PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29 dicembre 2014, n. **1799.**

Recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione di cui all'Intesa Stato/Regioni e PP.AA. del 13 novembre 2014 e approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 - Parte I - Analisi di contesto e programmazione strategica.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta della Presidente Catiuscia Marini

Preso atto:

a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;

b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal dirigente competente;

c) della dichiarazione del dirigente medesimo che l'atto non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

d) del parere favorevole del direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

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

Visto il regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta dell'assessore, corredati dei pareri prescritti dal regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;

2) di recepire il Piano Nazionale della Prevenzione 2014/2018 di cui all'intesa sottoscritta in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, nella seduta del 13 novembre 2014 e allegata quale parte integrante del presente atto (allegato 1);

3) di approvare la **"**Parte I - Analisi di contesto e programmazione strategica del Piano Regionale di Prevenzione per gli anni 2014/2018" allegata quale parte integrante e sostanziale al presente atto (allegato 2), in quanto risponde ai criteri previsti dal punto 2 dell'art. 1 dell'intesa citati nel documento istruttorio;

4) di attivare il laboratorio di progettazione partecipata – di cui alla DGR 1582/2014 - per la elaborazione dei progetti specifici del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 a partire dal 20 gennaio2015;

5) di affidare alla dott.ssa Mariadonata Giaimo, dirigente responsabile del Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare della Direzione Salute e coesione sociale, in qualità di coordinatore operativo del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, il compito di attivare i gruppi di progettazione in seno al laboratorio sopra citato, di curare tutte le fasi progettuali affinché ci sia piena rispondenza alle linee strategiche individuate nella Parte I del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 e di curare la stesura definitiva del Piano entro il 31 maggio 2015;

4) di pubblicare il presente atto nel *Bollettino Ufficiale* della Regione.

La Vicepresidente
CASCIARI

(*su proposta della Presidente Marini*)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: **Recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione di cui all'Intesa Stato/Regioni e PP.AA. del 13 novembre 2014 e approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 - Parte I - Analisi di contesto e programmazione strategica.**

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

seduta del 13 novembre 2014 ha sancito un'intesa per l'approvazione della proposta di Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) per gli anni 2014/2018 Allegato quale parte integrante dell'atto di intesa.

Al punto 2. dell'articolo 1, lo stesso atto stabilisce inoltre che le Regioni, **entro il 31 dicembre 2014, recepiscono con apposita delibera il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018,** disponendo:

• di applicare, nella elaborazione del proprio PRP, la visione, i principi, le priorità, la struttura del PNP;

• la preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi e azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali;

• la definizione degli elementi - contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente PRP- funzionali ai programmi regionali individuati.

Le Regioni si sono inoltre impegnate ad **adottare, entro il 31 maggio 2015, il Piano Regionale di Prevenzione per la realizzazione del PNP 2014-2018** attraverso i programmi individuati sulla base di quanto disposto al punto 2.

Una volta adottato il Piano Regionale della Prevenzione le Regioni dovranno trasmettere annualmente alla Direzione operativa del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire alla medesima Direzione di certificare l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti e per poter accedere, a seguito di valutazione positiva, alle somme vincolate al raggiungimento degli obiettivi di Piano.

Per quanto concerne i criteri per la valutazione e la certificazione dei Piani Regionali medesimi è stato stabilito che verranno individuati con apposito Accordo Stato Regioni entro il 31 gennaio 2015.

Inoltre, il punto 7 dell'articolo 1 della stessa intesa prevede che le Regioni debbono individuare il Coordinatore operativo di ciascun Piano regionale - con atto formale della Regione - entro trenta giorni dalla stipula della stessa Intesa.

La Giunta regionale, pertanto, considerato quanto già realizzato per i precedenti Piani Regionali per la Prevenzione (PRP 2010/2013 di cui alla DGR 20 dicembre 2010, n. 1873 e PRP 2013 di cui alla DGR 28 maggio 2013, n. 506) ha stabilito, con DGR n. 1582 del 9 dcembre 2014, di confermare come Coordinatore delle attività del Piano Regionale di Prevenzione per l'anno 2014-2018, la dr.ssa Mariadonata Giaimo, dirigente responsabile del Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare, della Direzione Salute, coesione sociale.

Il Servizio Prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare ha predisposto, grazie al coinvolgimento dei diversi interlocutori istituzionali e non, **la Parte I - Analisi di contesto e programmazione strategica - del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018,** che risponde ai criteri individuati al punto 2 dell'articolo 1 dell'intesa.

Il documento, infatti, dopo aver delineato le strategie da seguire nei prossimi cinque anni, in linea con i macroobiettivi di salute individuati dal PNP 2014-2018, comprende una analisi di contesto generale e quindi individua priorità e programmi da interpretare come "insieme" di progetti specifici, costruiti sulla base delle migliori evidenze di efficacia, allo scopo di concorrere, attraverso azioni intersettoriali, al raggiungimento di tutti gli obiettivi centrali del PNP stesso e a quelli individuati come espressione tipica del territorio umbro e dei suoi bisogni di salute.

La Giunta regionale inoltre, sempre con la citata deliberazione 1582/2014, ha stabilito di istituire, facendo seguito a quanto stabilito dall'art. 34 della legge regionale 18/2012, un laboratorio di programmazione che consenta di aprire con i principali stakeholders coinvolti la fase partecipativa sui documenti di programmazione sanitaria regionale in corso di redazione o da redigere; pertanto, a partire dal 20 gennaio 2015, verrà attivato il laboratorio di progettazione partecipata nel quale verranno coinvolti, i diversi attori individuati per la realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, al fine di elaborare gli specifici progetti e quindi seguirli nelle successive fasi di realizzazione, gestione e valutazione.

Per quanto sopra descritto si propone alla Giunta regionale di

Omissis

(Vedasi dispositivo deliberazione)

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, sulla proposta del Ministero della salute concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018.

Rep. Atti n. 156/CSR del 13 novembre 2014

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 13 novembre 2014:

VISTO l'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il Governo di promuovere, in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, la stipula di intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO l'accordo Stato- Regioni del 7 febbraio 2013 (rep. atti n. 53/CSR) concernente la proroga del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, con il quale si è convenuto di avviare i lavori per l'elaborazione del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione per il quinquennio 2014-2018;

VISTO l'articolo 17, comma 1 dell'Intesa Stato - Regioni del 10 luglio 2014 (rep. atti n. 82/CSR) concernente il nuovo Patto per la salute 2014 -2016, che conferma, per gli anni 2014 - 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1 dello stesso Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni;

VISTA la nota in data 18 settembre 2014, diramata in data 22 settembre 2014, con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini dell'acquisizione della prescritta intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, la proposta indicata in oggetto;

VISTA la nota in data 29 ottobre 2014, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha chiesto la convocazione di una riunione tecnica per l'approfondimento del suddetto provvedimento;

RILEVATO che, nel corso dell'incontro tecnico svoltosi in data 5 novembre 2014, il Coordinamento interregionale ha formulato talune richieste emendative sulla proposta di intesa in oggetto;

VISTA la nota in data 10 novembre 2014, diramata in pari data, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la versione definitiva del provvedimento di cui trattasi che recepisce le predette richieste emendative formulate dalle Regioni;

ACQUISITO, in corso di seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome;

SANCISCE INTESA

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

sulla proposta del Ministero della salute concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018, nei termini di seguito riportati:

Articolo 1
(Piano Nazionale della Prevenzione)

1. E' approvato il Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018, di cui all' Allegato A, parte integrante del presente atto.
2. Le Regioni, entro il 31 dicembre 2014, recepiscono con apposita Delibera il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, disponendo:
   - di applicare, nella elaborazione del proprio PRP, la visione, i principi, le priorità, la struttura del PNP;
   - la preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi e azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali;
   - la definizione degli elementi - contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente PRP- funzionali ai programmi regionali individuati.
3. Le Regioni si impegnano ad adottare, entro il 31 maggio 2015, il Piano Regionale di Prevenzione per la realizzazione del PNP 2014 - 2018 attraverso i programmi individuati sulla base di quanto disposto al punto 2 del presente Articolo.
4. Le Regioni e Province autonome convengono di confermare per gli anni 2014 - 2018, per la completa attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione, come previsto dall'articolo 3 dell'Intesa del 3 marzo 2005, la destinazione di 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 7 dicembre 1996, n. 662, e successive integrazioni. Tali somme sono finalizzate a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2014 - 2018, lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e l'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambiti territoriali.
5. Le Regioni trasmettono annualmente alla Direzione operativa del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire alla medesima Direzione di certificare l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai Piani regionali anche ai fini di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005. A seguito di valutazione positiva degli stati di avanzamento raggiunti, le Regioni accedono alle somme vincolate al raggiungimento degli obiettivi di Piano di cui al comma 3.
6. I criteri per la valutazione e la certificazione dei Piani Regionali medesimi sono individuati con apposito Accordo Stato Regioni entro il 31 gennaio 2015.
7. Il coordinamento dell'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014 - 2018 è affidato al Ministero della salute, Direzione generale della prevenzione, che assicura il necessario raccordo operativo con le Direzioni generali e della sanità animale e dei farmaci veterinari e per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione. Il Coordinatore operativo di ciascun Piano regionale è individuato - con atto formale della Regione - entro trenta giorni dalla stipula della presente Intesa.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

8. Restano ferme le funzioni già attribuite, nelle materie oggetto della presente Intesa, alle Regioni a Statuto speciale e alle Province autonome ai sensi del proprio Statuto e delle relative norme di attuazione.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo

IL PRESIDENTE
Maria Carmela Lanzetta

Allegato A

Ministero della Salute

Piano Nazionale della Prevenzione

2014-2018

Indice

1.1. L'esperienza dei precedenti Piani nazionali di prevenzione
1.2. Vision, principi, priorità, criteri, struttura, valutazione del PNP 2014-2018
1.2.1. Vision e principi nel campo della promozione della salute umana e della prevenzione
1.2.2. Vision e principi nel campo della prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria
1.2.2.1. Controlli basati sulle evidenze di efficacia della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria
1.2.2.2. Coordinamento tra le autorità competenti
1.2.2.3. L'esperienza dei precedenti piani nazionali integrati dei controlli (PNI)
1.2.2.4. Relazione tra PNI e PNP
1.2.3. Struttura
1.2.4. Valutazione
1.2.4.1. Valutazione nel campo della prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria
1.3. Azioni centrali del PNP 2014-2018
1.3.1. Azioni centrali per la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria

2. Macro obiettivi del PNP
   2.1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
   2.2. Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali
   2.3. Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani
   2.4. Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti
   2.5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
   2.6. Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti
   2.7. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali
   2.8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute
   2.9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie
   2.10. Attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria
3. Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione
4. Documenti di riferimento



1. Introduzione

1.1. L'esperienza dei precedenti Piani nazionali di prevenzione

Il PNP 2005-2009

Il Piano nazionale della prevenzione (PNP), adottato, per il triennio 2005-2007, con Intesa tra Ministero della salute, Regioni e Province Autonome sottoscritta il 23 marzo 2005, e poi prorogato agli anni 2008 e 2009, ha rappresentato un punto di svolta nella programmazione sanitaria del nostro Paese per almeno tre ordini di motivi: il primo è legato alla scelta strategica delle Regioni di dichiarare di voler investire ulteriormente nell'area della prevenzione per raggiungere maggiori risultati di salute. Il secondo è connesso alla decisione di mettere alla prova una linea di governance compartecipata, che ha portato il Ministero a valorizzare al meglio le potenzialità di coordinamento del Centro per il controllo delle malattie (CCM), le Regioni a innestare proficuamente nella loro pianificazione una serie di linee operative comuni e le Aziende sanitarie – a cascata – a utilizzare tale strumento aggiuntivo per contribuire a ridurre in concreto il peso delle malattie e della disabilità. Il terzo motivo, infine, attiene alla decisione di subordinare la programmazione alle conoscenze disponibili.

L'Intesa del 2005 ha previsto:

- linee operative (relative a rischio cardiovascolare, recidive degli accidenti cardiovascolari, complicanze del diabete, obesità, screening oncologici, vaccinazioni, incidenti stradali, infortuni sul lavoro e incidenti domestici);
- un apposito finanziamento (complessivamente, 440 milioni, di cui 240 quale "vincolo d'uso" sulla quota del riparto CIPE destinata al raggiungimento degli obiettivi dal Piano sanitario nazionale – ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 27 dicembre 1992, n. 662 - e i restanti 200 derivanti dalla quota indistinta del fondo sanitario regionale);
- un meccanismo di verifica del raggiungimento degli obiettivi del Piano.

Conseguentemente, ciascuna Regione ogni anno ha rendicontato sullo stato d'avanzamento dei propri lavori e il CCM ne ha certificato i risultati ottenuti. Un bilancio di questa prima esperienza ha messo in luce alcuni aspetti rilevanti.

- Il Piano ha interpretato la prevenzione come una risorsa strategica del sistema sanitario, individuando interventi efficaci da attuare su tutto il territorio nazionale e definendo una funzione centrale di coordinamento, una regionale di pianificazione e monitoraggio, una locale di attuazione e gestione.
- Attraverso il Piano, il sistema sanitario è stato chiamato ad affrontare la sfida dell'intersettorialità ovvero a fornire risposte a problematiche (es. il contrasto all'obesità o la prevenzione degli incidenti) che, pur essendo di forte impatto in termini di salute e di costi socio-economici, erano relativamente nuove o non del tutto condivise nelle strategie e nella disponibilità di evidenze scientifiche a sostegno dell'azione oppure richiedevano un salto di qualità nell'integrazione di competenze e strutture (es. i programmi di screening oncologici).
- Nei primi anni, l'impegno maggiore, centrale e regionale, è stato volto a porre le basi per una pianificazione e una valutazione "evolutive", cioè non solo funzionali agli obblighi certificativi dell'Intesa, ma anche propedeutiche a realizzare, mantenendoli nel tempo, interventi efficaci.
- Alcune condizioni strutturali hanno rappresentato delle leve per il buon andamento dei Piani regionali: il coinvolgimento programmatico degli interlocutori; l'attivazione di coordinamenti intra-regionali trasversali, la ricerca di sinergie e di reti, se non per l'intero Piano almeno per alcune Linee operative; la crescita delle competenze delle risorse professionali messe in campo; l'integrazione operativa a livello aziendale; la puntuale rendicontazione dei risultati raggiunti.

A fronte di questo investimento, il percorso attuativo dei Piani ha incontrato alcune criticità che si sono rivelate gli snodi sui quali basare una migliore riproposizione del Piano:

- la qualità della pianificazione è risultata fortemente variabile tra Regioni e tra aree di intervento e spesso inadeguata, sia nella definizione di obiettivi e risultati attesi, sia, il più delle volte, nella individuazione di criteri e modalità di monitoraggio e valutazione;
- l'utilizzo di dati e informazioni per l'enucleazione delle priorità, la definizione degli obiettivi, il monitoraggio, la valutazione e il miglioramento degli interventi si è dimostrato spesso carente o non sistematico;
- i Piani regionali sono stati spesso interpretati più come un insieme di progetti e interventi "verticali" che come un disegno organico, capace cioè di individuare il quadro d'insieme, nel quale collocare, in un approccio trasversale ai problemi di salute, le singole iniziative;
- l'architettura disegnata nel 2005 (messa a disposizione di risorse mirate al raggiungimento di obiettivi di prevenzione altrettanto mirati) ha lasciato inevasa la questione relativa all'incanalamento delle attività previste dal Piano nell'ordinario lavoro aziendale e quindi al necessario passaggio da un'ottica di interventi derivanti da progetti settoriali a una logica di percorsi legati ad attività istituzionali sistematizzate e, tra loro, coerenti;
- la mancanza di alcune tematiche chiave della prevenzione, prima tra tutte quella del rapporto tra salute e ambiente, è risultata stridente rispetto all'attuale scenario epidemiologico, riportando all'attenzione la necessità di pensare alla prevenzione come a un orizzonte a 360 gradi e di coinvolgere nei suoi processi tutte le aree organizzative sanitarie e non solo le discipline più propriamente (e tradizionalmente) di pertinenza dei Dipartimenti di prevenzione.

Il PNP 2010-2013

Con Intesa stipulata il 29 aprile 2010 è stato approvato il PNP 2010-2012 (prorogato al 2013 dall'Accordo Stato Regioni 7 febbraio 2013). L'Intesa prevede, a livello ordinamentale: la responsabilità formale del Ministero nel coordinamento e nella valutazione del PNP così da assicurare la coesione nazionale; a livello finanziario, come per il precedente Piano, 200.000.000 di Euro derivanti dal finanziamento proprio delle Regioni (FSN) e 240.000.000 di Euro tratti dalle risorse previste dagli Accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi della legge 662/1996, e successive integrazioni, quale quota premiante.

Anche il PNP 2010-2012 si configura come il documento sulla base del quale le Regioni hanno elaborato i propri Piani di prevenzione e il Ministero a sua volta, e questo è un elemento di novità rispetto al passato, ha emanato il suo Piano (adottato con Decreto ministeriale 10 novembre 2011 dal titolo "Documento operativo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al PNP").

Il PNP 2010-2013 ha individuato quattro Aree tematiche (Macroaree): Medicina predittiva, Prevenzione universale, Prevenzione nella popolazione a rischio, Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia. Per ogni Area vengono definite una o più Linee di intervento generale e, per ciascuna Linea, viene enunciato l'Obiettivo generale di salute. Altro elemento fondamentale di struttura consiste nel fatto che per il raggiungimento di ogni obiettivo sono stati definiti i ruoli delle istituzioni del sistema sanitario e sono quindi specificate: le Linee di intervento regionali, affidate appunto alla programmazione regionale mediante i Piani regionali; le Linee di supporto centrali, sotto la diretta responsabilità del Ministero. Su tale architettura, le Regioni sono state chiamate ad adottare formalmente il loro specifico Piano, identificando (dall'analisi dei bisogni del proprio territorio) obiettivi puntuali e misurabili, destinatari degli interventi e indicatori utili per il monitoraggio del grado di avvicinamento ai risultati attesi. Al Ministero è stato invece affidato il compito di accompagnare il percorso regionale attraverso l'espressione di una serie di funzioni, tra loro estremamente eterogene, di supporto alla programmazione e implementazione regionale, che, mediante un processo di riflessione e di operatività condiviso tra livello centrale e Regioni, sono state ricondotte e classificate sulla base del modello di governance noto come stewardship (Decreto ministeriale 10 novembre 2010 "Progetto esecutivo per l'attuazione delle Linee di supporto centrali al Piano nazionale della prevenzione 2010-2012") e poi declinate nelle Azioni centrali prioritarie (ACP) di supporto al PNP (Decreto ministeriale 4 agosto 2011).

"Adozione del Documento esecutivo per l'attuazione delle Linee di supporto centrali al Piano nazionale della prevenzione 2010-2012. Azioni centrali prioritarie").

Rispetto al precedente, il PNP 2010-2012 è risultato innovativo per diversi aspetti:

- I principi. Viene ribadita la necessità di basare l'azione su evidenze di efficacia (dati) e misura dei risultati (valutazione di processo e di esito), ma anche l'importanza di generare conoscenza mediante la diffusione e l'implementazione di registri, sorveglianze e sistemi informativi. Veniva esplicitato l'impegno sulla persona, promuovendo una visione culturale in cui al centro non c'è l'autoreferenzialità dei servizi bensì il cittadino (sano o malato) con le sue attese e necessità, in una logica di continuità e di percorso;
- La struttura e il modello di governance. La struttura del Piano era articolata in modo da esprimere il concorso dei governi centrale e regionali nel perseguimento degli obiettivi di salute fissati, coerentemente con lo scenario istituzionale, conseguente alla riforma del Titolo V della Costituzione. Attraverso l'individuazione delle Azioni centrali, il Piano ha proposto infatti una applicazione del modello di *governance* noto come *stewardship*, recepito dall'Italia con la Carta di Tallin e quindi ha indotto una riflessione e un impatto sugli assetti di sistema per:
  - ✓ l'avere affrontato il tema delle rispettive responsabilità (tra il livello di governo centrale e quelli regionale) come contribuzione rispettiva agli obiettivi di salute;
  - ✓ l'assiduo, non formalistico, confronto con le Regioni, in primo luogo col tavolo tecnico del Coordinamento della Prevenzione;
  - ✓ l'avere insieme, ma nel rispetto delle rispettive responsabilità, definito il percorso attuativo sia della programmazione in sé (Piani regionali e Azioni centrali) sia per la certificazione.
- Il ruolo della valutazione. Il Piano riafferma l'importanza e la necessità di poter disporre di (oltre che di produrre) "evidenze" in tre momenti principali dell'azione: prove di efficacia teorica (*efficacy*); monitoraggio e valutazione degli interventi; misura di impatto sugli *outcome* (*effectiveness*). A tal fine il Piano ha promosso da una parte lo sviluppo, a livello intra-regionale, di una pianificazione di qualità, mettendo a punto diversi strumenti e attività a supporto di tale obiettivo, dall'altra ha ugualmente sostenuto la cultura e l'utilizzo della valutazione, sia attraverso il supporto alla implementazione e all'uso dei sistemi di sorveglianza, sia attraverso il monitoraggio dello stato di avanzamento degli interventi programmati, sia promuovendo la costruzione di un sistema integrato di valutazione di impatto della prevenzione.

Punti di forza e criticità del PNP 2010-2013: le lezioni apprese

Il Piano Nazionale della Prevenzione, dai suoi esordi a oggi, ha avviato un inarrestabile processo culturale, innovativo per diversi aspetti:

- la pianificazione (partecipata) in tutte le Regioni
- l'attivazione di coordinamenti regionali
- la continuazione, il consolidamento e la sistematizzazione di progetti o attività preesistenti
- gli Accordi formali con altri attori (es. Scuola)
- la costruzione di sinergie e reti territoriali organizzate
- la trasversalità nella programmazione e nell'azione.

Inoltre esso ha prodotto un volume di iniziative senza precedenti (complessivamente, circa 800 progetti/programmi che coprono tutte le aree della prevenzione), che ha aperto opportunità di informazione e conoscenza a supporto delle strategie che il Paese ha messo in campo per promuovere, tutelare, migliorare la salute dei cittadini. Infine esso ha avuto un effetto di sistema, per il tentativo di agire sugli assetti e i ruoli istituzionali (modello di governance e Azioni centrali) e per il ruolo cruciale riconosciuto alla "genesi della conoscenza" nell'orientare efficacemente le policy. D'altro canto l'attuazione del Piano ha fatto emergere diverse criticità e, spesso, incoerenze nell'impianto, nella modalità di conduzione e, soprattutto, nella valutazione degli "effetti" del PNP stesso.

Punti di forza e di debolezza sono stati enucleati e analizzati durante tutto il percorso del Piano e hanno guidato le scelte di impostazione del nuovo PNP.

Le attività di pianificazione e di supporto alla pianificazione

A livello centrale ma soprattutto a livello regionale e locale, la programmazione dei Piani si è, in molte realtà, rivelata una reale opportunità sia per la crescita culturale di molti professionisti, che si sono avvicinati in maniera sistematica ai temi e ai metodi della pianificazione, sia per dare visibilità alle attività di prevenzione all'interno delle Aziende sanitarie.

Da un punto di vista operativo nelle Regioni dove le attività di prevenzione datano da più tempo, sono più consolidate, fruiscono di una struttura di supporto maggiormente sviluppata e funzionale, sono realizzate a livello di ASL in maniera più organizzata e integrata con il resto delle attività delle Aziende, il Piano della prevenzione ha prodotto (e attivato in qualche caso) un miglioramento della collaborazione fra la Regione e le Aziende e molti interventi poco strutturati sono stati ri-pianificati e strutturati metodologicamente in programmi o progetti, in particolare quelli di promozione della salute. Molte realtà aziendali hanno inoltre maturato l'idea che le attività di prevenzione non sono unicamente appannaggio e responsabilità del Dipartimento di Prevenzione ma di tutta l'Azienda, in questo favorendo un approccio multidisciplinare e promuovendo una cultura della prevenzione.

Nelle Regioni dove invece le attività di prevenzione sono meno consolidate e integrate, il PRP è stato, al contrario, vissuto come un'opportunità per attivare e finanziare attività progettuali "non istituzionali", altrimenti non realizzabili o per ottenere finanziamenti per interventi pre-esistenti ma non più sostenibili. Infine, in diverse realtà il PRP ha avuto un carattere di "straordinarietà" piuttosto che una capacità di riportare e armonizzare al suo interno tutte le attività di prevenzione, e di fatto non ha modificato sistematicamente il quadro e l'assetto delle attività istituzionali di prevenzione già in atto.

La struttura del PNP

Il PNP 2010–2013, nell'identificare le aree di azione, le ha lette sulla base delle popolazioni destinatarie (per es. interventi finalizzati alla popolazione universale o a gruppi di popolazione a rischio, ecc.) con un evidente effetto di programmazione 'a canne d'organo'. Alcune delle macroaree così identificate (es. medicina predittiva) non hanno peraltro trovato una corrispondenza con l'organizzazione del sistema regionale (e aziendale) e nella pratica sono risultate di più difficile implementazione. L'ulteriore suddivisione delle Macroaree nelle linee di intervento (22), all'interno delle quali si sono dovuti collocare gli obiettivi specifici (oltre 100), ha creato le condizioni per una progettazione "verticale" a scapito di una pianificazione per "programmi" che invece costituisce la modalità più adeguata (e forse più efficiente) per attuare le azioni di prevenzione.

Nel PNP 2010-2013, la dispersione in un numero eccessivo di linee programmatiche e obiettivi specifici ha creato le condizioni, in molte realtà, per spostare il focus della pianificazione regionale su singoli "progetti" che sono di fatto diventati l'elemento base della struttura del Piano (oltre che l'oggetto della valutazione/certificazione). Tale scelta ha comportato il proliferare di progetti, troppo spesso anche non in linea con i principi del Piano (per es. basare le azioni sulle evidenze), provocando una frammentazione e un forte irrigidimento della programmazione regionale nella definizione di azioni spesso parcellari (percepite, a livello locale, non come frutto di una armoniosa strategia di prevenzione bensì come interventi, spesso separati fra loro, che rischiano di "aggiungersi" alle attività correnti dei servizi).

I principi

In coerenza con la visione della salute riconosciuta e condivisa a livello mondiale (la salute in tutte le politiche), il Piano 2010-2013 ha raccolto la sfida dell'intersettorialità e ha investito non solo nelle aree tradizionali della prevenzione (universale, selettiva, secondaria) ma anche nella promozione della salute ovvero in quel processo orientato non a prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche ma a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza (empowerment) che mantenga o migliori il controllo della salute. Il Piano ha invece marginalmente affrontato il tema delle disuguaglianze di salute o

meglio non si è dotato di un approccio efficace e sistematico contro le disuguaglianze (sia nei principi sia negli strumenti operativi), rischiando in tal modo di crearle o aumentarle come effetto dei progetti dei PRP.

Le Azioni di supporto centrale

Le Azioni centrali sono state identificate come cronologicamente funzionali agli obiettivi del PNP 2010–2013 e quindi schedulabili nel medesimo cronoprogramma, come componente centrale di azioni di salute articolate anche nei PRP. Non tutte però si sono sviluppate in questo senso e il supporto atteso ai PRP non è stato realizzato o percepito a sufficienza.

Il monitoraggio e la valutazione del PNP

Sebbene costituiscano un aspetto di estrema rilevanza e innovatività, il monitoraggio e la valutazione del PNP 2010 – 2013 presentano diverse criticità. Ad esempio, non sempre il monitoraggio dei PRP ha adottato una struttura formale, con strumenti standardizzati e quindi comparabili tra le Regioni; gli indicatori (prevalentemente di output e di processo) utilizzati per misurare, anche a fini certificativi, lo stato di avanzamento nella realizzazione dei Piani sono estremamente eterogenei, spesso derivano da raccolte di dati ad hoc e non da flussi correnti, e in generale non risultano ancorati a una misura dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi fissati. Ciò in parte è dovuto ai "limiti" della valutazione di impatto delle attività di prevenzione conseguente al fatto che gli outcome attesi sono in generale (molto) dilazionati rispetto alla definizione delle policy e con l'ulteriore difficoltà nell'individuare solide variabili descrittive dei fenomeni indagati e delle azioni correlate (facile ad esempio per la copertura per gli screening, meno facile per un'attività di promozione della salute, per la quale si aggiunge la difficoltà nel fissare degli standard per gli indicatori); un ulteriore limite è rappresentato dalla sostanziale scarsezza e frammentarietà degli attuali flussi informativi per la prevenzione.



1.2. Vision, principi, priorità, criteri, struttura, valutazione del PNP 2014-2018

Dal confronto e dall'analisi critica che ha accompagnato tutto il percorso e l'esperienza dei Piani precedenti, enucleandone punti di forza e criticità, sono emersi gli elementi portanti che hanno significativamente contribuito a definire il nuovo impianto del PNP. Per mantenere quella che si è rivelata essere la "buona pratica" della pianificazione, il Piano, a livello centrale, regionale e locale, si connota per l'adozione di percorsi metodologicamente condivisi, al fine di favorire la qualità della programmazione, la comparabilità dei prodotti e dei risultati e le crescita di cultura ed *expertise* di tutti i livelli di responsabilità coinvolti nella messa a punto e nell'attuazione dei Piani.

Un ulteriore elemento di evoluzione, scaturito dalle precedenti esperienze, è la scelta di fissare (pochi) obiettivi comuni a Stato e Regioni e lasciare alla programmazione inserita nei vari contesti regionali la definizione delle popolazioni target e la gestione delle azioni funzionali al raggiungimento di tali obiettivi. In sostanza si prospetta un'ottica di Piano nazionale "alto" rispetto al quale venga fin dall'inizio previsto un momento di "ri-modulazione" delle azioni intraprese per una loro maggiore efficacia nel raggiungere obiettivi comuni. Il risultato che si auspica è migliorativo non solo in termini di cogenza nella relazione tra determinanti/strategie/obiettivi/interventi/risultati, ma anche in termini di integrazione e trasversalità degli interventi programmati dalle Regioni rispetto ai vari gruppi di popolazione, condizioni queste che favoriscono l'efficacia degli interventi stessi.

Un punto indiscutibile rispetto al percorso fino a oggi portato avanti è il ruolo della valutazione, che rappresenta ancora una componente irrinunciabile del Piano, con la duplice funzione di misurazione dell'impatto che il Piano produce sia nei processi, sia negli esiti di salute, sia nel sistema, a livello centrale, regionale e locale e di verifica dell'adempimento LEA (certificazione). Il Piano deve pertanto essere corredato di un adeguato piano di valutazione, ancorato agli obiettivi che si intendono perseguire a tutti i livelli, e basato su un approccio condiviso che conduca non solo alla messa a punto di metodi e/o procedure di monitoraggio e valutazione (quantitativi e qualitativi) comuni e rigorosi ma anche alla creazione delle condizioni necessarie all'utilizzo dei risultati della valutazione per il miglioramento dell'efficacia e della sostenibilità degli interventi e dei processi in atto e per la produzione dei cambiamenti attesi. Strumentale alla valutazione è inoltre l'uso dei sistemi informativi e di sorveglianza, che il Piano promuove e valorizza per il necessario e corretto espletamento di tutte le funzioni (di conoscenza, azione, governance, empowerment) che da tale uso derivano.

1.2.1 Vision nel campo della promozione della salute umana e della prevenzione

Questo Piano intende rispondere a una vision i cui elementi sono:

- affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare in particolare alla luce delle dinamiche demografiche che la caratterizzano;
- adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle diseguaglianze;
- esprimere la visione culturale nei valori, obiettivi e metodi della sanità pubblica (maturata anche attraverso le esperienze dei due precedenti PNP) di una "prevenzione, promozione e tutela della salute" che pone le popolazioni e gli individui al centro degli interventi con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile;
- basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementati in modo equo e che siano programmati per ridurre le diseguaglianze;
- accettare e gestire la sfida della costo-efficacia degli interventi, dell'innovazione, della governance;
- perseguire per i professionisti, la popolazione e gli individui lo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili.

Principi

- Il Piano 2014-2018 intende essere un "Piano" per una promozione della salute e una prevenzione attuata attraverso azioni che si dipanino in un quadro strategico di quinquennio, prevedendo la possibilità, per le Regioni, di programmazione operativa frazionata (es. in due periodi temporali) e, per il livello centrale e regionale, di periodica valutazione dello stato di realizzazione degli interventi.
- Il Piano fissa obiettivi comuni prioritari supportati da strategie e azioni *evidence based*, in grado nel medio-lungo termine di produrre un impatto sia di salute sia di sistema e quindi di essere realizzati attraverso interventi sostenibili e "ordinari"; l'applicabilità di tale impostazione è favorita (per es. nella individuazione delle azioni) dal coinvolgimento della rete dell'Evidence Based Prevention, implementata sulla base di quanto già previsto dalle Azioni centrali prioritarie di cui al DM 4 agosto 2011.
- Il Piano definisce un numero limitato di (macro) obiettivi di salute misurabili e intende valutare i risultati raggiunti attraverso indicatori di *outcome* oppure di *early-outcome* o di *output* dei processi sanitari per i quali sia dimostrabile una relazione tra *output* e *outcome*.
- Il Piano recepisce gli obiettivi sottoscritti a livello internazionale e incorpora gli obiettivi già decisi all'interno di Piani nazionali di settore per quanto attiene alla promozione, prevenzione e tutela della salute, nonché gli adempimenti previsti dal quadro normativo. Nel fare ciò da un lato intende promuovere l'armonizzazione degli obiettivi formalizzati in tali atti garantendo un approccio complessivo di sanità pubblica; dall'altro, tiene conto dei contesti regionali e locali ai fini della declinazione e attuazione dei macro obiettivi.
- Il Piano garantisce la trasversalità degli interventi: essa deve essere fortemente perseguita anche in termini di integrazione (formale e operativa), ai fini del raggiungimento degli obiettivi del PNP, tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative; pertanto, nel definire le strategie e le azioni tiene in considerazione sia la funzione del SSN di diretta erogazione degli interventi, sia il ruolo di steward del SSN nei confronti degli altri attori e stakeholder.
- Il Piano riconosce l'importanza fondamentale della genesi e fruizione della conoscenza e pertanto riconosce la messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Priorità di intervento e Criteri per la definizione dei Macro obiettivi

I Macro obiettivi di questo Piano sono stati individuati in base alle priorità di seguito elencate.

- Ridurre il carico di malattia. Come è evidente anche dai motivi delle scelte in tale senso fatte a livello dell'OMS, si tratta di sollevare il nostro sistema paese da un carico prevenibile di eventi morbosi e mortali, rafforzando il contributo da parte del servizio sanitario al sistema di welfare e rendendo questo più sostenibile, anche in relazione agli andamenti demografici tipici del nostro Paese. Ciò è particolarmente proprio dell'obiettivo sulla riduzione della mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili. Ma sono valorizzabili in tal senso anche gli obiettivi sulla riduzione degli incidenti e delle malattie professionali nonché la Promozione dell'invecchiamento attivo (compresa la prevenzione delle demenze).
- Investire sul benessere dei giovani. È una scelta dal forte contenuto formativo e di empowerment che intende, in un approccio il più possibile olistico, per quella che sarà la classe attiva (lavorativa e dirigente) nella società del prossimo futuro, promuovere una crescita responsabile e consapevole attraverso l'adozione di stili di vita sani e di comportamenti di rifiuto nei confronti di qualunque forma di dipendenza in una logica di ricerca di un benessere psicofisico e affettivo.
- Rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive. Si tratta di investire in un patrimonio culturale di grande rilevanza sociale e che nel corso degli anni, anche in relazione agli atti di pianificazione nazionale e ai conseguenti sforzi attuati dalle istituzioni e dai professionisti del sistema sanitario, ha portato il nostro Paese a considerare come bene comune la pratica di interventi preventivi quali quelli a salvaguardia della salute dei lavoratori, quelli relativi alla prevenzione oncologica e alle vaccinazioni.

- Rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili. Questa scelta si implementa sia come lotta alle diseguaglianze sia come messa a sistema di interventi (magari già offerti in modo diseguale) per la prevenzione di disabilità.
- Considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente. Si tratta di promuovere un rapporto salubre fra salute e ambiente contribuendo alla riduzione delle malattie (in particolare croniche non trasmissibili) ma anche sviluppando tutte le potenzialità di approccio inter-istituzionale del servizio sanitario.

Nella definizione dei macro obiettivi si è tenuto conto, però, anche di criteri di valore strategico.

- Rilevanza. Si tratta di una rilevanza valutata innanzitutto come carico di malattia per l'intera popolazione italiana, ma anche una rilevanza in termini di sviluppo per gruppi sociali particolarmente a rischio di fragilità o di disuguaglianza, nonché una rilevanza etica e di coesione sociale.
- Coerenza. Il criterio preponderante in tal senso è quello richiamato nel principio di applicazione di impegni internazionali e/o nazionali e cioè di coerenza con le policy adottate. Inoltre, non si è perseguita la ricerca, magari pedissequa, della coerenza tra i macro obiettivi quanto, piuttosto, di un approccio metodologicamente coerente, applicando per ognuno dei macro-obiettivi la medesima struttura logica.
- Governance. Si tratta della governance complessiva del sistema sanitario nazionale che tiene anche conto di tutti gli attori e stakeholder ed esprime il modo con il quale sono sintetizzate, in un approccio complessivo, quelle che sono riconosciute come le esigenze del Paese e della sua popolazione (nelle sue varie articolazioni), alla luce degli impegni assunti presso gli organismi internazionali cui il Paese partecipa. Questo Piano, in quanto strumento a valenza strategica, adotta la visione di sanità pubblica funzionale alla necessaria armonizzazione dei numerosi interventi di settore come strumento di governance.
- Stewardship. L'applicazione di tale ruolo comporta la promozione del miglioramento del sistema nel suo complesso, in particolare dell'efficienza e dell'efficacia della azione di governo del sistema sanitario.
- Sviluppo. Opportunità di una prospettiva di sviluppo della prevenzione nel suo complesso, in particolare in quelle aree "di salute e/o organizzative" per le quali si riconosce la necessità di un salto di qualità, come per esempio per quanto attiene all'utilizzo delle evidenze scientifiche e alla misurazione dell'impatto degli interventi.

Quindi, fanno parte di questo approccio strategico:

- una sistematica attenzione alla intersettorialità, ai vari livelli di sistema: di governo centrale e di coesione nazionale; di programmazione regionale e di governo locale; di erogazione dei servizi a livello territoriale;
- una sistematica attenzione al miglioramento della qualità sia dei servizi sia della governance;
- una sistematica promozione, lo sviluppo e l'utilizzo di valutazioni quantitative (e quindi dei flussi informativi a ciò finalizzati).

Si ribadisce quindi che, in questo PNP si è scelto di individuare **pochi macro obiettivi a elevata valenza strategica**, perseguibili contemporaneamente da tutte le Regioni, attraverso la messa a punto di piani e programmi che, partendo dagli specifici contesti locali nonché puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati attesi.



1.2.2 Vision e principi nel campo della prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Nel campo della prevenzione è bene richiamare le attività volte a garantire la "sicurezza alimentare e la sanità veterinaria", che presidiano l'igiene e la sicurezza degli alimenti, dei mangimi, la salute e il benessere animale, e che promuovono la sicurezza nutrizionale.
Si tratta di una branca della Prevenzione che svolge un complesso di attività specifiche, quali:

- Il controllo degli agenti patogeni, dei contaminanti, degli allergeni, dei residui di sostanze pericolose e di tutti quei fattori che possono entrare nella catena alimentare e arrecare danni alla salute umana.
- La promozione della salute nutrizionale nella popolazione, finalizzata alla riduzione della frequenza delle patologie connesse a carenze di micronutrienti fondamentali per la salute umana.
- la prevenzione e gestione di un ragguardevole elenco di malattie animali trasmissibili all'uomo, nonché di malattie animali che è necessario controllare per i danni che arrecano alle produzioni zootecniche e per i loro risvolti connessi all'ingresso di residui di farmaci nella catena alimentare e per i danni enormi che possono arrecare all'esportazione dei nostri prodotti alimentari, pregiati ed apprezzati in tutto il mondo
- l'attenzione al benessere degli animali, un importante elemento di civiltà, che è anche la condizione basilare per ridurre la necessità di ricorrere ai trattamenti terapeutici, riducendo così il rischio per gli alimenti da essi prodotti
- la garanzia di pratiche commerciali leali per i mangimi e gli alimenti a tutela degli interessi dei consumatori, comprese l'etichettatura dei mangimi e degli alimenti e altre forme di informazione

Questi obiettivi di prevenzione si perseguono attraverso:

a. la fissazione di regole, azioni, procedure in grado di essere agite su ampie aree territoriali e di popolazione, attraverso gli strumenti legislativi/normativi;
b. il mantenimento di un elevato standard di controllo ufficiale lungo tutta la filiera alimentare;
c. la prevenzione, l'eliminazione o la riduzione a livelli "accettabili" dei rischi per gli esseri umani e gli animali, attraverso la definizione di interventi a tutela della salute che siano efficaci, proporzionati, mirati e trasparenti e che incrementino il livello di fiducia dei consumatori e degli operatori commerciali;

L'attenzione alla prevenzione in sicurezza alimentare e sanità veterinaria vanta in Italia un retaggio storico, ed è una conquista culturale e scientifica per la medicina, con lo sviluppo della medicina veterinaria: "One Health", "Una Salute". Si tratta di una concezione oggi quanto mai attuale, che esprime la consapevolezza scientifica della necessità di un approccio collaborativo multidisciplinare che considera la salute come il prodotto di una interazione tra persone, animali e ambiente.

In Italia infatti, la crescente attenzione posta sulla sicurezza alimentare e veterinaria a partire dagli inizi del '900 dai Governi di allora, è proseguita nel 1945, con il passaggio di queste competenze dal Ministero degli interni al neo costituito Alto Commissariato all'igiene e sanità (O.A.C.I.S.) , incardinato nella Presidenza del Consiglio, e nel 1958 successivamente alMinistero della sanità, oggi Salute, istituito nel 1958, e quindi naturalmente nel servizio sanitario nazionale istituito nel 1978.

La scelta di campo dell'Italia è sempre stata chiara: quella di collocare il sistema dei controlli veterinari e di igiene degli alimenti nell'ambito sanitario, in ragione del prevalente interesse della salute pubblica. Ed ha costituito, per molto tempo, una vera e propria specificità rispetto ad altri Paesi. Ancora oggi il Ministero della salute italiano costituisce un modello di riferimento per molti Paesi, in virtù della più ampia copertura di aree e linee di attività rispetto ad altri Ministeri della salute, e di conseguenza per le garanzie di unitarietà dell'approccio sanitario.
Si tratta di scelte che si sono sviluppate in un contesto sociale tradizionalmente molto attento alla qualità delle produzioni alimentari

Vi è da sottolineare inoltre la peculiarità della nostra organizzazione. In Italia infatti, la sanità pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti è costituita da un vero e proprio "sistema", che coinvolge un insieme di

istituzioni, enti, laboratori, connessi tra di loro tramite forme strutturate di coordinamento e di cooperazione multidisciplinare. Il "sistema" è costituito attorno a tre livelli di autorità competente (DL.vo n. 193/07):il Ministero della Salute, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano e le Aziende sanitarie locali (AASSLL). Queste tre autorità competenti sono in relazione funzionale tra di loro, ed interagiscono con gli altri attori del controllo ufficiale, come il Comando Carabinieri per la tutela della salute (NAS) e altri corpi di polizia ai quali sono demandati specifici ambiti di controllo, nonché gli uffici periferici di ispezione frontaliera, di sanità marittima e per gli adempimenti comunitari del Ministero salute, come pure la rete dei laboratori pubblici specificamente dedicati al settore assicurando una capillare presenza sul territorio nazionale.

