: almeno1Accordo regionale entro il 2021 □ Fonte: Regione	
	2. Formazione intersettoriale □ Formula: Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS)e da altri stakeholder	



	Standard: Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni Anno di vigenza del Piano, a partire dal 2021 Fonte: Regione
	3. 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 2021 - realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, a Partire dal 2021 Fonte: Regione
	4. Comunicazione ed informazione Formula: Disponibilità e realizzazione di interventi di comunicazione e di informazione rivolti sia alla popolazione sia ai diversi stakeholder Standard: Realizzazione di almeno1intervento di Comunicazione /o informazione per anno, a partire dal 2021 Fonte: Regione
	5. Lenti di equità Formula: adozione dell'HEA Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021 Fonte: Regione
INDICATORI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA	**6. Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni Fascia di età** Formula:(N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASP, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per Giovani e Adulti 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: 10% Comuni entro il 2021; Fonte: Regione

	7. Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione target**, con presenza di uno o più fattori di rischio e/o patologie specifiche** ☐ Formula:(N. ASP 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 d fragilità (anziani) / (N. totale ASP)*100 ☐ Standard: 30% AASSPP entro il 2021; ☐ Fonte: Regione **8. Urban Health** ☐ Formula: Partecipazione a tavoli tecnici inter istituzionali di valutazione dei programmi/progetti dedicati a rigenerazione urbana/urbanhealth/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a promuovere ambienti "salutogeni" ☐ Standard: rappresentanza socio-sanitaria in almeno un tavolo tecnico interistituzionali secondo la programmazione delle politiche regionali di sviluppo ☐ Fonte: Regione

Il presente Piano Regionale di Prevenzione Transitorio 2021 è il frutto di un lavoro di squadra che ha visto la collaborazione di numerosi colleghi delle aziende sanitarie ed ospedaliere del sistema sanitario regionale e dell'Istituto Superiore della Sanità.
Si ringrazia per il prezioso contributo:

Achille Cernigliaro - Servizio 9 DASOE
Salvatore Scondotto - Servizio 9 DASOE
Antonello Marras - Servizio 9 DASOE
Maria Paola Ferro - Servizio 9 DASOE
Brigida Rosa - ASP Palermo
Giovanna Ripoli - ASP Palermo
Ligia Dominguez - UNIPA Palermo
Gabriella Gargano - ASP Palermo
Francesca Picone - ASP Palermo
Roberto Gambino - ASP Palermo
Elena Alonzo - ASP Catania
Antonio Leonardi – ASP Catania
Edda Paino – ASP Messina
Eleonora Caramanna - ASP Enna
Giuseppe Mustile - ASP Ragusa
Guido Faillace - ASP Trapani
Maurizio Abrignani - P.O. S. Antonio Abate ASP Trapani
Marco Silano - Direttore U.O. Alimentazione, Nutrizione e Salute ISS
Marco Squicciarini - Medico coordinatore attività formazione BLSD Ministero Salute
Raffaele Pomo - Ospedale Buccheri la Ferla Palermo;
Giuseppe Cuffari - Dirigente ARPA Sicilia
Antonio Conti - Dirigente ARPA Sicilia
Patrizia Fasulo - Dirigente USR Sicilia
Emanuele Alvano - Segretario Generale ANCI Sicilia
Thea Giacobbe - Rete Civica Sicilia
Pieremilio Vasta - Rete Civica Sicilia
Giovanni Iacono - Federsanità'

Coordinamento amministrativo –Antonella Bua – Servizio 5 DASOE

Coordinamento Scientifico –Antonietta Costa – Servizio 5 DASOE, Daniela Segreto – Ufficio Speciale Comunicazione per la Salute

Progettazione grafica a cura di Elisa Gerbino – ASP Catania

Hanno altresì collaborato:
Francesco Arnetta, Stefano Pizzo, Livia Cimino, Davide Alba – Specializzandi in Igiene dell'Università degli studi di Palermo

APPENDICE

Manuale del progetto "Un chilometro in salute"

(pubblicato on line sul sito istituzionale "Costruire Salute" e sul sito istituzionale dell'Ufficio Speciale per la Comunicazione)