Tale conquista culturale si è fatta strada in altri Paesi solo in tempi successivi, soprattutto a seguito delle varie crisi alimentari, come il caso "diossina" e "mucca pazza" o come l'Afta epizootica e l'Influenza Aviaria, che con grandi riflessi mediatici, ed elevati costi economici, si sono avvicendate sullo scenario europeo e internazionale a partire dagli anni '90.
Molti Paesi, in cui tali competenze facevano riferimento ad amministrazioni di carattere non sanitario, e le stesse istituzioni europee, sono state di fatto indotte a riorganizzarsi collocando le autorità preposte al governo della salute e benessere animale e degli alimenti destinati ai consumatori, in una posizione "indipendente", e di *governance* sanitaria, rispetto alle esigenze delle produzioni. Nel 1999 anche la Commissione europea, uno dei massimi organi di vertice dell'Unione, conferì le competenze in materia di sicurezza alimentare alla Direzione Generale "Health and Consumers Affairs" DG(SANCO) in virtù della loro valenza sanitaria, con il compito di proporre una nuova regolamentazione che investisse tutta la filiera alimentare a partire dal produttore fino al consumatore finale. Nel 2001, sulla spinta dei rischi sanitari corsi con l'epidemia di encefalopatia spongiforme dei bovini, la cosiddetta "mucca pazza", e dell'allarme sociale e delle enormi ricadute finanziarie delle misure e dei divieti, l'Unione europea scelse la strada di una politica di prevenzione integrata, sintetizzata nel libro bianco sulla sicurezza alimentare con la frase "*from farm to fork*", "*dal campo alla tavola*" e messa in pratica con i successivi regolamenti. Inoltre la nuova strategia per la salute degli animali dell'Unione europea (2007-2013): "Prevenire è meglio che curare", ha fissato alcuni obiettivi ambiziosi per migliorare la salute degli animali.

Le conquiste culturali di politica sanitaria dell'UE in materia di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, con l'evolversi delle problematiche legate alla globalizzazione, e quindi allo scambio di merci e persone tra paesi e continenti, sono divenute parte integrante di una strategia politica di livello internazionale. Una strategia che risponde a regole e a standard emanati in ambito internazionale da alcuni organismi di riferimento, quali: l'OMS (Organizzazione Mondiale della sanità); il Codex Alimentarius, iniziativa congiunta di FAO e OMS che dal 1963 sviluppa standard internazionali armonizzati, linee guida e codici di pratica per tutelare la salute dei consumatori e assicurare pratiche leali nel commercio internazionale; l'OIE (Organizzazione mondiale per la sanità animale), nel settore della profilassi delle malattie infettive animali per il commercio internazionale; il WTO (Organizzazione Mondiale del Commercio), un'organizzazione internazionale creata allo scopo di garantire l'applicazione degli accordi e delle relazioni commerciali multilaterali. Tale strategia può essere riassunta nella sintesi adottata dall'OIE: "*One Health, One World*".

Nello scenario internazionale tra i principali fattori di cambiamento che influenzano il settore, con la conseguente necessità di adeguamento delle misure di prevenzione, vanno considerati i cambiamenti climatici, la globalizzazione dei flussi commerciali, i flussi migratori, le crisi economiche.
Infatti, le crisi economiche tendono ad spingere, in linea generale, verso consumi alimentari di inferiore qualità e, proprio per questo, diviene necessaria una particolare attenzione al ruolo essenziale della Prevenzione.
I flussi migratori di persone, in alcuni casi in conseguenza della povertà ed in altri della globalizzazione, aggiungono ulteriori variabili sanitarie, sociali e culturali. Inoltre il progressivo cambiamento climatico incide sulle dinamiche biologiche degli ecosistemi, favorendo l'ingresso e l'espansione nel territorio europeo di una serie di malattie, incluse le zoonosi, e/o di loro vettori, come ad esempio la West Nile disease, la Chikungunya, l'Influenza aviaria, la Blue Tongue ed altri. Va tenuta in conto, inoltre, la recrudescenza di una serie di malattie legate agli animali selvatici, come la rabbia e la peste suina africana.

In realtà, in tempi di crisi inevitabilmente si registra anche una riduzione della capacità di spesa pubblica, e diviene difficile perciò assicurare il mantenimento di organici numericamente adeguati, dedicati al settore della prevenzione, che vede oggi nel nostro Paese un progressivo invecchiamento e depauperamento delle risorse umane dedicate, a causa del blocco delle assunzioni. Il mantenimento di una capacità di prevenzione con risorse umane, laboratoristiche ed organizzative adeguate, è un obiettivo che deve coinvolgere quindi tutti i Paesi, considerato il rischio, sempre presente, di ripercussioni globali conseguenti ad episodi in cui, localmente, la prevenzione è carente.

A fronte di questi elementi critici, la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità veterinaria ha ricevuto un forte impulso dai regolamenti europei che, partire dal 2002, hanno definito una strategia del controllo ufficiale basata sul rischio. E' bene precisare che tale strategia era già insita nelle valutazioni scientifiche, correlate ai progressi delle scienze mediche, che hanno supportato le decisioni delle autorità competenti in materia di sanità pubblica. Ma, in ogni caso, la ridefinizione, a livello europeo dei ruoli e delle responsabilità per l'analisi del rischio sta determinando, in concreto, un processo di ulteriore efficientamento dei Servizi.

In tema di efficacia e appropriatezza, in ottemperanza al Regolamento CE 882/2004, il Ministero della salute, in accordo con le Regioni, ha definito il Piano Nazionale Integrato dei Controlli 2011-2014, completamente sviluppato in ambiente web, ha definito uno "standard per il funzionamento delle Autorità compenti", approvato con l'accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013; inoltre sono in corso gruppi di lavoro per la elaborazione di linee guida su alcuni aspetti organizzativi e viene garantito lo svolgimento regolare di audit per verificare il raggiungimento da parte delle autorità compeenti degli obiettivi prefissati. Tutto ciò garantisce la coerenza e la qualità delle attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità veterinaria su tutto il territorio nazionale.

Si tratta di una attività di prevenzione che in Italia impegna circa il 3% del FSN. Peraltro, una parte consistente dei suoi costi di esercizio sono coperti anche da tasse versate dagli operatori del settore come tributo per lo svolgimento dei controlli ufficiali, secondo le regole imposte dall'Unione Europea.

L'analisi del rapporto costi benefici non può prescindere da una attenta valutazione della valenza delle attività di prevenzione:

- ogni anno nel territorio dell'UE vengono registrati più di 320.000 casi di malattia nell'uomo da trasmissione alimentare e zoonosi, ma il numero reale è probabilmente molto più alto[1]
- nei paesi industrializzati la percentuale di popolazione che soffre di malattie di origine alimentare arriva fino al 30% l'anno. Negli Stati Uniti d'America (USA), per esempio, si stima il verificarsi ogni anno di circa 76 milioni di casi di malattie di origine alimentare, con conseguente ospedalizzazione di 325.000 persone e 5.000 morti.[2]
- Inoltre le conclusioni di uno studio del 2005, condotto nel regno Unito[3] hanno evidenziato che le malattie correlate alla degli assunzione di alimenti sono responsabili di circa il 10% di morbilità e mortalità nel Regno Unito e costa al relativo SSN circa 7.5 miliardi di euro. Lo stesso studio ha concluso che il peso delle malattia correlate alla salute alimentare, misurato in termini di mortalità e morbilità è simile a quella attribuibile al fumo. Il costo per il Servizio Sanitario Nazionale britannico è risultato essere doppio della quantità attribuibile a incidenti d'auto, treno, e altri mezzi di trasporto, e più del doppio di quella attribuibile al fumo, e che la maggior parte del carico è imputabile a una cattiva alimentazione, piuttosto che alle malattie di origine alimentare.

In Italia, l'eradicazione della brucellosi dalle popolazioni animali e l'attività di mantenimento della qualifica degli allevamenti ufficialmente indenni ha determinato un calo dai 1896 casi umani denunciati nel 1999, ai 167 denunciati nel 2009 e 9 del 2012. Possono inoltre essere richiamati altri successi della prevenzione veterinaria, come ad esempio l'eradicazione dell'afta epizootica, della peste suina classica, mentre sono in corso nel presente altre attività di significato strategico per il nostro paese come l'eradicazione della malattia

---

[1](http://www.efsa.europa.eu/en/topics/topic/foodbornezoonoticdiseases.htm);

[2] (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs237/en/)

[3] (Rayner M, Scarborough P., della British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford, UK.)

vescicolare in alcune regioni italiane e della peste suina africana in Sardegna, la sorveglianza per la West Nile disease, la rabbia e altre importanti zoonosi.

L'esercizio di questa attività di prevenzione risulta pertanto essere tanto più efficace per la salute umana e degli animali da reddito, quanto più riduce i costi che il SSN deve sostenere per affrontare "a valle" la cura delle patologie veicolate dagli alimenti e dagli animali e le relative ricadute economiche e sociali, e quanto più riesce a fornire il proprio contributo alla qualificazione delle produzioni alimentari italiane sui mercati internazionali.

1.2.2.1 **Controlli basati sulle evidenze di efficacia**

L'azione di controllo si basa su evidenze di efficacia. Nell'ambito della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, in forza del quadro normativo sopradescritto e ulteriormente approfondito nel razionale del macrobiettivo 2.10, la competenza alla valutazione del rischio è propria dei diversi organismi con una forte connotazione tecnico scientifica nel campo della sicurezza alimentare, come EFSA, Consiglio Superiore di Sanità, CNSA, ecc..
Mentre la valutazione delle evidenze di efficacia è propria delle autorità competenti in proporzione al pertinente livello decisionale e all' ambito territoriale di competenza. Ad esempio, la valutazione di efficacia di determinate attività stabilite da norme europee e le conseguenti misure correttive è di pertinenza delle istituzioni europee (Commissione, Consiglio, Parlamento), analogamente a quanto può accadere per il livello nazionale o regionale.

Peraltro gli elementi di criticità emergenti in fase di programmazione ed attuazione dei controlli ufficiali dovrebbero trovare soluzione da parte dell'Autorità competente che li attua o riferiti alle sedi competenti per livello istituzionale, come summenzionato, al fine di garantire il feedback necessario per il successivo ciclo della programmazione.

1.2.2.2 Coordinamento tra le Autorità competenti

Con il decreto legislativo 112 del 1998 sono state conferite alle Regioni una parte rilevante di competenze in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria, conservando allo stato i compiti di profilassi internazionale veterinaria, di adozione di norme, linee-guida e prescrizioni tecniche e le funzioni di verifica per gli aspetti di rilevo nazionale. Inoltre con la successiva riforma del Titolo V della Costituzione, la legislazione sanitaria è divenuta materia concorrente, confermando la competenza statale in materia di profilassi internazionale.
Il regolamento CE 882/2004 ha previsto, all'articolo 4, paragrafo 3, che "*se uno Stato membro conferisce la competenza di effettuare i controlli ufficiali ad un'altra autorità o ad altre autorità che non siano l'autorità centrale competente, in particolare quelle a livello regionale o locale, si deve assicurare un coordinamento efficace ed efficiente tra tutte le autorità competenti interessate..*". Inoltre stabilisce l'obbligo per le autorità competenti di effettuare audit per la verifica del raggiungimento degli obiettivi del medesimo regolamento ed ulteriori modalità di verifica sono state stabilite con l'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005.

1.2.2.3 L'esperienza dei precedenti Piani nazionali integrati dei controlli (PNI)

Il regolamento CE 882/2004 impone agli Stati membri l'obbligo di elaborare un unico piano integrato di controllo nazionale pluriennale (PNI), al fine di garantire l'effettiva attuazione di "*un sistema ufficiale di controllo e altre attività adatte alle circostanze, tra cui la comunicazione ai cittadini in materia di sicurezza e di rischio degli alimenti e dei mangimi, la sorveglianza della sicurezza degli alimenti e dei mangimi e altre attività di controllo che abbraccino tutte le fasi della produzione, della trasformazione e della distribuzione.*" (articolo17, paragrafo 2, del regolamento (CE) n. 178/2002).
Il primo Piano Nazionale Integrato italiano, per il triennio 2007-2010, è stato approvato con Intesa del 14/6/2007 dalla Conferenza Stato Regioni ed era articolato in tre sezioni: la prima dedicata alla descrizione dell'organizzazione del controllo ufficiale nazionale; la seconda volta ad visualizzare in un quadro sinottico

per ciascuna filiera produttiva, le linee di attività, i responsabili dei controlli e le tipologie di controlli effettuati; la terza era costituita da schede volte a descrivere nel dettaglio le principali attività di controllo ufficiale.
Questa prima esperienza ha posto le basi per la costruzione delle successive edizioni del PNI 2011-2014 e dell'emanando PNI 2015-2018 e per la costituzione del Nucleo Valutatore del PNI. Il Nucleo Valutatore è un organismo composto dai soggetti apicali delle Amministrazioni coinvolte deputato a valutare sia le proposte di pianificazione, che gli esiti delle attività svolte annualmente, evidenziandone eventuali criticità, lacune o sovrapposizioni nei sistemi di controllo ufficiale.

Il primo PNI non soddisfaceva la necessità di rendere facilmente disponibili i testi per l'aggiornamento sistematico e non stimolava l'adeguata responsabilizzazione delle diverse autorità competenti coinvolte.
Il successivo PNI 2011-2014 è stato profondamente riformulato e ha censito e impostato la programmazione di oltre 120 linee di attività, aderendo alle istruzioni impartite dalla decisione 363/2007/CE nel frattempo emanata. Ha adottato inoltre soluzioni tecnologiche innovative. Infatti il PNI 2011-2014 è interamente progettato e realizzato sul sito web del Ministero salute, secondo uno schema in grado di soddisfare sia le esigenze di programmazione che quelle di comunicazione e trasparenza.
Il PNI è uno strumento partecipativo che si avvale dei contributi forniti da tutte le autorità competenti, dai Ministeri delle Politiche agricole, alimentari e forestali e dell'Ambiente e della tutela del territorio e del mare, dalle Forze di polizia e Agenzia delle dogane. È basato su una classificazione delle attività di controllo, distinguendo le linee di attività e prevede una sezione dedicata alle iniziative regionali.

Annualmente, in base all'articolo 44 del regolamento CE 882/2004, viene predisposta la Relazione Annuale al PNI, oggetto di valutazione dal parte del Nucleo Valutatore, e successivamente inviata alla Commissione europea.

1.2.2.4 Relazione tra PNI e PNP

Il PNI è lo strumento sul quale si incardina tutta la programmazione in sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, mentre il PNP rappresenta il luogo in cui alcuni elementi del PNI, previsti dal quadro logico, trovano un rafforzamento del quadro programmatorio necessario.
Inoltre, con l'Accordo Stato Regione del 7 febbraio 2013 è stato previsto l'obbligo per le Regioni di dotarsi di un Piano regionale integrato dei controlli (PRIC) con l'obbiettivo di tradurre quanto previsto dal PNI, declinandolo sul territorio regionale. Il PRIC consente di fornire le necessarie garanzie per l'attuazione dei contenuti previsto dalla programmazione nazionale.
Pertanto anche a livello regionale dovrà essere riprodotta tra il PRIC e il PRP la relazione esistente tra PNI e PNP.

1.2.3 Struttura

La struttura del PNP è frutto della visione di sistema del Piano, ragionata e condivisa tra il livello centrale e quello regionale.

Secondo tale visione, la struttura del PNP prevede la definizione dei Quadri logici centrali (QLc) la quale implica:

- la definizione dei macro obiettivi (MO) prioritari e l'esplicitazione del razionale/quadro logico di riferimento;
- l'identificazione dei fattori di rischio/determinanti relativi ai macro obiettivi prioritari che si intende contrastare e delle relative strategie di contrasto;
- la definizione degli obiettivi centrali che si intende perseguire garantendo la coesione nazionale e degli indicatori centrali (e relativi standard) per la valutazione del loro raggiungimento.

Gli elementi sopracitati caratterizzano il Piano nazionale e pertanto sono sotto la responsabilità congiunta di Ministero e Regioni.

Al raggiungimento dei MO e degli obiettivi centrali concorrono il Ministero con le Azioni centrali e le Regioni con i Piani regionali di prevenzione (PRP).

Il QLc è vincolante: le Regioni, nell'ambito dei PRP, si impegnano a perseguire tutti i MO e tutti gli obiettivi centrali declinandoli opportunamente nel contesto locale.

Gli indicatori centrali includono sia indicatori di outcome o di early outcome sia indicatori di output dei processi sanitari.

I PRP fanno propri i principi del PNP e declinano il Piano nazionale negli specifici contesti regionali e locali. Essi hanno a loro volta una struttura che prevede la definizione dei Quadri Logici regionali (QLr), ovvero la definizione degli obiettivi specifici, dei programmi, delle popolazioni target, delle azioni e degli indicatori (e relativi standard) per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi medesimi.

Gli indicatori regionali includono sia indicatori di outcome o di early outcome sia indicatori di output dei processi sanitari.

La Tabella 1 schematizza gli elementi del QLc e del QLr.

Tabella 1- Struttura del PNP e dei PRP

Macro obiettivo	Fattori di rischio/Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali	Standard	Obiettivi specifici	Popolazione target	Programmi	Azioni	Indicatori	Standard
Ministero e Regioni QLc						Regioni QLr					

1.2.4 Valutazione

I Quadri logici centrali e regionali sono funzionali non solo al processo di pianificazione ma anche a quello di valutazione.

Il processo di valutazione si applica al PNP e ha per oggetto la verifica del raggiungimento di tutti i MO e di tutti gli obiettivi centrali di ciascun MO, misurati attraverso gli indicatori centrali e i relativi standard. Parte integrante del predetto processo è la valutazione finalizzata alla certificazione, che ha per oggetto i PRP ovvero la verifica della congruità dei quadri logici regionali rispetto ai quadri logici centrali e il raggiungimento degli obiettivi specifici regionali

Con apposito Accordo Stato Regioni, da approvare entro il 30 settembre 2014, si definiscono:

- il percorso di valutazione del PNP: al fine di misurare il progressivo raggiungimento degli obiettivi centrali, gli indicatori centrali saranno completati dalla individuazione dei target per il 2018 e degli standard (valori attesi) per scadenze intermedie corrispondenti alla fase di programmazione frazionata (2016) e finale (2018);
- il percorso della valutazione dei PRP finalizzata alla certificazione dei Piani medesimi.

1.2.4.1 Valutazione nel campo della prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

La valutazione del macro obiettivo 2.10 verrà svolta nell'ambito delle procedure previste nel capitolo 1.2 per le azioni correlate agli Obiettivi e alle Azioni Centrali.
Proseguiranno, in ogni caso, le verifiche svolte nell'ambito dello "schema valutazione adempimenti" del Tavolo LEA, "prevenzione in sicurezza alimentare e sanità veterinaria" attualmente identificato con la sigla AAJ, per quanto riguarda il complesso delle linee di attività esplicitate nel PNI.

1.3.Azioni centrali del PNP 2014-2018

Background

Lezioni apprese dall'esperienza del precedente PNP

In primo luogo, l'esperienza acquisita sulle Azioni centrali (AC) collegate al PNP 2010-13 indica che esse vanno interpretate essenzialmente come le "azioni per il miglioramento del sistema"; questa consapevolezza è emersa chiaramente quando, trovandosi di fronte alle 108 AC identificate nel PNP allegato all'Intesa del 29/4/10, si è deciso di intraprendere un processo di reimpostazione, accorpamento e prioritarizzazione che ha portato alla definizione di "Azioni centrali prioritarie" (ACP di cui al DM 4/8/11).

In secondo luogo, proprio perché le AC hanno acquisito questo prevalente "significato di sistema", la loro attuazione impone quasi sempre iter complessi e molto lunghi di realizzazione (spesso il coinvolgimento di altri Dicasteri o del Parlamento). La lunghezza e la sostanziale indeterminatezza dei tempi comportano, nella maggior parte dei casi, che le AC non siano schedulabili nel medesimo cronoprogramma come componente centrale di azioni "di salute" articolate anche nei PRP. La loro attuazione, pertanto, è solo concettualmente e non cronologicamente funzionale agli obiettivi del PNP. Bisogna, peraltro, essere consapevoli che a volte, parti sostanziali della programmazione regionale siano severamente impedite/condizionate dall'assenza dei risultati delle AC pertinenti a quel determinato ambito.

In terzo luogo, è emersa la necessità che le AC proprio perché pertinenti al livello di governo centrale (nel senso più ampio derivato dalla riforma del Titolo V della Costituzione) fossero definite in base al loro significato strategico prevalente in accordo con un modello esplicito di governance che è stato identificato (nell'Intesa del 29/4/10 e nei DM 10/11/10 e 4/8/11) in quello della stewardship, articolato nelle sue subfunzioni.

In definitiva, le principali lezioni apprese sono:

- le AC sono prevalentemente "azioni per il miglioramento del sistema";
- è necessario definire ed esplicitare alcune loro caratteristiche principali:
  - se riguardano gli assetti di sistema (fattori di input) oppure se sono funzionali a facilitare/promuovere l'attuazione degli obiettivi della pianificazione (a livello nazionale e/o nella programmazione regionale);
  - quale sia il loro significato strategico prevalente (secondo le subfunzioni della stewardship);
  - se sono esclusivamente propedeutiche alla programmazione regionale (questa caratteristica va letta alla luce della natura dell'autonomia regionale e quindi riconosciuta per un set limitato e ben motivato di ambiti nei quali l'autonomia regionale sia severamente limitata de facto);
- è necessario esplicitare il livello di responsabilità della loro attuazione.

Definizione operativa

Sulla scorta dell'esperienza maturata è possibile identificare la seguente definizione operativa:

"per Azione centrale si intende un'azione che è ritenuta, in sede di approvazione del PNP, pertinente al livello di governo centrale; pertanto essa può, con differenti gradi di responsabilità operativa, riguardare:

- un'azione pertinente alle linee di azione ordinarie della Direzione della prevenzione e/o del Ministero della salute;
- un'azione pertinente al ruolo di steward del Ministero nei confronti di altri Ministeri, Enti e stakeholder;



- un'azione pertinente alla responsabilità operativa congiunta Stato- Regioni e PPAA".

Razionale

Definire le AC tende a rendere più efficiente ed efficace l'insieme delle relazioni tra attori istituzionali (e tra questi e gli stakeholder) al fine di migliorare la capacità del sistema sanitario di erogare e promuovere interventi di prevenzione.

In questo scenario di volontà di miglioramento, vanno ri-considerate le criticità storiche della prevenzione, riconducibili a diverse problematiche tra le quali le seguenti: frammentarietà ed eterogeneità delle responsabilità, rigidità e inadeguata flessibilità delle modalità organizzative previste dai Dlgs 502/92 e 517/93; ruolo marginale della prevenzione rispetto agli altri livelli principali di assistenza; emergenza di nuovi livelli di responsabilità e di nuove dimensioni operative (intersettorialità).

In definitiva, il senso generale delle AC è quindi quello di "promuovere" la prevenzione all'interno del sistema sanitario, valorizzandone il contributo specifico e peculiare, e operando in un'ottica di trasversalità e intersettorialità anche al di fuori di esso.

Obiettivi

Gli obiettivi generali delle AC sono:

- rafforzare la governance di sistema a livello nazionale e a livello regionale;
- rafforzare/facilitare l'attuazione dei macro-obiettivi della pianificazione nazionale.

Significato strategico delle Azioni Centrali

Il significato strategico e il contenuto operativo della singola AC deriva dal fatto che siano pertinenti ad assetti del sistema piuttosto che a tematiche specifiche nonché dalla impostazione scelta secondo le subfunzioni della stewardship.

1. Una prima caratterizzazione strategica deriva dall'obiettivo generale cui la AC contribuisce; da questo punto di vista sono identificabili due tipologie di linee strategiche:
    - AC tendenti a rafforzare la governance di sistema a livello nazionale e a livello regionale;
    - AC tendenti a rafforzare/facilitare l'attuazione dei macro-obiettivi della pianificazione nazionale.

Benché la differenziazione possa per taluni aspetti risultare artificiosa, essa vuole essere funzionale a una migliore definizione degli aspetti operativi di attuazione di ogni specifica AC.

2. Un secondo livello di definizione strategica deriva dalle caratteristiche "intrinseche" dell'azione di governo e quindi ogni azione viene poi definita in base alle funzioni della stewardship in base al fatto che sia intesa a:
    - esercitare influenza sugli interlocutori mediante azioni di indirizzo;
    - garantire la realizzazione delle politiche fornendo strumenti per l'attuazione della programmazione;



- stabilire e mantenere collaborazioni e partnership;
- garantire la responsabilità (accountability);
- gestire sulla base della conoscenza.

1.3.1 Azioni centrali per la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria

L'azione centrale nel settore della sicurezza alimentare e della sanità pubblica veterinaria è vincolata alle procedure e all'assetto normativo derivante dal Trattato che istituisce la Comunità europea (in particolare gli articoli 37, 95 e 152, paragrafo 4, lettera b)), dal quale discende il Regolamento CE 882/04 concernente l'organizzazione dei controlli ufficiali in materia di mangimi e di alimenti e salute e benessere degli animali. Quest'ultimo a sua volta obbliga gli Stati membri a organizzare la programmazione dei controlli nel settore in un Piano nazionale multiannuale unico e integrato (*Multi annual national control plan, single integrated*). L'azione centrale sarà di conseguenza coerente con il suddetto contesto normativo oltre che con il contesto normativo nazionale.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

MACRO OBIETTIVI DEL PNP 2014-2018

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

Razionale

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) - malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie croniche e diabete costituiscono, a livello mondiale, il principale problema di sanità pubblica: sono, infatti, la prima causa di morbosità, invalidità e mortalità e il loro impatto provoca danni umani, sociali ed economici elevati (HEALTH 2020).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato un Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle MCNT per il periodo 2013-2020 che fornisce a tutti gli Stati Membri e agli altri stakeholder una *roadmap* e una serie di opzioni di policy, allo scopo di intraprendere azioni coordinate e coerenti per il raggiungimento dei nove obiettivi globali volontari, incluso quello della riduzione relativa del 25% della mortalità precoce dovuta a malattie cardiovascolari, tumori, diabete o malattie respiratorie croniche entro il 2025.

La Regione Europea dell'OMS presenta il più alto carico di MCNT a livello mondiale. Due gruppi di malattie (patologie cardiovascolari e cancro) causano quasi i tre quarti della mortalità nella Regione e tre principali gruppi di malattie (patologie cardiovascolari, cancro e disturbi mentali) costituiscono più della metà del carico di malattia misurato in "DALYs" (anni di vita vissuti in condizioni di disabilità o persi a causa di una malattia).

Molti decessi precoci, inoltre, sono evitabili: le stime indicano che almeno l'80% di tutti i casi di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e almeno un terzo dei casi di cancro si possono prevenire. Le disuguaglianze nel carico di malattie non trasmissibili, poi, all'interno dei Paesi e fra i Paesi dimostrano che il potenziale di miglioramento in termini di salute è ancora enorme.

All'attuale rilevante peso epidemiologico, sociale ed economico delle malattie croniche, peraltro, si deve aggiungere la previsione di aumento nei prossimi anni legata all'innalzamento dell'età media della popolazione e all'incremento della popolazione globale. Si stima che nel 2050 la numerosità delle persone di età superiore ai 60 anni sarà globalmente intorno ai 2 miliardi. L'invecchiamento della popolazione sta celermente procedendo non solo nei Paesi ad alto reddito, ma anche in quelli a medio e basso reddito. Un effetto negativo di tale fenomeno è costituito dall'aumento della disabilità legata a malattie croniche non trasmissibili e del numero di soggetti con ridotta autonomia, scarsa inclusione sociale e minore partecipazione alla vita attiva. Inoltre, al crescere dell'età risulta crescere in modo esponenziale il numero delle persone affette da demenza.

L'invecchiamento progressivo della popolazione impone, quindi, ai Governi dei Paesi industrializzati di porre in atto strategie appropriate e innovative per mitigarne gli effetti negativi sul sistema sociale ed economico, oltre che sul piano individuale. La promozione dell'invecchiamento attivo è la strategia in tal senso condivisa a livello internazionale.

Per quanto riguarda le principali MCNT, tra le **malattie cardiovascolari (MCV)**, che ricomprendono tutte le patologie a carico del cuore e dei vasi sanguini, le più frequenti sono quelle di origine arteriosclerotica. Tra queste, quelle epidemiologicamente più rilevanti sono le malattie ischemiche del cuore e del sistema nervoso centrale (infarto del miocardio e ictus).

Anche nel nostro Paese le malattie del sistema circolatorio costituiscono la principale causa di morte. Nel 2010 (ultimo dato di mortalità disponibile) si sono verificati, complessivamente, 220.539 decessi per malattie del sistema circolatorio (95.952 negli uomini e 124.587 nelle donne); di questi, 72.023 decessi sono stati attribuiti a malattie ischemiche del cuore (36.742 negli uomini e 35.281 nelle donne) e 60.586 a malattie cerebrovascolari (23.991 negli uomini e 36.595 nelle donne).

Dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (ISS), raccolti tra il 2008 e il 2012, su un campione di popolazione italiana, riportano, nella fascia di età 35-79 anni, una prevalenza di angina pectoris del 3,2%

negli uomini e di 4,8% nelle donne; di infarto del miocardio del 2,1,% negli uomini e dello 0,7% nelle donne, di ictus dell'1,1% negli uomini e dello 0,7% nelle donne.

Il peso delle MCV sui ricoveri ospedalieri è in aumento. I dati di dimissione ospedaliera indicano che più della metà dei ricoveri per MCV sono dovuti a evoluzione cronica e complicazioni di eventi acuti (fra i più frequenti lo scompenso cardiaco, disturbi del ritmo, effetti tardivi dell'ictus), nonché a complicanze dell'ipertensione arteriosa e del diabete.

Il **diabete** è destinato a diventare la causa maggiore di disabilità e di mortalità nei prossimi venti anni: l'OMS lo ha, quindi, inserito tra le patologie su cui maggiormente investire, dato il crescente peso assunto anche nei Paesi in via di sviluppo. I dati recentemente pubblicati dall'International Diabetes Federation (IDF) evidenziano che nel 2010 oltre 284 milioni di persone soffrivano di diabete di tipo 2 e le proiezioni dell'organizzazione non sono rassicuranti: si prevede, infatti, che nel 2030 i diabetici adulti (fascia d'età 20-79) saranno 438 milioni.

Poiché il numero di persone affette da diabete è in costante crescita in tutto il mondo, i costi per la cura di questa malattia rappresentano una quota costantemente in aumento nei budget di tutti i Paesi. Per di più, le gravi complicanze che esso provoca si traducono in elevati costi sanitari, tanto che nel 2010 hanno determinato il 10-15% dei costi complessivi dell'assistenza sanitaria.

Attualmente, in Italia, vivono almeno 3 milioni di persone con diabete (5% della popolazione), cui si aggiunge una quota di persone, stimabile in circa un milione, che, pur avendo la malattia, non ne è a conoscenza. Le disuguaglianze sociali incidono fortemente sul rischio diabete, come per le altre MCNT: la prevalenza della malattia è, infatti, più elevata nelle classi sociali più basse e tal effetto è evidente in tutte le classi di età. In Italia, in base ai dati ISTAT, nel 2013 si stima una prevalenza del diabete noto pari al 5,4% (5,3% nelle donne, 5,6% negli uomini), pari, appunto, a circa 3 milioni di persone. La prevalenza aumenta al crescere dell'età fino a un valore di circa il 20% nelle persone con età superiore a 75 anni. Nelle fasce d'età tra 35 e 64 anni la prevalenza è maggiore fra gli uomini, mentre oltre i 65 anni è più alta fra le donne. Per quanto riguarda la distribuzione geografica, la prevalenza è più bassa nelle Regioni del Nord (4,6%) rispetto a quelle del Centro (5,3%) e del Sud-Italia (6,6%). Inoltre, secondo i dati dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare (Health Examination Survey 2008-2012), tra le persone di età compresa tra 35 e 69 anni circa il 3% (2% delle donne e 4% degli uomini) ha il diabete ma non lo sa.

Ogni anno in Italia vengono diagnosticati circa 250.000 nuovi casi di **tumori** e l'incidenza è in costante incremento. In generale, nell'ultimo decennio la mortalità per cancro è diminuita, una tendenza positiva già presente nei primi anni settanta fra le fasce più giovani e che si è successivamente estesa agli adulti in tutto il territorio nazionale. Tuttavia, bisogna notare che i dati (anno di riferimento 2008) evidenziano differenze geografiche fra le varie Regioni Italiane sia nei livelli di mortalità sia in quelli di incidenza e prevalenza. Per quanto riguarda la mortalità, si è osservata una diminuzione dei decessi, soprattutto per gli uomini nelle aree del centro-nord e, al contrario, un aumento nel sud. Questa opposta tendenza ha dato luogo a una minore eterogeneità geografica rispetto al passato. Sebbene le previsioni per i prossimi anni confermino tali differenze geografiche, il divario tra nord e sud, in termini di mortalità, sembra, quindi, attenuarsi. I tassi standardizzati di incidenza sono stimati in diminuzione dal 1995 per gli uomini e in progressivo aumento per le donne. Queste tendenze differiscono, però, in base all'area geografica, in particolare per gli uomini, per i quali si stima una diminuzione o stabilizzazione nel centro-nord e un leggero aumento nel sud. Ciò per il miglioramento della qualità delle cure ma anche per il diffondersi della prevenzione (si calcola che complessivamente circa il 30% dei tumori può essere prevenuto).

Nel 2008, in Italia, si sono stimate in circa 1.800.000 le persone che hanno avuto nel passato un cancro: il numero crescente di malati lungo sopravviventi definisce nuovi bisogni, sia per quanto riguarda la riabilitazione, che sotto il profilo sociale. Un ulteriore elemento che definisce il *burden* (peso) di questa malattia, sul versante sociale, è quello dei familiari di pazienti con esperienza di cancro, che si stima essere di 5-6 milioni di persone.

Le **malattie respiratorie croniche** (BPCO - Bronco Pneumopatie Croniche Ostruttive, bronchite cronica ed enfisema), secondo il Report on the Status of Health in the European Union (terzo rapporto sulla salute nell'Unione Europea, redatto nell'ambito del progetto EUGLOREH, in collaborazione con le autorità sanitarie di tutti i Paesi membri dell'UE più Croazia, Turchia, Islanda e Norvegia) rappresentano la terza causa di morte. In particolare, la BPCO provoca ogni anno tra i 200.000 e i 300.000 decessi, risultando la principale causa di morte associata a malattie respiratorie. La mortalità per BPCO aumenta con l'età ed è

maggiore negli uomini rispetto alle donne. Tale patologia, presente nel 4% - 10% della popolazione adulta, è in rapida crescita nei paesi Europei in relazione all'aumento del tabagismo e dell'inquinamento e alla migliore aspettativa di vita (www.eugloreh.it). Sebbene la malattia eserciti il suo peso maggiore, in termini di consumo di risorse, soprattutto nelle fasi avanzate e terminali complicate dall'insufficienza respiratoria (IR), la BPCO è un problema non trascurabile anche in età giovanile. Il 10% di giovani tra i 20 e i 44 anni presenta tosse ed espettorato senza ostruzione bronchiale e il 3,6% presenta sintomi con ostruzione bronchiale. Anche in Italia, è in aumento rispetto ai dati degli anni '80.

Contribuiscono al carico globale delle malattie non trasmissibili i disturbi mentali che costituiscono un'importante causa di morbosità, influenzano le altre malattie non trasmissibili e ne sono a loro volta influenzati. Ad esempio, esistono evidenze scientifiche che la depressione predispone all'infarto e viceversa. I disturbi mentali e le malattie non trasmissibili oltre ad avere fattori di rischio in comune, quali le abitudini sedentarie e il consumo dannoso di alcol presentano strette connessioni con le caratteristiche tipiche delle fasce di popolazione economicamente svantaggiate, quali il basso livello di istruzione e di condizione socio-economica.

Fattori di rischio/Determinanti

- **Determinanti socioeconomici, culturali, politici, ambientali**

A partire dai principi della Carta di Ottawa e dalle strategie per la "Salute in Tutte le Politiche"(Health in All Policies), l'ambiente e il contesto hanno assunto il significato di processo globale, sociale e politico che influenza o, per meglio dire, determina la salute. Fattori mondiali come la globalizzazione e l'urbanizzazione, associati all'invecchiamento della popolazione, interagiscono con determinanti sociali, culturali ed economici di salute (scolarità, abitazione, lavoro) nel predisporre gli individui a fattori comportamentali di salute (uso di tabacco, errate abitudini alimentari, insufficiente attività fisica, consumo dannoso di alcol) in grado di determinare alterazioni metaboliche e biologiche (aumento della pressione arteriosa, sovrappeso e obesità, aumento della glicemia e dei grassi nel sangue) tali da provocare le MCNT. Associata alla globalizzazione, ad esempio, si sta diffondendo la cosiddetta "transizione nutrizionale", cioè il passaggio verso regimi alimentari ad alto contenuto energetico, fenomeno questo che viene favorito dal parallelo aumento, dal lato dell'offerta, di produzione, promozione e vendita di cibi pronti e di alimenti ricchi di grassi, sale e zucchero e dalla significativa riduzione, anche a causa dell'urbanizzazione, dei livelli di attività fisica nella popolazione.

Anche le politiche ambientali, rientrano tra i determinanti distali delle malattie croniche, spesso definiti come "cause delle cause" (WHO-Europe Action Plan for implementation of the European Strategy for prevention and control of non-communicable diseases 2016–2020). Il carico di decessi, malattia e disabilità correlato alle principali malattie potrebbe essere effettivamente ridotto ogni anno attraverso una politica ambientale adeguata e politiche intersettoriali finalizzate a ridurre le esposizioni ambientali nocive per la salute, come evidenziato nel rapporto "Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease, European Centre for Environment and Health", WHO (2006). Il rapporto indica quattro ambiti principali su cui intervenire: 1) cambiamenti climatici e sviluppo sostenibile; 2) esposizione ai principali fattori di rischio ambientali: inquinamento dell'aria (indoor e outdoor), inquinamento acustico, sostanze chimiche, radiazioni, condizioni di lavoro o abitative inadeguate; 3) informazione sulla salute ambientale e comunicazione del rischio; 4) gestione delle risorse naturali (tra cui l'acqua e i servizi igienici).

Infine, se è vero che riducendo l'influenza negativa dei fattori comportamentali di rischio, si agisce diminuendo a cascata la presenza dei fattori biologici e metabolici che sono direttamente chiamati in causa per le MCNT, è anche vero che i fattori comportamentali sono l'espressione di fattori sociali ed economici (underlying drivers) che devono essere tenuti presenti nella definizione delle strategie di promozione della salute perché influenzano la distribuzione dei principali fattori di rischio e di protezione per la salute e quindi offrono una buona base per interventi di prevenzione centrati sulla collaborazione del sistema sanitario con altri settori della vita politica ed economico-sociale del contesto di appartenenza, sia a livello locale sia a livello nazionale (WHO-Europe Action Plan for implementation of the European Strategy for prevention and control of non-communicable diseases 2016–2020).

Il Sistema Sanitario, collaborando con il mondo della ricerca, dovrebbe fornire ai decisori prove scientifiche stringenti sull'efficacia delle misure di prevenzione da mettere in campo, descrizioni dello stato di salute per definire accuratamente obiettivi misurabili, e valutazioni sul loro funzionamento, impatto di salute, sostenibilità. Inoltre, l'applicazione di alcune azioni evidence based previste dalle strategie di contrasto alle MCNT (ad esempio le azioni "regolatorie" come la legge sul fumo, le misure fiscali, ecc.) necessita di un orientamento decisionale e di un consenso molto forti, per ottenere i quali è indispensabile, come già detto, un ruolo attivo del sistema sanitario nel "patrocinare" (advocacy) tali azioni anche presso altri settori.

- **Fattori di rischio modificabili: fumo, alcol, sedentarietà, alimentazione non corretta**

Le malattie cronico-degenerative hanno in comune alcuni fattori di rischio legati, in gran parte, a comportamenti individuali non salutari modificabili ma fortemente condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora. Fumo, consumo dannoso di alcol, dieta non corretta e inattività fisica sono comportamenti non salutari che si instaurano spesso già durante l'infanzia o durante l'adolescenza.

a) Il **fumo** costituisce uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di patologie gravi e spesso mortali, come le patologie cardiovascolari, le BPCO e le neoplasie. Nonostante alcuni dati ISTAT indichino che nel 2012 è in calo la prevalenza dei fumatori nella fascia di età compresa tra i 15 e i 24 anni (20,7% - 25,5% maschi e 15,6% femmine - rispetto a 21,4% - 26,5% maschi e 15,9% femmine - nel 2011), i ragazzi continuano a fumare. Secondo i dati dello studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), realizzato in Italia su un campione di circa 70.000 ragazzi nella fascia di età tra gli 11 e i 15 anni, nel 2010 più del 20% dei ragazzi ha fumato la prima sigaretta prima dei 13 anni di età.

b) È in aumento, anche, il consumo di **alcol** da parte dei giovani, secondo modalità nuove e lontane dalla tradizione, come i consumi fuori pasto e in quantità non moderate, le ubriacature e il binge drinking. Secondo dati dell'Istituto Superiore di Sanità, tra i giovani di 11 - 25 anni, i consumi a rischio riguardano il 20,1% dei maschi e il 10,1% delle femmine (circa 1,3 milioni di giovani), con differenti modelli di consumo nelle diverse Regioni e valori massimi per il complesso dei consumi a rischio nella popolazione maschile dell'Italia Nord-orientale. Circa 390.000 minori al di sotto dell'età legale non rispettano la prescrizione di totale astensione dall'alcol e il consumo femminile ha registrato un preoccupante aumento fra le donne più giovani in particolare per il consumo fuori pasto e il binge drinking.

c) **Alimentazione non corretta e sedentarietà,** con conseguenti **sovrappeso e obesità**, sono importanti fattori di rischio modificabili per malattie croniche. La rilevazione "OKKIO alla Salute" 2012 ha messo in luce la grande diffusione tra i bambini di abitudini alimentari che possono favorire l'aumento di peso, specie se concomitanti. In particolare, il 9% dei bambini salta la prima colazione e il 31% fa una colazione non adeguata, il 67% fa una merenda di metà mattina troppo abbondante e il 43% consuma abitualmente bevande zuccherate e/o gassate. Anche i valori dell'inattività fisica e dei comportamenti sedentari permangono elevati, con il 16% dei bambini che pratica sport per non più di un'ora a settimana, il 36% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi per più di 2 ore al giorno e solo il 25% che si reca a scuola a piedi o in bicicletta. I dati dell'HBSC 2010 sugli adolescenti di 11, 13 e 15 anni indicano che la frequenza dei ragazzi in sovrappeso e obesi è del 25,6% nei maschi e del 12,3% nelle femmine di 15 anni. Sono, inoltre, frequenti, anche tra gli adolescenti, abitudini alimentari scorrette come saltare la prima colazione, consumare poca frutta e verdura, eccedere con le bevande zuccherate. È ormai condiviso a livello internazionale, inoltre, che l'**allattamento al seno** previene l'obesità, i problemi cardiovascolari e la SIDS (sindrome da morte improvvisa del lattante), protegge dalle infezioni respiratorie, riduce il rischio di sviluppare allergie, migliora la vista, lo sviluppo psicomotorio e intestinale, riduce il rischio di occlusioni e l'incidenza e la durata delle gastroenteriti, previene l'osteoporosi e alcuni tipi di neoplasie materne. Il latte materno è l'unico alimento naturale che contiene tutti i nutrienti nelle giuste proporzioni, è facilmente digeribile e contiene una serie di fattori che proteggono dalle infezioni e aiutano a prevenire alcune malattie e allergie, offre quindi molti vantaggi per il bambino in termini di salute, crescita e sviluppo psicologico. Un **consumo eccessivo di sale** è fra le cause dell'insorgenza di gravi patologie dell'apparato cardiovascolare, quali l'infarto del miocardio e l'ictus, correlate all'ipertensione arteriosa ed è fattore predisponente per la Malattia Renale Cronica. Nel nostro Paese i dati più

recenti indicano un consumo di sale quotidiano pari a 11 grammi per i maschi e 9 per le donne (nettamente superiore ai valori raccomandati dall'OMS, pari a meno di 5 grammi). La riduzione del sale nell'alimentazione è una delle priorità anche dell'OMS e dell'Unione Europea, nell'ambito delle strategie di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili.

- **Fattori di rischio intermedi (sovrappeso/obesità, ipertensione, dislipidemie, iperglicemia, lesioni precancerose cancerose iniziali)**

I fattori di rischio intermedi sono rappresentati da quelle condizioni che, pur non rappresentando ancora una patologia conclamata ed essendo asintomatiche o paucisintomatiche, già di per sé vanno considerate patologiche, seppure ancora almeno in parte reversibili se diagnosticate e trattate in tempo.

Tali condizioni spesso sono tra loro associate, fatto che di per sé rappresenta un fattore di moltiplicazione del rischio. I soggetti in sovrappeso, ad esempio, hanno maggiore probabilità di sviluppare iperglicemia o diabete mellito di tipo 2, in genere preceduto dalle varie componenti della sindrome metabolica (ipertensione arteriosa e dislipidemia aterogena). Questa situazione desta particolare preoccupazione per l'elevata morbosità associata al diabete, con progressiva aterosclerosi e aumentato rischio di eventi cardio e cerebrovascolari. Dato che il sovrappeso e l'obesità spesso si associano ad abitudini di vita sedentarie, una dieta equilibrata e un'attività fisica adatta alle condizioni personali di ciascuno contribuiscono non solo a una graduale perdita di peso, ma anche a ridurre l'entità degli altri fattori di rischio eventualmente associati.

Relativamente ai fattori di rischio intermedi per MCNT, vanno considerati, in particolare, alcuni dati di seguito elencati.

a) **Sovrappeso e obesità** rappresentano una sfida rilevante per la sanità pubblica. Le proiezioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità mostrano che, per il 2015, gli adulti in sovrappeso saranno circa 2,3 miliardi e gli obesi più di 700 milioni. Dai dati del sistema di sorveglianza Passi 2009-2012 emerge che due adulti su cinque (42%) sono in eccesso ponderale, con il 31% in sovrappeso e l'11% di obesi. L'eccesso ponderale è significativamente più frequente in alcune categorie: nella fascia di età più anziana (50-69 anni, sovrappeso: 40%; obesi: 16%), fra gli uomini (rispettivamente: 40% e 11%), fra le persone con molte difficoltà economiche (rispettivamente: 35% e 16%), e fra quelle con un titolo di studio basso o assente (rispettivamente: 41% e 23%). Nel periodo 2009-2012, la distribuzione dell'eccesso ponderale, disegna un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni meridionali (la Basilicata è la Regione con il valore più alto, 49%, seguita da Campania e Molise con 48%, mentre la P.A. Bolzano con il 34% è quella con il valore più basso). Relativamente all'evoluzione temporale, nel periodo 2008-2012, non si evidenzia un particolare andamento nella prevalenza dell'eccesso ponderale: situazione che appare in controtendenza rispetto all'allarmante aumento di obesità in altri Paesi. È preoccupante, in particolare, l'epidemia che sta emergendo nei bambini. Secondo i dati della sorveglianza "OKKIO alla Salute" 2012, il 22,1% dei bambini di terza elementare è risultato in sovrappeso e il 10,2% in condizioni di obesità con un gradiente Nord-Sud che mostra valori più elevati per le Regioni del sud.

b) L'**ipertensione arteriosa** è un fattore di rischio per l'ictus, per l'infarto del miocardio, per l'insufficienza cardiaca, per gli aneurismi delle arterie, per la malattia arteriosa periferica ed è una causa della malattia renale cronica. Secondo i dati PASSI, nel periodo di rilevazione 2008-2011, la percentuale di coloro che riferiscono di aver ricevuto una diagnosi di ipertensione arteriosa è pari al 21%: il 76% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico. Nel confronto interregionale si notano differenze statisticamente significative: infatti, in Calabria si registra il valore più alto (26%) di diagnosi riferita di ipertensione, mentre nella P.A. di Bolzano il valore più basso (17%). La prevalenza dell'ipertensione è circa doppia nei diabetici rispetto alla popolazione generale: circa il 40% dei pazienti con diabete tipo 1 e circa il 60% di quelli con diabete tipo 2 sviluppano ipertensione nel corso della malattia. Cambiamenti nella dieta e nello stile di vita sono in grado di migliorare sensibilmente il controllo della pressione sanguigna e di ridurre il rischio di complicazioni per la salute.

c) Per quanto riguarda le **dislipidemie**, la percentuale di persone che riferiscono di aver ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia, nel periodo di rilevazione PASSI 2008-2011, è pari al 24%. Di questi, il 29% ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico. La Valle d'Aosta registra il

valore più alto (29%) di diagnosi riferita di ipercolesterolemia e la Campania il valore più basso (17%). Le anomalie dei livelli di lipidi sierici predispongono all'aterosclerosi, alle malattie ischemiche del cuore e dei grossi vasi e sono presenti nei soggetti in sovrappeso/obesi. L'ipertrigliceridemia è comunemente associata con l'obesità, il diabete mellito e l'insulino-resistenza. La riduzione dei livelli di colesterolo e il controllo della pressione arteriosa attraverso l'adozione di uno stile di vita sano sono fondamentali, in quanto questi fattori di rischio aumentano la probabilità di ammalare di ictus e di malattie legate all'invecchiamento (disturbi della memoria, disabilità) nonché di infarto del miocardio, aneurismi, arteriopatie periferiche, insufficienza renale cronica e retinopatia.

d) Per quanto attiene alle **variazioni della glicemia**, nei soggetti che presentano valori elevati, se non trattati con la dieta e con i farmaci, aumentano significativamente i danni da aterosclerosi. Infatti, i diabetici hanno una probabilità aumentata del 50%, rispetto alla popolazione normale, di sviluppare una cardiopatia ischemica. Un efficace controllo della glicemia è uno dei principali obiettivi della prevenzione sia del diabete mellito sia delle patologie cardio-cerebrovascolari e deve essere perseguito con un adeguato regime dietetico associato all'attività fisica finalizzata alla riduzione del sovrappeso.

e) **Lesioni precancerose e cancerose iniziali.** Sono considerati solo i casi dei tumori per i quali c'è evidenza di efficacia degli interventi di popolazione e quindi i tumori della cervice uterina, mammella e colonretto. Considerando la riduzione della mortalità come outcome principale, i seguenti fattori di rischio sono identificabili (in base ai rispettivi modelli di malattia) come modificabili con strategie di sanità pubblica in modo più costo-efficace:

- ✓ cancro della cervice uterina: lesioni precancerose;
- ✓ cancro della mammella: tumori in stadio inziale;
- ✓ cancro del colonretto: tumori in stadio iniziale e polipi ad alto rischio di cancerizzazione.

Strategie

In linea con gli obiettivi del WHO-Europe Action Plan 2012–2016 e in continuità con i precedenti PNP, al fine di ridurre la morbosità, la mortalità e le disabilità premature che le MCNT comportano, nonché di limitare le disuguaglianze causate da condizioni sociali ed economiche che influiscono sullo stato di salute, è necessario un approccio che comprenda strategie di popolazione (di comunità) e strategie sull'individuo. L'approccio che sta alla base delle scelte strategiche per contrastare l'epidemia di malattie cronico generative si basa sulla scelta di intervenire principalmente attraverso strategie di popolazione finalizzate a diffondere e facilitare la scelta di stili di vita corretti, implementando gli obiettivi del Programma nazionale "Guadagnare Salute", secondo i principi di "Salute in tutte le politiche"; qualora invece si fosse in presenza di soggetti con già fattori di rischio comportamentali o intermedi, allora la scelta strategica è di diffondere le tecniche del counseling motivazionale, indirizzando i soggetti verso offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare…) o terapeutico specifici (es. prescrizione attività fisica).

I Piani d'azione della Regione Europa dell'OMS (2008-2013, 2012-2016) assegnano un ruolo fondamentale alle sorveglianze di popolazione (Risoluzione WHO, settembre 2011, punto 2a), come strumento capace di fornire dati affidabili sui problemi di salute, i loro determinanti (anche sociali), la percezione dei cittadini, la diffusione delle misure di prevenzione e di promozione della salute, e quindi di seguire nel tempo questi fenomeni. Le informazioni fornite consentono di monitorare i progressi e di valutare i risultati raggiunti con gli interventi pianificati e messi in atto e quindi contribuiscono a definire e aggiornare le policy. Pertanto, assieme alla prevenzione e al trattamento delle MCNT, la sorveglianza è una funzione essenziale dei sistemi sanitari e come tale va espletata a tutti i livelli di governo. Le Regioni hanno testato e sviluppato negli anni sistemi di sorveglianza specifici per età e stili di vita: OKkio alla salute, HBSC, Passi e Passi d'Argento, Monitoraggio della normativa relativa al divieto di fumo in ambienti normati; tali sistemi contribuisco, integrati con altre fonti esistenti (ISTAT, SDO, ecc.), a fornire indicatori utili per lo sviluppo e il monitoraggio del Piano.

- **Strategie di comunità**

Si tratta di programmi di promozione della salute e, in particolare, di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute della popolazione, finalizzati a creare le condizioni per rendere facile l'adozione di comportamenti salutari, che adottino un approccio multi componente (trasversale ai determinanti di salute), per ciclo di vita (life course) e setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario), e intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.), con il coinvolgimento (empowerment di comunità) di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici, alle comunità locali.

Intersettorialità

La collaborazione intersettoriale permette lo sviluppo di azioni sui determinanti di salute secondo modalità più efficaci, efficienti o sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario.

Nel nostro paese il Programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", approvato con DPCM del 4 maggio 2007, ha avviato tale processo "intersettoriale" per interventi volti sia a modificare i comportamenti individuali non salutari (alimentazione non corretta, sedentarietà, tabagismo, uso dannoso di alcol) sia a creare condizioni ambientali atte a favorire l'adozione di corretti stili di vita (ridefinire l'assetto urbanistico per favorire gli spostamenti a piedi o in bicicletta, migliorare l'offerta di alimenti sani, migliorare la qualità dell'aria, garantire ambienti di lavoro sicuri e sani, ecc.), con un approccio di "salute in tutte le politiche". Il programma Guadagnare salute ha dato luogo alla collaborazione tra diversi settori mediante lo sviluppo di intese e accordi nazionali con soggetti non sanitari che hanno trovato ulteriore declinazione e rinforzo su scala regionale nei precedenti PRP.

L'azione di governance per la prevenzione delle MCNT richiede lo sviluppo di tali azioni intersettoriali a livello centrale e regionale, anche mediante l'aggiornamento del Programma Nazionale Guadagnare Salute.

Approccio life-course

Favorire il mantenimento di un buono stato di salute lungo tutto il corso dell'esistenza porta all'aumento dell'aspettativa di vita in buona salute e a un bonus in termini di longevità, fattori entrambi che possono produrre benefici importanti a livello economico, sociale e individuale. La promozione della salute e dell'equità nella salute inizia dalla gravidanza, passa per un programma di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e prosegue nella fase della prima infanzia. Poiché i comportamenti non salutari si instaurano spesso già durante l'infanzia e l'adolescenza, è importante il forte coinvolgimento della scuola, che va considerata come luogo privilegiato per la promozione della salute nella popolazione giovanile, in cui i temi relativi ai fattori di rischio comportamentali devono essere trattati secondo un approccio trasversale in grado di favorire lo sviluppo di competenze oltre che di conoscenze, integrato nei percorsi formativi esistenti, e quindi basato sui principi del coinvolgimento e dell'empowerment che facilitano le scelte di salute e traducendosi in benefici effettivi sulla salute.

In questa logica si collocano anche le strategie volte a garantire *un invecchiamento attivo e in buona salute*, (WHO Active and Healthy Ageing) che interessa l'intero ciclo di vita ed è influenzato da diversi fattori. A tale strategia si richiamano gli interventi per favorire la partecipazione sociale e la solidarietà tra le generazioni, soprattutto al fine di sostenere l'anziano fragile nel contesto in cui vive, per ridurre la progressione verso la non autonomia e l'isolamento sociale (che bene si connettono, per esempio, con gli interventi di comunità per la promozione dell'attività fisica). Infine cessazione del fumo, aumento dell'attività fisica e miglioramento dei livelli di educazione, insieme a individuazione precoce e trattamento di diabete ipertensione e riduzione dei livelli di obesità, possono essere in grado di contribuire anche alla prevenzione del decadimento delle funzioni cognitive dell'anziano, anche in relazione alla malattia di Alzheimer.

Approccio per setting

Secondo il Glossario OMS, per setting si intende *il luogo o il contesto sociale in cui le persone si impegnano in attività quotidiane in cui i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono tra loro per influenzare la salute e il benessere. Un'azione volta a promuovere la salute attraverso setting differenti può assumere forme diverse, spesso mediante alcune tipologie di sviluppo organizzativo come il cambiamento dell'ambiente fisico, della struttura organizzativa, degli aspetti amministrativi e gestionali. I setting possono*

anche essere utilizzati per promuovere la salute raggiungendo le persone che vi lavorano o che li utilizzano per avere accesso ai servizi e attraverso l'interazione dei diversi setting con l'intera comunità.

Molte evidenze di letteratura e buone pratiche testimoniano l'efficacia di tale approccio per promuovere l'adozione di stili di vita favorevoli alla salute rendendo "facili" le scelte salutari, in specie per quanto riguarda il setting "Ambienti scolastici" e il setting "Ambiente di lavoro", per i quali il WHO-Europe Action Plan NCD 2016–2020 individua network di riferimento: "Schools for Health in Europe - SHE" e "Workplace health promotion – WHP", e il setting Comunità in riferimento in particolare alle azioni sui determinanti dell'attività fisica.

- **Strategie basate sull'individuo**

La prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e intermedi può essere perseguita mediante la loro diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi.

Anche per questi fattori l'obiettivo finale è quello di mantenere il più a lungo possibile una buona qualità di vita attraverso un invecchiamento attivo e in buona salute.

L'identificazione, quanto più possibile precoce, dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT o che, in assenza di sintomatologia evidente, ne siano già affetti e la loro conseguente presa in carico da parte del Sistema Sanitario è essenziale per la riduzione del rischio di mortalità e disabilità evitabili nel breve-medio termine.

Per quanto riguarda, in particolare, le patologie cardio-cerebrovascolari, la diagnosi precoce e la conseguente auspicabile modificazione delle condizioni di rischio individuate (oltre agli stili di vita, livelli elevati di pressione arteriosa e di colesterolemia, dislipidemie, diabete mellito, sovrappeso e obesità) influenzano notevolmente la probabilità di sviluppare la malattia e le sue complicanze.

Anche le strategie di prevenzione del diabete mellito, come indicato dal "Piano sulla Malattia Diabetica" approvato con l'Accordo sancito il 6 dicembre 2012 in Conferenza Stato- Regioni, si identificano, oltre che con la promozione di corretti stili di vita nella popolazione generale, con la diagnosi precoce e l'adeguata gestione della patologia da parte del paziente, del Medico di Medicina Generale e del team diabetologico.

Per quanto detto, è fondamentale l'identificazione precoce delle persone in condizioni di rischio aumentato per MCNT, tramite programmi di popolazione che prevedano la valutazione integrata dell'Indice di Massa Corporea, della glicemia e della pressione arteriosa, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole di stili di vita corretti mediante l'offerta di interventi/programmi coerenti alle strategie sopra illustrate e finalizzati alla riduzione del rischio (es. incrementare la quota di soggetti fisicamente attivi tra gli ipertesi o con pre-diabete) o, quando necessario, all'attivazione di procedure e percorsi terapeutico-assistenziali.

Per quanto concerne la prevenzione oncologica, l'intesa tra Stato, Regioni e PPAA del 10/2/2011, recante "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013", ha identificato tre aree di interesse di prioritaria importanza per gli assetti di sistema e che conservano non solo la loro centralità ma anche la loro pertinenza, per quanto attiene alla prevenzione, rispetto al presente PNP (implementazione delle reti oncologiche, uso costo-efficace delle risorse di sistema, Health Technology Assessment). Le linee strategiche da adottare per la prevenzione dell'incidenza e della mortalità causa specifica riportate nell'Intesa rimangono tuttora valide e riguardano:

1. il contrasto dei determinanti primari dei tumori (fumo, alimentazione non salutare, inattività fisica, abuso di alcol, agenti infettivi oncogeni, oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro); tale strategia (che si colloca nel quadro di quanto sopra descritto per le strategie di comunità) intende valorizzare i guadagni di salute ottenibili e dimostrati in letteratura per un'ampia serie di tumori, ai fini innanzitutto della riduzione della loro incidenza;
2. la diagnosi precoce di tumori e/o delle lesioni pretumorali mediante programmi di screening oncologico, per i tumori per i quali c'è evidenza di efficacia degli interventi di popolazione e che sono stati inseriti nei LEA (DPCM 29/11/2001) (cervice uterina, mammella, colon retto); tali interventi di popolazione...

prevedono un invito attivo periodico della popolazione destinataria e un controllo di tutte le fasi del processo diagnostico e di cura che segue l'esecuzione del test di screening. Si basano quindi sulla organizzazione di "percorsi" e sulla integrazione delle risorse disponibili sul territorio (di ASL e/o regionale). Alla luce delle evidenze scientifiche ulteriormente prodotte a livello sia internazionale sia italiano sono identificabili due ulteriori strategie. La prima è pertinente a un migliore utilizzo delle risorse disponibili e riguarda la reingegnerizzazione della prevenzione individuale spontanea promuovendo il ri-orientamento delle persone verso i programmi di screening: tale strategia è basata sulla evidenza che la prevenzione individuale si dimostra mediamente meno efficace e più costosa che non la prevenzione di popolazione mediante i programmi di screening. La seconda ulteriore strategia riguarda i programmi di screening del cervicocarcinoma mediante l'adozione del modello basato sul test primario HPV-DNA, che si è dimostrato più costo-efficace che non quello che utilizza il pap-test come test primario; esso comporta alcune importanti modifiche, tra le quali rientrano quelle sia di tipo organizzativo (per es. centralizzazione dei laboratori di riferimento) sia della tempistica del round sia della comunicazione. Le evidenze scientifiche a supporto di questo modello sono state riassunte nel "Documento di indirizzo sull'utilizzo del test HPV_DNA come test primario per lo screening del cancro del collo dell'utero"prodotto nell'ambito delle azioni centrali del PNP 2010_12 e trasmesso alle Regioni.

3. Attraverso l'approccio della Public Health Genomics è possibile valutare l'implementazione di percorsi organizzati di screening per pazienti ad alto rischio di sviluppo di cancro a causa di condizioni di rischio genetico (eredo familiare). La terza strategia di sviluppo degli screening organizzati è di integrare professionalità per costruire e gestire percorsi di diagnosi e cura per le malattie monogeniche (mendeliane) per i quali esista evidenza di efficacia e di fattibilità. In relazione alle più recenti conoscenze e in coerenza con il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013" di cui all'Intesa del 10/2/11, con le Linee di indirizzo su "La Genomica in Sanità Pubblica" di cui all'Intesa del 13/3/13 (nonché il precedente PNP), si intende sviluppare un percorso organizzato per la prevenzione del tumore della mammella su base genetica (mutazioni del BRCA1 e BRCA2) con caratteristiche di integrazione e complementarietà al percorso di screening già in essere per la prevenzione del tumore della mammella.

Quadro logico centrale

La complessità di questo macro obiettivo richiede un approccio concettualmente articolato in: 1) strategie di promozione della salute, per definizione orientata all'empowerment di comunità e ad azioni svolte in setting definiti (scuola, lavoro, ecc.); 2) strategie di prevenzione primaria in gruppi a rischio; 3) strategie di prevenzione secondaria, per l'identificazione di malattie in fase precoce. I tre livelli non sono necessariamente sempre distinti, ma convergono sulla riduzione della frequenza di determinanti di MCNT.



Quadro logico centrale

Macro obiettivo	Fattori di rischio /determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali
Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT		Definizione di accordi intersettoriali a livello nazionale (Guadagnare salute/salute in tutte le politiche) Attivazione in ogni Regione di processi intersettoriali per la salute in tutte le politiche	Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti Proporzione di Regioni che hanno recepito gli accordi
		Sviluppo di programmi/interventi volti a favorire l'allattamento al seno	Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)	Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese
	Fumo Consumo dannoso di alcol Alimentazione non corretta Sedentarietà	<u>Ambiente scolastico</u> Sviluppo di programmi di promozione della salute integrati per i quattro fattori di rischio e condivisi tra servizi sanitari e istituzioni educative <u>Ambiente di lavoro</u> Sviluppo di programmi/interventi integrati per i quattro fattori di rischio e condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari e "datori di lavoro", volti a favorire l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol), attivando reti e Comunità Locali (EELL, Associazioni, Medici competenti, ecc.) <u>Comunità</u> Sviluppo di programmi/interventi, volti a favorire l'adozione di stili di vita attivi, nella popolazione giovane, adulta e anziana, attivando reti e Comunità Locali (EELL, Associazioni, ecc.)	Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica
			Ridurre il numero dei fumatori	Prevalenza di fumatori nella popolazione
			Estendere la tutela dal fumo passivo	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato
			Ridurre il consumo di alcol a rischio	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio
			Aumentare il consumo di frutta e verdura	Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno
			Ridurre il consumo eccessivo di sale	Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale
			Aumentare l'attività fisica delle persone	Prevalenza di soggetti fisicamente attivi Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età >75 anni)



	Soggetto in sovrappeso iperteso dislipidemico iperglicemico fumatore sedentario consumatore di bevande alcoliche a rischio	Identificazione precoce e valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari Offerta di consiglio breve, in particolare in presenza di soggetti con fattori di rischio, nei contesti sanitari "opportunistici" (es. Ambulatori, Consultori, Certificazioni, Medici Competenti, ecc.)	Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP) Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018) Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica
			Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche	Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)
	Lesioni precancerose e cancerose iniziali per i carcinomi della cervice uterina, della mammella del colon retto	Identificazione precoce con programmi di popolazione dei soggetti a rischio per i carcinomi della cervice uterina, della mammella e del colon retto per età	Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening sulla popolazione bersaglio
			Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio
			Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP) Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)
	Rischio eredo-familiare per tumore della mammella	Definizione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP) Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)



2.2 Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali

- **Ipoacusia e sordità**

Razionale

L'incidenza dell'ipoacusia neurosensoriale bilaterale di rilevanza clinica è di circa 1,0-1,5 per mille nati, ma può essere anche 10 volte superiore quando siano presenti uno o più fattori di rischio audiologico. Quindi l'ipoacusia infantile è una condizione clinica frequente e rilevante per la salute dell'individuo e per i costi economici e sociali cui questa è associata. Negli ultimi 10 anni, vi è stato un diffuso consenso a privilegiare programmi di screening neonatale universale dei disturbi permanenti dell'udito piuttosto che programmi rivolti esclusivamente a soggetti a rischio, in quanto circa il 50% dei bambini sordi non presentano nessuno dei fattori di rischio audiologico individuati dal "Joint Committee on infant hearing screening assessment" (JCIH). Lo screening uditivo neonatale permette di identificare la maggioranza dei bambini con disturbi bilaterali permanenti dell'udito in un'epoca della vita molto precoce, generalmente entro il 3°-4° mese dalla nascita, e di cominciare un intervento riabilitativo entro il 6° mese di vita, durante cioè il "periodo di plasticità cerebrale", nel quale si sviluppano complessi circuiti interneurali e in cui l'input acustico periferico è essenziale per una corretta maturazione delle vie uditive centrali.

Fattori di rischio/Determinanti

Per le forme a esordio precoce si considerano: storia familiare positiva per ipoacusia infantile permanente, ricovero in NICU, assunzione di farmaci oto-tossici, iperbilirubinemia che ha reso necessaria l'exanguino-trasfusione, infezioni intrauterine, malformazioni congenite, sindromi associate con ipoacusia, disordini neurodegenerativi.

Per le forme a esordio tardivo si considerano le infezioni post-natali associate con ipoacusia neurosensoriale, incluse la meningite batterica e virale (soprattutto da herpes virus e varicella), i traumi cranici, soprattutto fratture a carico del basi-cranio e dell'osso temporale che richiedono ricovero in ospedale, la terapia con farmaci ototossici (soprattutto chemioterapici, amino glicosidici), la preoccupazione degli educatori riguardo l'udito, la percezione verbale, lo sviluppo del linguaggio o ritardi di sviluppo.

Strategie

Si raccomanda, per garantire la piena possibilità di recupero delle abilità uditive, di identificare le ipoacusie entro il terzo mese di vita e di avviare un adeguato intervento riabilitativo non oltre il sesto mese di vita. Si è dimostrato, infatti, che quanto più precocemente viene ripristinata una normale stimolazione acustica, tanto minore risulta il gap tra un bambino ipoacusico e un bambino normo-udente in termini di performance comunicative, linguistiche, relazionali e cognitive. I bambini ipoacusici senza altre patologie associate che ricevono un adeguato intervento riabilitativo prima dei sei mesi di vita, sviluppano un quoziente linguistico pari al loro quoziente cognitivo e raggiungono in età prescolare abilità linguistiche adeguate alla loro età. Lo screening uditivo neonatale costituisce pertanto uno degli interventi sanitari con un più favorevole rapporto costi/benefici. Lo screening uditivo neonatale deve, pertanto, rappresentare soltanto la prima tappa di un percorso abilitativo del bambino ipoacusico che coinvolge un team multiprofessionale. Il test di screening è privo di qualsiasi rischio ed è estremamente accurato. Con un opportuno addestramento degli operatori dei punti nascita, la sensibilità e specificità di un test di screening è di circa il 98%. Ciò significa che, su 100 bambini sani sottoposti al test di screening, ve ne saranno circa 2 per i quali il test dà una risposta patologica (falsi-positivi). I rischi associati sono rappresentati soltanto dall'ansia dei genitori in conseguenza dei falsi risultati positivi.

- **Ipovisione e cecità**

Razionale

In Italia le indagini Istat affermano che 4,5 persone ogni 1.000 abitanti sono ipovedenti. Secondo le stime fornite dall'ISTAT (2007), nel 2005, in Italia vivevano 362.000 ciechi. L'impatto psicosociale della cecità e dell'ipovisione è molto rilevante. L'identificazione delle cause di danno funzionale o di ostacolo alla maturazione della visione quanto più è precoce, tanto più garantisce possibilità di trattamento o di efficaci provvedimenti riabilitativi. Lo Stato Italiano con l'introduzione della Legge 284/97, sulla riabilitazione visiva, ha riconosciuto l'utilità della prevenzione sostenendo economicamente tutte le Regioni, per garantire lo sviluppo della prevenzione dell'ipovisione e della cecità.

Un Piano nazionale di prevenzione in campo oftalmologico è richiesto dal nuovo Global Action Plan 2014 – 2019 dell'OMS.

Fattori di rischio/Determinanti

- Fattori ambientali: figurano, per esempio, tutte le *noxae* che agiscono in un determinato momento del periodo gestazionale. I fattori possono essere meccanici, fisici (radiazioni ionizzanti), chimici (soprattutto farmaci), immunologici, metabolici, endocrini, nutrizionali.
- Fattori infettivi rivestono una particolare importanza e tra essi si annoverano patologie contratte dalle donne durante la gravidanza e trasmesse verticalmente all'embrione, quali infezioni da virus rubeolico, da citomegalovirus e da toxoplasma. Nell'embriopatia rubeolica, il rischio di malformazioni è molto elevato se la madre contrae la malattia tra la 1ª e la 16ª settimana di gravidanza, con una percentuale del 20-60% più alta nel primo mese di gravidanza; le patologie oculari sono: la cataratta (frequente nella 2ª-11ª settimana), il glaucoma malformativo, anomalie iridee, la retinopatia e il microftalmo. Le patologie oculari da citomegalovirus sono la corio-retinite centrale e la cataratta; nell'embrio-fetopatia da toxoplasma si ha la corio-retinite necrotizzante centrale (maculopatia), cataratta totale e microftalmo. Si stima che un neonato su mille sia infetto e il 65% sia asintomatico.
- Cataratta congenita: è la più frequente delle anomalie congenite oculari: si stima che sia presente ogni 1.600-2.000 nati in vari gradi di opacità ed è responsabile di circa il 15% dei casi di cecità nell'infanzia, essendo bilaterale in circa 2/3 dei casi.
- Glaucoma congenito: si tratta di una sindrome complessa e grave di natura malformativa a livello soprattutto dell'angolo irido-corneale. È relativamente rara, colpendo all'incirca un soggetto ogni 10.000 nati vivi. Nell'intera popolazione ha una prevalenza di 0,006-0,008. È bilaterale nel 75% dei casi ed è annoverabile tra le malattie genetiche oculari.
- Retinoblastoma: è il tumore maligno primitivo intraoculare più frequente dell'infanzia. È comunque piuttosto raro colpendo all'incirca un bambino ogni 20.000 nati vivi. La fascia di età più colpita è tra la nascita e i tre anni. L'età media alla diagnosi varia tra i 6 e i 12 mesi nei casi bilaterali, e da 18 a 24 mesi in quelle unilaterali. Il retinoblastoma può essere ereditario (1/3 dei casi) o congenito (2/3 dei casi). Se precocemente diagnosticato e se seguiti i moderni protocolli terapeutici, ha una sopravvivenza del 90%.
- Retinopatia del prematuro (Retinopathy Of Prematurity: ROP). Tutti i prematuri devono essere monitorati da un punto di vista oculistico dopo il parto secondo protocolli rigidi che prevedano controlli frequenti. La ROP è presente in bambini con peso alla nascita inferiore a 1.251gr nel 34% e in quelli con peso inferiore a 1.000gr nel 46%. Oggi è una delle maggiori cause di cecità e ipovisione nei paesi industrializzati ed è in aumento di pari passo con il migliorare della sopravvivenza neonatale.
- Ametropie e loro complicanze: l'anomalia di più frequente riscontro è rappresentata dall'ambliopia, quasi sempre monolaterale, causata da un ostacolo al normale sviluppo sensoriale insorto durante il periodo critico. Esiste un dibattito aperto circa l'impatto dell'ambliopia sulla salute pubblica. Infatti essa non è quasi mai causa di deficit visivo grave, in quanto forma eminentemente monolaterale. Potenzialmente può essere causa di ipovisione e cecità solo quando l'altro occhio subisce un danno permanente. L'ambliopia è comune nelle nazioni occidentali e circa il 5% dei bambini possono

esserne affetti. Si ritiene generalmente che quanto più giovane sia l'età in cui viene diagnosticata l'ambliopia, tanto maggiore sia la possibilità di risultato efficace del trattamento.

Strategie

La strategia si basa sullo screening oftalmologico pediatrico che vede 2 momenti importanti: la nascita e l'età di 3 anni. Lo screening neonatale può esser fatto sia dal pediatra sia dall'oculista. Non vi è dubbio che l'oculista sia in grado di identificare un numero maggiore di patologie rispetto al pediatra ma non è stato studiato se questo si traduca realmente in una riduzione del rischio di ipovisione perché una percentuale significativa di queste malattie non è trattabile o ha una prognosi funzionale limitata, anche qualora la diagnosi fosse stata tempestiva. Naturalmente tutti i bambini nati pre-termine devono essere esaminati, secondo i protocolli già esistenti in letteratura, da oftalmologi esperti sia durante la loro degenza ospedaliera che dopo la dimissione per diagnosticare, monitorare ed eventualmente trattare la retinopatia del pre-termine. Per quanto riguarda la visita ai 3 anni, le figure professionali che possono essere coinvolte sono: il pediatra, l'oculista e l'ortottista. La metodologia di screening deve essere in grado di limitare al massimo i falsi negativi.

Quadro logico centrale

Macro obiettivo	Fattori di rischio/ Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali
Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	**Ipoacusia e sordità** Cause congenite: Infezioni intrauterine Cause iatrogene	Screening audiologiconeonatale	Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale
	Ipovisione e cecità Patologie congenite (malattie genetiche, cataratta, retinoblastoma, vizi refrazione)	Screening oftalmologico neonatale	Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale

2.3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani

Razionale

La salute mentale costituisce parte integrante della salute e del benessere generale, così come definita anche dall'OMS: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità". I primi anni di vita sono cruciali per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi mentali, poiché fino al 50% delle patologie psichiatriche dell'adulto iniziano prima dei 14 anni d'età e in particolare un terzo delle persone che soffrono di depressione clinica da adulti (uno dei problemi più comuni nell'Unione Europea) ha avuto un esordio prima dei 21 anni. Nel nostro Paese, il numero di adolescenti in condizioni di disagio psicologico, che potenzialmente può sfociare in disturbo vero e proprio, rappresentano il 7-8% della popolazione giovanile. In questo complesso contesto debbono essere inseriti anche i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Sebbene, infatti, nella Consensus Conference del 2012 si sia messo in evidenza, riguardo a tale tematica, come siano veramente pochi gli studi epidemiologici attivati nel corso degli ultimi 5 anni, molti esperti riferiscono di un trend in aumento, che, peraltro, potrebbe comunque essere dovuto anche ad approcci diagnostici diversificati. Quello che è evidente è che le caratteristiche psicopatologiche dei DCA stanno modificandosi, quasi che interpretassero un disagio diffuso della modernità, con conseguente comparsa di quadri clinici inesistenti fino a qualche anno fa, quali i DCA maschili o i disturbi infantili con forme severe e molto difficili da trattare. Le patologie psichiatriche in età evolutiva determinano, quindi, un bisogno di salute emergente, per il quale è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi e presa in carico precoce. Tali interventi infatti, oltre ad essere correlati positivamente con la possibilità di guarigione, assumono un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica dell'età adulta, che non bisogna dimenticare rappresenta un fattore di rischio per altre patologie. Le persone con disagio/malattia mentale, infatti, presentano tassi molto più alti di disabilità e mortalità rispetto alla popolazione generale. Per esempio, le persone affette da depressione maggiore o da schizofrenia hanno un maggior rischio, fra il 40% e il 60%, di morire prematuramente a causa di problemi trascurati di salute fisica (cancro, malattie cardiovascolari, diabete, infezioni da HIV) e di suicidio, che rappresenta la seconda causa di morte tra i giovani.

Fattori di rischio/Determinanti

La salute mentale, come altri aspetti della salute generale, può essere influenzata da un'ampia gamma di fattori (status economico e lavorativo, livello di scolarità, standard di vita, salute fisica, coesione familiare, discriminazione, violazione dei diritti umani ed esposizione a eventi avversi come violenza sessuale, abuso e trascuratezza). I determinanti della salute mentale dei bambini e degli adolescenti possono essere classificati come fattori di rischio e fattori protettivi:

- i fattori di rischio sono tratti o situazioni che si correlano negativamente alla salute mentale (ad esempio l'abbandono o maltrattamenti subiti durante l'infanzia, rotture familiari, disoccupazione);
- quelli protettivi sono tutti quei fattori che aiutano a sviluppare resilienza di fronte ad eventi stressanti e/o traumatici.

Solitamente sia i fattori di rischio che quelli protettivi si distinguono in: fattori biologici, fattori psicologici e fattori sociali (Rapporto sulla Salute Mentale dell'OMS 2001).

I problemi e i disturbi mentali deprivano i bambini e i giovani di una buona qualità di vita, influenzano negativamente il loro sviluppo e possono essere ricorrenti o cronicizzarsi rappresentando, come già detto, un importante precursore dei disturbi mentali dell'adulto. Poiché nei contesti scolastici si svolge una parte cruciale della vita dei ragazzi, sia in termini di quantità di tempo che di importanza del potenziale formativo e relazionale, è in tale ambito che bisogna moltiplicare le azioni a valenza preventiva. A titolo di esempio basti citare il fenomeno del "bullismo" a scuola, che è oggi uno dei problemi più diffusi in Europa. Vivere questa esperienza ha un diretto effetto negativo sulla salute e sul benessere mentale degli studenti e influenza negativamente anche i processi di apprendimento e i risultati scolastici. Per quanto riguarda poi i DCA, accanto ai fattori di rischio generici, quali per es. disturbi psichiatrici dei genitori o problematiche relazionali in famiglia, sono riconosciuti fattori di rischio specifici, tra i quali pare importante ricordare l'obesità.

Strategie

Data la molteplicità dei determinanti che agiscono sulla salute mentale, la responsabilità di promuoverla e di prevenire il disagio deve coinvolgere più attori, dentro e fuori il Servizio Sanitario, con un approccio globale, integrato e coordinato. Diventa quindi fondamentale la collaborazione del sistema sanitario con quello sociale e con il mondo della scuola.

In un approccio di promozione della salute e prevenzione del disagio mentale risulta fondamentale prevedere strategie multisettoriali integrate che combinino interventi universali e interventi mirati su popolazioni specifiche.

- Gli interventi universali sono rivolti a tutti i gruppi presenti in ambito scolastico con approccio globale, con l'obiettivo di rafforzare le capacità di resilienza. La letteratura internazionale indica come efficaci i programmi che promuovono la consapevolezza dei benefici derivanti da stili di vita sani, i rischi connessi all'uso/abuso di sostanze e che affrontano specificamente il contrasto al bullismo e alla violenza, con il coinvolgimento diretto dei giovani nei programmi preventivi, dal momento che esso rappresenta già di per sé un investimento sulla loro salute mentale. La partecipazione, infatti, rafforza nei giovani l'identità, il senso di appartenenza e la competenza e contribuisce allo sviluppo e all'autostima.
- Accanto agli interventi universali vanno sviluppati interventi specifici, dentro o fuori la scuola, rivolti a gruppi a rischio per esempio per particolari condizioni sociali o economiche.

La letteratura scientifica di riferimento dimostra però che, nei confronti delle patologie psichiatriche in età evolutiva, accanto agli interventi di promozione della salute mentale, è altrettanto importante instaurare azioni di diagnosi e di presa in carico precoce. Tali interventi assumono un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica dell'età adulta.

Numerosi dati di ricerca evidenziano che quanto più precoce è l'intervento sulla psicosi tanto migliore è l'esito, sia per quanto riguarda gli aspetti clinici che quello del funzionamento psicosociale, e che i risultati conseguiti con trattamenti intensivi nei primi anni vengono conservati nel tempo, quando si garantisca la prosecuzione di cure di mantenimento.

Anche il Piano di azione nazionale per la salute mentale, approvato dalla Conferenza Unificata in data 24 gennaio 2013, nell'ambito delle azioni programmatiche per la tutela della salute mentale in infanzia e adolescenza, individua, tra le aree di bisogni prioritari, l'*area esordi* e raccomanda gli interventi precoci e tempestivi nei confronti dei disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia di età 15–21 anni), anche attraverso l'elaborazione di progetti sperimentali che prevedano la creazione di équipe integrate, dedicate alla prevenzione e alla presa in carico precoce. Ciò vale anche per i DCA per i quali si è dimostrato che la presa in carico precoce, entro un anno dall'insorgenza dei sintomi, da parte di un servizio specializzato, è correlata positivamente alla prognosi.

In estrema sintesi, si possono elencare di seguito i criteri fondamentali per la costruzione di interventi preventivi e di promozione in ambito scolastico:

- adozione di approcci multidimensionali;
- promozione del concetto positivo di salute mentale piuttosto che di prevenzione della malattia mentale (es. resilienza, rafforzamento, life skill, senso di coerenza),
- partecipazione ed empowerment (es. coinvolgimento nelle decisioni come parte dello sviluppo e del mantenimento di un clima scolastico democratico; creazione del senso di appartenenza);
- apprendimento e insegnamento (es. implementare una varietà di strategie di apprendimento e insegnamento che promuovano il senso di coerenza, collegando la salute e il benessere mentale degli studenti anche alle loro vite nella comunità);
- approcci che migliorino la competenza socio-emozionale (es. capacità di autogestirsi, consapevolezza di sé e sociale, capacità di relazione, capacità decisionale responsabile);



- durata e intensità (es. implementazione continua per più di un anno);
- clima scolastico supportivo (es. promozione della salute mentale come parte integrante della cultura della scuola, promozione di relazioni aperte e oneste all'interno della comunità scolastica, promozione di aspettative alte ma raggiungibili per tutti gli studenti, sia nelle interazioni sociali sia in riferimento ai risultati curriculari);
- coinvolgimento dei genitori e della comunità locale;
- collaborazione tra i responsabili delle politiche dei settori sanitario ed educativo (es. gruppi di lavoro integrati).

Quadro logico centrale

Macro obiettivo	Fattori di rischio/Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali
Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	Fattori protettivi: organici, socio-emozionali sociali Fattori di rischio: tratti o situazioni che si correlano negativamente alla salute mentale	Strategie integrate e interistituzionali (Scuola, servizi Sanitari e socio-sanitari, ecc.) per valorizzare/promuovere (in ambito scolastico ed extrascolastico) le capacità personali dei giovani, in termini di autostima, auto efficacia, resilienza Definizione di percorsi per la presa in carico precoce dei soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile a rischio di disagio mentale	Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute
			Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	Proporzione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi



2.4 Prevenire le dipendenze da sostanze

Razionale

La dipendenza da sostanze è una patologia con un importante impatto socio-sanitario, con conseguenze dirette e indirette sull'ordine pubblico e sulla spesa sanitaria e sociale e, in quanto tale, oggetto di interventi generici e specifici dello Stato. Gli effetti negativi sulla salute possono essere diretti, e derivare quindi dagli effetti farmacologici della droga e dalla via di somministrazione (per esempio fumata o iniettata utilizzando aghi non sterili), o indiretti, conseguenti all'utilizzo delle sostanze da abuso (in questo caso si fa riferimento all'alterazione degli stati di coscienza che possono portare i soggetti ad avere rapporti promiscui non protetti) come epatite B, C e AIDS. Le fasce di popolazione più vulnerabili al fenomeno sono i giovani adolescenti.

Da alcuni anni, accanto allo scenario di uso di sostanze (droghe, psicofarmaci, alcol, tabacco), sempre più articolato, si va profilando la crescente diffusione di problematiche diverse nelle manifestazioni cliniche, ma per molti aspetti correlate sul piano psicopatologico; ci si riferisce alle cosiddette dipendenze "sine substantia". Si tratta di quadri clinici che hanno in comune con la dipendenza da sostanze il comportamento compulsivo che produce effetti seriamente invalidanti. In particolare, accanto a nuove forme di dipendenza come il web e il sesso compulsivo, il gioco d'azzardo patologico (GAP) è quello più in espansione. Si tratta, in particolare, di persone con storia di abitudine al gioco d'azzardo ("gambling") nelle sue varie forme, da quelle dei classici giochi da lotteria e delle tradizionali scommesse sportive, a quelle più recentemente introdotte nel nostro Paese (lotterie a vincita immediata, sale bingo, gratta e vinci e così via) e a quelle che coinvolgono, come ulteriore fattore di rischio, l'elemento internet. Il gioco d'azzardo, di per sé non patologico, può tuttavia divenirlo. È stato riconosciuto ufficialmente come disturbo psichiatrico dall'American Psychiatric Association nel 1980. Nel 1994, il GAP è stato classificato nel DSM-IV (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) come "disturbo del controllo degli impulsi". Il DSM-IV ha definito il GAP come un "comportamento persistente, ricorrente e maladattativo di gioco che compromette le attività personali, familiari o lavorative"; l'ICD-10 (International Classification disease) dell'OMS lo ha inserito tra i "disturbi delle abitudini e degli impulsi".

Il numero stimato nel 2011 dei consumatori di sostanze stupefacenti (intendendo con questo termine sia quelli occasionali sia quelli con dipendenza da uso quotidiano), è pari in Italia a 2.327.335 persone. Le strutture socio-sanitarie attive dedicate alla cura e al recupero di persone con bisogno assistenziale legato all'uso di sostanze psicoattive sono complessivamente 1.630, di cui 563 (34,5%) rappresentate dai Ser.T. o dai Dipartimenti per dipendenze (ove istituiti) e le rimanenti 1.067 da strutture socio-riabilitative (c.d. Enti del privato sociale che può essere autorizzato ovvero accreditato), in prevalenza strutture residenziali (66,4%). Il totale dei pazienti in trattamento presso i SerT è pari a 172.211 nel 2011 (dati derivanti dal flusso informativo del Ministero salute, con un indice di copertura dei servizi di assistenza del 90%). L'età media dei nuovi utenti (di coloro cioè che per la prima volta si rivolgono ai servizi) è pari a 31,6 anni, con un incremento del periodo di latenza tra inizio dell'uso di sostanze e arrivo ai SerT. pari a circa 8 anni.

La stima di persone affette da GAP è estremamente difficile, a causa della variabilità dei criteri diagnostici e del non riconoscimento del problema da parte dei soggetti coinvolti. Da studi preliminari, da leggere con cautela, si può stimare una prevalenza nella popolazione generale (15-64 anni) fra l'1,2 e il 3%, mentre un'indagine più recente stima che una quota pari allo 0,8% della popolazione (circa 120.000 persone) appartenga invece propriamente al profilo del giocatore patologico. Un'indagine ha evidenziato che nel 2012 il 7,5% della popolazione studentesca (15-19 anni) ha giocato nella vita in modo problematico, soprattutto su scommesse sportive, lotterie istantanee e giochi on line. I soggetti in trattamento presso i SerT per gioco patologico nel 2012 (dato limitato a 14 Regioni) sono stati 4.657.

Per quanto attiene l'abuso di alcol, nel nostro Paese non esiste ancora una stima ufficiale del numero di alcoldipendenti. Per una valutazione minima del fenomeno può essere utile fare riferimento al numero di alcoldipendenti in trattamento nell'ambito dei servizi pubblici territoriali. Nel 2012 sono stati presi in carico presso i presidi alcologici territoriali del Servizio sanitario nazionale 69.770 alcoldipendenti (M.:54.431; F.:15.339), valore massimo finora rilevato per questo dato, con età media pari a 45,5 anni nei maschi e a 47,3 nelle femmine. I giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 9,1% dell'utenza totale ma i nuovi utenti di questa classe di età sono il 13,7%. Nell'ambito dei presidi citati il 27,3% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici ambulatoriali, il 26,5% a "counseling" personale o familiare, il 13,5% a

trattamento socio-riabilitativo, l'11,0% a trattamenti psicoterapeutici individuali (7,5%) e di gruppo/familiari (3,5%), il 6,3% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto e il 2,6% in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale. Nel 2012 fra gli utenti dei servizi alcologici il 9,0% risulta fare uso concomitante di alcol e sostanze stupefacenti, valore inferiore a quello rilevato nel 2011 (9,8%), per un totale di circa 6.250 utenti.

Fattori di rischio/Determinanti

I determinanti dell'uso di sostanze sono numerosi, e possono essere classificati in due grandi famiglie: determinanti ambientali e determinanti individuali.

Determinanti ambientali

Sotto questa categoria stanno i fattori sociali, distali o prossimali, che influenzano il comportamento degli individui. Secondo la teoria dell'influenza sociale, infatti, la personalità si forma dall'interazione tra ambiente, comportamenti e processi psicologici individuali, con una particolare attenzione a comportamenti, atteggiamenti e reazioni emotive degli altri. Da questa deriva la "Social norms theory", secondo la quale il comportamento è influenzato da percezioni errate di come gli altri membri dei gruppi sociali pensano e agiscono (la "norma percepita") più che sulle loro reali convinzioni e azioni (la "norma reale"). Questo divario tra percepito e reale viene indicato come una "errata percezione" e il suo effetto sul comportamento è la base per l'approccio delle norme sociali. Comportamenti a rischio sono generalmente sovrastimati e comportamenti sani o protettivi sono sottovalutati, e gli individui tendono a modificare il proprio comportamento per approssimare la norma mal percepita. Assume particolare importanza il ruolo dei fattori sociali in grado di determinare la "normalità" di un comportamento, come ad esempio il cinema o gli altri "media", l'azione della scuola, le campagne di informazione. Inoltre l'influenza dei pari ha un maggior impatto sul comportamento individuale di quanto non abbiano i fattori biologici, della personalità, familiari, religiosi e culturali. Un ruolo importante assumono inoltre i determinanti sociali (livello di istruzione, reddito, lavoro, situazione familiare ecc.) che innescano condizioni di disagio predisponenti al passaggio dall'uso alla dipendenza da sostanze.

Determinanti individuali

Numerosi fattori individuali influenzano i comportamenti d'uso di sostanze e, forse, anche la progressione dall'uso alla dipendenza. Questi vanno dalle conoscenze sul rischio associato alle sostanze, alla sua percezione, alle capacità che determinano, ad esempio, le capacità di gestione dello stress e le emozioni, di relazionarsi con i pari e la resistenza alla loro pressione, alla resilienza e ai tratti di carattere che facilitano l'assunzione di rischi e le reazioni emotive.

Strategie

La prevenzione gioca un ruolo essenziale nell'arginare il fenomeno della dipendenza da sostanze d'abuso e delle dipendenze comportamentali (GAP, sex addiction, internet addiction, shopping compulsivo, etc.). Pertanto è essenziale definire strategie integrate 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 attraverso i metodi "life skills education" e "peer education". Si tratta di diffondere un approccio educativo centrato sul potenziamento dei fattori positivi e teso a sviluppare le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza. Per gli interventi sui determinanti ambientali le strategie indicate sono quelle che mirano alla de-normalizzazione dell'uso di sostanze nel quadro di un approccio di promozione della salute. Le prove scientifiche sono ancora limitate, ma suggeriscono alcuni interventi di setting:

- scuole che promuovono la salute, con l'adozione di policy in cui il fumo e l'alcol sono esplicitamente proibiti in ogni ambiente scolastico e in ogni orario (inclusi gli spazi pubblici antistanti la scuola, le gite scolastiche ecc.);
- famiglie che promuovono salute, in cui i genitori escludano l'uso di tabacco nelle case e utilizzino l'alcol in modo moderato nei limiti del pasto;
- interventi di regolazione dell'uso dell'alcol e del fumo in ambiente di lavoro, di vita, di svago, nel quadro di strategie di promozione della salute.



Anche gli interventi di comunicazione per la salute (attraverso vecchi e nuovi media) e di marketing sociale, volti alle de-normalizzazione dell'uso di tabacco e dell'abuso di alcol cominciano ad avere apprezzabili prove di efficacia.

La prevenzione del Gioco d'azzardo patologico merita un esame a parte, in quanto ha caratteristiche differenti: intanto ha un apparato di ricerca molto inferiore e più recente, che impedisce ancora di riconoscere interventi chiaramente efficaci; inoltre i gruppi di popolazione a rischio non sono completamente sovrapponibili.

Le strategie in campo riguardano comunque anche nel caso del GAP:

- interventi universali di tipo socio-ambientale, quali la riduzione o eliminazione della pubblicità sui diversi "media" e l'allontanamento fisico dei luoghi del gioco da tutti gli spazi di aggregazione giovanile e dalle scuole (che possono richiedere azioni centrali e/o locali);
- interventi individuali di prevenzione universale, quali percorsi scolastici di potenziamento delle abilità personali (life skills), riconoscimento delle reali probabilità di vincere e media education, al fine di sviluppare abilità di resistenza alla pressione dei media.

Tra le strategie da mettere in campo per il conseguimento del macro obiettivo è importante identificare gli interventi promettenti da sottoporre a valutazione scientifica, l'adattamento alla situazione italiana di interventi che hanno fornito prove di efficacia in altri contesti e la messa a disposizione degli interventi efficaci disponibili attraverso appropriati strumenti che permettano di accedere ai materiali, alle istruzioni di applicazione e anche alle prove di efficacia.

Quadro logico centrale

Macro obiettivo	Fattori di rischio/Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali
Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)	Percezione del rischio e informazione Stili di vita Empowerment/competenze di individui e operatori	Strategie integrate e interistituzionali (es. Scuola, Sanità) per valorizzare/promuover e (in ambito scolastico ed extrascolastico) le capacità personali dei giovani, in termini di autostima, auto efficacia, resilienza Strategie intersettoriali per prevenire e ridurre il disagio (sociale, familiare)	Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute

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

Razionale

Gli incidenti stradali sono un problema che interessa la sanità pubblica mondiale perché è forte l'impatto sulla salute delle persone. L'Organizzazione Mondiale delle Nazioni Unite, nel Piano d'azione per la sicurezza stradale 2011-2020, indica che ogni anno circa 1,3 milioni di persone, di cui più della metà non sono né passeggeri, né conducenti di veicoli, muoiono per incidente stradale e all'incirca tra i 20 e i 50 milioni di persone sopravvivono agli incidenti stradali con conseguenti traumi e handicap. Gli incidenti stradali nel mondo sono una delle prime tre cause di morte nella fascia di popolazione compresa tra i 5 e i 44 anni di età.

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. Considerato poi che la fascia di popolazione più colpita è quella compresa tra i 5 e i 44 anni di età, tale stima interessa il futuro produttivo di ciascun Paese. Pertanto una riduzione del numero di feriti e di morti sulle strade permetterebbe di evitare sofferenze, riorientare la crescita e mettere a disposizione risorse che potrebbero essere utilizzate a fini più produttivi.

Fattori di rischio/Determinanti

Alcuni determinanti sono fattori di rischio legati alla persona che favoriscono l'evento incidente stradale, quali le condizioni di salute, l'età, l'assunzione di farmaci compromettenti l'attenzione, l'equilibrio e i riflessi. Altri fattori di rischio sono riconducibili a stili di vita che comportano consumo dannoso di alcol e sostanze psicotrope, e a scorretti comportamenti alla guida (utilizzo dei cellulari, disattenzione, eccessiva velocità, mancato utilizzo dei sistemi di protezione). Concorrono infine al verificarsi dell'incidente altri determinanti che sono invece attribuibili alla sicurezza delle strade, alla sicurezza dei veicoli.

Gli incidenti più gravi in termini di morti e feriti avvengono sulle strade extraurbane, ma se si considerano gli incidenti indipendentemente dalla gravità, la maggior parte avviene sulle strade urbane, durante i giorni feriali e nelle ore lavorative (con picchi in orari correlati all'accesso al lavoro e/o a scuola).

Anche i fattori sociali entrano in azione nel determinismo degli incidenti stradali e si riferiscono, ad esempio, alle condizioni socioeconomiche disagiate, allo stato di migrante che di fatto determinano un minor accesso alle risorse di formazione e informazione sulle misure di prevenzione e più in generale all'acquisizione della cultura della sicurezza sulle strade.

Strategie

Per avere effetti sulla riduzione del numero e della gravità degli incidenti stradali è richiesto un programma che abbia tempi lunghi, la stabilizzazione degli interventi di prevenzione fino a ora attuati, l'attuazione di ulteriori misure di prevenzione e, considerata l'etiologia multifattoriale che sta alla base di questa tipologia di incidenti, l'attuazione di interventi che incidano simultaneamente su più fattori di rischio.

In tale direzione si pone il Piano Mondiale di Prevenzione per la sicurezza stradale – Dieci Anni di Azione per la Sicurezza Stradale 2011-2020 rivolto a tutti gli Stati Membri, che fornisce le linee guida per le buone pratiche nella lotta contro i principali fattori di rischio di incidente. Gli interventi che si sono dimostrati efficaci per la riduzione degli incidenti stradali indicati dal Piano Mondiale di Prevenzione per la sicurezza stradale sono:

- promuovere stili di vita corretti;
- integrare i dispositivi di sicurezza stradale durante la pianificazione dello sviluppo del territorio e nella pianificazione di città e trasporti,
- progettare e costruire strade più sicure,
- migliorare i dispositivi di sicurezza dei veicoli;
- promuovere il trasporto pubblico;



- controllare la velocità sulle strade da parte della polizia stradale e adottare misure di riduzione della velocità della circolazione;
- elaborare e applicare la 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;
- individuare e applicare limiti d'alcolemia alla guida che prevedano, se superati, il divieto di condurre veicoli;
- migliorare il trattamento del traumatismi in seguito a incidente stradale.

Anche le campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione sono importanti per sostenere l'applicazione della legislazione in quanto permettono di far conoscere meglio i rischi e le sanzioni delle infrazioni. Le Nazioni Unite auspicano inoltre che nei Paesi membri gli interventi volti a ridurre i rischi d'incidente coinvolgano veicoli che trasportano merci o materiali pericolosi e che i Paesi garantiscano che possano circolare solo i veicoli ben tenuti e con conducenti qualificati.

La prevenzione degli incidenti stradali richiede un approccio multisettoriale e il coinvolgimento di numerose Istituzioni.

La sanità pubblica contribuisce, tuttavia, alla prevenzione degli incidenti stradali 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).

Macro obiettivo	Fattori di rischio/Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali
Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	Comportamenti a rischio (assunzione di farmaci che alterano lo stato psico-fisico, consumo dannoso di alcol e sostanze psicotrope, velocità eccessiva, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza - cinture, seggiolini per bambini, casco) Sicurezza delle strade e dei veicoli Fattori sociali (condizioni economiche, organizzazione lavorativa)	Promozione di stili di vita corretti nella popolazione con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate Informazione/comunicazione sul rischio di incidente stradale correlato a comportamenti a rischio Promozione di politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando così gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente Azioni di advocacynei confronti delle altre Istituzioni coinvolte Promozione della mobilità sostenibile e sicura	Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	Tasso di decessi per incidente stradale
			Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	Tasso di ricoveri per incidente stradale
			Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)

Quadro logico centrale

2.6 Prevenire gli incidenti domestici

Razionale

Nel loro complesso, gli infortuni domestici e del tempo libero costituiscono una tipologia di incidente che presenta nei diversi Paesi europei tassi di mortalità in riduzione, ma in misura minore di tutte le altre tipologie d'incidente, come documentato per il periodo 1998-2010 (Euro Safe, Injuries in the European Union, Report on injury statistics 2008-2010, Amsterdam, 2013). Per quanto riguarda la morbosità associata agli incidenti domestici, viene evidenziato che le donne sono maggiormente a rischio (68%degli incidenti domestici) e che le fasce di età maggiormente coinvolte sono i bambini in età pre-scolare (<6 anni) (EU-IDB: Injury Database) e gli anziani. I dati italiani confermano quanto documentato a livello europeo ed evidenziano come la fascia di popolazione di età >70 anni sia a elevato rischio di incidente domestico in particolare di caduta (Indagine multiscopo sulle famiglie ISTAT; Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione-SINIACA-IDB; Sistema Informativo Nazionale per la Sorveglianza delle Esposizioni Pericolose e delle Intossicazioni, SIN-SEPI, ISS).

Fattori di rischio/Determinanti

Per quanto riguarda i traumatismi causati da incidenti domestici, le osservazioni effettuate nell'ambito del progetto SINIACA-IDB e gli studi epidemiologici di letteratura scientifica, evidenziano come, analogamente a quanto rilevato per gli incidenti stradali, i principali fattori di rischio siano costituiti da condizioni a carattere personale quali: stato di salute, assunzione di farmaci in grado di compromettere le funzioni neuromuscolari e l'attenzione, abuso di alcol, assunzione di sostanze psicotrope, scarsa attività fisica soprattutto tra gli anziani. Nel caso dei bambini costituisce un fattore di rischio l'ambiente inadeguato legato non solo alle condizioni di scarsa sicurezza degli ambienti domestici, ma anche alla bassa percezione del rischio da parte degli adulti.

Altri fattori che concorrono all'occorrenza di traumatismi causati da incidenti domestici comprendono la sicurezza progettuale delle strutture e degli impianti della casa, il loro stato di manutenzione, che a loro volta risultano associati a condizioni economiche disagiate, che di fatto determinano un minor accesso alle risorse economiche e alle informazioni necessarie per rendere sicuro l'ambiente di vita.

Altro aspetto di interesse riguarda gli incidenti causati da esposizioni ad agenti chimici di uso domestico. Le principali caratteristiche di questa tipologia di evento vengono correntemente rilevate in Italia dal SIN-SEPI, sistema basato sui dati rilevati con procedura standard dai Centri Antiveleni (CAV) che è stato inserito a partire dal 2013 nel Programma Statistico Nazionale.

Per quanto riguarda questa tipologia di evento, i principali fattori di rischio comprendono le caratteristiche di pericolosità del prodotto, le modalità di confezionamento ed etichettatura, le modalità di conservazione e uso.

Strategie

L'esperienza italiana in materia di prevenzione degli incidenti domestici si è sviluppata con i Piani Nazionali e Regionali di Prevenzione che si sono susseguiti nel corso degli anni. Riguardo alla sorveglianza degli incidenti domestici, la legge 493/99 ha stabilito l'avvio del SINIACA, sistema basato sugli accessi ai Pronto Soccorso. Questa sorveglianza è attiva in forma campionaria in 11 Regioni e consente di avere informazioni analitiche sulle cause dell'incidente domestico conformi alle linee guida OMS sulla sorveglianza degli incidenti. Su questa base, l'Italia aderisce alla Joint Action on Monitoring Injuries in Europe(JAMIE) che ha come obiettivo l'integrazione della sorveglianza ospedaliera delle cause d'incidente nel sistema EU-IDB. Nel JAMIE è stato sperimentato che i flussi di emergenza-urgenza del Ministero della Salute (EMUR: flussi di Pronto Soccorso e flussi 118), ormai attivi in 17 Regioni, possono fornire al sistema EU-IDB informazioni sulle diagnosi di traumatismo o avvelenamento/intossicazione secondario a incidente domestico. L'Injury Database europeo, inclusa la rete italiana, raccoglie dati in conformità con i criteri di qualità definiti da EUROSTAT ed è incluso nelle basi di dati sanitarie della Commissione.

Con specifico riferimento alle esposizioni ad agenti chimici, la principale fonte informativa per la caratterizzazione del fenomeno nei suoi molteplici aspetti è costituta dai Centri Anti Veleni (CAV), servizi del Sistema Sanitario che operano per la corretta diagnosi e gestione delle intossicazioni. I CAV sono correntemente consultati da altri servizi ospedalieri (es. Pronto Soccorso, reparti di pediatria), da privati cittadini e da altri utenti (es. medici non ospedalieri, 118). Come evidenziato dalle attività svolte nell'ambito del SIN-SEPI, la sistematica disamina dei dati rilevati con procedura standard dai CAV rende disponibile una base informativa per la tempestiva identificazione di problematiche emergenti che possono derivare dall'immissione in commercio di nuovi prodotti. Inoltre, risulta in grado di orientare interventi di prevenzione e informazione mirati e di verificarne in tempi brevi la ricadute.

Per questo le azioni in questo settore saranno mirate a incidere simultaneamente su più fattori di rischio e a migliorare il flusso informativo basato sui Pronto Soccorso (SINIACA), con particolare riferimento ai traumatismi, e sui CAV (SIN-SEPI), con specifico riferimento alle esposizioni accidentali ad agenti chimici.

In particolare, le azioni da intraprendere per la prevenzione degli incidenti in considerazione delle informazioni già disponibili comprendono:

- miglioramento della sicurezza delle abitazioni;
- miglioramento della conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione di operatori sanitari, MMG e PLS;
- formazione e informazione della popolazione maggiormente a rischio di incidente domestico, dei genitori e dei care giver;
- interventi di miglioramento dello stato di salute della popolazione anziana mirati al potenziamento dell'equilibrio e del coordinamento motorio.

Quadro logico centrale

Macro obiettivo	Fattori di rischio / Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali
Prevenire gli incidenti domestici	Stili di vita scorretti (in particolare sedentarietà) Deficit neuro-motori o cognitivi Sicurezza abitazioni, impianti, arredi, prodotti e farmaci Trattamenti e interazioni farmacologici in soggetti fragili Bassa percezione del rischio da parte degli adulti	Promozione di corretti stili di vita Promozione della cultura della sicurezza nella popolazione con particolare attenzione alle categorie a maggior rischio Formazione alla sicurezza domestica per operatori sanitari, MMG e PLS Formazione alla sicurezza degli educatori scolastici e dei collaboratori familiari Promozione dell'attività fisica nell'anziano	Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	Tasso di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere
			Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile
			Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver	Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi - Passi d'Argento, OKkio alla salute entro 2 anni) Misurazione della percezione del rischio (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)
			Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)
	Mancata conoscenza della incidenza degli avvelenamenti in ambiente domestico	Sostegno ai flussi informativi basati sui dati rilevati dai CAV con procedura standard	Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico

2.7 Prevenire gli infortuni e le malattie professionali

Razionale

Nel lungo periodo di recessione che l'Italia sta attraversando, il tema della "esistenza del lavoro" in quanto tale, e inteso come fonte di equilibrio per i singoli e la società, ha assunto un significato di priorità assoluta per il Paese. In questo contesto, la tematica della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, oltre alla rilevanza etica, istituzionale e normativa che da sempre la contraddistingue, acquisisce un ulteriore elemento di importanza sociale essendo riconosciuto da tempo a livello internazionale come tali fattori si correlino positivamente con la competitività aziendale (cfr: comunicazione della commissione al parlamento europeo, al consiglio, al comitato economico e sociale e al comitato delle Regioni: migliorare la qualità e la produttività sul luogo di lavoro - strategia comunitaria 2007-2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro). Il contrasto agli infortuni e alle patologie lavoro correlate, attraverso gli strumenti sia del controllo sia della promozione e sostegno a tutte le figure previste dal Dlgs 81/08, assume quindi una valenza economica e sociale ancor più ampia di quella tradizionalmente assegnata. In questo senso le direttive comunitarie indicano di intensificare le iniziative in tema di responsabilità sociale, quale strumento di diffusione di comportamenti virtuosi che favoriscano lo sviluppo sostenibile delle imprese. Il tema della sicurezza, della salute e della regolarità del lavoro è infatti uno degli elementi integranti del concetto di responsabilità sociale di impresa: permane forte la necessità di sviluppare strategie preventive che siano collegate a quelle tese al contrasto all'illegalità e a forme irregolari e meno tutelate di lavoro, fenomeni che rischiano di espandersi anche in relazione all'attuale crisi.

Gli **infortuni sul lavoro**, sebbene costantemente in calo nel nostro Paese, continuano a rappresentare un pesante onere, sia per l'entità dei costi economici, assicurativi e non assicurativi, valutabili nell'ordine di circa 51 miliardi di euro l'anno, sia per i costi sociali e umani di disabilità e morti evitabili.

I dati INAIL, relativi alla popolazione lavorativa assicurata all'Istituto (circa i 2/3 della popolazione lavorativa comprensiva anche dei lavoratori irregolari secondo le stime correnti) indicano una progressiva diminuzione degli infortuni denunciati e riconosciuti; tra il 2007 e il 2012 si è verificato un decremento degli infortuni riconosciuti pari al 27% (da 689.259 nel 2007 a 502.337 nel 2012), superiore al 20% fissato come obiettivo UE. Ciò a fronte di una sostanziale stabilità del dato degli addetti assicurati, che tra il 2007 e il 2011 sono solo lievemente diminuiti (-3%). Gli infortuni mortali sul lavoro denunciati all'INAIL e da questi riconosciuti (1.321 nel 2000) sono anch'essi scesi dai 1.178 del 2007 agli 811 del 2012 (-31% in 5 anni); circa il 50% di tale quota è composta da infortuni legati alla strada, parte in occasione di lavoro e parte (il 25% del totale) in itinere.

Nel 2012, rispetto agli infortuni riconosciuti (al netto degli infortuni in itinere), i comparti maggiormente interessati al fenomeno risultano le costruzioni che incidono per l'11%, i trasporti per il 10%, gli alberghi e ristoranti per il 10%, l'agricoltura (notoriamente si tratta solo di una parte dell'agricoltura esistente) per il 9%, le attività immobiliari per l'8%, l'industria dei metalli per il 7%.

Se si considerano i soli infortuni gravi riconosciuti (escludendo gli infortuni in itinere) le costruzioni incidono per il 14%, l'agricoltura per il 12%, i trasporti per il'11%, l'industria dei metalli per il 6% così come i servizi pubblici. Seguono con percentuali inferiori gli altri comparti produttivi.

La distribuzione degli infortuni tra i due sessi, anche tenuto conto del lento aumento nel tempo dell'occupazione femminile, mostra comparativamente un progressivo aumento degli infortuni nei luoghi di lavoro nelle donne, che nel 2000 rappresentavano una percentuale del 20%, nel 2007 erano pari al 23% e nel 2012 sono saliti al 28%. Negli infortuni in itinere (ossia avvenuti nel percorso casa-lavoro e viceversa) il rapporto uomini-donne è alquanto differente: nel 2000 la percentuale nelle femmine era del 43%, nel 2007 del 46%, nel 2012 del 52%.

Tale diminuzione degli infortuni deve essere comunque valutata con cautela a causa della crisi economica e occupazionale, che hanno determinato nell'ultimo quinquennio una accentuata progressiva diminuzione delle ore lavorate, dovuta al crescente numero di lavoratori in Cassa Integrazione Guadagni; né può essere tralasciato che non sono assicurati all'INAIL circa 8.000.000 di persone che lavorano, ossia il 25-30% del totale della forza-lavoro nel Paese (comprendendo in questa cifra almeno 3 milioni di lavoratori irregolari).

Sebbene le morti per infortunio risultino adeguatamente poste in rilievo all'attenzione dell'opinione pubblica da parte dei mezzi di informazione, viene però sovente ignorato che il maggior numero di morti legate al lavoro è dovuto alle **malattie professionali**: i dati contenuti nel documento dell'International Labour Office (ILO), pubblicato in occasione della giornata mondiale del lavoratore il 28 aprile 2013, stimano che, nel mondo, circa l'80% dei 2.300.000 morti all'anno collegati allo svolgimento di attività lavorativa, sono causati da malattie; solo il 20% risulta attribuibile a infortuni. Conseguentemente, le più recenti indicazioni dell'ILO e dell'International Social Security Association (ISSA) indicano l'urgenza di attivare politiche di prevenzione efficaci per diminuire in particolare le malattie correlate alla attività lavorativa.

In Italia, le morti indicate da INAIL come direttamente conseguenti a malattia professionale, sono oscillate annualmente tra 700 e 900, dato sottostimato. Le azioni già messe in atto dagli attori istituzionali, sociali e professionali del sistema con la finalità di accrescere le conoscenze e la sensibilità sul tema specifico hanno avviato il recupero delle "malattie professionali perdute", con un conseguente aumento delle denunce a INAIL. Tali denunce, dopo essersi mantenute sostanzialmente stabili nei primi anni 2000, hanno subito un progressivo incremento a partire dal 2007, quasi raddoppiando nel corso degli ultimi 5 anni e attestandosi attualmente vicino alle 50.000 unità/anno. Tale aumento è rappresentato soprattutto dall'imponente "irruzione" delle patologie osteo-artro-muscolo-scheletriche, che rappresentano ormai circa il 50% di tutte le patologie denunciate.

In particolare, relativamente alle neoplasie, assumendo una stima prudenziale di una origine lavorativa per il 4% delle morti per questa causa che annualmente si registrano in Italia, il numero di morti attese risulterebbe di circa 6.400 l'anno.

Ufficialmente, per la difficoltà oggettiva di riconoscimento della causa lavorativa e la ancora insufficiente sensibilità del personale sanitario alla rilevazione delle esposizioni professionali, il numero dei casi di neoplasie annualmente riconosciute di origine lavorativa risulta notevolmente inferiore alla cifra sopra stimata e in grande maggioranza riferite a pregressa esposizione ad amianto.

I danni per la salute correlati alla attività lavorativa sono tra quelli che possono beneficiare di interventi efficaci da parte delle pubbliche amministrazioni coinvolte, esistendo i presupposti per la realizzazione di programmi che abbiano come base la conoscenza quali-quantitativa dei rischi e dei metodi per prevenirli, la conoscenza dei danni, sia epidemiologica sia dei determinanti causali e, infine, avendo la possibilità di realizzare azioni di contrasto ai rischi agendo da un lato sulla promozione della salute, dall'altro sul controllo del rispetto delle norme.

Fattori di rischio/Determinanti

In generale l'assetto produttivo italiano, costituito in prevalenza da microimprese, rende più difficile la realizzazione di una organizzazione aziendale per la gestione della salute e sicurezza efficace e conforme alle normative europee, dato già da tempo noto. A ciò si aggiungono gli effetti della grave crisi economica-produttiva in corso che comportano il rischio di allargamento della illegalità e di forme irregolari di lavoro alle quali consegue anche una diminuita tutela della salute e sicurezza.

Infortuni

Fattori di rischio trasversali: conoscenze fondamentali sui fattori determinanti degli infortuni sono fornite dal progetto INFORMO, creato per l'analisi delle cause degli infortuni gravi e mortali e alimentato dai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle ASL. Dall'analisi di più di 3.000 infortuni emerge che i due determinanti più frequenti risultano essere le pratiche scorrette tollerate e i problemi di organizzazione del lavoro. Trasversalmente a molti comparti produttivi è ancora rilevante inoltre il rischio collegato alla non conformità ai requisiti essenziali di sicurezza (RES) di macchine ed impianti che, nonostante la normativa europea ormai vigente da anni, vengono rilevati costantemente dagli organi di controllo sia durante fasi ispettive o conseguenti ad infortuni, sia in conseguenza delle verifiche periodiche.

Fattori di rischio specifici di comparto: i settori a maggior rischio di infortuni gravi e mortali continuano a essere quello delle costruzioni e dell'agricoltura, verso i quali sono già in atto da tempo programmi di intervento nazionali condivisi nelle sedi istituzionali sopra indicate, tendenti a contrastare in particolare i fattori di rischio più frequenti e più gravi (cadute dall'alto e seppellimento in edilizia, schiacciamento per ribaltamento delle trattrici e altri infortuni connessi all'uso di macchine e attrezzature in agricoltura).

vanno dimenticati gli infortuni in ambienti confinati, quali silos e cisterne, fattispecie lavorativa recente oggetto di specifica normazione. In termini di valore assoluto del numero di infortuni con prognosi superiore a trenta giorni, vanno segnalati anche i comparti dei trasporti (dove la prevenzione si lega strettamente a quella degli incidenti stradali), del legno e della metalmeccanica (nei quali hanno particolare rilievo gli infortuni collegati alla sicurezza di macchine e impianti), della sanità e dei servizi (dove il mancato utilizzo di procedure corrette assume un rilievo preponderante).

Patologie correlate alla attività lavorativa

Il quadro di conoscenza dei rischi non è altrettanto preciso come per il versante infortunistico. Negli ultimi anni, a fianco dei dati statistici sulle patologie denunciate e riconosciute da INAIL, è stato avviato il progetto MALPROF condotto da INAIL (ex ISPESL fino al 2011) e Regioni, finalizzato allo studio dei nessi di causa, che fornisce indicazioni più puntuali. Altrettanto dicasi, sullo specifico versante dei tumori professionali, per i contributi di conoscenze che sono derivati dal sistema informativo per la ricerca attiva dei tumori di origine professionale "OCCAM" e dai registri di patologia previsti dal Dlgs 81/08 art. 244, a cura dell'INAIL e della rete dei Centri Operativi Regionali (COR) di cui al DPCM 10.12.2002, n. 308. Forniscono report periodici il Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM) e il Registro Nazionale dei Tumori Nasali e Sinusali (ReNaTuNS) mentre resta da attivare il flusso relativo ai tumori a bassa frazione eziologica.

La mortalità per mesotelioma da amianto eguaglia la mortalità per infortuni, compresi quelli stradali, e il picco della curva epidemica è previsto nel periodo 2015-20. La necessità di una adeguata strategia nazionale di contrasto del rischio amianto e di tutela degli esposti ed ex esposti è stata evidenziata dalla II Conferenza Nazionale Amianto tenutasi a Venezia nel 2012, e potrà trovare adeguata operatività con l'approvazione del Piano Nazionale Amianto in sede di Conferenza Stato- Regioni.

Circa il quadro dei rischi professionali, sono disponibili importanti fonti quali la banca dati nazionale dei rischi fisici presente nel Portale Agenti Fisici curato da Regione Toscana, Regione Emilia Romagna e INAIL e le banche dati sulle sostanze chimiche presenti nel portale curato dall'ISS – Centro Sostanze Chimiche implementato a seguito della entrata in vigore dei regolamenti europei REACH e CLP.

Sono in corso di sviluppo presso INAIL - Area Ricerca sistemi di registrazione e analisi di esposizioni a cancerogeni chimici e agenti biologici.

Dai dati complessivamente a disposizione sulle malattie professionali emerge una riduzione dei danni da rischi classici come il rumore, mentre sono in aumento le patologie neoplastiche, seppur ancora sottostimate, e le patologie del rachide e da sovraccarico biomeccanico, che risultano essere oggi, come già detto, le patologie più denunciate. Risultano in aumento anche i casi di disagio e malessere da stress lavoro correlato e legati a non adeguate condizioni di benessere organizzativo.

Attenzione particolare merita inoltre il rischio da sostanze chimiche che, pur nella sua trasversalità per il largo uso di articoli utilizzati in ambienti di vita e di lavoro, mantiene una specificità come rischio professionale in quanto presente in quasi tutti i processi di lavorazione. Essendo la produzione chimica uno dei settori più globalizzati dell'economia mondiale, l'approccio strategico per la gestione internazionale dei prodotti chimici (Strategic Approach to International Chemicals Management - SAICM) risulta un punto di riferimento per le iniziative di cooperazione internazionale per la protezione della salute umana e dell'ambiente. L'Organizzazione Mondiale della Sanità lo ha adottato nella Conferenza Internazionale di Dubai (6 febbraio 2006) ed ha indicato il 2020 quale data affinché, le sostanze chimiche siano prodotte e utilizzate in modo da ridurre al minimo gli impatti negativi significativi sulla salute umana e sull'ambiente.La necessità di focalizzare l'attenzione sulla corretta gestione del rischio chimico nei luoghi di lavoro, anche in rapporto alle conseguenze per l'ambiente di vita, e il richiamo alle strategie SAICM e al regolamento REACH sono oggetto del documento dell'ILO pubblicato in occasione del Workers Memorial Day 2014.

In tal senso il regolamento (CE) n. 1907/2006 (reg. REACH), il regolamento (CE) n. 1272/2008 (reg. CLP) e il regolamento (UE) 528/2012 sui biocidi contribuiscono alla realizzazione del SAICM. Fra gli obiettivi si evidenziano la riduzione del rischio impattando sulla riduzione dell'esposizione, la facilitazione dell'accesso del pubblico alle informazioni e alle adeguate conoscenze delle sostanze chimiche, la riduzione del traffico internazionale illegale di sostanze vietate. La Commissione Consultiva Nazionale Permanente ex art. 6 D.Lgs 81/08 ha prodotto un importante documento per la gestione del rischio chimico nei luoghi di lavoro, alla luce dei regolamenti REACH e CLP approvato il 28 novembre 2012.



Negli ultimi anni l'Europa ha inoltre focalizzato l'attenzione sui rischi da incongruenze organizzative e da stress lavoro correlato che, già nel 2005, risultava essere il secondo fattore di danno per la salute, riferito più frequentemente (il 22% dei lavoratori degli Stati membri dell'UE). Le modifiche legislative intervenute in Italia a favore di una maggiore flessibilità dei rapporti di lavoro, hanno determinato un forte aumento di lavoratori con rapporti di lavoro non stabile (tempo determinato, somministrato, a chiamata, a progetto, borse lavoro, ecc.) con accentuazione di tipologie di rischio collegabili sia ai ritmi sia alla diversificazione sia, infine, alla condizione psicologica di precarietà. Dalle stime ISTAT e CGIA di Mestre, tali categorie di lavoratori erano stimate nel 2010 tra i 2,5 e i 4 milioni di lavoratori pari a una percentuale compresa tra l'11,3 e il 17,2% del totale della forza lavoro. Va segnalato anche il fenomeno, altrettanto rischioso per gli aspetti di tutela della salute e sicurezza, dell'aumento dei lavoratori autonomi stimati nel 2009 al 20% circa nel settore manifatturiero e del 37,5% circa in quello delle costruzioni.

Risultati preliminari di uno studio statistico-epidemiologico effettuato in alcuni contesti regionali "pilota" nell'ambito del progetto CCM "Strumenti per la gestione dei flussi dati nazionali relativi alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori e ai registri di esposizione ad agenti cancerogeni" evidenziano, nell'ambito della sorveglianza sanitaria, che la differenza di genere risulta determinante nella distribuzione dei rischi, con una netta prevalenza per le donne del rischio di esposizione a video terminali, di esposizione ad agenti biologici e di esposizione a sovraccarico biomeccanico, con una differenza significativa di giorni di assenza mediamente riscontrati su base annua (7,7 giorni per gli uomini e 17,1 per le donne).

In sede europea, oltre al tema della differenza di genere, viene indicata la necessità di affrontare anche quello dell'invecchiamento della popolazione lavorativa, di particolare rilevanza in Italia dove il numero di lavoratori ultrasessantenni sta aumentando oggi a una velocità doppia rispetto agli anni precedenti (circa due milioni in più ogni anno, contro un milione in precedenza). In questo caso si pone il tema della sostenibilità di ambienti di lavoro che mantengano la produttività da un lato nel rispetto della salute di soggetti che stanno invecchiando e dall'altro concorrendo a promuovere stili di vita corretti per il mantenimento di una buona salute psicofisica dei lavoratori.

Ormai evidenziato anche dai dati ufficiali, risulta il tema della maggior condizione di rischio rappresentata dall'essere lavoratore "straniero", soprattutto se immigrato da paesi extra UE. Concorrono a tale risultato oggettivo aspetti sociali, culturali ma anche specifici quali l'essere più frequentemente adibiti a lavori di per se stessi a maggior rischio e la maggior difficoltà ad attuare una efficace formazione per le difficoltà linguistiche.

Strategie

Le strategie nazionali di settore in attuazione degli obiettivi europei, si sono sviluppate dapprima con l'approvazione del DPCM 17/12/2007 "Patto per la salute nei luoghi di lavoro" e poi all'interno del quadro istituzionale definito al Capo II, del D. Dlgs 81/08, costituito 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). Tale assetto, ormai a regime, garantisce la partecipazione di tutte le istituzioni e le parti sociali a livello nazionale, regionale e territoriale, sia nella fase di programmazione sia in quella operativa.

A tale proposito, si ritiene utile richiamare:

- il documento approvato dalla Commissione Consultiva Nazionale in data 29.5.2013, contenente le "Proposte per una strategia nazionale di prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali",
- le Intese Stato Regioni (art.8, comma 6, della L.131/2003) "Indirizzi per la realizzazione degli interventi in materia di prevenzione a tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro per l'anno 2012", "Indicazioni ai Comitati regionali di Coordinamento per la definizione della programmazione per l'anno 2013 delle attività di vigilanza ai fini del loro coordinamento" e, infine, gli "Indirizzi 2013 per la realizzazione nell'anno 2014 di linee comuni delle politiche nazionali e il coordinamento della vigilanza in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro", adottati dal Comitato ex art. 5 del Dlgs 81/08.

In tali contesti sono stati realizzati i due primi piani nazionali di prevenzione per i comparti valutati a maggiore rischio: l'edilizia e l'agricoltura/selvicoltura.

Più recentemente tutte le componenti, istituzionali e sociali, hanno focalizzato l'attenzione sulla necessità di finalizzare le risorse disponibili per l'attuazione di azioni efficaci, semplificando, per quanto possibile, adempimenti a carico delle aziende che hanno prevalente valenza formale, oppure rendendo gli stessi più semplici mediante il miglioramento dei sistemi informatici di accesso alle pubbliche amministrazioni. La recente L. 98/2013 contiene elementi importanti in tale direzione che troveranno riscontro nel periodo di valenza del presente Piano, avendo molta cura affinché non possano essere tramutate nella prassi in diminuzione dei livelli di tutela.

I documenti di indirizzo nazionale sopra richiamati e ai quali si rimanda, indicano come tali strategie e i relativi obiettivi, sotto elencati, debbano essere necessariamente sviluppati in modo omogeneo in tutte le Regioni e P.A., nell'ambito di un sistema nazionale che garantisca equità di risorse e prestazioni in adempimento dei LEA. Ciò si potrà ottenere privilegiando la ripetizione anche per altri rischi (in particolare chimico e cancerogeno, organizzativo, muscolo scheletrico) dei piani nazionali di prevenzione come avvenuto per il comparto delle costruzioni e per quello agricolo – forestale.

1. Perfezionamento dei sistemi di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro

   - Implementazione in tutte le Regioni e Province Autonome di utilizzo dei sistemi di sorveglianza già attivi, quali i sistemi informativi integrati INAIL – Regioni che andranno a costituire il Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione (SINP) di cui all'art. 8 del D.Lgs 81/08 (Flussi informativi per la prevenzione nei luoghi di lavoro, INFORMO, MALPROF, e dati di attività dei servizi di prevenzione delle ASL).
   - Estensione in tutte le Regioni del campo di attività del Centro Operativo Regionale (COR) alla rilevazione dei casi di sospetta neoplasia professionale previsti dall'art. 244 comma 3 del D.Lgs 81/08 (oltre ai mesoteliomi, i casi di neoplasia delle cavità nasali e dei seni paranasali, nonché di neoplasia a più bassa frazione eziologica), perfezionando l'attività di sorveglianza epidemiologica anche mediante la diffusione dell'utilizzo del sistema OCcupational Cancer Monitoring (OCCAM) per il calcolo del rischio cancerogeno nei diversi comparti produttivi, nell'ambito di quanto previsto al comma 5 del medesimo articolo e con il contributo dell'INAIL per la messa a disposizione di applicativi e di linkage a banche dati informatici.
   - Rafforzamento dei sistemi di monitoraggio dei rischi e delle patologie da lavoro, mediante la raccolta dei dati relativi alla sorveglianza sanitaria effettuata dai medici competenti (art. 40, all. 3b) nonché più in generale l'approfondimento e la valutazione dei rischi e delle esposizioni dei lavoratori (diffusione, potenziamento e utilizzo dei registri delle esposizioni).
   - Implementazione di sistemi informativi integrati Ministero dello Sviluppo Economico – Ministero del Lavoro – INAIL e Regioni relativi alla sicurezza di macchine e impianti, ivi inclusa la banca dati delle segnalazioni di presunta non conformità di attrezzature di lavoro alle pertinenti direttive europee di prodotto.

2. Rafforzamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato economico sociale e tecnico scientifico

   - Sostegno in tutte le Regioni all'efficace funzionamento dei Comitati Regionali di Coordinamento previsti all'art. 7 D.Lgs. 81/08, come momento di condivisione e monitoraggio delle azioni strategiche nei singoli territori regionali, compresa la realizzazione di siti specifici a essi dedicati, la dotazione di uno specifico supporto, il sostegno ai programmi condivisi con le parti sociali, mediante la strutturazione di protocolli d'intesa tra le pubbliche amministrazioni, e in particolare tra Regioni, Direzioni Regionali del Lavoro e Direzioni Regionali INAIL.
   - Sostegno a programmi di formazione al ruolo di RLS ed RLST nell'ambito della bilateralità, soprattutto per il settore artigiano.
   - Sostegno a programmi e protocolli che coinvolgano i medici dei Servizi di Prevenzione delle ASL, i medici competenti, i medici di medicina generale, i medici ospedalieri e le strutture mediche territoriali di INAIL e INPS, finalizzati all'emersione e riconoscimento delle malattie professionali.

- Sostegno a programmi di integrazione della sicurezza sul lavoro nei curricula scolastici di ogni ordine e grado, valorizzando modelli di apprendimento di conoscenze e di acquisizione di competenze e abilità, realizzando già sui banchi di scuola la formazione generale del lavoratore ex art. 37.
- Sostegno alle imprese finalizzato all'adozione di politiche volontarie di responsabilità sociale e di valorizzazione delle buone pratiche esistenti.

3. Miglioramento della efficacia delle attività di controllo e della compliance da parte dei destinatari delle norme

- Sostegno alla programmazione coordinata delle attività di vigilanza tra le istituzioni presenti negli Uffici Operativi mediante lo sviluppo di sistemi informativi integrati per la rilevazione delle attività di vigilanza e delle prescrizioni.
- Miglioramento della qualità e della omogeneità delle attività di vigilanza, attraverso la condivisione di metodologie di controllo orientate alle priorità e all'efficacia preventiva sostanziale, assicurando, al tempo stesso, certezza e trasparenza dell'azione pubblica.
- Adozione in tutte le Regioni di sistemi informatizzati che semplifichino, in coerenza con l'art. 54 del Dlgs 81/08, la trasmissione di documentazione e la comunicazione da parte dei cittadini e delle imprese alle ASL e agli Enti con competenza in materia (a titolo esemplificativo: la notifica preliminare art. 99 Dlgs 81/08; la notifica e i piani di lavoro amianto artt. 250 e 256 D.lgs. 81/08; la relazione art. 9 L. 257/92; ...). Detti flussi devono produrre banche dati a cui, secondo specifici profili, accedono tutti gli aventi diritto.
- Miglioramento della qualità e della omogeneità delle attività di verifiche periodiche di macchine e impianti e sviluppo di metodologie di controllo da parte delle ASL dell'operato dei soggetti privati abilitati (DM 11 aprile 2011) e autorizzati (DPR 462/01), affinché i Servizi delle ASL costituiscano un riferimento di qualità tecnica-professionale a garanzia del miglioramento sostanziale della sicurezza delle attrezzature di lavoro.
- Promozione di un approccio dei Servizi delle ASL di tipo proattivo, orientato al supporto al mondo del lavoro, facilitando in particolare l'accesso dei cittadini e delle imprese alle attività di informazione e assistenza anche attraverso lo sviluppo delle tecnologie internet.
- Sostegno alla metodologia audit per la verifica dei programmi di prevenzione adottati dalle aziende.
- Attuazione di programmi coordinati tra Servizi delle ASL e medici competenti per l'adozione di stili di vita più salutari utili a prevenire malattie cardiovascolari, tumori e patologie cronico-degenerative in genere e per migliorare la percezione dei rischi di patologie correlate al lavoro da parte dei lavoratori.
- Sostegno alla diffusione della autovalutazione del livello di sicurezza raggiunto nella gestione dei rischi e nell'organizzazione della sicurezza aziendale da parte dei datori di lavoro.
- Attuazione di programmi di valutazione della efficacia delle azioni formative.
- Promozione di programmi di miglioramento del benessere organizzativo e prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative e da stress lavoro correlato e attenzione alle categorie di lavoratori con rapporti di lavoro non stabile, in coordinamento con le parti sociali, INAIL e Direzioni del Lavoro.
- Attuazione di programmi integrati di controllo, promozione della salute e sicurezza, comunicazione, con priorità per i determinanti di patologie e infortuni descritti nel precedente paragrafo, con particolare riferimento al perfezionamento e sviluppo in tutte le Regioni dei Piani Nazionali di prevenzione in Edilizia e Agricoltura, già avviati negli anni precedenti, alla prevenzione delle neoplasie professionali.
- Attuazione di strategie trasversali specifiche in particolare con la macroarea "ambiente e salute" con particolare riferimento all'attivazione del Piano Nazionale Amianto e alla prevenzione del rischio Chimico.
- Sostegno a programmi di valorizzazione delle capacità lavorative residue dei lavoratori con postumi di infortunio o affetti da patologie da lavoro o comunque da gravi malattie cronico-degenerative.



Quadro logico centrale

Macro obiettivo	Fattori di rischio / Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali
Prevenire infortuni e malattie professionali	Difetti ergonomici Inadeguatezza e inidoneità/ uso scorretto di macchine e attrezzature, con particolare riferimento al settore agricoltura Lavori in quota e in prossimità di scavi, con particolare riferimento al settore delle costruzioni Agenti fisici, chimici e cancerogeni Fibre d'amianto Incongruenze organizzative conseguenti a un'insufficiente valutazione delle differenze di genere, di nazionalità, di tipologia contrattuale Stress lavoro-correlato Invecchiamento della popolazione lavorativa	Perfezionamento dei sistemi e degli strumenti di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro Rafforzamento del coordinamento tra Istituzioni e partenariato economico-sociale e tecnico-scientifico anche attraverso il miglioramento del funzionamento del Sistema Istituzionale di coordinamento ex Dlgs 81/08 Miglioramento dell'efficacia delle attività di controllo e della compliance da parte dei destinatari delle norme	Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni	Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati
			Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	Emersione del fenomeno tecnopatico misurato mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a: - comparto agricolo forestale - comparto delle costruzioni - rischio cancerogeno e chimico - rischi per apparato muscolo scheletrico
			Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende	Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 Dlgs 81/08 di azioni di promozione per: - il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità - la promozione della responsabilità sociale d'impresa - la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative
			Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute
			Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio	Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo



			di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni	agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a: - comparto agricoltura - - comparto edilizia
			Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit	Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio

2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute

Razionale

È noto che l'esposizione alle sostanze nocive presenti nell'aria, nell'acqua, nel suolo o negli alimenti rappresenta un importante determinante della salute e il nesso tra ambiente e salute è da tempo all'attenzione del dibattito politico e scientifico internazionale.

È stato stimato ad esempio che l'inquinamento atmosferico urbano, valutato in termini di particolato fine ($PM_{2.5}$), sia causa del 3% delle morti per malattie cardiopolmonari, del 5% delle morti per tumori del polmone e dell'1% della mortalità per infezioni respiratorie acute nei bambini sotto i 5 anni (Cohen et al. 2005). Le stime 2010 dell'OMS per l'Italia relative al carico di malattia (anni in salute persi in termini sia di mortalità sia di morbosità) attribuiscono all'inquinamento ambientale un contributo del 3-4%. È significativa anche la recente decisione dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) di includere l'inquinamento dell'aria, e nello specifico il particolato atmosferico, nel gruppo 1, ovvero tra le sostanze e agenti valutati come cancerogeni certi per l'uomo.

Appare quindi più che mai importante poter disporre di strumenti efficaci per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute a supporto delle decisioni.

Esistono numerosi documenti e direttive europee sul tema della Valutazione di Impatto sulla Salute – VIS (Carta di Ottawa, Consensus Conference di Göteborg, Protocollo di Kiev, Direttiva Europea sulla VIA – Valutazione di Impatto Sanitario - e sulla VAS – Valutazione Ambientale Strategica) ormai considerata strumento di elezione per la valutazione preventiva partecipata degli effetti sulla salute di progetti, piani, programmi e politiche.

Dando seguito alle indicazioni internazionali, vari governi europei hanno assunto la VIS: alcuni l'hanno normata, altri hanno preso un impegno per inserirla nell'agenda politica, altri ancora hanno finanziato progetti pilota.

La Commissione Europea ha incluso aspetti della salute umana nelle proprie direttive sulla valutazione d'impatto ambientale, oltre a prevedere la graduale introduzione, a partire dal 2003, di procedure di valutazione di impatto integrate per tutte le principali iniziative presentate nella strategia politica annuale oppure, in seguito, nel programma di lavoro della Commissione (COM 2002/0276 final).

L'Italia oggi presenta numerose carenze normative e applicative rispetto alle raccomandazioni internazionali e alla completa applicazione delle indicazioni europee sulla VIS. Inoltre, pur richiedendo una valutazione della componente salute nella VIA e nella VAS (a partire dal DPCM 27/12/88 e successivamente nel Dlgs 152/2006), non c'è adeguata chiarezza sulle relative procedure applicative, con la conseguenza che spesso la valutazione della componente salute è disattesa o trattata in modo insufficiente ai fini decisionali.

È quindi forte l'esigenza di riqualificare le valutazioni preventive a supporto delle Amministrazioni effettuate dagli operatori della sanità pubblica e di fornire indicazioni per sviluppare adeguatamente la componente salute nell'ambito delle procedure di VAS e di VIA.

L'evoluzione del contesto socio-economico internazionale rende necessario un cambiamento che acceleri l'integrazione delle azioni dei diversi soggetti sanitari e non sanitari che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute e al contrasto delle disuguaglianze, causate anche dai determinati ambientali, che si conferma essere uno degli elementi principali del presente Piano.

La tutela del suolo, delle acque e dell'aria, le politiche di prevenzione della produzione e di smaltimento dei rifiuti, la prevenzione dall'esposizione ai rumori, alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, le politiche sulla sicurezza chimica, il contrasto agli inquinanti e alle produzioni climalteranti, la qualità degli interventi in edilizia costituiscono opportunità di sviluppo delle politiche intersettoriali e di possibile integrazione tra gli obiettivi di salute e la "green economy".

È necessario migliorare i processi partecipativi considerando le istanze provenienti dalla popolazione in tema di programmazione e gestione di attività che hanno impatto sull'ambiente e sulla salute. In questo contesto il



ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri è in grado di dare un contributo nel sensibilizzare e informare la popolazione, nonché per segnalare eventuali situazioni di criticità, attivando un sistema di valutazione a rete che coinvolge soggetti chiave del sistema sanitario nazionale e dei sistemi di sorveglianza e controllo ambientale. Infatti, gli operatori del Servizio Sanitario Regionale sono chiamati sempre più spesso dalla popolazione a dare risposte competenti al proprio bisogno non solo in materia di assistenza medica, ma anche in relazione a tematiche di prevenzione e promozione della salute per sé e per i componenti del proprio nucleo familiare. Per garantire una risposta adeguata a tali bisogni è necessario aggiornare e sviluppare le conoscenze e competenze degli operatori del Servizio Sanitario Regionale in particolare sulla relazione tra ambiente e salute, realizzando percorsi formativo-informativi integrati nell'ambito di tale tematica con lo scopo di promuovere la conoscenza delle evidenze scientifiche disponibili sull'impatto sanitario dell'inquinamento ambientale nonché la conoscenza dello stato dell'ambiente, attraverso l'opportuna disseminazione della reportistica regionale curata dalle Agenzie regionali per la protezione ambientale e da ISPRA.

Il miglioramento della capacità di prevenzione e gestione delle tematiche riguardanti Ambiente e Salute è promosso anche dall'aumento delle conoscenze sulla percezione delle problematiche ambientali e sanitarie da parte della popolazione. In questo contesto la comunicazione del rischio riguarda sia la ordinaria attività di comunicazione rivolta ai cittadini, tesa a diffondere una conoscenza di qualità, sia quella attività di informazione esaustiva e puntuale che deve essere attuata nei casi di criticità ambientali. In particolare, i protocolli di comunicazione rivolti ad affrontare le diverse situazioni di gestione degli allarmi in ambito di Ambiente e Salute, devono tendere alla determinazione di un unico e condiviso canale di comunicazione, con l'obiettivo di fornire un'informazione chiara, certa e univoca ai cittadini.

Per dare attuazione a quanto sopra descritto è necessario adottare una strategia nazionale per il coordinamento e l'integrazione tra le politiche e le azioni nazionali e regionali in campo ambientale e sanitario, e l'individuazione di modalità condivise con gli enti locali per la prevenzione, gestione e comunicazione delle problematiche ambiente-salute.

Fattori di rischio/Determinanti

Sulla base dei dati prima illustrati riguardanti il contesto epidemiologico si individuano i seguenti fattori di rischio:

1- Inadeguati strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute di problematiche ambientali

Il tema "Ambiente e Salute" ha acquisito negli ultimi anni una crescente rilevanza ed ha destato sempre maggiore interesse da parte delle istituzioni e dei cittadini.

Le modificazioni ambientali sono uno dei determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione. L'inquinamento delle matrici ambientali è infatti un'importante concausa di malattie nei Paesi industrializzati, soprattutto per quel che riguarda le patologie cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche.

Un'inadeguata valutazione preventiva dei potenziali impatti sulla salute di una modificazione ambientale rappresenta un fattore di rischio, sia nel caso in cui i tempi della valutazione non siano congrui all'adozione di azioni di prevenzione, sia nel caso in cui la valutazione non prenda in considerazione tutti i determinanti di salute che concorrono al benessere psico-fisico delle persone.

Comprendere quali sono gli elementi da tenere in considerazione, da un punto di vista epidemiologico, per valutare l'impatto di diversi fattori sullo stato di salute è un compito molto complesso. È solo tramite l'incrocio tra dati ambientali (territoriali e urbanistici), epidemiologici, demografici, culturali e sociali, che si può tracciare, per una determinata popolazione, una serie di scenari possibili.

Le Amministrazioni si trovano sempre più spesso a dover affrontare emergenze causate da allarmi su problematiche ambientali che provocano conseguenze sulla salute della popolazione. Di fronte alle difficoltà oggettive delle strutture locali nell'affrontare situazioni critiche, spesso complesse, e nel mettere in campo strumenti di comunicazione efficaci, emerge con crescente forza la necessità di dotare tali strutture di un background tecnico-scientifico che consenta loro di operare un primo screening e di produrre una risposta istituzionale appropriata. La risposta istituzionale alla preoccupazione dei cittadini va resa, infatti, linea



coordinata, e azioni efficaci vanno proposte sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, avendo a riferimento una strategia di comunicazione dei dati ambientali e sanitari.

2- Esposizione a inquinanti chimici, fisici e microbiologici in ambienti confinati e non (inquinamento indoor e outdoor)

I dati del rapporto *Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease, European Centre for Environment and Health*, WHO (2006) dimostrano come il carico di decessi, malattia e disabilità correlato alle principali malattie potrebbe essere effettivamente ridotto ogni anno attraverso una politica ambientale adeguata e politiche intersettoriali finalizzate a ridurre le esposizioni ambientali nocive per la salute.

2.A - Esposizione a sostanze chimiche

L'approccio strategico per la gestione internazionale dei prodotti chimici (*Strategic Approach to International Chemicals Management* - SAICM) è un punto di riferimento per le iniziative di cooperazione internazionale per la protezione della salute umana e dell'ambiente. Il suo sviluppo è stato approvato dai capi di Stato e di Governo dello *United Nations Environment Programme* e il *World Health Organization* adottato alla Conferenza Internazionale a Dubai (6 febbraio 2006). Il SAICM rappresenta un quadro politico internazionale per promuovere la sicurezza chimica nella produzione e nell'uso dei prodotti chimici in tutto il mondo e ha come obiettivo generale favorire l'ottimizzazione della gestione dei prodotti chimici durante tutto il loro ciclo di vita in modo che, entro il 2020, le sostanze chimiche siano prodotte e utilizzate in modo da ridurre al minimo gli impatti negativi significativi sulla salute umana e sull'ambiente.

In tal senso il regolamento (CE) n. 1907/2006 (reg. REACH), il regolamento (CE) n. 1272/2008 (reg. CLP) e il regolamento (UE) 528/2012 sui biocidi contribuiscono alla realizzazione del SAICM.

Fra gli obiettivi del SAICM si evidenziano:

1. la riduzione del rischio mediante la riduzione dell'esposizione e del pericolo che concorrono alla caratterizzazione del rischio stesso
2. la facilitazione dell'accesso del pubblico alle informazioni e alle adeguate conoscenze delle sostanze chimiche durante il loro ciclo di vita, compresi i rischi che esse presentano per la salute umana e l'ambiente
3. la riduzione del traffico internazionale illegale di sostanze vietate.

È opportuno sottolineare che i piani di azioni del SAICM ricevono input anche dalle Conferenze Internazionali sulla Gestione dei Prodotti chimici (ICCM, *International Conference on Chemicals Management*). In particolare, la III conferenza del 2012 ha concordato sulla necessità di includere misure aggiuntive relativamente alle nanotecnologie e ai nanomateriali ingegnerizzati.

2.B - Inquinamento Indoor

La qualità dell'aria indoor è un importante determinante di salute sia perché i livelli di inquinamento dell'aria indoor sono maggiori rispetto a quelli outdoor per numerose classi di inquinanti, sia per la prolungata permanenza della popolazione all'interno degli ambienti chiusi (fino al 90% del proprio tempo), e per il fatto che i gruppi più vulnerabili trascorrono negli ambienti chiusi una percentuale di tempo anche più elevata rispetto al resto della popolazione.

L'inquinamento indoor è responsabile del 2,7% del carico globale di malattia nel mondo (*Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks* WHO, 2009). Si stima che in Europa l'inquinamento indoor sia responsabile del 4,6% delle morti per tutte le cause e del 31% delle inabilità espresse in DALY nei bambini da 0 a 4 anni di età (Valent et al., Lancet, 2004). Circa il 13% dei casi di asma dei bambini europei è correlabile a un eccesso di umidità negli edifici (2009 "*WHO guidelines for indoor air quality: dampness and mould*").

A livello nazionale è stata condotta una valutazione quantitativa dell'impatto sulla salute e dei costi diretti/anno attribuibili all'inquinamento indoor in Italia, che è risultato pari a un costo complessivo annuo superiore a 152 -234 milioni di euro. La valutazione considera solo i 5 inquinanti associati a effetti più gravi (allergeni, radon, fumo di tabacco ambientale, benzene, monossido di carbonio) e fornisce una stima grezza dell'impatto di questi fattori di rischio nella realtà italiana. La valutazione così condotta fornisce solo le

stime minime del numero di casi di malattia o di decesso attribuibili ogni anno in Italia agli inquinanti considerati. Nella realtà il danno economico e sociale attribuibile all'inquinamento indoor è verosimilmente più elevato di quello riportato nell'indagine, che considera solo i costi diretti e trascura quelli indiretti.

2.C - Inquinamento matrici ambientali

Il 2013 è stato l'anno europeo dell'aria, l'anno in cui l'Unione europea si è impegnata a migliorare la qualità dell'aria che respiriamo e, quindi, la qualità della vita dei cittadini. Sono disponibili oggi i risultati di una recente revisione degli effetti a cura dell'OMS (REVIHAAP), così come importanti dati sulla cancerogenicità del particolato sono stati revisionati dall'autorevole Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) che ha classificato l'inquinamento atmosferico in termini di particolato, come cancerogeno accertato per l'uomo.

Le ricadute sanitarie stimabili per l'esposizione ai livelli di inquinamento atmosferico registrati nella aree urbane continuano a costituire infatti un problema rilevante di sanità pubblica di cui continuare a occuparsi, in Italia e in Europa nonostante le lievi tendenze di miglioramento nella qualità dell'aria di alcune aree italiane. La letteratura epidemiologica dimostra oltre ogni ragionevole dubbio che l'esposizione all'inquinamento atmosferico comporta effetti avversi sulla salute delle popolazioni. Si osservano effetti avversi di tipo cardiovascolare, respiratorio e neoplastico. Gli effetti sanitari a breve termine non possono essere considerati semplici anticipazioni di eventi che si sarebbero comunque verificati, ma rappresentano un rischio aggiuntivo per la salute in termini di aumento di mortalità e morbosità. Di fianco agli effetti sanitari a breve termine vanno considerati quelli a lungo termine con i rispettivi periodi di latenza tra esposizione ed effetto sanitario. Gli effetti a lungo termine sono di un ordine di grandezza maggiore degli effetti a breve termine.

L'ambiente urbano è particolarmente importante in questo ambito a causa delle elevate concentrazioni di attività antropiche inquinanti in uno spazio limitato. Negli agglomerati urbani infatti la popolazione è esposta, insieme ad altri organismi animali e vegetali, a miscele di agenti fisici e chimici potenzialmente dannosi per la salute. L'attenzione va rivolta in modo prioritario agli inquinanti atmosferici emessi in prevalenza dal traffico autoveicolare, dal riscaldamento domestico e dagli insediamenti industriali. I rifiuti rappresentano un problema ambientale, sociale ed economico della massima urgenza. L'aumento dei consumi e lo sviluppo economico continuano a generare grandi quantità di rifiuti, comportando la necessità di maggiori sforzi di riduzione e prevenzione. A seconda della loro gestione, i rifiuti possono incidere sia sulla salute umana sia sull'ambiente tramite le emissioni nell'atmosfera, nel suolo, nelle acque di superficie e nelle acque sotterranee.

2.D - Esposizione ad agenti fisici: CEM e UV

L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) ha esaminato e valutato la letteratura scientifica disponibile in relazione al potenziale rischio cancerogeno associato all'esposizione ai campi elettromagnetici a radiofrequenza e ha classificato i campi elettromagnetici a radiofrequenza come "possibilmente cancerogeni per l'uomo", inserendoli nel Gruppo 2B del proprio sistema di classificazione.

Per quanto riguarda i CEM la classificazione è basata essenzialmente sui risultati di alcuni studi epidemiologici che mostrano alcune associazioni tra l'uso dei telefoni cellulari e il rischio di tumori intracranici (gliomi e neurinomi del nervo acustico). L'OMS, di cui la IARC fa parte, si è espressa in favore di ulteriori ricerche giustificate anche dal crescente utilizzo dei telefoni cellulari e dalla carenza di dati relativi a un utilizzo di durata superiore ai 15 anni. In particolare, a causa della popolarità dei telefoni cellulari tra i soggetti più giovani, cui corrisponde un'esposizione potenzialmente più lunga, l'OMS ha promosso ulteriori ricerche sui possibili effetti sanitari nei bambini e negli adolescenti.

Anche i rischi e i danni indotti dall'eccessiva esposizione alla radiazione UV, in particolare quella solare, sono stati oggetto di attenta valutazione e considerazione da parte dell'OMS, soprattutto nel corso degli ultimi dieci anni. Il notevole aumento dell'incidenza dei tumori cutanei nella popolazione mondiale di pelle chiara è fortemente associato all'eccessiva esposizione al sole; esso può dipendere anche dall'uso di fonti artificiali di raggi UV, quali lampade e lettini solari. I dati attuali indicano che le abitudini personali nell'esposizione al sole costituiscono il fattore di rischio individuale più importante per il danno associato alla radiazione UV.

La IARC inoltre nel 2009 ha aggiornato la sua precedente classificazione, che vedeva la sola radiazione solare inclusa fra i cancerogeni per l'uomo includendo nel Gruppo 1 anche le radiazioni UV A, B e C in

quanto tali (cioè non solo in quanto componenti della radiazione solare), così come l'esposizione alle lampade e ai lettini solari per l'abbronzatura artificiale, che precedentemente erano considerati probabili cancerogeni per l'uomo.

Strategie

Le strategie individuate per contrastare i fattori di rischio sopra citati, tenendo conto delle attività già previste nell'ambito dei piani verticali di settore, sono di seguito riportate:

1. Al fine di supportare le Amministrazioni nella valutazione degli impatti sull'ambiente e, quindi, sulla salute, è fondamentale l'implementazione di strumenti che facilitino l'integrazione tra i servizi ambientali e sanitari sul territorio. In relazione alle valutazioni preventive degli impatti sulla salute è necessario mettere a punto strumenti che siano in grado di integrare i dati epidemiologici e ambientali disponibili (in combinato con eventuali altri dati di contesto di tipo demografico e socio-economico) al fine di orientare la valutazione degli impatti e la presa di decisione in un'ottica integrata che non tralasci aspetti-chiave dell'azione di prevenzione.

   Al tempo stesso è necessario che i proponenti dei progetti oggetto di valutazione abbiano a disposizione strumenti in grado di orientarli nella messa a punto di studi di impatto ambientale che tengano in adeguata considerazione i potenziali impatti di salute degli interventi proposti.

   È necessario inoltre disporre di linee di indirizzo operative per azioni appropriate rispetto al livello di rischio ambientale e sanitario ipotizzato, per una corretta comunicazione dei dati ambientali e sanitari e di una regia competente e autorevole della risposta istituzionale. Sebbene negli ultimi decenni si sia assistito a una rapida espansione delle metodologie di studio e di ricerca circa le relazioni tra esposizioni ambientali ed esiti sanitari, ancora oggi la valutazione degli impatti sanitari delle modificazioni ambientali indotte dalle politiche settoriali soffre di una mancanza di integrazione e sistematicità. L'attivazione di programmi intersettoriali basati su solide prove di efficacia può rappresentare, quindi, un elemento di forte innovazione nella programmazione nazionale e regionale. In questo contesto l'attuazione del DL 207/2012 e del DM 24/04/2013 mette a disposizione delle amministrazioni strumenti per poter indirizzare le azioni volte a mitigare, attraverso il riesame delle AIA, il rischio sanitario e ambientale nelle aree interessate dagli stabilimenti di preminente interesse pubblico al fine di accelerarne il risanamento sanitario e ambientale. Al tempo stesso è necessario migliorare le conoscenze ambientali con misurazioni che restituiscano elementi per individuare il livello di fondo (background) di alcuni contaminanti prioritari per le esposizioni della popolazione.

   1.1 - Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"

   1.2 - Sviluppare la conoscenza dei livelli espositivi della popolazione generale a inquinanti ambientali

   1.3 - Potenziare le attività di sorveglianza epidemiologica

   1.4 - Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali

   1.5 - Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti

   1.6 - Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi della integrazione ambiente-salute e della comunicazione del rischio

   1.7- Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico.

2. La principale strategia è quella di ridurre attraverso interventi di prevenzione collettiva le esposizioni ai principali inquinanti con particolare attenzione ai bambini e ai soggetti con malattie croniche, come asma, BPCO, allergie, malattie cardiovascolari e patologie che comportano alterazioni del sistema immunitario.

   2.A – Esposizione a sostanze chimiche

   In coerenza con l'Attività n.194 "Strengthen policy, law and regulatory frameworks and compliance promotion and enforcement" del SAICM, è necessario potenziare le attività di enforcement in un'ottica di appropriatezza e di sostenibilità delle azioni.

È sottolineato dal SAICM che l'istituzione di sistemi di controllo nazionali concorre alla riduzione dei rischi. A tale indirizzo contribuiscono il rafforzamento dell'attività della rete dei controlli nazionale di cui all'Accordo Stato Regioni del 29 ottobre 2009 (n. 181/2009) e la realizzazione dei piani nazionali di controllo adottati annualmente dall'AC REACH che possono contenere anche indicazioni minime sulle attività analitiche da realizzare. In coerenza con l'attività n. 154 "Education and training (public awareness)" e n. 150 "Promote education and training on children's chemical safety" del SAICM, al fine di migliorare la sensibilizzazione del pubblico sulla tematica del rischio chimico, si ritiene necessario promuovere l'accesso del pubblico ad adeguate informazioni sulla conoscenza dei prodotti chimici durante tutto il loro ciclo di vita, includendo i rischi che essi comportano per la salute umana e l'ambiente e promuovendo la realizzazione di attività di divulgazione sulla sicurezza chimica e sulla comprensione del sistema di etichettatura.

2.A.1 - Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP, fitosanitari, cosmetici, biocidi basati su categorizzazione dei rischi, evidenza di efficacia e coordinati e integrati tra le autorità competenti nazionali e regionali.

2.A.2 - Supportare la realizzazione del Piano Nazionale Amianto (a seguito di Accordo di Conferenza Stato- Regioni).

2.A.3 - Formare/informare la popolazione, gli operatori sanitari e gli operatori dei settori pubblici e privati, sui temi della sicurezza chimica e su tematiche specifiche e/o emergenti.

2.A.4 - Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nell'acquisizione di beni e servizi e nella costruzione/ristrutturazione di edifici.

2.B -Inquinamento Indoor.

2.B.1 - Sensibilizzare e formare gli operatori del Sistema Sanitario Nazionale, delle Agenzie Regionali per l'Ambiente (ARPA), il personale scolastico, gli Amministratori e gli altri professionisti coinvolti (architetti, ingegneri, costruttori, ecc.) sulle problematiche correlate alla qualità dell'aria indoor e sui sistemi di riduzione/abbattimento dei livelli degli inquinanti indoor.

2.B.2 - Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nell'acquisizione di beni e servizi e nella costruzione/ristrutturazione di edifici.

2.B3 – Supportare il quadro conoscitivo in relazione al rischio Radon.

2.C - Inquinamento outdoor.

2.C.1 – Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento della qualità aria, secondo il modello della "Salute in tutte le politiche" contribuendo al perseguimento degli obiettivi del D.Lgs 155 del 2010.

2.C.2 – Sensibilizzare e formare gli operatori del Sistema Sanitario Nazionale, delle Agenzie Regionali per l'Ambiente (ARPA), sull'efficacia dei cambiamenti orientati alla eco-sostenibilità nei settori energetico e nella mobilità e negli stili di vita individuali al fine di ridurre l'inquinamento atmosferico.

2.C.3 – Attivare nuove e più approfondite ricerche per la comprensione dei meccanismi di nocività degli inquinanti nei soggetti esposti, per la valutazione approfondita degli effetti a lungo termine e per la quantificazione dell'impatto sanitario ed economico delle politiche di riduzione dell'inquinamento atmosferico.

2.D - Esposizione ad agenti fisici: CEM e UV.

Nel caso dei telefoni cellulari esistono alcuni semplici accorgimenti per la riduzione delle esposizioni quali l'utilizzo di sistemi "a mani libere" (auricolari o sistemi viva-voce) che allontanando l'antenna dall'utilizzatore possono ridurne le esposizioni alla testa ai livelli di "fondo", oppure l'autolimitazione delle telefonate non necessarie, nonché l'utilizzo di messaggi di testo al posto delle conversazioni telefoniche, che riducono le esposizioni in termini di durata complessiva. Essendo tali accorgimenti "a costo zero", ciò può far superare l'obiezione che il beneficio sanitario sia di dubbia esistenza e non quantificabile. Una corretta informazione per la popolazione circa il carattere prudenziale di tali consigli è quanto mai necessaria affinché i consigli precauzionali stessi, finalizzati in primo luogo a tutelare la salute pubblica anche nei confronti di rischi non accertati, non producano a loro volta effetti indesiderati.

che possono consistere in un allarme ingiustificato che potrebbe estendersi nei confronti di altre sorgenti di campi elettromagnetici a radiofrequenza sulle quali il singolo individuo non è in grado di adottare analoghe misure precauzionali, anche quando tali sorgenti diano luogo a esposizioni molto inferiori a quelle generate dai telefoni cellulari.

La grande diffusione dell'abbronzatura anche artificiale tra la popolazione, soprattutto giovanile, può creare un problema di salute pubblica per la crescente numerosità delle persone esposte a dosi eccessive di radiazioni UV. Nel nostro paese nel 2011 è stato emanato un Decreto ministeriale che ha introdotto importanti novità sull'uso delle apparecchiature a UV, tra cui il divieto di esporre a UV i minori di 18 anni, le donne in gravidanza, i soggetti con patologie dermatologiche che possono essere aggravate dall'esposizione a UV, oltre che stabilirne le caratteristiche tecnico-dinamiche, i meccanismi di regolamentazione, le modalità di esercizio e di applicazione, le cautele d'uso e i limiti di esposizione. È indispensabile informare sui rischi di una non corretta esposizione sulle radiazioni UV. Sul versante della prevenzione occupazionale, l'esposizione alla radiazione solare deve essere considerata un rischio per i lavoratori outdoor.

2.D.1 Realizzare una campagna di comunicazione per educare a un corretto utilizzo dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica.

2.D.2 Realizzare una campagna di comunicazione rivolta alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, ed alle categorie professionali coinvolte per informare sui rischi legati alla eccessiva esposizione a radiazioni UV.



Quadro logico centrale

Macro obiettivo	Fattori di rischio/Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali
Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	Inadeguati strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute di problematiche ambientali	Implementazione di strumenti che facilitino l'integrazione tra istituzioni ed enti che si occupano di ambiente e salute al fine di supportare le Amministrazioni nella valutazione degli impatti sulla salute	Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"	Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute Disponibilità di rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute
			Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: - il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione - il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio) Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)
			Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti
			Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale
			Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio	Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2015) Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2016) Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG

				specifica (fine 2018)
			Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	Regioni che hanno recepito le linee guida
			Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi	Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente ai regolamenti REACH e CLP tra Autorità competenti per il controllo
			Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche	Numero di corsi di formazione per formatori nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche
	Esposizione a inquinanti chimici, fisici e microbiologici in ambienti confinati e non (inquinamento indoor e outdoor)	Adozione di interventi per la prevenzione e la riduzione delle esposizioni in un'ottica di appropriatezza e di sostenibilità delle azioni	Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione	Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)
			Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile
			Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica
			Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	Interventi informativi alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV

2.9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie

Razionale

L'aumento dell'aspettativa di vita registrata nel corso del ventesimo secolo è largamente ascrivibile alla riduzione della mortalità correlata alle malattie infettive dovuta, principalmente, alle vaccinazioni che rappresentano lo strumento per eccellenza, in termini di efficacia e sicurezza, a disposizione della Sanità Pubblica.

Nonostante i notevoli miglioramenti, le malattie infettive rappresentano, ancora oggi, a livello globale, una delle principali cause di malattia, disabilità e morte. È necessario, pertanto, mantenere elevato l'impegno sulla loro prevenzione, per diverse ragioni:

- il potenziale epidemico di alcuni agenti infettivi;
- nessun Paese, seppure socialmente ed economicamente evoluto, si può considerare al sicuro dal rischio di emergenza e/o riemergenza di malattie infettive, anche eliminate o al momento sotto controllo;
- l'identificazione precoce dei casi di malattia infettiva è fondamentale sia per ridurre il rischio di complicanze ed esiti nei casi stessi, sia per l'attuazione di opportuni interventi di contenimento;
- alcune malattie infettive sono passibili di controllo, eliminazione ed eradicazione attraverso il raggiungimento di elevate coperture vaccinali;
- le vaccinazioni sono, tuttavia, vittime della loro stessa efficacia; si è ridotta nel tempo, sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari, la percezione della minaccia rappresentata dalle malattie infettive vaccino-prevenibili e di conseguenza, anche la comprensione dell'importanza e dell'opportunità dell'intervento stesso.

Anche i dati nazionali confermano, peraltro, che le malattie infettive continuano a rappresentare un problema nel nostro Paese.

Si riportano gli ambiti di intervento ritenuti prioritari in quanto oggetto di Piani, Programmi e indicazioni già condivisi a livello nazionale (Morbillo, rosolia, HIV, TBC, malattie trasmesse da vettori, batteri produttori di carbapenemasi, ecc.) sui quali verranno concentrate le attività preventive.

- MORBILLO e ROSOLIA: nonostante sia in atto, dal 2003, un Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) e l'impegno sia stato recentemente rinnovato con l'approvazione del PNEMoRc 2010-2015, il morbillo ha ancora un impatto di salute elevato nel nostro Paese e continuano a verificarsi casi di rosolia congenita. Gli obiettivi principali del PNEMoRc 2010-2015 sono in accordo con quelli della Regione Europea dell'OMS e includono: l'eliminazione del morbillo (incidenza < 1 caso/milione di abitanti), l'eliminazione della rosolia (incidenza < 1 caso/milione di abitanti) e la riduzione dell'incidenza della rosolia congenita a < 1 caso/100.000 nati vivi, entro il 2015. Siamo però ancora lontani dal raggiungimento di tali obiettivi: nel triennio 2010-2012 sono stati notificati 8.304 casi di morbillo (incidenza media annuale 46 casi/milione) con numerose complicanze e oltre 2.000 ricoveri. L'incidenza maggiore si è verificata tra gli adolescenti e i giovani adulti. Nello stesso periodo, sono stati notificati 20 casi di rosolia congenita, con un incidenza nel 2012 di 3 casi/100.000 nati vivi.
- MALATTIE INVASIVE BATTERICHE: le malattie invasive batteriche rimangono un importante problema di sanità pubblica soprattutto tra i bambini, i giovani adulti e gli anziani sia per la severità dei quadri clinici che, in alcuni casi, per la loro frequenza. Nel 2012 gli agenti più frequentemente isolati sono stati *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* ed *Haemophilus influenzae*, rispettivamente 784, 138 e 61 casi segnalati nel 2012.
  La disponibilità di vaccini contro specifici sierotipi di *S. pneumoniae*, *N. meningitidis* di gruppo A,C,Y,W135 ed *Haemophilus influenzae b* hanno ridotto il numero di casi di malattia a essi correlati. Per valutare l'efficacia delle strategie di vaccinazione e il loro impatto sulla circolazione dei sierotipi è necessario rafforzare la sorveglianza delle malattie batteriche invasive, aumentare la proporzione di ceppi

con diagnosi eziologica e tipizzazione dei ceppi e avviare un monitoraggio routinario delle coperture vaccinali.

- INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE; HIV/AIDS: le malattie sessualmente trasmesse (MST) sono molto diffuse e interessano, nel mondo, più di un milione di persone ogni anno. Decorrono spesso senza sintomi e tale fatto 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. Diverse MST, inoltre, facilitano l'infezione da HIV con un aumento del rischio di tre o più volte. In Italia, i dati del Sistema di sorveglianza sentinella delle MST evidenziano un aumento di queste patologie: +25% a partire dal 2005 rispetto al periodo 1991-2004. Per tipo di diagnosi, le patologie più frequenti risultano i condilomi ano-genitali, in aumento sia nel sesso maschile sia in quello femminile, le cervico-vaginiti batteriche NG-NC e la sifilide latente. La proporzione di condilomi ano-genitali e di infezioni da *Chlamidya trachomatis* sono più alte nella popolazione giovane-adulta (15-24 anni). I dati forniti dalla Rete dei Laboratori sentinella evidenziano che l'infezione più diagnosticata sia tra le donne sia tra gli uomini è quella da *Chlamidya trachomatis* (rispettivamente 2,3% e 8,9%) seguita, nelle donne, dall'infezione da *Trichomonas vaginalis* (0,7%) e, negli uomini, dall'infezione da *Neisseria gonorrheae* (2,2%). Diverse ricerche sottolineato la scarsa consapevolezza tra i giovani verso le MST ad eccezione dell'HIV/AIDS. Spesso, inoltre, la buona conoscenza non si traduce in comportamenti adeguati.
  Sebbene negli ultimi anni l'incidenza e il numero di decessi per AIDS per anno continuino a diminuire, grazie anche all'effetto delle terapie antiretrovirali combinate, continua a crescere la quota di nuove infezioni attribuibili a rapporti sessuali non protetti (nel 2011 il 78,8% di tutte le segnalazioni). Altro dato di rilievo è che nel 2011 oltre la metà dei casi (56%) di nuova diagnosi di HIV era già in AIDS, evidenziando un ritardo nella diagnosi. Nel 2011 l'incidenza di nuovi casi di HIV è rimasta stabile (5,8/100.000 residenti).
- TUBERCOLOSI: l'attuale situazione epidemiologica in Italia è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale (7,7x100.000 abitanti nel 2010). Tuttavia, l'incidenza è maggiore in alcuni gruppi a rischio (soggetti di nazionalità straniera) e in alcune aree metropolitane dove può addirittura quadruplicare. Inoltre si osserva un trend in aumento nella classe di età 15-24 anni rispetto alle altre classi. Ciò comporta alcuni problemi nuovi nella gestione di questa patologia, in quanto la difficoltà di accesso ai servizi, barriere culturali e linguistiche spesso 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.
- ZOONOSI: nel corso del tempo, lo scenario epidemiologico delle zoonosi (alimentari e non) è profondamente cambiato in tutto il mondo. 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 (encefalite spongiforme nei paesi europei, infezioni da E. coli produttori di verocitotossina, nuovi sierotipi emergenti di Salmonella, West Nile virus, influenza aviaria). Pertanto, 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. Ogni anno l'ECDC, in collaborazione con l'EFSA, pubblica un rapporto sulle zoonosi in Europa. Nell'ultimo rapporto, relativo ai dati del 2011, la zoonosi più notificata in Italia appare essere la salmonellosi con 3.344 casi confermati (95.548 casi complessivi in Europa), mentre sono stati notificati solo 468 casi confermati di campilobacteriosi, che in Europa rappresenta la zoonosi più frequente con oltre 220.000 casi confermati. Tali dati sono, infatti, spesso distorti dalla sottonotifica e dalla mancata diagnosi eziologica attribuibile a uno scarso ricorso ad accertamenti di laboratorio. Inoltre, la trasmissione delle informazioni è, spesso, poco tempestiva e non permette di condurre tutte le indagini necessarie a stabilire la fonte e le modalità di trasmissione.
- ANTIBIOTICO-RESISTENZA: il più recente rapporto del sistema di sorveglianza europeo (EARS-Net dell'ECDC) mostra come l'Italia sia uno dei paesi europei ove è maggiore la diffusione di microrganismi antibioticoresistenti, spesso anche multiresistenti, come testimoniato dalla recente diffusione endemica di enterobatteri resistenti ai farmaci di ultima linea (Enterobatteri produttori di carbapenemasi - CPE), per i quali nel 2013 è stata attivata dal Ministero della Salute una sorveglianza nazionale. I principali fattori alla base della selezione e diffusione di microrganismi antibiotico resistenti sono due: la pressione

antibiotica in ospedale e nella comunità e l'entità della trasmissione di microrganismi spesso resistenti agli antibiotici in ambito assistenziale. L'ultimo rapporto disponibile del sistema di sorveglianza europeo (ESAC-ECDC)mostra come il nostro paese si collochi al quinto posto tra i paesi con i maggiori consumi, con frequente ricorso ad antibiotici ad ampio spettro. Interventi formativi a livello regionale possono contribuire a rinforzare una maggiore percezione del problema e a promuovere l'appropriatezza prescrittiva e adeguati comportamenti da parte degli operatori sanitari e della popolazione.

- INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA): il rischio di contrarre un'infezione nel corso di un episodio assistenziale è significativo, sia negli ospedali per acuti sia nelle strutture residenziali per anziani. In Italia la prevalenza di infezioni, nei 49 ospedali selezionati nello studio di prevalenza puntuale coordinato dall'ECDC nel 2011-2012,è stata del 6,3%, con punte del 15% in Terapia Intensiva o 13% nei pazienti con malattia rapidamente fatale. La prevalenza rilevata in Italia è in linea con la media europea tuttavia, in Italia, molte di queste infezioni sono sostenute da microrganismi multiresistenti: ciò è probabilmente effetto sia dell'elevata prevalenza di uso di antibiotici, che della incompleta applicazione di misure efficaci a interrompere la trasmissione di microrganismi. Nei 49 ospedali partecipanti allo studio, il consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani è inferiore a 10 litri per 1000 giornate di degenza (la categoria più bassa in Europa), contro una media europea di 18,7 litri/1000.
- EMERGENZE INFETTIVE: emergenze infettive come l'epidemia di Chikungunya in Emilia Romagna (2007) e la pandemia influenzale A/H1N1 (2009), patologie emergenti come il MERS CoV (2012) o l'influenza aviaria H7N9 (2013) e patologie riemergenti come il virus polio nel medio-oriente (2013) hanno mostrato come sia necessario rafforzare le capacità di monitoraggio e risposta a livello nazionale e internazionale. Lo sviluppo di sistemi in grado di identificare tempestivamente possibili emergenze infettive, la capacità di valutare il rischio a 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 dellaCommissione Europea (N° 1082/2013/EU), l'Italia è chiamata a sviluppare un piano generico di preparazione a serie minacce transfrontaliere per la salute sia di origine biologica (malattie infettive, resistenza agli antibiotici e infezioni nosocomiali, biotossine), che di origine chimica, ambientale o sconosciuta e a minacce che potrebbero costituire un'emergenza sanitaria di carattere internazionale nell'ambito del Regolamento Sanitario Internazionale.

Nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive assumono grande rilevanza alcuni atti programmatici intervenuti tra Stato e Regioni, in cui vengono chiaramente indicati gli obiettivi da perseguire in maniera uniforme in tutto il Paese e declinate le strategie più efficaci da attuare:

- Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014" (Rep. Atti n. 54/CSR del 22 febbraio 2012);
- Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015" (Rep. n. 66/CSR del 23 marzo 2011);
- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente "Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia". (Rep. n. 134/CSR);
- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Controllo della tubercolosi. Obiettivi di salute, standard e indicatori 2013-2016".

Indicazioni vengono fornite anche da alcuni documenti di policy internazionali:

- Resolution EUR/RC60/R12 "Renewed commitment to elimination of measles and rubella and prevention of congenital rubella syndrome by 2015 and Sustained support for polio-free status in the WHO European Region";
- Global Vaccine Action Plan 2011-2020 dell'OMS;
- Council conclusions on childhood immunization: successes and challenges of European childhood immunization and the way forward, del 6 giugno 2001;
- Global Plan to stop TB 2011-2015;



- United Nations. Millennium Development Goals (MDGs);
- Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006 - 2015. Breaking the chain of transmission;
- European Commission. Action Plan against the rising threats from Antimicrobial Resistance. COM (2011) 748;
- Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections;
- Organizzazione Mondiale della Sanità "Regolamento Sanitario Internazionale 2005";
- Decision No 1082/2013/EU of the European Parliament and Council of 22 October 2013 on "Serious cross-border threats to health";
- World Health Organization Europe. Vaccine Safety Events: managing the communications response. A Guide for Ministry of Health EPI Managers and Health Promotion Units (2013).

Fattori di rischio/Determinanti

La identificazione dei fattori di rischio e dei determinanti ai fini della corretta individuazione delle strategie di prevenzione delle malattie infettive, è stata realizzata utilizzando la classificazione sotto riportata:

- esposizione all'agente eziologico (trasmissione interumana, alimentare, da vettore, iatrogena, ambientale, etc), che influenza sia la natura sia la probabilità di verificarsi delle varie malattie;
- presenza di soggetti suscettibili nella popolazione generale e in specifici sottogruppi, che può variare in base allo stato di salute della popolazione (per le infezioni a patogenesi condizionata) e/o al fallimento di interventi di immunizzazione che non hanno raggiunto la soglia di eliminazione;
- comportamenti e atteggiamenti individuali, nella popolazione generale, relativi alla trasmissione delle infezione che, sostenuti da un'errata percezione dei rischi, 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, in merito al rischio e al controllo delle infezioni, che sono, a loro volta, influenzati dalle conoscenze e dalle percezioni e spesso condizionati dallo stato delle strutture e delle organizzazioni in cui i professionisti si trovano a operare;
- vulnerabilità del sistema di risposta alle emergenze infettive (inclusi focolai epidemici), che richiede attenzioni e risorse dedicate e che comporta la necessità di adeguare a questo fine sia le organizzazioni sia i sistemi di informazione e di comunicazione

Agiscono, infine, come fattori che sfavoriscono 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 che dovranno essere assicurate nel rispetto dei principi di seguito indicati.

- La sorveglianza epidemiologica: finalizzata 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. Improntata alla continuità e alla regolarità delle rilevazioni e alla semplicità e unitarietà dei sistemi informativi. Alimentata da tutte le possibili fonti informative e tesa, soprattutto, a consentire l'uso epidemiologico delle informazioni cliniche. Per dare attuazione a questi principi, nel prossimo

quinquennio, sarà necessario prevedere: la disponibilità di anagrafi vaccinali informatizzate che registrino tempestivamente dati sulle vaccinazioni offerte dai programmi di sanità pubblica e comprendano un set minimo di informazioni condivise e il completamento/la messa a punto dell'informatizzazione dei sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, prevedendo anche sistemi di allerta precoce per alcune specifiche patologie.

- Gli 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 ed educazione dei soggetti, 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.

  In particolare, per quanto riguarda gli interventi vaccinali occorre integrare l'offerta universale con interventi personalizzati rivolti alle persone più vulnerabili, garantendo la gratuità di queste prestazioni mirate e uniformando su scala nazionale anche queste politiche di offerta.

  Ne consegue che 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 vaccinale 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.

- 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 per la gestione delle principali tipologie di emergenza di sanità pubblica, di formare adeguatamente i professionisti e informare in modo appropriato i cittadini, di curare tempestività, coerenza e trasparenza della comunicazione. Ne consegue che, nel quinquennio imminente, si dovrà lavorare per: l'adozione di procedure per la gestione delle principali emergenze, articolate su scala locale, regionale e centrale; la previsione di strumenti normativi che consentano ai servizi di prevenzione di assicurare questa funzione e di strumenti e regole standard di comunicazione specifici. Ne consegue nel quinquennio: la adozione di procedure per la gestione coordinata delle principali emergenze articolate su scala centrale, regionale e locale.

- La comunicazione per la popolazione e formazione degli operatori sanitari, volta in primo luogo a costruire e mantenere la fiducia della popolazione nelle istituzioni sanitarie. Una comunicazione assolutamente trasparente e basata sull'ascolto e la comprensione delle preoccupazioni del pubblico. Una comunicazione che garantisca accessibilità, accuratezza, coerenza e semplicità dei contenuti, che assicuri il dialogo e lo scambio delle conoscenze, articolata come una successione di azioni e reazioni, tesa ad anticipare le situazioni di crisi e che utilizzi le informazioni di ritorno. Le priorità individuate in tale ambito, 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.

- 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. Tutti questi fattori espongono alcune fasce di popolazione, in stato di deprivazione sociale e con scarso utilizzo dei servizi socio-sanitari, anche a un maggior rischio di contrarre malattie infettive o di derivarne gravi complicanze.



Quadro logico centrale

Macro obiettivo	Fattori di rischio / Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali
Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	Esposizione all'agente eziologico (trasmissione interumana, alimentare, da vettore, iatrogena, ambientale, etc) Presenza di suscettibili nella popolazione generale e in specifici sottogruppi Comportamenti e atteggiamenti individuali nella popolazione generale nella trasmissione delle infezioni Comportamenti e atteggiamenti degli operatori sanitari nelle pratiche assistenziali nel rischio e nel controllo delle infezioni Vulnerabilità del sistema alle emergenze infettive (inclusi focolai epidemici)	Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e integrazione delle fonti Promozione della immunizzazione attiva Interventi di prevenzione primaria e secondaria Rafforzamento della capacità di risposta alle emergenze infettive Comunicazione per la popolazione generale e specifici sottogruppi Formazione per gli operatori sanitari sulla priorità di prevenzione identificate Coordinamento e integrazione tra diversi livelli istituzionali nella attuazione di interventi di prevenzione, nel periodico ritorno informativo a tutti i livelli e nel monitoraggio sistematico Interventi mirati a prevenire antibiotico-resistenza e infezioni correlate all'assistenza: campagne informative e formative	Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie	Proporzione di casi di morbillo e di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio
			Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce	
			Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive
			Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)	Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica
			Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/iL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV
			Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)	Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata
			Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti
			Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione	Esistenza di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole
			Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per le	Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali

			(AC)	
			Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	Proporzione di Aziende Sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE
			Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie
			Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulla evidence per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici
			Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie

2.10 - Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli

Razionale

"*La politica europea degli alimenti deve essere fondata su standard elevati di sicurezza alimentare onde tutelare e promuovere la salute dei consumatori. La produzione e il consumo di alimenti è un fatto centrale di ogni società e ha ripercussioni economiche, sociali e, in molti casi, ambientali.*" Così esordisce il "Libro Bianco sulla sicurezza alimentare" del gennaio 2000, il documento di politica che ha annunciato la strategia innovativa che l'Unione europea avrebbe adottato per riformare il settore della sicurezza alimentare. Strategia di intervento resa celebre dallo slogan "sicurezza dai campi alla tavola" che significa che la politica della sicurezza alimentare deve basarsi su un approccio completo e integrato. L'unico metodo efficace per ottenere alimenti sani e sicuri è considerare la catena di produzione alimentare come un unico processo su cui intervenire: la sicurezza dei mangimi, la salute e il benessere animale, l'uso appropriato del farmaco veterinario, l'integrità dell'ambiente, la gestione corretta dei sottoprodotti, oltre ad avere un valore intrinseco ed autonomo, sono elementi indissolubilmente interrelati che concorrono al raggiungimento dell'obiettivo ultimo. Infatti ogni singolo anello della catena deve essere altrettanto forte se si vuole che la salute dei consumatori sia adeguatamente protetta. Parlare di sicurezza alimentare significa quindi considerare anche tutto il complesso apparato di intervento che agisce sulle "fasi precoci" della filiera di produzione: allevamento, coltivazione, pesca e raccolta.

Le prime valutazioni sul tema risalgono all'anno 1997 con il "Libro verde della Commissione sui principi generali della legislazione in materia alimentare dell'Unione Europea" e discendono dalle crisi che hanno profondamente scosso il mercato agroalimentare negli anni '90, prime tra tutte la crisi della BSE e della diossina.
Tali documenti hanno ispirato l'impianto normativo che, a partire dal Regolamento CE 178/2002 del Parlamento europeo e del Consiglio ("General Food Law") fino all'entrata in vigore dei restanti regolamenti del "Pacchetto Igiene" il 1° gennaio 2006, ha cambiato definitivamente le regole sull'igiene e sicurezza degli alimenti e sul controllo ufficiale.

L'armonizzazione a livello europeo delle regole sanitarie applicabili al settore è un percorso che si è perfezionato negli anni ed ha raggiunto un grado di standardizzazione molto avanzato. A tale percorso l'Italia deve continuare a contribuire attivamente, seguendo la direzione intrapresa da tempo, nella consapevolezza che solo adottando un approccio uniforme, si rende possibile la libera circolazione di alimenti sicuri, che contribuisce in maniera significativa al benessere dei cittadini, nonché ai loro interessi sociali ed economici.

La legislazione europea ha chiaramente definito le regole per la valutazione del rischio, le responsabilità dei gestori del rischio (legislazione e controllo ufficiale) e le responsabilità degli operatori del settore.

L'analisi del rischio costituisce il fondamento su cui si basa la politica di sicurezza degli alimenti, declinandosi nelle sue componenti di valutazione, comunicazione gestione del rischio. L'obiettivo della valutazione del rischio è rendere disponibili pareri scientifici che orientano l'azione dei gestori del rischio nazionali (le Autorità competenti) ed europei (la Commissione europea).
Con il regolamento CE 178/2002 è individuata univocamente l'autorità deputata alla valutazione del rischio, ovvero l'Autorità europea per la sicurezza alimentare EFSA. Difatti, le questioni tecniche riguardanti la sicurezza degli alimenti e dei mangimi hanno assunto una complessità tale da richiedere l'istituzione di un organismo che, riassumendo in se le competenze dei migliori esperti europei, sia all'altezza di fornire alla Commissione e agli Stati membri l'assistenza necessaria per la definizione delle norme in materia di sicurezza alimentare e la stipula di accordi internazionali. Indipendenza, elevata qualità scientifica, trasparenza ed efficienza sono i principi ispiratori del funzionamento di EFSA.

A livello nazionale fino ad oggi il Consiglio superiore di sanità, il Comitato nazionale per la sicurezza alimentare, la Commissione consultiva dei prodotti fitosanitari, la Commissione unica per la dietetica e nutrizione, hanno fornito, ciascuno negli ambiti di propria competenza la funzione di valutatori del rischio, offrendo un prezioso supporto al decisore nazionale.

Nel passaggio dalla fase di valutazione a quella di gestione del rischio, ovvero nel processo decisionale, si può tenere conto di altri fattori legittimamente pertinenti: considerazioni ambientali, benessere degli animali, agricoltura sostenibile, aspettative dei consumatori quanto alla qualità dei prodotti, adeguata informazione e definizione delle caratteristiche essenziali dei prodotti, nonché dei loro metodi di lavorazione e produzione.

La legislazione e il controllo ufficiale (CU) sono due componenti della gestione del rischio, di cui la prima è requisito indispensabile per la sussistenza della seconda.

L'obiettivo fondamentale, anche se non l'unico, dei CU è prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, siano essi rischi diretti o veicolati dall'ambiente. Per raggiungere questo obiettivo risultano fondamentali alcune attività tipiche del controllo (verifica, ispezione, monitoraggio, sorveglianza, audit, campionamento ed analisi), nonché attività riconducibili alle misure di attuazione (azioni in caso di non conformità e sanzioni). La registrazione delle unità di impresa alimentare, le attività autorizzative e di riconoscimento e le correlate attività di verifica e notifica, nonché le attività di validazione e di certificazione ufficiale, consentono il controllo di settori strategici per il "Sistema Italia" (ad es. l'esportazione degli alimenti nei Paesi Terzi) e, se da un lato risultano indispensabili al fine di garantire il commercio leale e la tutela degli interessi dei consumatori, dall'altro sono fondamentali anche ai fini della gestione del rischio e quindi dei pericoli.

Resta impregiudicata la responsabilità primaria dell'operatore del settore alimentare riguardo alla sicurezza del prodotto realizzato, trasformato, importato, commercializzato o somministrato sotto il suo controllo.

In questo contesto i cittadini assumono un ruolo attivo e consapevole, finalizzato alla minimizzazione dei rischi, in coerenza al dettato del Libro bianco in cui si legge che "*Anche i consumatori devono rendersi conto che sono responsabili dell'adeguata conservazione, manipolazione e cottura degli alimenti. In tal modo la politica* ***"dai campi alla tavola"*** *che copre tutti i settori della catena alimentare, compresa la produzione dei mangimi, la produzione primaria, la lavorazione degli alimenti, l'immagazzinamento, il trasporto e la vendita al dettaglio verrà attuata sistematicamente e in modo coerente."*

Un sistema di controllo che operi correttamente non può prescindere da una rete laboratoristica ben organizzata ed efficiente. Condizione imprescindibile per poter operare come laboratori del controllo ufficiale è l'accreditamento in base alla norma ISO 17025. Inoltre è stato istituito un sistema che si basa sulla presenza di laboratori di riferimento europei (EURL), per fornire un sostegno analitico specializzato e ai laboratori negli Stati membri nel settore della sicurezza alimentare, salute e benessere animale. Gli EURL, qualificati secondo il tipo di patogeni o secondo le matrici, si fanno promotori dello sviluppo di sistemi di diagnosi e assistono i corrispettivi laboratori negli Stati membri nell'applicazione di tali metodi. Il Ministero della salute infatti è tenuto a designare i laboratori nazionali di riferimento (LNR) considerando le analogie funzionali, la corrispondenza delle aree tematiche, la presenza di eventuali Centri di Referenza Nazionale (CRN) e l'esperienza maturata nel settore da laboratori ufficiali, che generalmente coincidono con un IZS o con l'Istituto Superiore di Sanità.

I Centri di Referenza Nazionale, localizzati presso gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, rappresentano uno strumento operativo di elevata e provata competenza al servizio dello Stato. Essi sono da considerarsi dei veri e propri centri di eccellenza per l'intero Servizio Sanitario Nazionale. Le loro funzioni, infatti, sulla base del disposto di cui al D. M. 4 ottobre 1999, articolo 2, sono finalizzate, tra l'altro, a: confermare, ove previsto, la diagnosi effettuata da altri laboratori; attuare la standardizzazione delle metodiche di analisi; avviare idonei *"ring test"* tra gli II.ZZ.SS, in collaborazione con l'ISS; utilizzare e diffondere i metodi ufficiali di analisi; predisporre piani d'intervento; fornire, al Ministero della Salute, assistenza e informazioni specialistiche; collaborare con altri centri di referenza comunitari o di paesi terzi e con le Organizzazioni internazionali FAO, OMS e OIE.



Fattori di rischio/determinanti

Dalla sezione "analisi critica dei dati in funzione della sicurezza degli alimenti" inclusa nella Relazione annuale 2013 al Piano nazionale pluriennale dei controlli emerge il quadro dei fattori di rischio che caratterizzano la catena di produzione alimentare e che, sinteticamente, si possono articolare in macroaree riferibili:

- alla sicurezza alimentare (in senso stretto) declinata in pericoli chimici, fisici e biologici;
- alla salute animale, farmaco, mangimi, sottoprodotti, benessere animale, randagismi, igiene urbana

Pericoli chimici

La presenza di **allergeni** negli alimenti assume particolare rilevanza in considerazione sia della crescente diversificazione dell'offerta alimentare sia della possibile introduzione inconsapevole degli allergeni stessi negli alimenti durante il processo produttivo, ad esempio, attraverso l'utilizzo di additivi e aromi che contengono come supporto degli allergeni o a seguito di episodi di cross-contaminazione. Le segnalazioni di non conformità sono distribuite in molte filiere alimentari e il controllo di questa tipologia di pericoli richiede il ricorso ad un'integrazione dei diversi strumenti di controllo utilizzabili (audit, ispezione, campionamento ed analisi).
Si ravvisa la necessità di procedere ad un'armonizzazione delle metodologie analitiche utilizzate per la loro determinazione nei prodotti alimentari.

I **contaminanti ambientali e di processo** (ad es: micotossine, mercurio, cadmio, contaminanti organici quali diossine, PCB, IPA e acrilammide) possono considerarsi un pericolo ricorrente, il cui monitoraggio è essenziale, anche al fine di acquisire dati utili a valutare l'esposizione della popolazione generale e di gruppi di popolazione a rischio. Il controllo dei contaminanti richiede una strategia che tenga in considerazione fattori quali: l'influenza della tecnologia produttiva nella formazione della sostanza, come nel caso dei contaminati di processo (es. acrilammide); il ruolo delle condizioni climatiche che possono influire sulla presenza di contaminanti naturali di rilevante interesse tossicologico, come le micotossine; la provenienza di una materia prima/alimento da aree note per pregresse non conformità.Per quanto riguarda la contaminazione da micotossine i dati relativi al piano di vigilanza e controllo di alimenti e bevande e quelli del RASFF segnalano una diminuzione delle NC sia nei prodotti alimentari che nei mangimi, presumibilmente da ricondurre alle condizioni climatiche modificate rispetto all'anno precedente. Ciononostante, considerata la rilevanza sanitaria di tale classe di contaminanti, risulta necessario continuare il monitoraggio sia nel settore mangimistico che in quello alimentare attraverso le attività di CU e le attività di autocontrollo adottate dagli OSA/OSM. Anche i dati relativi alla contaminazione da aflatossina M1 nel latte vaccino, ovi-caprino, bufalino segnalano l'esigenza di mantenere un adeguato livello di attenzione.

Nel nostro Paese sono state censite e perimetrate 57 aree, definite come Siti di interesse nazionale (SIN), in ragione della presenza in esse di fonti di inquinamento, come insediamenti industriali dismessi, industrie ancora in attività, discariche, ecc. In questo contesto, le attività finalizzate a monitorare aree territoriali caratterizzate da **criticità ambientali** per presenza di contaminazioni chimiche, attraverso programmi di campionamento che coinvolgano tutta la filiera, consentono di comprendere se e come le sostanze contaminanti circolano nell'ambiente ed entrano nella catena alimentare.

I piano di controllo dei residui **di fitofarmaci** mostrano negli anni una costante tendenza al decremento delle non conformità, mentre le notifiche attraverso il sistema di allerta rapido RASFF continuano a presentarsi senza significative variazioni nel settore dei vegetali freschi, ma interessano anche erbe e spezie e bevande. Tale dato conferma la indispensabilità delle attività di monitoraggio previste dal piano nazionale che negli anni hanno messo in luce un sostanziale rispetto delle norme in materia di utilizzo di prodotti fitosanitari nel nostro paese.

Anche i **farmaci veterinari**, utilizzati in allevamento possono residuare negli alimenti, nei casi di utilizzo improprio o di mancato rispetto dei tempi di sospensione. Negli alimenti di origine animale, per effetto di attività illecite, possono inoltre essere presenti sostanze vietate come ad esempio beta agonisti, antitiroidei, cloramfenicolo, nitrofurani ecc. Per i **residui di farmaci** veterinari negli alimenti di origine animale si

conferma una bassa percentuale di positività, che aumenta nel caso in cui i controlli siano effettuati su sospetto.

Pericoli fisici

I dati per il 2013, relativi alla ricerca di radionuclidi in matrici alimentari confermano, in Italia, la presenza di un adeguato sistema di controllo per il monitoraggio della radioattività ambientale, classificato sufficiente dalla Commissione Europea e non sono state rilevate NC. Anche a livello regionale le attività svolte non hanno messo in evidenza criticità relative ai livelli di radioattività in matrici alimentari ed ambientali.
Per quanto riguarda le infrazioni relative ad agenti fisici identificati nelle categorie di "impurità fisiche" e "altri rischi fisici" i dati disaggregati del 2013, desunti dal piano di vigilanza e controllo, permettono di identificare "zuppe, brodi e salse" come la categoria merceologica nelle quale sono state individuate il maggior numero di infrazioni. Rispetto al 2012 risulta diminuito il numero di filiere interessate da questo tipo di problematica; anche se le informazioni non consentono una valutazione conclusiva questa diminuzione potrebbe essere riconducibile ad un maggiore consapevolezza degli OSA nella gestione di tale criticità.

Pericoli biologici

I pericoli biologici sono riferibili a tutti gli agenti biologici che interessano gli alimenti e le popolazioni animali.

Per gli alimenti, dall'esame dei dati del controllo ufficiale si desume una percentuale complessiva di non conformità per criteri microbiologici pari all'1,8%. Anche se va rilevato che il relativo flusso informativo mostra alcune criticità attribuibili all'obsolescenza della modulistica per la notifica.
In particolare, tra le principali non conformità analitiche riscontrate, si segnalano *E. coli* in prodotti a base di carne, prodotti lattiero caseari, pesci, crostacei e molluschi, piatti preparati, cereali e prodotti della panetteria; *Yersinia enterocolitica* in prodotti a base di carne; *Stafilococchi* in prodotti lattiero caseari, piatti preparati e cereali e prodotti della panetteria; muffe nei piatti preparati, cereali e prodotti della panetteria. Da segnalare anche il riscontro di istamina in prodotti della pesca. Per la *Listeria monocytogenes* si osserva un incremento soprattutto per piatti preparati e in carne e prodotti a base di carne, mentre una diminuzione è riscontrata per i prodotti lattiero-caseari. Per la *Salmonella*, invece, le maggiori non conformità sono osservabili principalmente nei prodotti a base di carne e uova, mentre si assiste ad una diminuzione nei vegetali, in zuppe e brodi e in piatti preparati.

Inoltre con la sorveglianza prevista dalla Direttiva 2003/99/CE recepita con il D.L.vo 191/2006, degli agenti zoonotici (virus della rabbia, echinoccocco, toxoplasma, trichinella, brucella, campylobacter, listeria tubercolosi, E. coli, borrellia, virus dell'epatite A, yersinia, leptospira, anisakis, ecc) si evidenzia, negli alimenti, una prevalenza di campioni analizzati per la ricerca di Salmonella spp. e Listeria monocytogenes, rispetto ad altri patogeni quali Escherichia coli verocitotossici, Campylobacter spp, stafilococchi enterotossici, Yersinia spp e biotossine algali.
La sorveglianza degli agenti zoonotici negli animali vivi, fa emergere che:

- riguardo al Piano nazionale di eradicazione della tubercolosi bovina e bufalina sono ancora 12 le regioni considerate non ufficialmente indenni, anche se nell'ultimo quinquennio si è registrato un significativo miglioramento nell'attuazione delle attività di profilasi in tutte le regioni non ufficialmente indenni. Ciononostante nel 2013 una Regione, si è registrato un aumento del numero di nuove aziende positive e della prevalenza nelle aziende positive, influendo sul dato nazionale di prevalenza, che è passato dallo 0,61% del 2012 allo 0,95% del 2013;
- riguardo i Piani Nazionali di eradicazione della Brucellosi Bovina e Bufalina e della Brucellosi Ovi-caprina, a fronte di un complessivo miglioramento della situazione a livello nazionale permane una diversa situazione epidemiologica nel Paese, caratterizzata da due opposte realtà che riflettono una differenza 'storica' di efficacia dei piani di controllo. Da un lato le regioni del nord e del centro che hanno già da tempo raggiunto e mantenuto lo status di indennità ufficiale o che sono prossime al suo ottenimento e dall'altro le regioni del sud che continuano ad avere una situazione di endemia con focolai attivi e nuove positività per brucellosi;

- i dati relativi ai Piani Nazionali di Controllo Salmonellosi mostrano, per il 2013, il raggiungimento degli obiettivi comunitari di riduzione delle prevalenze previsti, sia in polli da carne, tacchini da riproduzione e da ingrasso, sia nelle galline ovaiole *Gallus gallus*.
- Relativamente alla sorveglianza della Trichinella negli allevamenti suinicoli, l'attività di rendicontazione, che l'Italia ha inviato alla Commissione negli ultimi 6 anni, consente di affermare che l'allevamento suinicolo intensivo in Italia, sia da ingrasso che da riproduzione, non offra rischi sanitari per Trichinella. Mentre il problema resta confinato alle carni dei cinghiali abbattuti a caccia e delle carni di suini da autoconsumo, che negli anni precedenti sono stati l'unica fonte di infezione per l'uomo.

Una particolare menzione meritano gli elementi di rischio emersi dai controlli ufficiali previsti dall'Intesa Stato Regioni in materia di vendita diretta di latte crudo per l'alimentazione umana: nel 2013 sono state riscontrate 84 non conformità, delle quali 21 per la presenza di Escherichia coli verocitotossico; 17 e 14 non conformità, rispettivamente, per la presenza di Listeria monocytogenes e di Campylobacter termotollerante. Tali dati destano particolare preoccupazione dal momento che, nonostante l'indicazione di bollitura del latte crudo prima del suo consumo sia stata definitivamente consolidata dalla legge 189/2012, dati di recente pubblicazione indicano che i consumatori non sempre rispettano tale disposizione.

I dati relativi alla prevalenza delle malattie a carattere zoonotico negli esseri umani e quelli relativi alla loro caratterizzazione - sia da un punto di vista diagnostico che epidemiologico - sono di importanza cruciale ai fini della valutazione dell'efficacia dei programmi di controllo lungo tutta la filiera alimentare. Poche regioni però hanno implementato il nuovo sistema informativo **NSIS-PREMAL** per la trasmissione delle notifiche delle malattie infettive, comprese quelle a trasmissione alimentare e altre regioni stanno cercando di rendere compatibili i loro esistenti sistemi informativi con questo sistema.

La mancanza di un riscontro diretto dell'efficacia degli interventi nel settore veterinario e della sicurezza alimentare in termini di andamento epidemiologico pone difficoltà a dare valutazioni oggettive sull'efficacia complessiva delle misure di controllo attuate.

Inoltre, l'attuale modalità di notifica di infezioni quali campilobatteriosi, echinococcosi, infezioni da *Escherichia coli* verocitotossico, yersiniosi e shighellosi continua a costituire una criticità strutturale in quanto non adeguata a fornire il dettaglio informativo richiesto dal **sistema EU sulle malattie infettive TESSy.** Per ovviare parzialmente a tale criticità sono sorti **sistemi di sorveglianza speciale** (EnterNet, Registro SEU, SEIEVA) alimentati su base volontaria. Per quanto concerne i **focolai epidemici,** il sistema ufficiale di notifica non è ancora allineato ai requisiti previsti a livello europeo e non raccoglie sistematicamente le informazioni specifiche sulle fonti alimentari di infezione e sull'associazione (forte o debole) tra il consumo di alimenti e i casi di malattia. Dei 20 focolai notificati dall'Italia a EFSAnel 2012, pari ad un *reporting rate* dello 0,03/100.000 abitanti, nessuno è stato indagato a sufficienza per poter dimostrare una correlazione forte tra l'agente eziologico e la manifestazione clinica. Ciò costituisce un elemento di particolare criticità perché viene a mancare il dato sui fattori di rischio, sui livelli di esposizione e sui veicoli di infezione in corso di epidemie, non consentendo una corretta valutazione del rischio, essenziale anche ai fini della programmazione delle azioni preventive.

In relazione alle problematiche sopraesposte, nella lettura dei dati di seguito rappresentati occorre tenere conto della parzialità delle informazioni che rappresentano solo alcune regioni italiane.

Per quanto riguarda la **listeriosi,** nel 2013, sono stati inviati all'ISS 85 ceppi di *Listeria monocytogenes* relativi a casi di listeriosi, numero che si mantiene sostanzialmente stabile negli anni. I dati epidemiologici confermano, anche per il 2013, percentuali di ospedalizzazione (100%) e di mortalità (10%) più elevate rispetto alle altre malattie trasmesse da alimenti. I dati microbiologici confermano la prevalenza del sierotipo 1/2a che è anche il sierotipo più frequentemente riscontrato negli alimenti.
I dati della sorveglianza volontaria della **salmonellosi** umana, provenienti da Enter-NET mostrano che nel 2013 rispetto al 2012 il numero di casi è diminuito (4.906 vs 5180), soprattutto nella fascia di età 0-4 anni. Si evidenzia una diminuzione dei casi associati a *Salmonella* Typhimurium ed un aumento dei casi relativi a *Salmonella* Enteritidis e a *Salmonella* Typhimurium variante monofasica, che insieme rappresentano circa il

70% di tutti i sierotipi associati alla salmonellosi. Come per il 2012, circa il 50% dei casi è stato ospedalizzato.
I dati di sorveglianza sulle **infezioni da VTEC**, segnalati al flusso di sorveglianza delle malattie infettive europeo TESSy, mostrano una situazione di sostanziale stabilità del quadro epidemiologico. Nel 2013 sono stati notificati 63 casi confermati di infezione da VTEC (51 nel 2011, 70 nel 2012) e 5 casi possibili (19 nel 2011 e 18 nel 2012). I casi di Sindrome Emolitica Uremica che rappresenta un robusto indicatore delle infezioni da VTEC nella popolazione sono risultate 49 nel 2013 rispetto ai 45 del 2011 e ai 50 del 2012.
Anche i dati delle altre malattie umane sottoposte a sorveglianza volontaria (**campilobatteriosi, yersiniosi e shighellosi**), risentendo di un partecipazione parziale delle regioni, evidenziano incidenze annuali molto al di sotto di quella attesa se confrontata con i dati europei, dai quali si evidenzia che in Europa la campilobatteriosi ha superato, già da alcuni anni, la salmonellosi come numero di casi, mentre in Italia i casi di campilobatteriosi rilevati sono meno di ¼ rispetto a quelli di salmonellosi.

Il quadro delle malattie a carattere zoonotico non esaurisce la rassegna dei fattori di rischio.
Occorre infatti prendere in considerazione anche i pericoli biologici non zoonotici (Pesti suine, afta epizootica, IBR, actinobacillosi, anemia infettiva degli equini, Aujeszky, malattie delle api, malattie dei pesci ecc.), ed il benessere animale e le loro ripercussioni in termini di rischi correlati al consumo di farmaci veterinari, insorgenza di fenomeni di antibioticoresistenza, danni alle produzioni alimentari e alle condizioni sanitarie che consentono gli scambi commerciali internazionali con Paesi ad elevato standard sanitario.

Ulteriori fattori di rischio rilevanti in questo contesto derivano dalla convivenza dell'uomo con gli animali da affezione. In particolare le consistenti popolazioni di cani vaganti o randagi sono un fattore di rischio per morsicature e aggressioni ai danni delle persone, e crea le condizioni per la potenziale diffusione di malattie zoonotiche quali la rabbia e le parassitosi.

Fattori di rischio indiretti

Le violazioni intenzionali alla legislazione alimentare mirate ad ottenere un illecito profitto economico devono essere considerate un fattore di rischio indiretto poiché mirano ad eludere un requisito fondamentale della sicurezza alimentare che è la tracciabilità, con le relative informazioni, della filiera di produzione.
Le attività volte a reprimere le **frodi** in campo agroalimentare, oltre a confermare la rilevanza quali-quantitativa del fenomeno, hanno consentito di evidenziare la potenziale ricaduta sanitaria di un ampio spettro di attività illecite quali: movimentazioni non tracciate, trattamenti vietati, macellazione clandestina, ri-etichettatura di prodotti scaduti, utilizzo di materie prime non idonee al consumo umano, frodi nel settore del biologico, problematiche di rintracciabilità legate alle materie prime e ai prodotti finiti.
Di particolare interesse risultano i dati relativi a prodotti illecitamente immessi in commercio e presentati come **integratori alimentari**, omettendo la notifica al Ministero della salute, sia per la presenza di sostanze contaminanti sia per la presenza, fraudolenta, di principi farmacologicamente attivi. Particolare importanza in questo contesto assumono sia le iniziative in corso finalizzate al controllo dei requisiti di sicurezza sugli integratori acquistabili in rete, sia il progetto che l'Italia ha iniziato con altri Stati membri per definire una lista di piante sicure per l'uso negli integratori, con l'obiettivo finale di arrivare ad una lista condivisa europea.

Strategie

La misura strategica di livello primario per garantire la sicurezza degli alimenti e dei mangimi, la salute e il benessere animale è il PNI e la sua attuazione efficace, anche mediante la sua implementazione da parte delle Regioni. Le regioni sono tenute a sviluppare propri PRIC e ad alimentare le sezioni regionali del PNI con i dati che caratterizzano l'organizzazione e il funzionamento delle autorità competenti regionali, ivi incluso il processo di audit.

Controllo degli agenti patogeni, dei contaminanti, dei residui di sostanze pericolose che possono entrare nella catena alimentare e arrecare danni alla salute umana.



Mangimi sicuri per animali produttori di alimenti al fine di tutelare la salute animale e di prevenire fenomeni di bioaccumulo nella catena alimentare di sostanze pericolose

Prevenzione e gestione delle malattie animali trasmissibili all'uomo, nonché delle malattie animali diffusibili e trasmissibili

- Nell'ambito del PNI le attività programmabili sono generalmente organizzati in piani di controllo, validi per l'intero territorio nazionale, che le regioni declinano in piani regionali integrandoli, ove necessario, con ulteriore programmazione extrapiano. Vi sono piani che traggono origine dalla legislazione europea o nazionale, come ad esempio il Piano Nazionale residui, il Piano nazionale Alimentazione Animale, il Piano per la ricerca di residui di fitosanitari, ecc. e che vengono attuati in via permanente. Altri piani, che discendono da decisioni comunitarie, hanno durata temporanea come ad esempio il piano di monitoraggio dell'acrilamide.
  Laddove invece si identifica una situazione di contaminazione essa va affrontata con misure volte non solo a impedire il consumo di prodotti non conformi, ma soprattutto attraverso la rimozione o almeno il contenimento delle cause di contaminazione. L'attività di controllo ufficiale deve comunque esser orientata al *case finding*, al fine di ricercare in maniera proattiva potenziali fonti di contaminazione della catena alimentare. A tal fine è opportuno che i PRIC includano anche settori per i quali non è prevista al momento una pianificazione nazionale.

- L'uso corretto del farmaco veterinario è condizione essenziale per prevenire l'ingresso nella catena alimentare di residui, negli alimenti di origine, che possono mettere a rischio la salute sia per effetti acuti che per bioaccumulo, antibiotico resistenza, effetti allergizzanti, ecc. A tal fine è strategica l'informatizzazione e dematerializzazione delle ricette di farmaci veterinari ai fini del controllo ufficiale.

- Strategia essenziale per la governance del sistema è sviluppare una rete di epidemiosorveglianza nazionale. Per raggiungere tale obiettivo le Regioni e Province autonome sono chiamate a implementare e alimentare le infrastrutture già esistenti, al fine di realizzare un unico sistema integrato di reti di sorveglianza epidemiologica, che consenta di mettere a disposizione le informazioni utili a sostenere adeguatamente le politiche di valutazione e gestione dei rischi per la popolazione animale, dei contaminanti nella filiere alimentari e per le malattie trasmissibili all'uomo. Al fine di soddisfare le esigenze di diagnosi puntuale per i casi sospetti di malattia trasmissibili con gli alimenti e/o zoonosi, è necessario sviluppare, nell'ottica della collaborazione interdisciplinare, protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario. Inoltre il completamento dei sistemi anagrafici rappresenta il presupposto fondamentale per la creazione del sistema di epidemiosorveglianza.

- L'esperienza ha dimostrato che sia i pericoli di natura chimico-fisica, che biologica possono manifestarsi improvvisamente sotto forma di eventi di portata straordinaria, ovvero situazioni che travalicano la normale capacità operativa delle risorse a disposizione e dei sistemi di gestione in uso, segnatamente il sistema di allerta rapido per alimenti e mangimi RASFF. Per stimare la dimensione di un incidente, a livello centrale si è adottato un modello a tre livelli di gestione, in relazione alla gravità, denominato Emergency score system (ESS):

  - livello 1= normale attività sistema RASFF (punteggio da 0 a 120)
  - livello 2= attivazione di una task force presso la Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione (punteggio da 121 a 250)
  - livello 3= attivazione della rete delle Unità di Crisi, come da Intesa Stato Regioni del 2008 (punteggio da 251 a 300)

  L'ESS è la sintesi della pesatura numerica attribuita a 5 fattori rilevanti:



- Il rischio sanitario
- L'entità della diffusione del problema
- La completezza della tracciabilità
- Il rischio percepito/ l'attenzione dei media
- Il potenziale impatto economico

Analogamente altre tipologie di eventi non ordinari programmabili, ad esempio un grande evento internazionale come l'EXPO, oppure non ordinari e imprevedibili, come ad esempio una catastrofe naturale, possono stressare il sistema di prevenzione. Disporre di piani di emergenza, conosciuti e condivisi da tutti i portatori di interesse coinvolti e testati, è un elemento cruciale per l'intervento efficace e tempestivo e, in ultima analisi, per il contenimento delle conseguenze.

- Le misure inerenti la sanità animale, da adottarsi anche per le finalità di profilassi internazionale, nel rispetto degli obblighi posti dalla normativa europea del Codice zoosanitario internazionale dell'Organizzazione mondiale della sanità animale (OIE), implicano la gestione dei piani annuali e pluriennali di profilassi delle malattie animali nonché le attività dirette a prevenire ed eradicare specifiche malattie che colpiscono gli animali domestici.
- Nell'ambito dell'igiene urbana è essenziale la prevenzione della proliferazione di animali indesiderati (ratti, blatte, e altri insetti), potenziali vettori di malattie, in situazioni ambientali di particolare criticità, come ad esempio i centri di accoglienza destinati a migranti, profughi, sfollati ed in altre situazioni di concentrazioni di popolazioni a seguito di emergenze non epidemiche (terremoti, alluvioni, ecc).
- Un sistema di controllo che operi correttamente non può prescindere da una rete laboratoristica ben organizzata ed efficiente, che disponga di un bacino di metodiche atte a soddisfare le esigenze del PRIC. Pertanto è essenziale perseguire l'ampliamento del bacino delle metodiche analitiche accreditate disponibili per l'attività ordinaria.

- La protezione degli animali da reddito offre garanzie essenziali per la qualità sanitaria delle produzioni, risponde a una accresciuta sensibilità sociale e alle moderne conoscenze scientifiche rispetto alle esigenze etologiche degli animali. Per tale motivo è stato elaborato il Piano Nazionale Benessere Animale (PNBA), partito in via sperimentale nell'anno 2008 con la programmazione dei controlli in allevamento, che dal 2010 include anche la programmazione dei controlli per la tutela del benessere animale durante il trasporto e la macellazione e la formazione degli operatori.
- Nel settore degli animali d'affezione l'obiettivo prioritario consiste nella realizzazione della corretta relazione uomo-animale per tutelare il benessere degli animali, la salute e l'incolumità pubblica e contrastare e prevenire maltrattamenti, abbandoni e randagismo, anche implementando i percorsi formativi per i proprietari di cani e nella scuola primaria,al cittadino, agli operatori volontari e non (ASL, Comuni, polizia locale, guardie zoofile ecc.)

Promozione della sicurezza nutrizionale

- I cittadini assumono un ruolo attivo, utile a minimizzare i rischi per la propria salute, quando sono posti in condizione di fare scelte alimentari consapevoli. E' quindi strategico elevare la correttezza e la completezza dell'informazione circa i contenuti e le proprietà degli alimenti. Determinate categorie di cittadini vivono una condizione di vulnerabilità a causa delle intolleranze e/o allergie alimentari e della difficoltà a reperire alimenti idonei alle proprie necessità. Occorre quindi perseguire una strategia che favorisca la disponibilità di alimenti che rispondano alle esigenze di queste persone.
- La carenza nutrizionale di iodio è un problema di salute pubblica rilevante, dal momento che gli effetti negativi di tale carenza possono interessare tutte le fasi della vita, sebbene gravidanza, allattamento e infanzia rappresentino le fasi in cui gli effetti possono essere più gravi. Risulta strategico pertanto, compiere azioni che siano mirate al raggiungimento di adeguati standard di efficienza e di efficacia del programma nazionale di iodoprofilassi che

stato introdotto nel nostro Paese con la legge n.55/2005, al fine di ridurre la frequenza dei disordini da carenza iodica ed i costi socio-sanitari connessi e stimati intorno ai 150 milioni di euro/anno.

Attuazione dei contenuti dell'accordo Stato regioni del 7/2/2013 concernente "linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte delle autorità competenti in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria

L'efficacia generale del sistema di controllo ufficiale non può prescindere dalla definizione e garanzia di adeguati standard di funzionamento, che includono il coordinamento tra le autorità competenti e al loro interno, e da attività di verifica sulle attività di controllo ufficiale svolte (verifica dell'efficacia e audit delle autorità competenti). Il suddetto standard è stato adottato mediante l'Accordo Stato regioni del 7 febbraio 2013, che prevede tre precorsi formativi: il 1° percorso "di approfondimento del pacchetto igiene", il 2° "audit su OSA" e il 3° "audit SSN". La formazione è il prerequisito per assicurare un'uniforme e coerente attività di controllo ufficiale sul territorio nazionale. Un numero consistente di operatori sanitari coinvolti nel controllo ufficiale deve ricevere la formazione per l'approfondimento del pacchetto igiene (1° percorso). Infatti il pacchetto igiene comprende il regolamento CE 882/2004, che è la norma cogente utilizzata per definire gli elementi di conformità e le evidenze oggettive proprie dello standard di funzionamento delle autorità competenti.



Quadrologicocentrale

Macro obiettivo	Fattori di rischio/Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali
Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	Fattori di rischio: Esposizione dell'uomo e degli animali a rischi chimici, fisici e biologici Pratiche commerciali non leali, per i mangimi e gli alimenti Inadeguata tutela dei consumatori per problematiche connesse alla etichettatura, presentazione e pubblicità dei prodotti alimentari Fattori Protettivi: Ottimale funzionamento delle autorità competenti che hanno il compito di verificare l'attuazione delle disposizioni volte a prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, siano essi rischi diretti o veicolati dall'ambiente	Controllo degli agenti patogeni, dei contaminanti, dei residui di sostanze pericolose che possono entrare nella catena alimentare e arrecare danni alla salute umana. Mangimi sicuri per animali produttori di alimenti al fine di tutelare la salute animale e di prevenire fenomeni di bioaccumulo nella catena alimentare di sostanze pericolose Prevenzione e gestione delle malattie animali trasmissibili all'uomo, nonché delle malattie animali diffusibili e trasmissibili che è necessario controllare per: – i danni che arrecano alle produzioni zootecniche – per i risvolti connessi all'ingresso di residui di farmaci nella catena alimentare – - per i danni che possono arrecare alla commercializzazione, scambi interni ai Paesi dell'UE ed esportazione dei prodotti	Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura	Adozione di protocolli per l'intervento integrato
			Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco	Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario

			Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/ sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario Completare i sistemi anagrafici	Protocolli di collaborazione che garantiscano un *panel* di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno il set di patogeni previsti dalla direttiva 2003/99), conforme ai migliori standard internazionali Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist regolamento CE 852/2004"
			Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari	Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante una malattia animale
			Prevenire le malattie infettive e diffusive di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali	Attuazione di Piani di sorveglianzain popolazioni di animali selvatici
			Assicurare un'appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici	Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013

			Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi	Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazion e rivolti alle popolazioni target Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio
		Promozione della sicurezza nutrizionale	Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache	Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare
			Ridurre i disordini da carenza iodica	Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del Tsh neonatale in ottemperanza all'Intesa Stato regioni del 22 febbraio 2009 Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva
		Attuazione dei contenuti dell'accordo Stato regioni del 7/2/2013 concernente "*linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte delle autorità competenti in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria*"	Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale Realizzare gli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004	Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi dell'Autorità competente Rendicontazione dell'attività di audit svolta



Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione

È emersa da alcuni anni l'importanza di riconoscere il tipo di organizzazione sanitaria come uno dei determinanti della qualità e dell'efficacia degli interventi del sistema sanitario. Benché la letteratura primaria riguardi essenzialmente il livello di cura e assistenza· i principi e la cultura che derivano da queste acquisizioni sono valide per tutte le strutturazioni del sistema sanitario; a questo si aggiungono specifiche evidenze almeno per alcuni interventi di prevenzione secondaria (screening oncologici, gestione integrata del diabete ecc.).

Anche a livello di policy, da anni i sistemi sanitari sono sollecitati a ristrutturarsi (punto 6.3 e 5.4 della Carta di Lubiana) nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, compreso, in particolare, il rapporto costo-efficacia dei servizi/interventi offerti.

L'attenzione ai modelli organizzativi come determinanti di interventi più efficaci e/o di maggiore qualità diventa, quindi, elemento essenziale anche della pianificazione in prevenzione. Questa considerazione d'ordine generale acquista ulteriore spessore se si osservano:

- sia l'erogazione degli interventi di prevenzione a seguito dei PNP 2005-13, che ha determinato un aumento della complessità (sia degli interventi sia dell'organizzazione) rispetto alla strutturazione originariamente prevista nei Dlgs 502/92 e 517/93;
- sia le dinamiche generale dell'allocazione delle risorse e, in questa dimensione, la numerosità delle Regioni in piano di rientro.

L'attenzione alla qualità dell'organizzazione nonché alla sua costo-efficacia diventa quindi elemento prioritario sia per la qualità/efficacia degli interventi pianificati, sia della sostenibilità della prevenzione.

Benché sia difficilmente quantificabile il costo di una organizzazione poco costo-efficace, tali casi possono comunque contribuire alla più generale evidenza dell'esistenza di sprechi abbastanza diffusi, spesso correlati con significative carenze quali-quantitative nei servizi erogati (Rapporto CEIS 2012). Un'altra problematicità deriva dalla, in definitiva, scarsa disponibilità di valutazioni di costo-efficacia degli interventi, in particolare nella prevenzione.

Tuttavia, esistono casi di rilievo nei quali determinati interventi sono stati valutati come più costo-efficaci di altri (per es per gli screening oncologici o la gestione integrata del diabete) e, talora, casi di inefficienza nel conseguimento dei volumi di prestazioni attesi (come in taluni casi di adempimenti per la tutela della salute) tali da poter giustificare la dizione "migliorare il rapporto costo-efficacia dell'organizzazione" se non altro per la sua evocatività.

Tutto ciò va inquadrato nell'ambito della riforma del Titolo V della Costituzione e quindi nel contesto dell'autonomia in capo alle Regioni nel definire la proprie rispettive organizzazioni. In questo senso non si tratta, quindi, di porre come obiettivo del presente PNP una determinata strutturazione organizzativa ma, piuttosto, di porre all'attenzione anche delle scelte organizzative il problema dell'efficacia e quindi individuare strategie e obiettivi che salvaguardino, in un contesto di coesione nazionale, l'efficacia e l'efficienza degli interventi programmati.

È possibile e doveroso, in definitiva, riconoscere la necessità di affrontare proattivamente la possibile criticità di un "*Effetto (di tutela della salute e/o di promozione e/o di prevenzione) minore di quanto ottenibile a causa di scelte organizzative o di performance non ottimali.*"

Questa condizione va affrontata (sia nella sua definizione sia nei conseguenti obiettivi specifici e sistemi di monitoraggio e valutazione) rispetto a due funzioni essenziali, diverse ancorché sinergiche, in capo ai servizi sanitari regionali:

- Funzione di erogazione degli interventi: *sensu strictiori* si tratta di tutti gli interventi di promozione, prevenzione e tutela della salute definiti dagli assetti normativi e dagli atti di pianificazione;
- Funzione di governance: si tratta della impostazione di coordinamento e governo di tutti gli attori che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione, promozione e tutela della salute di cui all'intesa del 29/4/210 sul PNP 2010-12. Il modello di stewardship adottato, proprio per le sue motivazioni e metodologie, è elemento strategico di ispirazione e orientamento anche per il governo intra-regionale della prevenzione.

- L'evidente complessità degli obiettivi prefissati da questo piano e l'ampiezza degli stakeholders da coinvolgere rischiano di vanificare interventi anche ben articolati che non siano coordinati con continuità, nel tempo, da un unico, ben identificabile, centro di riferimento aziendale.
- Parte rilevante di questi interventi è infatti, attinente a stili di vita che richiedono forte assiduità di azione per poter essere modificati nel senso auspicato.
- Sulla base di quanto già esposto appare, pertanto, necessario che i "dipartimenti di prevenzione" assumano (ove ciò non sia già stato fatto), all'interno delle ASL, questo ruolo di regia sia delle funzioni di erogazione diretta delle prestazioni sia di governance degli interventi non erogati direttamente costruendo e sviluppando una rete di collegamenti fra stakeholders (istituzionali e no) che, in senso bidirezionale, connetta il territorio al governo regionale e nazionale.

In questo senso, il PNP rappresenta il quadro strategico delle politiche della prevenzione edil riferimento di governance a livello centrale e regionale. La sua declinazionenei contesti regionali finalizzata al raggiungimento di tutti gli obiettivi fissati nel rispetto delle singole realtà e differenze territoriali, orienta non solo le scelte di policy e di programmazione degli interventi ma anche sugli aspetti di sistema, nella direzione di una stretta interazione e integrazione (organizzativa, funzionale, operativa) e di un utilizzo coordinato, sotto la guida del dipartimento di prevenzione, di tutte le risorse interne ed esterne al sistema.

Rispetto alla prima funzione "di erogazione", la quantificazione di tale "minor guadagno di salute" è misurabile solo nei contesti specifici: ad es. l'Atlante della mortalità evitabile (progetto ERA) fornisce stime (abbastanza utilizzabili a tale scopo) per singola ASL. Analoga dimensione locale hanno le valutazioni di performance e l'analisi di eventuali problemi di qualità dei servizi, analisi che ha i propri sistemi di rilevazione e intervento stabiliti nella normativa nazionale e in quella regionale/aziendale.

Proprio l'attenzione all'efficacia degli interventi come determinata (anche) dai modelli organizzativi, porta a identificare alcuni elementi specifici che sono interpretabili come determinanti di una promozione e tutela della salute meno efficace (con le medesime risorse) oppure di minor guadagno di salute ottenibile dagli interventi di prevenzione.

A questo primo gruppo di determinanti (gruppo A), che agiscono negativamente nella relazione organizzazione-> servizi erogati-> effetti sulla popolazione, appartengono quelli sotto-elencati, identificati come primari in relazione ai principi guida del presente PNP (in particolare efficacia, importanza della valutazione e continuità coi precedenti PNP). Essi sono:

- la non fruibilità per tutta la popolazione eleggibile di interventi efficaci (come, ad esempio, gli screening oncologici, le vaccinazioni, la diagnosi precoce di alcune malattie infettive);
- la mancata implementazione di nuovi interventi più costo-efficaci (vaccinazione HPV e screening HPV-DNA);
- la scarsa fruibilità, innanzitutto per le organizzazioni sanitarie e i professionisti, di sistemi informatici, inclusi quelli con finalità di sorveglianza;
- l'inefficienza nell'ottemperare agli adempimenti di legge a tutela della salute.

Rispetto alla seconda funzione identificata (quella di steward nel promuovere e ottenere le collaborazioni intersettoriali richieste dalle policy e necessarie per il conseguimento degli obiettivi), bisogna considerare che tale funzione (oltre che a livello nazionale: vd le Azioni centrali) si articola a livello:

- regionale: si tratta di promuovere e guidare il coordinamento con gli altri attori (istituzioni e non) che hanno responsabilità identificate nell'attuazione delle cd politiche intersettoriali (v obiettivo 1 ecc.)
- intra-aziendale: si tratta di promuovere e guidare il coordinamento con gli altri servizi e strutturazioni organizzative che svolgono attività pertinenti alla prevenzione, promozione e tutela della salute.

Questa funzione esprime quindi l'indispensabilità di un ruolo di leadership dei responsabili della prevenzione; leadership che affonda le proprie radici nella cultura della prevenzione di sanità pubblica propria degli operatori della prevenzione e maturata grandemente con i recenti PNP. Tale funzione va comunque promossa e sostenuta da strategie e obiettivi specifici e la inadempienza per qualsiasi ragione a

tale funzione va sostanzialmente intesa per le popolazioni di riferimento come un danno da minor guadagno di salute. Va, inoltre, considerata l'interazione con le funzioni di steward del livello di governo centrale.

È evidente che qualsiasi approccio a questa tematica deve partire dalla situazione di governance effettiva. Tale situazione non è solo determinata dagli assetti normativi ed ha evidentemente assunto caratteristiche specifiche in ogni Regione. Per questo motivo la su definizione deve essere svolta a livello intra-regionale sulla base di un modello concettuale di riferimento unitario; a questo riguardo potrà essere utilizzato il questionario strutturato fatto predisporre dal Ministero proprio in ragione dei contenuti dell'Allegato 2 all'intesa del 29/4/10 sul PNP 2010-12.

In ogni caso sono identificabili alcuni elementi essenziali che costituiscono un secondo gruppo di determinanti (gruppo B):

- mancata concettualizzazione del proprio ruolo di steward del livello regionale e del livello aziendale;
- assenza di un'analisi strutturata dei portatori di interesse da coinvolgere nel raggiungimento degli obiettivi del PNP;
- assenza di una sistematica rassegna, a livello di erogazione, delle possibili sinergie con strutturazioni organizzative diverse da quelle responsabili delle attività di prevenzione.

È, infine, evidente che i fattori sopraelencati e, in generale, il ruolo della prevenzione nelle organizzazioni del sistema sanitario sono influenzati da fattori economici e di policy più generali che non sono pertinenti ai livelli decisionali considerati nel presente PNP. Tuttavia, proprio la diminuzione delle risorse finanziarie allocate, i piani di rientro, eventuali strategie o comportamenti *de facto* in favore dei livelli di assistenza-cura a scapito della prevenzione costituiscono ulteriori ragioni di impegno sulla costo-efficacia degli interventi e dell'organizzazione, affinché tali limitazioni di risorse non si trasformino in riduzione della capacità del sistema sanitario di provvedere alla prevenzione, promozione e tutela della salute.

Strategie e obiettivi

L'approccio strategico ai determinanti identificati non può che essere diversificato e sarà affrontato con obiettivi specifici ad hoc nell'ambito dei macro obiettivi di riferimento.

Tuttavia, è possibile identificare alcuni obiettivi centrali a carattere di sistema, e quindi trasversali ai vari macro obiettivi:

a) utilizzare i dati derivanti dai sistemi di sorveglianza di popolazione per la pianificazione sanitaria;

b) rendere fruibili per tutta la popolazione eleggibile gli interventi efficaci;

c) implementare nuovi interventi più costo-efficaci;

d) estendere a tutto il territorio un sistema informativo che sorvegli qualità e quantità delle azioni di promozione della salute, che sia in grado di selezionare e valorizzare le buone pratiche, di monitorare le attività e quantificarne il consumo di risorse;

e) adeguare l'information technology e integrare i sistemi (registri, sorveglianze, flussi informativi) a livello regionale;

f) inserire/rafforzare gli indicatori di copertura dei principali interventi di popolazione e gli indicatori di risultato dei Direttori generali e della remunerazione di risultato dei professionisti;

g) utilizzare gli strumenti di gestione e budgeting aziendali per aumentare l'efficienza nell'ottemperare agli adempimenti normativi;

h) sviluppare il ruolo di steward della prevenzione a livello sia regionale sia di ASL nella relazione con i portatori di interesse non del sistema sanitario e con le altre strutturazioni organizzative del sistema sanitario.

Indicatori



Nel definire gli indicatori rispetto agli "obiettivi centrali a carattere di sistema" bisogna considerare la grande variabilità di situazioni a livello regionale e, soprattutto, l'autonomia organizzativa in capo alle Regioni. Pertanto, si deve considerare che gli ambiti di declinazione degli obiettivi sopracitati possano variare da Regione e Regione e che di conseguenza anche gli indicatori possano variare; in definitiva, tali indicatori, adattati agli specifici contesti e alle specifiche criticità, dovranno essere identificati e resi espliciti nella scrittura dei vari PRP e, come tali, valutati in sede di valutazione ex-ante.

Documenti di riferimento

- **Carta di Lubiana**. La " carta di Lubiana sulla riforma dei sistemi sanitari" è un documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio della Regione Europea, approvata il 18 giugno1996 della Conferenza Sulle Riforme Sanitarie in Europa, Lubiana, 17-20 giugno 1996. È inclusa nel documento del Ministero della Salute **"Qualità e servizio sanitario nazionale: riferimenti e documentazione"** e reperibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_28_allegato.pdf. Tale documento costituisce riferimento complessivo per le tematiche del miglioramento della qualità dei servizi erogativi.

- **Carta di Tallin**. WHO European Ministerial Conference on Health Systems. In: Tallinn, Estonia: WHO Regional Office for Europe, 2008. Available from: http:// www.euro.who.int/ eprise/main/who/progs/hsm/: si tratta di un documento di policy per la migliore (più efficace e più efficiente) gestione dei sistemi sanitari che identifica, tra gli altri, l'impegno ad assumere il modello di governance della stewardship. Per l'articolazione operativa di tale modello di governance v.: Travis P,. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva, WHO, 2002. http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf.

- **Health in All Policies Prospects and potentials**. Pubblicato sotto gli auspici dell'European Observatory on Health Systems and Policy, sottolinea come il sistema sanitario debba assumere una funzione di stewardship nella governance dell'ambiente.

- **Gaining health The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**. Definisce le strategie da implementare per la prevenzione e il controllo della malattie croniche non trasmissibili; identifica anche come essenziale la funzione di stewardship del settore sanitario (sistema sanitario nazionale).

Documenti di riferimento

MO 1

- HEALTH 2020.
- Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle MCNT per il periodo 2013-2020.
- Report on the Status of Health in the European Union.
- Carta di Ottawa.
- Health in All Policies.
- WHO-Europe Action Plan for implementation of the European Strategy for prevention and control of non-communicable diseases 2016–2020.
- Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease, European Centre for Environment and Health, WHO (2006).
- La gamma di fattori personali, socioeconomici e ambientali che determinano lo stato di salute delle singole persone o delle popolazioni" (WHO, 1998).
- Guadagnare Salute DPCM del 4 maggio 2007.
- Piani d'azione della Regione Europa dell'OMS 2008-2013 e 2012-2016.
- Risoluzione WHO, settembre 2011.
- WHO. Active and Healthy Ageing.
- WHO-Europe Action Plan NCD 2016–2020.
- Ministero della Salute. "Piano sulla Malattia Diabetica", Accordo Stato-Regioni del 6 dicembre 2012.
- Intesa tra Stato, Regioni e PPAA del 10/2/2011, recante "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013".
- Linee di indirizzo su "La Genomica in Sanità Pubblica" di cui all'Intesa del 13/3/13.

MO 2

- JCIH. Joint Committee on Infant Hearing position statement 2007 (http://www.jcih.org/).
- WHO. Global Action Plan for Prevention of Avoidable blindness and Visual impairment 2014-2019 (http://www.who.int/blindness/AP2014_19_English.pdf?ua=1).

MO 3

- WHO MH Global Strategy approvata il 27/5/2013.
- WHO European MH Action Plan.
- Joint Action "Mental Health and Well-being" della CE.
- Piano Nazionale Salute mentale (PANSM) Accordo approvato in Conferenza Unificata a gennaio 2013; Piani settoriali sulla salute mentale (Piano di azioni per l'Autismo Accordo approvato in Conferenza Unificata a novembre 2012; Consensus Conference 2012-2013.
- Joint Action ALCOVE sulle demenze della CE.
- WHO. Report on Dementia 2012.



- Piano nazionale demenze in corso di approvazione.
- DPCM 1/4/2008 su sanità penitenziaria e Accordi di Conferenza Unificata discendenti.

MO 4

- Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze 2013 (dati 2012) del Dipartimento Politiche Antidroga presso la PDCM - http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2013/presentazione.aspx.
- Utilizzo della strategia di prevenzione di comunità nel settore delle sostanze d'abuso – Progetto CCM – Regione Toscana – [monitoraggio delle reti territoriali (affidato alla Società della salute di Pisa)] – [life skill e peer education (affidato all'Azienda Usl 9 di Grosseto)] – [informazione, comunicazione e prevenzione sul web (affidato alla Società della salute di Firenze)]. Sito web: http://www.sostanze.info/ - Programma ccm 2006-2010.

MO 5

- Principali documenti di riferimento.
- Linee Guida Commissione europea (DG MOVE).
- Piano d'azione OMS 2015 per la prevenzione degli incidenti nei bambini e nei giovani adolescenti.

MO 6

- Joint Action on Monitoring Injuries in Europe.

MO7

- COM (2007) 62: Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni - Migliorare la qualità e la produttività sul luogo di lavoro: strategia comunitaria 2007-2012 per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro - 21/02/2007.
- ILO - Organizzazione Internazionale del Lavoro: la prevenzione delle malattie professionali - Giornata Mondiale della sicurezza e della salute sul lavoro - 28 aprile 2013.
- ILO - Organizzazione Internazionale del Lavoro: salute e sicurezza nell'utilizzo dei prodotti chimici sul lavoro - Giornata Mondiale della sicurezza e della salute sul lavoro - 28 aprile 2014.
- Conferenza delle Regioni e P.A. - Rapporto conclusivo del progetto di monitoraggio e controllo dell'applicazione del D.Lgs 626/94 - novembre 2003.
- D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.
- Commissione Consultiva Nazionale Permanente ex art. 6 D.Lgs 81708: Proposte per una strategia nazionale di prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali - 29 maggio 2013

  (www.lavoro.gov.it/SicurezzaLavoro/Documents/Documento_29_maggio_2013_Strategianazionale.pdf).
- Intese, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane, sui documenti redatti dal Comitato 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 ex art. 5 del D.Lgs. 81/08:

- "Indirizzi per la realizzazione degli interventi in materia di prevenzione a tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro per l'anno 2012" Rep. Atti n. 153/CU del 20/12/2012;
- "Indicazioni ai Comitati regionali di Coordinamento per la definizione della programmazione per l'anno 2013" Rep. Atti n. 41/CU del 13/03/2013;
- "Indicazioni ai Comitati regionali di Coordinamento per la definizione della programmazione per l'anno 2014" Rep. Atti n. 23/CU del 20.02.2014.

- INAIL – Settore Ricerca Certificazione e verifica – 7° rapporto sulla attività di sorveglianza del mercato ai sensi del D.Lgs. 17/2010 per i prodotti rientranti nel campo di applicazione della Direttiva Macchine – 2013.
- INAIL Ricerca – Area Statistiche – Sistema di sorveglianza MALPROF – 6° Rapporto Malprof anni 2009-2010 – Dati aggiornati alla data del 01.03.2012.
- INAIL Ricerca – Area Statistiche – Sistema di sorveglianza degli infortuni mortali e gravi – Infor. MO - Dati aggiornati al 2012.
- INAIL Relazione annuale 2012 presentata a Roma il 10.07.2013.
- INAIL - Settore Ricerca Certificazione e verifica - Registro Nazionale Mesoteliomi (http://www.ispesl.it/renam/Cor.asp).
- Portale OCCAM (OCcupational CAncer Monitoring) http://www.occam.it/.
- Portale prevenzione cantieri (http://www.prevenzionecantieri.it).
- Portale agenti fisici (http://www.portaleagentifisici.it/index.php) a cura di INAIL / Regione Toscana / Azienda USL7 Siena / USL Modena.
- Portale REACH.GOV.IT Prodotti Chimici: informiamo i cittadini - http://www.reach.gov.it/.

MO 8

- EPIAIR 2: Autori vari Epidemiologia & Prevenzione (Epidemiol Prev 2013;37(4-5):209-262).
- WHO "Review of evidence on health aspects of air pollution – REVIHAAP".
- WHO 2006. Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease.
- D.L. 3 dicembre 2012, n. 207, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 24 dicembre 2012, n. 231 - Disposizioni urgenti a tutela della salute, dell'ambiente e dei livelli di occupazione, in caso di crisi di stabilimenti industriali di interesse strategico nazionale.
- D.M. 24 aprile 2013 - Disposizioni volte a stabilire i criteri metodologici utili per la redazione del rapporto di valutazione del danno sanitario (VDS) in attuazione dell'articolo 1-bis, comma 2, del decreto-legge 3 dicembre 2012, n. 207, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 dicembre 2012, n. 231.
- Criteri e strumenti per la valutazione e la gestione del rischio chimico negli ambienti di lavoro ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. (Titolo IX, Capo I "Protezione da Agenti Chimici" e Capo II "Protezione da Agenti Cancerogeni e Mutageni"), alla luce delle ricadute del Regolamento (CE) n. 1907/2006 (Registration Evaluation Authorisation Restriction of Chemicals - REACH), del Regolamento (CE) n. 1272/2008 (Classification Labelling Packaging - CLP) e del Regolamento (UE) n. 453/2010 (recante modifiche all'Allegato II del Regolamento CE 1907/2006 e concernente le disposizioni sulle schede di dati di sicurezza).

MO 9

- PNEMoRc 2010-2015.



- Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014" (Rep. Atti n. 54/CSR del 22 febbraio 2012).
- Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015" (Rep. n. 66/CSR del 23 marzo 2011).
- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente "Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia". (Rep. n. 134/CSR).
- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Controllo della tubercolosi. Obiettivi di salute, standard e indicatori 2013-2016".
- Resolution EUR/RC60/R12 "Renewed commitment to elimination of measles and rubella and prevention of congenital rubella syndrome by 2015 and Sustained support for polio-free status in the WHO European Region".
- Global Vaccine Action Plan 2011-2020 dell'OMS.
- Council conclusions on childhood immunization: successes and challenges of European childhood immunization and the way forward, del 6 giugno 2001.
- Global Plan to stop TB 2011-2015.
- United Nations. Millennium Development Goals (MDGs).
- Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006 - 2015. Breaking the chain of transmission.
- European Commission. Action Plan against the rising threats from Antimicrobial Resistance. COM (2011) 748.
- Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections.
- Organizzazione Mondiale della Sanità "Regolamento Sanitario Internazionale 2005".
- Decision No 1082/2013/EU of the European Parliament and Council of 22 October 2013 on "Serious cross-border threats to health".
- World Health Organization Europe. Vaccine Safety Events: managing the communications response. A Guide for Ministry of Health EPI Managers and Health Promotion Units.

MO 10

- Trattato che istituisce la Comunità europea
- ONE HEALTH: Food and Agriculture Organization of the United Nations- strategic action plan. FAO, 2011
- Libro Bianco sulla sicurezza alimentare Commissione delle Comunità Europee. Bruxelles, 12.1.2000 COM (1999) 719 def.
- Regolamento CE 882/2004
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute concernente il "Piano Nazionale Integrato dei controlli (PNI) 2011-2014". Rep. Atti n. 236/CSR del 16 dicembre 2010



Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018

Parte 1 – Analisi di contesto e programmazione strategica

2

Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018
Parte 1 – Analisi di contesto e programmazione strategica

INDICE

Introduzione

I principi

L'analisi di contesto

Il territorio umbro e gli aspetti socio-demografici
Gli stili di vita e le condizioni di rischio
Gli incidenti stradali e domestici
Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali
Le malattie infettive
La mortalità
I tumori
Crisi economica e salute
Adolescenti e disagio
La salute degli animali
La sicurezza alimentare

La metodologia

Il quadro d'insieme: dal PNP al PRP 2014-2018

I programmi

1. Vita da sani
2. Un invito da non rifiutare
3. Impariamo a resistere
4. Programma donna
5. Lavoro e salute
6. Conoscere per decidere
7. Comuni*Care*
8. Cibo: cultura e salute
9. Rand*Agiamo*
10. Gestire le emergenze

4

5

INTRODUZIONE

6

Introduzione

I Piani Regionali della Prevenzione adottati in Umbria negli anni 2005-2008 e 2010-2013 hanno consentito di interpretare la Prevenzione come una risorsa strategica del Sistema Sanitario Regionale, che, a partire da una visione culturale che pone al centro il cittadino (sano o malato) con le sue attese e le sue necessità, ha

- investito non solo nelle aree tradizionali, quali quella della prevenzione universale e/o secondaria, ma anche nella promozione della salute ovvero in quel processo orientato, non a prevenire una o più condizioni patologiche, ma a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza (empowerment) che mantenga o migliori il controllo sulla salute;
- previsto fin dalla progettazione il coinvolgimento dei diversi interlocutori, favorendo la crescita delle competenze programmatorie delle risorse professionali messe in campo e, contemporaneamente, ricercato l'integrazione operativa a livello aziendale;
- raccolto la sfida dell'intersettorialità per fornire risposte a problematiche che, pur essendo di forte impatto in termini di salute e di costi socio-economici, erano relativamente nuove o non del tutto condivise nelle strategie e nella disponibilità di evidenze scientifiche a sostegno dell'azione, come il contrasto all'obesità o la prevenzione degli incidenti, oppure richiedevano un salto di qualità nell'integrazione di competenze e strutture come i programmi di screening oncologici;
- sostenuto la cultura della valutazione attraverso l'implementazione e l'uso dei sistemi di sorveglianza e di quelli informativi, quali strumenti per "generare conoscenza", nonché per monitorare lo stato di avanzamento degli interventi programmati e valutare l' impatto degli interventi di prevenzione.

E' però necessario un ulteriore salto di qualità, per fare di questo importante strumento programmatico una vera e propria occasione di cambiamento, in grado di tradurre un atto formale in una strategia di coinvolgimento della popolazione, in tutte le fasce di età, qualunque sia l'etnia di appartenenza e il paese di origine, in azioni che hanno come fine ultimo quello di migliorare lo stato di salute e il benessere dei cittadini. Tutto ciò rischia di apparire del tutto velleitario nelle condizioni socio-economiche in cui versano il Paese e la nostra Regione, se è vero, come ormai dimostra la letteratura, che i tre principali determinanti di salute sono l'istruzione, la disponibilità di risorse economiche e un lavoro adeguato alle proprie competenze; tuttavia siamo convinti che sia compito del Servizio Sanitario Regionale innanzitutto continuare a migliorare il livello qualitativo dei programmi di sanità pubblica attivati, in una logica di appropriatezza e qualità, quindi garantire a tutti i cittadini la possibilità di "accedere" a qualunque azione di prevenzione e promozione della salute sia messa in campo e infine svolgere una vera funzione di stewardship, attivando le risorse che la nostra comunità ancora possiede, a partire dalla capacità di accoglienza e integrazione che fanno parte della nostra tradizione, in uno sforzo comune che ha come obiettivo il miglioramento della salute di tutti.

Questa prima parte del Piano della Prevenzione della Regione Umbria per il 2014-2018 vuole quindi da un lato fornire un'analisi di contesto sufficientemente aggiornata da farci capire quali siano gli attuali e più importanti problemi di salute, dall'altra definire quali siano i programmi prioritari nei quali investire risorse e chiamare la comunità a progettare azioni.

8

9

I PRINCIPI

10

I principi

Il presente Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 si ispira ai seguenti principi:

- il superamento delle diseguaglianze di salute, attraverso la messa a punto di azioni a carattere sistemico, da garantite nel tempo, con l'obiettivo di raggiungere tutti gli abitanti della regione indipendentemente da differenze di genere, etnia, età, grado di istruzione e appartenenza religiosa;
- la centralità dell'individuo, sano o malato, in seno alla propria comunità di riferimento, come elemento intorno al quale costruire le azioni di prevenzione e promozione della salute che sono dettagliate nei progetti;
- la adesione ai macroobiettivi di salute individuati dal PNP 2014-2018 di cui all'intesa Stato-Regioni del 13.11.2014 e la individuazione di programmi, da interpretare come "insieme" di progetti specifici, costruiti sulla base delle migliori evidenze di efficacia, allo scopo di concorrere attraverso azioni intersettoriali al raggiungimento di tutti gli obiettivi centrali del PNP stesso e a quelli individuati come espressione tipica di questo territorio e dei suoi bisogni di salute;
- la scelta dell'approccio di sanità pubblica come l'unico approccio possibile per accettare la sfida della costo-efficacia degli interventi, dell'innovazione e della governance;
- la garanzia dell'intersettorialità delle azioni progettuali attraverso la attivazione, fin dalla fase di progettazione, di tutti i portatori di interesse presenti nelle comunità a cui i progetti si rivolgono, comprese le diverse organizzazioni in seno alle aziende sanitarie della regione;
- lo sviluppo e la implementazione dei sistemi informativi, dei registri e delle sorveglianze come strumenti per rendere fruibile per il cittadino e la comunità la conoscenza sui rischi, sui danni e sugli esiti di salute;
- la cultura della valutazione relativamente ai processi, attraverso la messa a punto di specifici indicatori, nonché agli esiti di salute, attraverso il set di indicatori individuati dal PNP 2014-2018;
- il valore della comunicazione, nelle sue diverse sfaccettature per quanto riguarda target, modalità espressive e tecnologie, interpretata non solo come dovere nei confronti del cittadino e della comunità, ma anche come occasione per aumentarne le competenze e favorirne il coinvolgimento.

12

13

L'ANALISI DI CONTESTO

14

L'analisi di contesto

Il territorio umbro e gli aspetti socio-demografici

La Regione Umbria ha una superficie complessiva di 8.450,47 Kmq, dove insistono 92 Comuni accorpati nelle 2 Aziende sanitarie Locali, a loro volta suddivise in 6 Distretti ciascuna (tab. 1 e fig. 1):

Tabella 1

DISTRETTO	N. Comuni	DISTRETTO	N. Comuni
Distretto del Perugino	3	Distretto di Terni	8
Distretto dell'Assisano	5	Distretto di Foligno	9
Distretto della MVT	8	Distretto di Narni-Amelia	12
Distretto del Trasimeno	8	Distretto di Spoleto	4
Distretto dell'Alto Tevere	8	Distretto di Orvieto	12
Distretto dell'Alto Chiascio	6	Distretto della Valnerina	9
AZIENDA USL Umbria n.1 (n, 6 Distretti)	**38**	**AZIENDA USL Umbria n.2 (n. 6 Distretti)**	**54**

Figura 1



La popolazione che abita un determinato territorio è il principale fruitore delle strutture sanitarie e dei servizi assistenziali e per la salute, le sue caratteristiche determinano e condizionano la domanda di salute e di assistenza; pertanto l'analisi della struttura e dei fenomeni di transizione demografica, che influenzano la corrispondenza dell'offerta dei servizi alla richiesta effettiva della popolazione, è di importanza fondamentale per un'adeguata programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria nella regione.

Dal punto di vista sanitario, la distribuzione territoriale, la struttura della popolazione per età e sesso e il rapporto popolazione attiva e dipendente costituiscono un riferimento essenziale per valutare potenzialità e bisogni.

Le fonti informative utilizzate per descrivere la struttura della popolazione e la dinamica demografica sono costituite dai dati ISTAT riguardanti:

- la popolazione residente al 1° gennaio 2013 per sesso, classe di età, comune e i censimenti ISTAT 1991, 2001 e 2011;
- il bilancio demografico anno 2012 e la popolazione residente al 31 dicembre 2012 per comune;
- la popolazione straniera residente al 31 dicembre 2012 per comune;
- la popolazione residente complessiva e straniera al 2018 per sesso e classe di età secondo le previsioni regionali ISTAT 2011-2065 con base il 1° gennaio 2011.

La struttura della popolazione e la dinamica demografica dei residenti in Umbria, sia nel complesso sia con particolare riguardo alla popolazione straniera, è descritta mediante il confronto con i dati nazionali e con quelli relativi alle regioni

16

della ripartizione territoriale Centro Italia. In particolare, per illustrare la struttura della popolazione sono stati utilizzati i seguenti indicatori:

- la composizione percentuale per grandi classi di età;
- la piramide delle età;
- il rapporto di mascolinità;
- gli indici demografici.

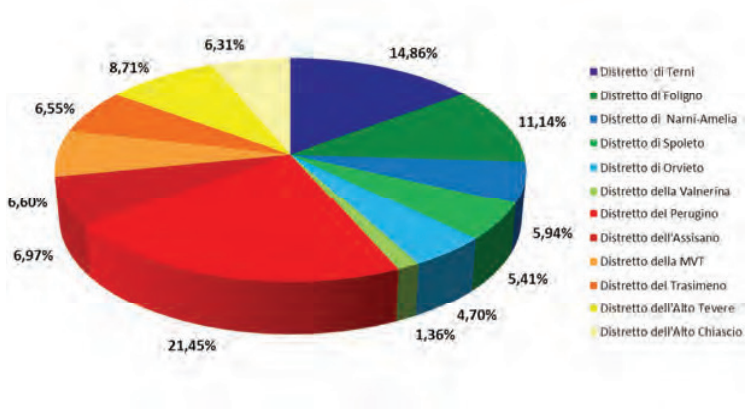
La struttura della popolazione

Al 1° gennaio 2013 la popolazione residente in Umbria è pari a 886.239 abitanti, di cui il 57% residente nei Comuni della USL Umbria n.1 e il 43% nei Comuni della USL Umbria n.2 (tab. 2 e fig. 2).

Tabella 2 - Popolazione residente al 1° gennaio 2013 in Umbria per Distretto e per USL

COMUNI	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE KM. Q.	DENSITA' PER KM. Q.
DISTRETTO - PERUGINO	190.047	551,49	344,61
DISTRETTO - ASSISANO	61.787	384,37	160,75
DISTRETTO - MEDIA VALLE TEVERE	58.452	781,16	74,83
DISTRETTO - TRASIMENO	58.040	777,95	74,61
DISTRETTO - ALTO TEVERE	77.165	987,25	78,16
DISTRETTO - ALTO CHIASCIO	55.860	816,16	68,44
AZIENDA USL Umbria n.1	501.351	4.298,38	116,64
DISTRETTO TERNI	131.625	530,01	248,34
DISTRETTO FOLIGNO	98.695	901,77	109,45
DISTRETTO NARNI-AMELIA	52.606	645,58	81,49
DISTRETTO SPOLETO	47.969	466,41	102,85
DISTRETTO ORVIETO	41.681	775,89	53,72
DISTRETTO VALNERINA	12.031	832,43	14,45
AZIENDA USL Umbria n.2	384.607	4.152,09	92,63
REGIONE	885.958	8.450,47	104,84

Figura 2 - Popolazione residente (%) in Umbria al 1° gennaio 2013 per Distretto



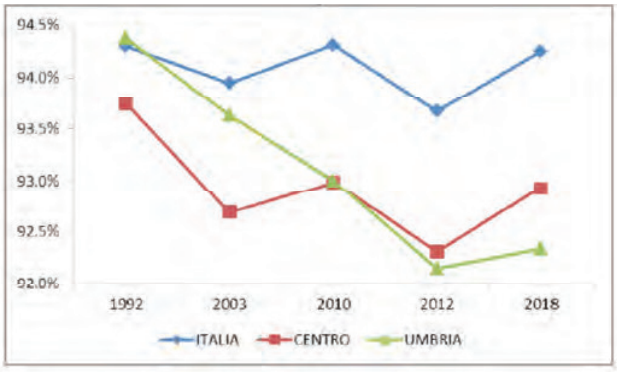
Ad eccezione del 2012, negli ultimi anni la popolazione umbra è caratterizzata da una crescita costante: nel 2011 il numero di abitanti ha subito un incremento dello 0,6% rispetto all'anno precedente (+5.696 residenti), dell'8,6% rispetto al 2003 (+72.276 residenti) e dell'11,7% rispetto al 1992 (+94.985 residenti). I dati relativi al 2012 mostrano invece una flessione del 2,6% nel numero di residenti rispetto all'anno precedente (-23.271 residenti) e dell'1,9% rispetto al 2010 (-17.575 residenti). Tale andamento è da imputarsi alla rilevazione censuaria che ha comportato la cancellazione dalle anagrafi comunali dei residenti non censiti.

Dall'analisi degli indicatori demografici emerge che il 48% della popolazione è di sesso maschile, mentre il 52% è di sesso femminile (tab. 3 e fig. 3).

Tabella 3 - Popolazione residente per sesso al 01/01/2013 (Fonte ISTAT)

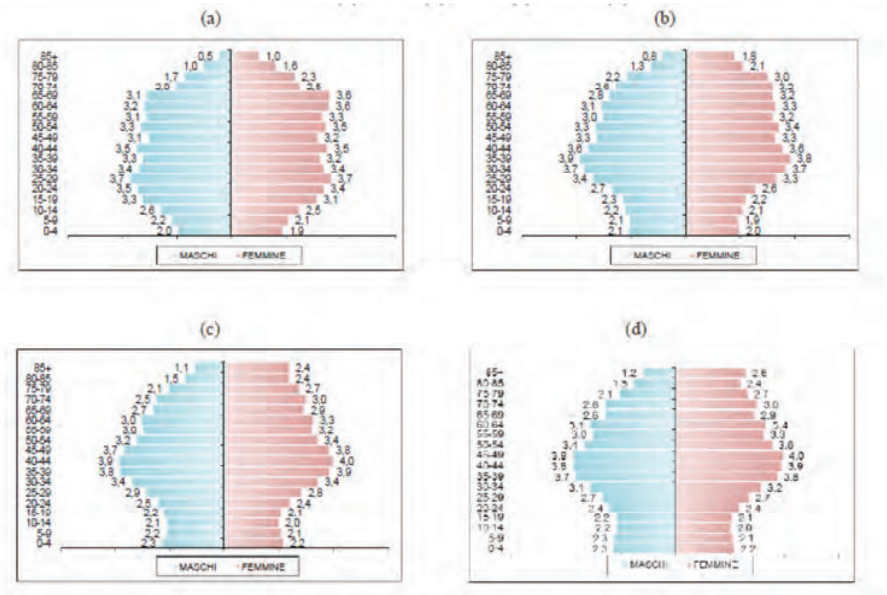
Aziende Sanitarie Regionali	Maschi		Femmine		Totale
	N°	%	N°	%	
USL Umbria n.1	240.805	48,03	260.546	51,97	501.351
USL Umbria n.2	184.161	47,85	200.727	52,15	384.888
Regione Umbria	**424.966**	**47,95**	**461.273**	**52,05**	**886.239**

Figura 3 - Rapporto d mascolinità in Umbria, Centro e Italia – Anni 1992-2012 e previsione 2018



Dal confronto delle piramidi dell'età per gli anni 1992, 2003, 2010 e 2012 (fig. 4) emerge una tendenza al progressivo rovesciamento, dovuto sia all'assottigliamento delle classi di età più giovani sia all'aumento dei soggetti appartenenti alle fasce più anziane della popolazione; tale andamento appare sensibilmente più marcato per il sesso femminile.

Figura 4 - Piramidi dell'età della popolazione residente in Umbria - Anni 1992 (a), 2003 (b), 2010 (c), 2012 (d)



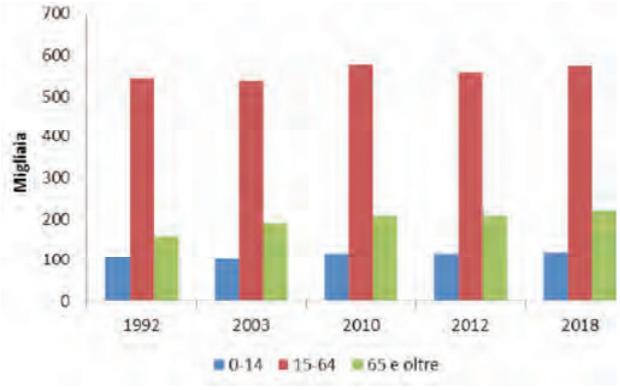
Analizzando la struttura per età della popolazione si osserva che nel 2012 i ragazzi con meno di 15 anni rappresentano il 13% della popolazione umbra, valore tra i più bassi a livello nazionale.

Dalle previsioni demografiche dell'ISTAT 2011-2065, che tuttavia non tengono conto delle risultanze censuarie, emerge che la popolazione umbra è prevista in crescita: rispetto al 2012, nel 2018 si conteranno circa 30.020 residenti aggiuntivi (+3,9%) per un ammontare totale di 917.235 residenti. Il numero dei giovani passerebbe da 115.239 a 121.021 (+5%),

18

quello della popolazione in età lavorativa da 559.413 a 573.773 (+2,6%) e quello degli anziani da 208.563 a 222.441 (+6,7) (fig. 5).

Figura 5 - Serie storiche della composizione per età della popolazione residente umbra.

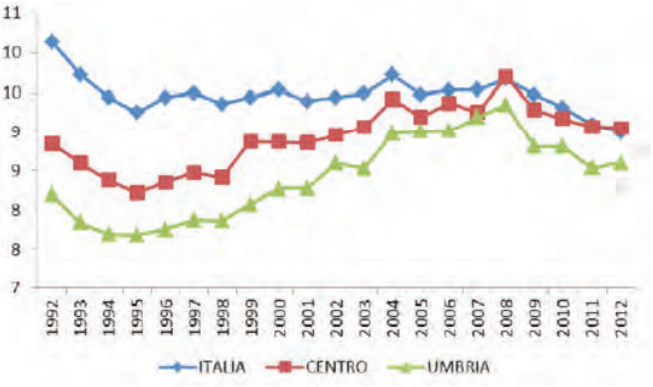


Nell'immediato futuro, dunque, il numero degli anziani è destinato ancora a crescere, sia in valore assoluto che in percentuale, sulla popolazione residente.
In conclusione si può affermare che la struttura demografica della popolazione residente in Umbria si caratterizza per una forte componente di anziani, sostenuta da una minore quota di adulti in età lavorativa e di giovani.

La dinamica demografica della popolazione umbra

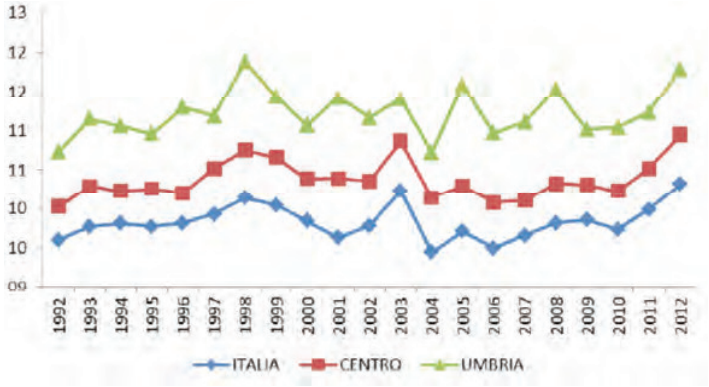
In Umbria continua la contrazione della natalità rispetto al picco raggiunto nel 2008, con un numero di nati nel 2012 pari a 7.596 bambini, 144 nati in meno rispetto all'anno precedente, (-1,9%) e 337 nati in meno rispetto al 2010 (-4,3%). Il tasso di natalità umbro è costantemente inferiore a quello nazionale e a quello dell'Italia centrale, nonostante questi ultimi siano ormai allo stesso livello (fig. 6).

Figura 6 - Tasso di natalità della popolazione residente in Umbria, al Centro e in Italia. Trend 1992-2012.



Per quanto riguarda la mortalità, nel 2012 il numero dei decessi è stato pari a 10.418, con un incremento del 4,8% rispetto al 2011 (9.937) e del 4,7% rispetto al 2010 (9.949) (fig. 7).

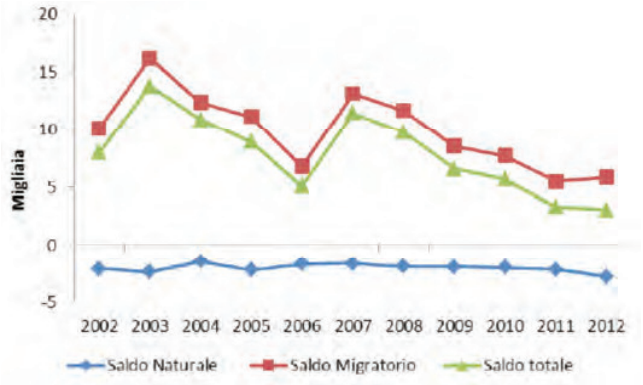
Figura 7 - Tasso di mortalità in Umbria, nel Centro e in Italia. Trend 1992-2012.



Come conseguenza di questi andamenti, il saldo naturale umbro, dato dalla differenza tra il numero dei nati vivi e il numero dei morti, nel 2012 rimane negativo e pari a 2.822 unità.

Nonostante l'andamento negativo dei tassi di crescita naturale, tuttavia, la popolazione umbra continua a crescere in modo costante: l'incremento che si registra è sostenuto essenzialmente dal contributo del saldo migratorio che compensa abbondantemente il valore negativo del saldo naturale (fig. 8).

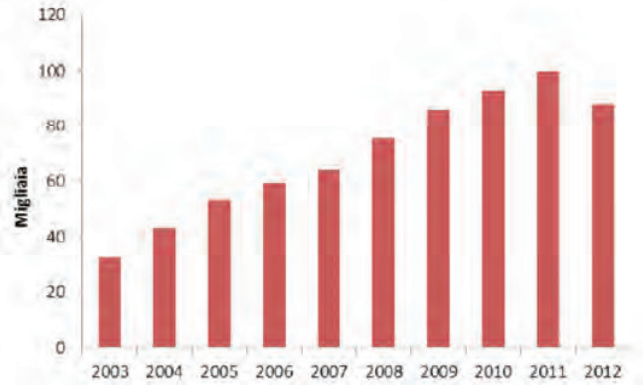
Figura 8 - Saldo naturale, migratorio e totale per l'Umbria. Trend 2002-2012.



Il contributo degli stranieri alla popolazione umbra

Gli stranieri residenti in Umbria al 31 dicembre 2012 sono 88.075, di cui 38.990 maschi e 49.085 femmine. Tra il 2010 e il 2012 si è registrato un calo della popolazione straniera dovuto sostanzialmente all'allineamento delle anagrafi alle risultanze censuarie, che hanno determinato un saldo tra iscrizioni e cancellazioni di cittadini stranieri pari -15.576 (fig. 9).

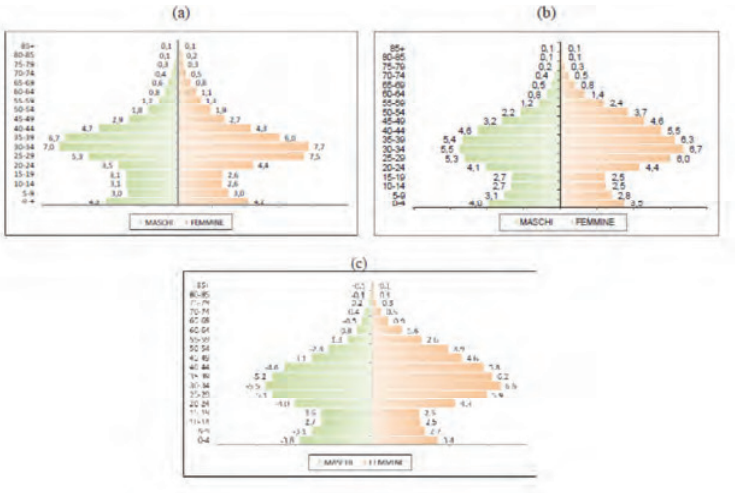
Figura 9 - Popolazione umbra straniera. Anni 2003-2012.



Nel 2012, in Umbria, si registra un totale di 12.748 nuove iscrizioni (per nascita, da altri comuni e all'estero) con un decremento di oltre 1.500 unità circa rispetto al 2010. Il numero delle iscrizioni di stranieri nel 2012 rimane sempre a livelli inferiori rispetto agli anni precedenti: nel 2008 e nel 2009 in Umbria si sono registrate, rispettivamente 17.023 e 14.250 nuove iscrizioni di stranieri.

I dati relativi alla struttura per età della popolazione evidenziano che la gran parte degli stranieri ha un età compresa tra i 15 e i 64 anni: gli stranieri appartenenti alle classi di età delle forze di lavoro sono il 78,7% del totale degli immigrati, mentre i giovani di età inferiore ai 15 anni rappresentano il 18,2%. Tra gli stranieri, gli anziani rappresentano una parte esigua del totale, pari al 0,3% (fig. 10).

Figura 10 - Piramide dell'età della popolazione straniera residente in Umbria. Anni 2003 (a), 2010 (b) e 2011 (c).



Gli indici demografici della popolazione umbra

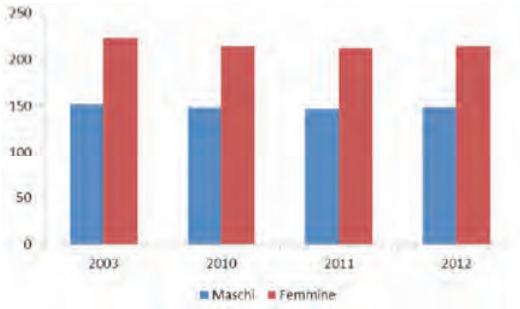
L'aumento della vita media è un fenomeno particolarmente rilevante in Umbria, dove i principali indicatori demografici hanno mostrato negli ultimi decenni un andamento costante orientato verso l'invecchiamento della popolazione. Dall'analisi della struttura per età della popolazione residente, svolta nei paragrafi precedenti, è emerso che in Umbria si assiste ad un assottigliamento delle classi di età in età da lavoro, una sostanziale tenuta di quelle giovanili ed un incremento di quelle anziane.

Questo fenomeno è deducibile anche dall'analisi dell'andamento dei tre principali indicatori demografici di struttura: età media, indice di vecchiaia e di dipendenza senile.

Nel 2012 la popolazione umbra ha in media 45 anni, 43,3 anni per gli uomini, 46,5 per le donne.

L'invecchiamento della popolazione umbra è inoltre osservabile dall'analisi dell'indice di vecchiaia, ovvero dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni (fig. 11), che risulta pari a 181% e in aumento rispetto all'anno precedente, quando si attestava a 178,8%.

Figura 11 - Indici di Vecchiaia. Umbria 2003, 2010, 2011 e 2012.



Rispetto al dato nazionale, il rapporto tra giovani e anziani in Umbria si rivela molto più sfavorevole per i minori di quindici anni di quanto accada sia a livello nazionale, dove ogni 100 giovani si osservano 147 ultra sessantacinquenni, sia in Italia centrale, dove l'indice di vecchiaia si attesta al 162%.

L'indice di dipendenza senile, ovvero il rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni e la popolazione attiva (15-64 anni) nel 2012 si attesta al 37,3%, con un incremento di 1,3% rispetto a quello osservato nel 2011 e di 1,1% rispetto a quello del 2010.

Il rapporto tra il numero degli anziani e la popolazione in età lavorativa in Umbria è mediamente più elevato rispetto a quello delle regioni dell'Italia centrale, pari al 33,1%, e soprattutto rispetto a quello nazionale, pari al 31,3%.

L'indice di invecchiamento quantifica la percentuale di persone con un'età ≥ a 65 anni sul totale della popolazione ed è quindi un indicatore di sintesi particolarmente importante per stimare i bisogni assistenziali della popolazione.

I dati del sistema di sorveglianza Passi d'Argento forniscono ulteriori preziose informazioni sulla quota anziana della popolazione. I dati riferiti al 2012-2013 evidenziano che il 67% degli ultra65enni ha un basso livello di scolarità o nessun titolo di studio e circa il 60% ha difficoltà economiche.

Un invecchiamento attivo e in buona salute è influenzato da diversi fattori personali, sociali, economici e ambientali che agiscono durante tutto il corso della vita e determinano, con il progredire dell'età, l'accentuarsi delle differenze individuali legate allo stato di salute e al benessere complessivo della persona. La popolazione con 65 anni e più non è pertanto un gruppo omogeneo, ma appare costituita da persone con caratteristiche, potenzialità e bisogni socio-sanitari estremamente diversi. Nell'indagine PASSI d'Argento si è sperimentata, pertanto, per la prima volta, una suddivisione della popolazione con 65 anni e più i n quattro sottogruppi di persone:

- in buona salute a basso rischio di malattia cronico-degenerativa;
- in buona salute ma a rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità;
- a rischio di disabilità;
- con disabilità.

Questi sottogruppi permettono un'identificazione delle priorità di intervento più funzionale per la programmazione e la valutazione delle strategie messe in atto dai servizi del settore sociale e sanitario e dall'intera società civile; ciascun sottogruppo identifica, infatti, target di interventi specifici che vanno dalle azioni di prevenzione terziaria per le persone con disabilità, alle azioni di prevenzione primaria per le persone a rischio di malattia e fragilità, alle azioni di valorizzazione e protezione sociali trasversali a tutti i sottogruppi.

Per l'identificazione dei sottogruppi si è partiti da una definizione di salute come dimensione bio-psico-sociale, nella quale la dimensione soggettiva è fondamentale, e si è valutata l'autonomia che le persone hanno nelle attività della vita quotidiana:

- attività di base della vita quotidiana o Activities of Daily Living (ADL) come ad esempio mangiare, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra;
- attività strumentali della vita quotidiana o Instrumental Activities of Daily Living (IADL) come, ad esempio usare il telefono, cucinare, prendere le medicine.

Il 39% delle persone risulta in buona salute e a basso rischio di malattia cronico-degenerativa e il 21% è in buona salute ma a più alto rischio di malattia cronico-degenerativa e fragilità; il 19% risulta avere limitazioni in una o più attività di base della vita quotidiana ADL. Circa 1 persona con più di 65 anni su 2 (49%) non ha problemi a svolgere attività della vita quotidiana.

22

Stili di vita e condizioni di rischio

Stato nutrizionale, abitudini alimentari e attività fisica

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute; in particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie croniche non trasmissibili, riduce la durata della vita e ne peggiora la qualità.

Lo stato nutrizionale si misura comunemente attraverso l'indice di massa corporea (IMC), dato dal rapporto del peso (in Kg) ed il quadrato dell'altezza (in metri).

Nei bambini

Secondo i dati OKkio alla Salute 2012, complessivamente il 34% dei bambini umbri presenta un eccesso ponderale (il 2,4% in condizioni di obesità severa, il 6,5% obeso, il 25,6% sovrappeso), senza differenze tra maschi e femmine.

La nostra Regione presenta valori di sovrappeso maggiori di quelli nazionali e valori di obesità leggermente inferiori.

In Umbria sono molto diffuse fra i bambini abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Solo il 65% dei bambini, infatti, fa una colazione qualitativamente adeguata (secondo l'INRAN è considerata adeguata la prima colazione che fornisce un apporto equilibrato di carboidrati e proteine); l'8% non fa colazione e il 27% non la fa qualitativamente adeguata.

Laddove viene distribuita nelle classi una merenda di metà mattina, solo una piccola parte di bambini (19%) consuma una merenda adeguata di metà mattina, ovvero una merenda contenente circa 100 calorie, che corrispondono in pratica a uno yogurt o a un frutto o a un succo di frutta senza zuccheri aggiunti. La maggior parte dei bambini (79%) fa una merenda inadeguata e il 2% non la fa per niente. Le bambine in genere fanno una merenda più adeguata.

Per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura, solo 1 bambino su tre consuma la frutta 2-3 volte al giorno e solo 1 bambino su 5 consuma verdura 2-3 volte al giorno.

Inoltre il 43% dei bambini assume bevande zuccherate una o più volte al giorno, più i maschi, mentre è meno diffuso il consumo di bevande gassate (8%); in ogni caso il consumo di tali bevande aumenta al diminuire della scolarità della madre.

Un'adeguata attività fisica, associata ad una corretta alimentazione, può prevenire il rischio di sovrappeso nei bambini. Si consiglia che i bambini facciano attività fisica moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora; questa attività non deve essere necessariamente continua ed include tutte le attività motorie quotidiane.

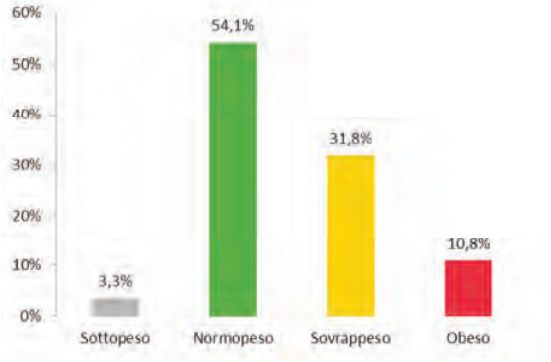
I dati OKkio alla Salute 2012 evidenziano che in Umbria i bambini fanno abbastanza attività fisica, ma non ancora ai livelli raccomandati: solo 1 bambino su 10 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età e 1 bambino su 9 risulta fisicamente inattivo (se non ha svolto almeno 1 ora di attività fisica il giorno precedente all'indagine, cioè, attività motoria a scuola e attività sportiva strutturata e ha giocato all'aperto nel pomeriggio), maggiormente le femmine (14%) rispetto ai maschi (11%) e i bambini che vivono in aree con più di 50.000 abitanti.

E' molto diffuso tra i bambini il trascorrere molto tempo a guardare la televisione e giocare con i videogiochi. Rispetto alle raccomandazioni, molti bambini, soprattutto maschi, eccedono ampiamente nell'uso della TV e dei videogiochi (38% più di 2 ore al giorno), in particolare nel pomeriggio, quando potrebbero dedicarsi ad altre attività più salutari, come i giochi di movimento o lo sport o attività relazionali con i coetanei. Queste attività sedentarie sono sicuramente favorite dal fatto che ben la metà dei bambini dispone di un televisore in camera propria (47%). Tutti questi fattori fanno sì che poco più della metà dei bambini, di fatto ottemperi alle raccomandazioni sul tempo da dedicare alla televisione o ai videogiochi (meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi).

Negli adulti

In Umbria i risultati dell'indagine del sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), relativi al quadriennio 20010-2013, mostrano che circa quattro adulti su dieci, tra i 18 e i 69 anni, sono in eccesso ponderale (IMC≥25) (fig. 12).

Figura 12 - Stato nutrizionale. Regione Umbria 2010-13 (n=5.558)



Questa condizione cresce in modo rilevante con l'età ed è più frequente negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e, per le donne, tra coloro che dichiarano maggiori difficoltà economiche.

E' bene considerare anche la percezione che la persona ha del proprio peso, in quanto condiziona un eventuale cambiamento nello stile di vita: degli intervistati sovrappeso/obesi, ben il 26% delle donne e il 52% degli uomini ritiene giusto il proprio peso.

Poco più della metà delle persone in eccesso ponderale dichiara di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da un medico o da un altro operatore sanitario ma solo il 21% ha riferito di seguire una alimentazione ad introito calorico controllato. In particolare la proporzione di persone con eccesso ponderale che segue una dieta è significativamente più alta nelle donne, negli obesi, in coloro che ritengono il proprio peso "troppo alto" e in quelli che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso.

Desta tuttavia preoccupazione la percentuale di coloro che dichiarano un aumento di peso di almeno 2 Kg nell'ultimo anno, pari a quasi un quarto degli intervistati, specialmente se si considera che tale aumento è stato dichiarato soprattutto dalle persone risultate già in eccesso ponderale.

I cardini della lotta al sovrappeso/obesità risiedono nella corretta alimentazione e nell'attività fisica. Se si considera uno dei pilastri di una sana alimentazione, cioè un adeguato consumo di vegetali, si vede che in Umbria solo il 7% degli intervistati PASSI assume almeno le 5 porzioni di frutta e verdura previste dalle Raccomandazioni Internazionali (fig. 13). La stessa percentuale si riscontra negli anziani, come attesta l'indagine PASSI d'Argento (fig. 14).

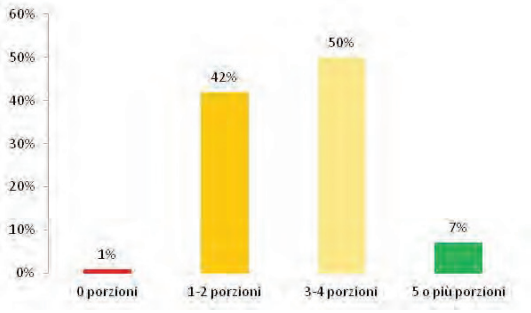
Figura 13 - Consumo di frutta e verdura

PASSI Umbria 2010-13



Figura 14 - Consumo di frutta e verdura

PASSI d'Argento Umbria 2012-13



Per quanto riguarda l'attività fisica, ben il 22% della popolazione umbra tra i 18-69 anni risulta sedentaria, condizione che aumenta con l'età ed è più diffusa tra le donne, nelle persone con basso livello di istruzione e con maggiori difficoltà economiche (tab. 4).

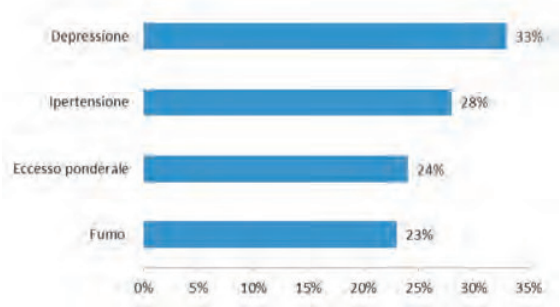
24

Tabella 4 - Attività fisica - Regione Umbria - PASSI 2009-12 (n=5.622)

Livello di attività fisica	*% (IC95%)*
Attivo *lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)*	*35,3 (34,0-36,6)*
Parzialmente attivo *lavoro pesante, qualche attività fisica nel tempo libero, ma non raggiunge i livelli raccomandati*	*43,1 (41,8-44,4)*
Sedentario *non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero*	*22,6 (20,5-22,6)*

Per leggere il fenomeno nel complesso è importante evidenziare come lo stile di vita sedentario si associ spesso ad altre condizioni di rischio quali l'eccesso ponderale, l'ipertensione, la depressione e l'abitudine al fumo (fig. 15).

Figura 15 - Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio. Regione Umbria PASSI 2010-13



Da sottolineare, tuttavia, che in Umbria la percentuale di sedentari risulta significativamente inferiore rispetto la media nazionale e mostra una tendenza alla diminuzione nell'intero periodo osservato (fig. 16).

Figura 16 – Sedentari. Prevalenze per regione di residenza. Pool di ASL 2010-2013



Negli anziani

Nelle persone con 65 anni e più possono manifestarsi problemi nutrizionali secondari tanto agli eccessi quanto alle carenze alimentari. In particolare, l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti (dismetaboliche, cardiovascolari, osteo-articolari) e influisce negativamente sulla qualità della vita della persona.

L'indagine 2012-2013 del sistema di sorveglianza PASSI d'Argento, su un campione di 1453 anziani, mostra che il solo il 38% degli intervistati risulta normopeso e ben il 60% è in eccesso ponderale (45% in sovrappeso, 15% obeso).
Nelle persone anziane una regolare attività fisica protegge da numerose malattie, previene le cadute e migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico. Tuttavia l'attività motoria può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto in là con l'età e con difficoltà nei movimenti. Per questo, l'indagine PASSI d'Argento adotta un sistema di valutazione dell'attività fisica (Physical Activity Score in Elderly: PASE) che tiene conto delle diverse esigenze della popolazione anziana e prende in considerazione le attività sportive, quelle ricreative (ginnastica e ballo), i lavori domestici e di giardinaggio.
Non esistono degli standard universalmente accettati per valutare il grado di attività delle persone anziane misurabili con il punteggio PASE, vista anche la grande variabilità delle loro condizioni di salute. Per ovviare a ciò, sono state costruite, a partire dalla banca dati del pool nazionale, sei curve percentili che rappresentano l'attività svolta dagli intervistati in base alla fascia d'età e al sesso. in Umbria circa la metà delle persone con più di 65 anni ha un livello di attività fisica (punteggio PASE) inferiore al 50° percentile e il 15% inferiore al 25° percentile.

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e di quello cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura.
In Umbria i dati PASSI relativi al quadriennio 2010-2013 mostrano che il 31% degli intervistati è fumatore, mentre il 21% si dichiara ex fumatore e solo il 48% è non fumatore. Nonostante l'aumento dell'abitudine al fumo nelle donne, i fumatori prevalgono tra i gli uomini (34% vs 28% delle donne).
L'abitudine al fumo è risultata più alta nei 18-34enni, nelle persone con una scolarità media-inferiore (37%) e in quelle con molte difficoltà economiche riferite (39%).
I fumatori abituali (29%) hanno dichiarato di fumare in media 12 sigarette al giorno, tra questi, il 24% ne fuma più di 20 (forte fumatore).
Purtroppo l'Umbria è tra le regioni con più alta prevalenza di fumatori, assieme al Lazio e alla Campania (fig. 17).

Figura 17 – Fumatori. Prevalenze per regione di residenza. Pool di ASL 2010-13



La prevalenza di ex fumatori è più elevata tra i 50-69enni e tra gli uomini. Non sono emerse differenze per livello di istruzione, difficoltà economiche riferite e cittadinanza. L'analisi per genere mostra inoltre per le donne un significativo aumento della condizione di ex fumatrice con l'aumentare dell'età e del livello di istruzione.
Nella popolazione anziana le conseguenze negative del tabagismo aumentano: le principali cause di mortalità correlate al fumo nelle persone con 60 anni e più sono il tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva. Dall'indagine PASSI d'Argento emerge che l'8% del campione è fumatore è il 31% ex fumatore e il 61% è non fumatore.
In merito alla tutela da fumo passivo l'indagine Passi cerca di stimare il rispetto del divieto di fumo, previsto nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro.

26

Nel periodo 2010-2013 più dell'80% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici e nei luoghi di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre. Il 70% degli intervistati dichiara di non fumare nella propria abitazione, percentuale che sale all'82% nel caso di convivenza con minori di 15 anni.
Il quadro complessivo presentato è aggravato dal fatto che solo poco più della metà dei fumatori hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari decisamente migliorabile. Da sottolineare che solo quattro fumatori su dieci hanno tentato di smettere di fumare e risulta veramente esiguo il ricorso al sostegno specialistico offerto dalla aziende sanitarie.

Il consumo di alcool

A livello globale, i dati forniti dall'Oms nel *Global status report on alcohol and health 2011* evidenziano la responsabilità dell'alcol in oltre 2,5 milioni di decessi annui, con un'incidenza maggiore tra le generazioni più giovani e la popolazione dei Paesi in via di sviluppo.
In Italia il consumo a rischio di alcol è un fenomeno che interessa oltre 8 milioni di persone, mentre sono più di 4 milioni quelli che rientrano nella categoria dei binge drinker ossia coloro che almeno una volta nel corso dell'ultimo anno hanno consumato più di 6 unità di bevande alcoliche in un'unica occasione.
Il rapporto Istisan 2012 "*Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia*" delinea un situazione ambivalente, in cui da un lato si osserva la sostanziale stabilità nell'uso moderato di alcolici collegato ai pasti, dall'altro si evidenzia il fenomeno oramai consolidato dei consumatori fuori pasto, con età prevalentemente compresa tra i 18 e i 44 anni (soprattutto tra i maschi). In questa classe di età e tra gli 11-17enni è aumentato nel tempo il consumo a rischio, con una quota di giovanissime consumatrici che nel corso degli ultimi quindici anni è triplicata.
Dai dati del sistema di sorveglianza PASSI 2010-2013 si evidenzia che il 59% degli intervistati in Umbria dichiara di essere bevitore, ossia di aver consumato negli ultimi 30 giorni almeno un'unità di bevanda alcolica.
Il 17% degli intervistati può essere classificato come consumatore di alcol a maggior rischio come descritto nella tabella 5.

Tabella 5 - Consumo alcolico a maggior rischio (ultimi 30 giorni). Regione Umbria – 2010-2013

Consumo a maggior rischio*	***17,4%***
- ***Consumo abituale elevato*** **	3,1%
- ***Consumo fuori pasto***	8,4%
- ***Consumo binge*****	8,7%
** consumo abituale elevato e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore binge.* *** più di 2 unità alcoliche in media al giorno per gli uomini e più di 1 per le donne* **** chi negli ultimi 30 giorni ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne)*	

Il consumo di alcol a maggior rischio è associato in maniera statisticamente significativa alla giovane età (18-34 anni) e al sesso maschile, senza un particolare gradiente socio-economico.
Il dato umbro è il linea con il valore medio italiano.
Dall'indagine umbra risulta una scarsa attività di counseling da parte dei medici e degli altri operatori sanitari rispetto al consumo di alcol dei propri assistiti: solo pochi bevitori a rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico un consiglio di bere meno.
La fascia di popolazione con 65 anni e più è ad elevata vulnerabilità rispetto all'alcol: con l'età, infatti, la sensibilità agli effetti dell'alcol aumenta in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo. L'indagine PASSI d'Argento mostra che il 44% delle persone anziane consumano alcolici. Il consumo è maggiore negli uomini rispetto alle donne (63% vs 30%). Considerando l'età, la percentuale dei consumatori passa da 49% nella classe di età 65-74 anni al 39% in quella delle persone con 75 anni e più. Il 16% delle persone con 65 anni e più che consumano alcol è un bevitore a rischio, ovvero consuma più di una unità alcolica al giorno, tuttavia solo il 10% di questi hanno ricevuto il consiglio di smettere di bere da parte di un medico o di un operatore sanitario.

Gli incidenti stradali e domestici

Gli incidenti stradali sono un fenomeno molto complesso da governare in quanto i determinanti che intervengono nella loro genesi sono i più diversi; non a caso tra gli addetti ai lavori si parla di sistema "uomo-ambiente-veicolo", per indicare sinteticamente le principali aree critiche interessate.

A partire dal 2011 è stata inaugurata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite e dalla Commissione Europea la nuova decade di iniziative per la Sicurezza Stradale 2011-2020, l'obiettivo fissato per il 2020 consiste nell'ulteriore dimezzamento dei morti sulle strade in Europa e nel mondo. Tra gli altri obiettivi c'è anche il miglioramento della sicurezza dei veicoli e delle infrastrutture e la sensibilizzazione degli utenti della strada a comportamenti corretti e responsabili.

Nel 2012 in Umbria, secondo l'ISTAT, si sono verificati 2.358 incidenti stradali (> 6 ogni giorno) con un tasso di mortalità di 56,4 per milione di abitanti (43,8 nella provincia di Terni, 60,8 nella provincia di Perugia). Gli incidenti avvenuti nella nostra regione rappresentano l'1,3% del totale nazionale; rispetto al 2011, anche nella nostra regione si riscontra una riduzione del numero di incidenti, di morti e di feriti. Nel 2012, inoltre, l'Umbria ha raggiunto l'obiettivo fissato dal Libro Bianco UE (- 50% dei morti): il numero dei morti in incidenti stradali nel 2012 è meno della metà di quello del 2001 (-57,3%).

I morti in incidenti stradali nel 2012 in Umbria 37, 34 maschi e 3 femmine; per i maschi, la classe di età in cui si registra il maggior numero di decessi è quella compresa tra i 30 e i 44 anni, seguita dalle fasce di età sopra i 65 anni e tra i 25 e i 29 anni (il 47% dei morti e tra i 25 e i 44 anni). Nelle femmine i livelli di mortalità sono molto più contenuti di quelli dei maschi (con proporzione di 1 su 10 in termini assoluti), i decessi si sono verificati tra i 18 e i 24 anni e tra i 45 e i 54 anni. Per quanto riguarda i feriti in incidenti stradali, la classe di età nella quale si registra la frequenza più elevata, per entrambi i sessi, è quella tra i 30 e i 44 anni, seguita dalla quella tra i 45 e i 54 anni e quella oltre i 65 anni. Gli uomini risultano, ad ogni modo, più penalizzati delle donne sia fra i morti sia fra i feriti.

Il 69% degli incidenti si verifica in Umbria sulle strade urbane e il restante 31% su quelle extraurbane (Statali, Regionali, Provinciali fuori dell'abitato, Comunali extraurbane, Autostrade e Raccordi).

La maggior parte dei morti e dei feriti in incidente stradale (74% e 69% rispettivamente) sono i conducenti dei veicoli coinvolti, in misura molto minore le persone trasportate (14% dei morti e 23% dei feriti), i pedoni (12% dei morti e 9% dei feriti). Tuttavia, l'indice di gravità (ovvero il rapporto tra il numero dei morti e il numero totale dei morti e dei feriti x 100), che in media risulta pari a 1,4 morti per 100 infortunati, è più alto (indice =2) per i pedoni, utenza debole della strada, e per i conducenti (indice =1,6) mentre si riduce a 0,9 per le persone trasportate.

Analogamente al resto d'Italia, in Umbria i comportamenti errati alla guida (guida distratta, velocità troppo elevata e mancato rispetto delle regole di precedenza) sono stati le principali cause d'incidente, rappresentando da soli il 49% degli incidenti.

Il sistema di sorveglianza basato sui dati di accesso al Pronto Soccorso (PS), pienamente attivo in Umbria dal 2010, prevede in caso di pazienti in arrivo al PS per trauma da incidente stradale, l'obbligo per il personale sanitario di raccogliere una serie di informazioni rispetto al ruolo dell'incidentato, alla controparte coinvolta, al luogo e alla dinamica dell'incidente e alle protezioni in uso.

Nel 2012 in Umbria si sono verificati 10.300 accessi per incidente stradale al pronto soccorso (PS) con un tasso di incidenza di 1166 casi per 100.000 ab/anno, leggermente inferiore rispetto alla media nazionale; il 4% è stato ricoverato in reparti di degenza (fig. 18 e tab. 6).

I feriti ricoverati per incidente stradale nei territori delle Aziende USL Umbria 1 e USL Umbria 2 sono rispettivamente il 40,8% ed il 59,2 % del totale regionale; questo dato mostrerebbe conseguenze sulla salute più gravi nel territorio dell'USL Umbria 2 rispetto al territorio dell'USL Umbria 1.

Per quanto riguarda la classi di età, la tipologia di infortunato e il luogo in cui si verificano gli incidenti i dati di accesso al PS sono in linea con quelli rilevati dall'ISTAT.

Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida sotto l'effetto dell'alcol. A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale e strutturale, sono riconosciute come azioni di provata efficacia il controllo della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini).

28

Figura 18 - Ripartizione degli accessi al PS per incidente stradale in Umbria per ex ASL e Azienda Ospedaliera Anno 2012

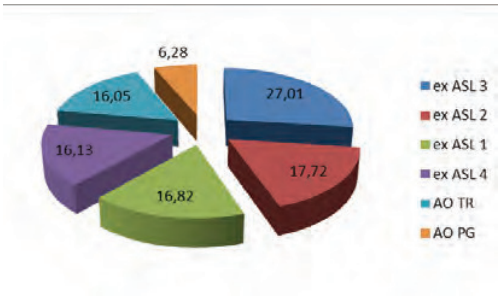


Tabella 6 - Esiti degli accessi al PS per incidente stradale negli ospedali umbri - Anno 2012

Esito dell'accesso	***N. casi***	***Percentuale %***
Missing	*106*	*1,0*
Non noto	*284*	*2,8*
Dimessi (a domicilio)	*6905*	*67,0*
Rifiuta ricovero	*286*	*2,8*
Astanteria	*2226*	*21,6*
Ricoverato	*415*	*4,0*
Trasferito	*73*	*0,7*
Obitorio	*5*	*0,1*
Totale	***10.300***	***100,00***

Secondo i dati PASSI, nel quadriennio 2010-2013 in Umbria l'8% dei conducenti, soprattutto uomini, riferisce di aver guidato un'auto o una moto negli ultimi 30 giorni prima dell'intervista sotto l'effetto dell'alcol (cioè dopo aver bevuto due o più unità alcoliche standard un'ora prima di mettersi alla guida), mentre il 6% degli intervistati dichiara di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.
Considerando poi i giovani tra 18 e 21 anni, il 4% dichiara di aver guidato dopo aver bevuto, rischiando di incorrere in una sanzione certa, indipendentemente dal livello di alcolemia effettivamente accertata, poiché in questa fascia d'età la soglia legale di alcolemia consentita è pari a zero.
I controlli sistematici con etilotest risultano ancora poco diffusi: il 41% di coloro che hanno dichiarato di aver guidato un'auto o una moto negli ultimi 12 mesi ha riferito di aver subito un controllo da parte delle forze dell'ordine ma tra questi solo il 13% riferisce di essere stato sottoposto a etilotest.
Per quello che riguarda l'uso dei dispositivi di sicurezza, dai dati dei bilanci di salute effettuati dai pediatri di base relativi al periodo 2012-2013 emerge una maggiore consapevolezza dell'utilità e del corretto utilizzo di tali dispositivi (circa l'80% dei genitori fornisce la risposta corretta), anche se tale informazione viene raccolta soltanto quando il bambino è sotto l'anno di età.

Ogni anno si verificano in Italia fra i tre e i quattro milioni di incidenti domestici. I gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono bambini e anziani, con conseguenze rilevanti in termini di ricoveri, disabilità e mortalità. Tra gli incidenti domestici, le cadute rappresentano la voce più importante il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano. Il problema è particolarmente rilevante non solo per la frequenza e per le conseguenze di ordine traumatico, ma anche per le ripercussioni sul benessere psicologico della persona: anche la sola insicurezza legata alla paura di cadute può determinare una riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali con progressivo isolamento sociale.

Nei bambini

I dati rilevati attraverso bilanci di salute dai pediatri relativi al biennio 2012-2013 mostrano un miglioramento delle conoscenze da parte dei genitori rispetto ad alcuni rischi presenti in ambiente domestico.

Poco più del 6% dei bambini ha avuto un incidente (in casa o all'aperto) nel terzo anno di vita dei quali la metà ha determinato un accesso al PS; la tipologia di incidente prevalente è il trauma (92%).

Negli anziani

Le cadute negli anziani riconoscono diverse cause quali patologie predisponenti (patologie neurologiche), rischi connessi all'ambiente domestico (pavimenti e scalini sdrucciolevoli, scarsa illuminazione, presenza di tappeti), assunzione di alcune categorie di farmaci (antipertensivi, antidepressivi, ipnotici/sedativi).

Anche le disabilità percettive legate a vista e udito costituiscono un importante fattore di rischio per le cadute; l'OMS stima che a livello mondiale circa il 65% delle persone affette da patologie oculari siano ultracinquantenni e la percentuale è destinata ad aumentare con l'invecchiamento della popolazione pregiudicando l'autonomia delle persone più anziane ed esponendole a un maggior rischio di cadute accidentali. La maggior parte delle patologie oculari correlate all'età (glaucoma, degenerazione maculare senile, retinopatia diabetica e cataratta) sono prevenibili ed è, pertanto, di fondamentale importanza una strategia di salute pubblica che contempli la sorveglianza, l'educazione sanitaria della popolazione, il coordinamento degli screening, la diagnosi e la terapia.

Secondo i dati PASSI d'Argento 2012-2013 circa 1 persona su 5 con più di 65 anni riferisce di avere problemi di vista o di udito, più frequenti nelle donne, nelle persone con livello di istruzione basso e con difficoltà economiche.

Il sistema PASSI d'Argento registra una frequenza di caduta del 9% sopra i 65 anni di età; la maggior parte delle cadute sono avvenute in casa (60%), ma anche in strada e in giardino (11% e 17%). Tra le persone cadute, circa l'8% è stato ricoverato per più di un giorno a seguito della caduta. La maggior parte delle persone cadute (89%) non usa misure anticaduta in casa e solo il 16% degli intervistati ha ricevuto consigli da parte del medico o di un altro operatore su come evitare di cadere.

30

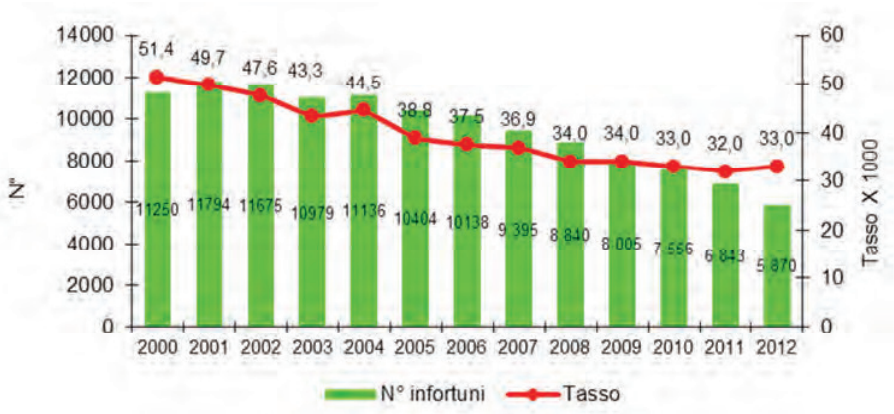
Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

Il contesto di crisi sociale ed economica sta amplificando i rischi per la salute nei luoghi di lavoro**.** La lettura del fenomeno infortunistico[1] dimostra in Umbria una costante e significativa diminuzione del numero di infortuni denunciati[2] all'INAIL che nel 2013 sono stati 12.737 contro i 13.182 del 2012 (-3,4% contro il dato italiano di -6,8%) (tab. 7); anche gli infortuni con definizione INAIL positiva si sono ridotti sensibilmente (da 8730 nel 2012 a 7860 nel 2013)[3]. Al contrario, la frequenza degli infortuni (tasso di infortunio), dopo un significativo decremento fra il 2000 e il 2008 e un lieve ulteriore calo fino al 2011, nel 2012 ha ricominciato ad aumentare (fig. 19). Deve essere inoltre sottolineato che oramai da molti anni la frequenza di infortunio dell'Umbria è fra le più elevate d'Italia (fig.20). Le caratteristiche della struttura produttiva umbra, quali l'elevata prevalenza di micro e piccole imprese e la specializzazione in settori non tecnologicamente avanzati come l'agricoltura e l'edilizia, determinano maggiori difficoltà nell'applicazione delle norme, scarsità di investimenti per la sicurezza, scarsa possibilità di intervento delle figure della sicurezza (RLS, RSPP e Medico competente) e minor efficacia delle attività di vigilanza e spiegano in parte questo primato negativo rispetto al fenomeno degli infortuni sul lavoro.

Tabella 7 - Infortuni denunciati Umbria/Italia 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Umbria	16990	16766	15254	13182	12737
Italia	877940	871356	817697	745383	694648
Variazione % dall'anno precedente UMBRIA		-1,3	-9,0	-13,6	-3,4
Variazione % dall'anno precedente ITALIA		-0,7	-6,2	-8,8	-6,8

Figura 19 - Tasso di infortunio (settore industria e servizi), Umbria 2000-2012

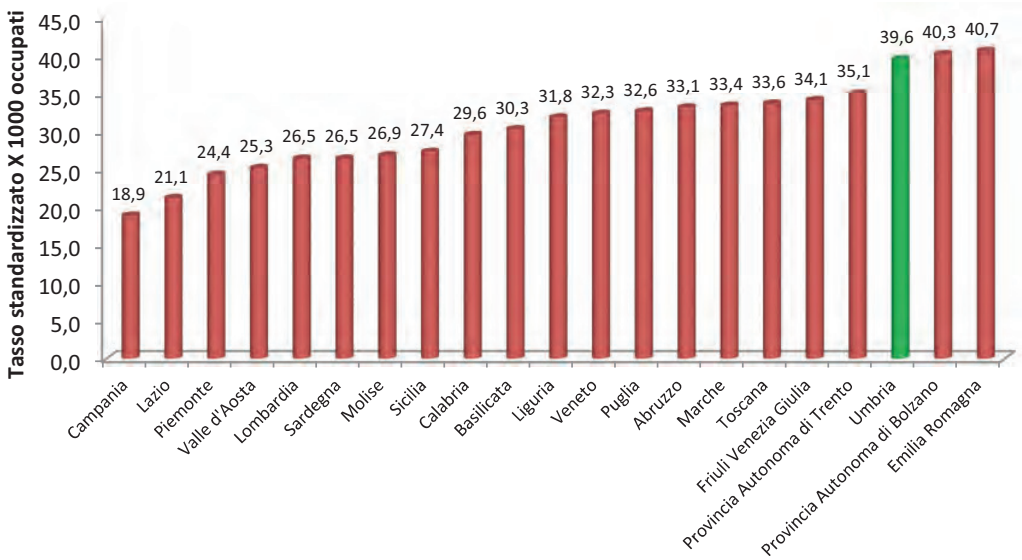


[1] I dati presentati sono aggiornati all'anno 2012 e dove possibile al 2013, estratti in gran parte dalla banca dati dei Flussi Informativi INAIL-Regioni 2014 e in parte dal rapporto annuale INAIL 2013 e dalla banca dati INAIL on-line.

[2] **Infortunio denunciato** - Infortunio sul lavoro o *in itinere* di cui l'INAIL è venuto a conoscenza attraverso formale denuncia di infortunio o per segnalazione dei pronto-soccorso.

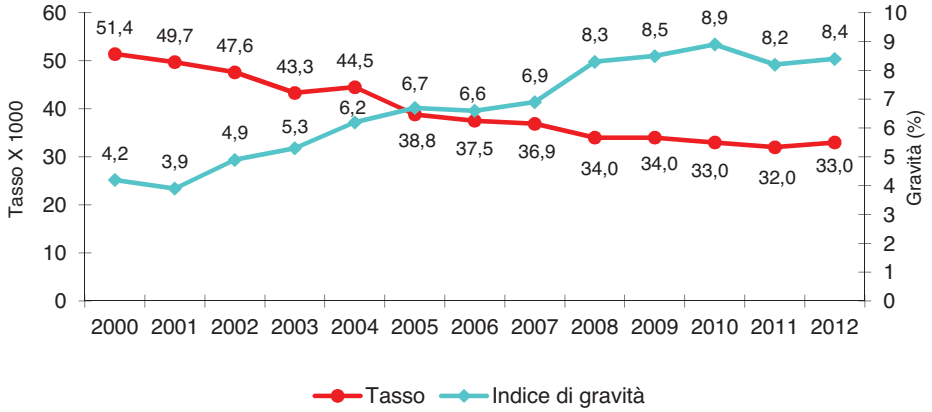
[3] **Infortunio definito positivamente** - Infortunio sul lavoro denunciato all'INAIL e da questo definito al termine dell'iter amministrativo, con indennizzo per inabilità temporanea, per inabilità permanente, per morte o regolari senza indennizzo (casi estranei, per motivi diversi, all'ambito della tutela assicurativa), esclusi gli infortuni cosiddetti "negativi.

Figura 20 - Tasso di infortunio per regione (settore industria e servizi), 2011



L'analisi del fenomeno infortunistico mostra un'altra criticità, comune a molte regioni italiane: la riduzione del numero di infortuni è meno marcata per gli infortuni di elevata gravità, incrementando la forbice fra tasso di infortunio, pressoché costante, e indice di gravità[4], che invece tende ad aumentare, probabilmente per la tendenza a sotto-notificare gli infortuni di minore gravità, segnalandoli come malattia comune e per la diffusa irregolarità dei rapporti di lavoro (fig. 21). Il fenomeno delle "morti bianche", così come quello degli infortuni di maggiore gravità, negli ultimi anni non accenna a diminuire; anzi, nel 2013 con 21 infortuni mortali, di cui 18 in occasione di lavoro e 3 in itinere, sembra di evidenziare una nuova tendenza all'aumento (fig. 22).

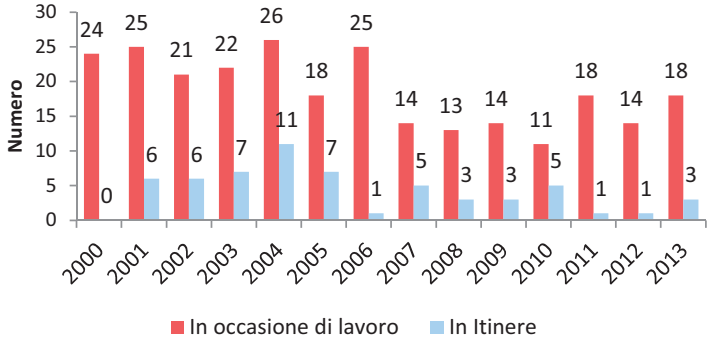
Figura 21 -Tasso di infortunio e indice di gravità (settore industria e servizi), Umbria 2000-2012



[4] **Indice di Gravità** - Con tale termine si indica l'importanza delle conseguenze fisiche subite dagli infortunati a causa dell'evento lesivo subito. E' calcolata come i rapporto di composizione tra numerosità degli infortuni con inabilità permanente e mortali e il totale dei casi definiti positivamente

32

Figura 22 - Numero di infortuni mortali, Umbria 2000-2013



Si confermano come settori produttivi più interessati dal fenomeno infortunistico per frequenza e gravità il settore edile, il metalmeccanico, il legno, i trasporti e il magazzinaggio nonché l'agricoltura con il 12% degli infortuni.
I lavoratori stranieri sono più vulnerabili rispetto al rischio di infortunio, in quanto impiegati in mansioni a bassa qualifica e in comparti più rischiosi come l'agricoltura e le costruzioni, meno formati, con rapporti di lavoro meno stabili e frequenti cambi di lavoro, più spesso irregolari. Così come fra gli italiani anche fra gli stranieri il numero di infortuni, pari a 1256 nel 2012 è in decremento (dal 2009 al 2012 -30% versus -27% fra gli italiani) (tab. 8). Tuttavia fra gli stranieri si registrano infortuni più gravi soprattutto nel comparto dell'industria in senso stretto e in agricoltura, nei quali l'indice di gravità è superiore a quello registrato fra gli italiani.

Tabella 8 - Numero di infortuni definiti positivamente fra gli italiani e gli stranieri, 2009-2012

	2009	***2010***	***2011***	***2012***	***% decremento***
Italiani	10.518	10.045	9.033	7.624	-27
Stranieri	1.795	1.660	1.485	1.256	-30
Variazione % anno precedente italiani		-4,5	-10,1	-15,6	
Variazione % anno precedente stranieri		-7,5	-10,5	-15,4	

Le malattie professionali denunciate sono in netto incremento. Da circa 900 malattie nel 2000 si è passati a circa 1400 nel 2012, come risultato della sensibilizzazione dei medici (competenti, di famiglia, ospedalieri e ambulatoriali) alla notifica di tali patologie (fig. 23). Sebbene l'Umbria sia fra le regioni in cui la frequenza di malattia professionale denunciata (ovvero il tasso di malattia professionale denunciata) è più elevata, confrontando questo valore con le stime di malattia professionale attesa nella popolazione emerge in modo molto evidente il fenomeno della sotto-notifica (fig. 24).

Figura 23 - Numero di malattie professionali denunciate (tutti i settori). Umbria 2000-2012

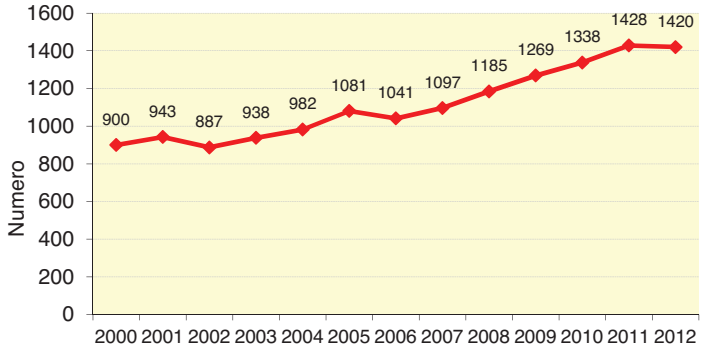
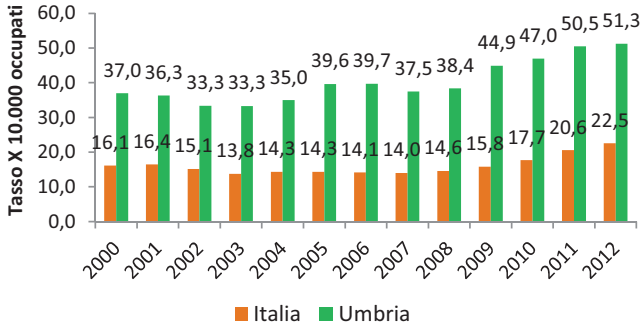
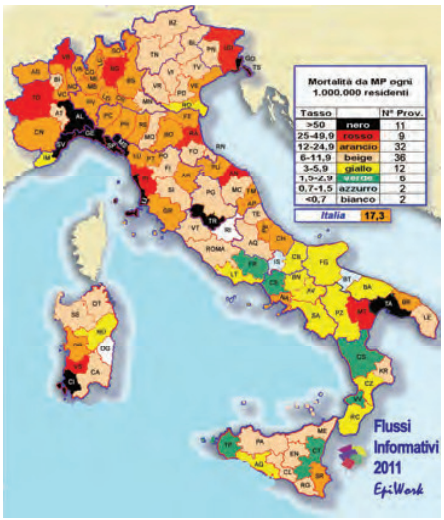


Figura 24 - Tasso di malattia professionale denunciata (settore industria e servizi), 2000-2012



La mappa della mortalità per malattia professionale ogni 1.000 residenti, essenzialmente correlata con la patologia neoplastica asbesto-correlata, riproduce l'utilizzo dell'amianto nei diversi territori e in Umbria si concentra quindi nella provincia di Terni dove è stato massiccio l'uso di amianto negli anni 70-80 (fig. 25).

Figura 25 - Mortalità per malattia professionale ogni 1.000.000 di residenti, triennio 2008-2010



I dati estratti dall'ultimo rapporto MAL PROF 2009-2010 Regioni INAIL, che registra le segnalazioni di malattia professionale pervenute ai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ci consentono di approfondire la problematica della malattia correlata con il lavoro.

Il comparto produttivo nel quale più si concentra il fenomeno delle malattie professionali è quello delle costruzioni nel quale si verifica il 17,6% delle malattie segnalate complessivamente, seguito dal settore della metalmeccanica (10%), dei servizi (9,9%) e dal settore agricolo (7,8%).

Negli anni si sta peraltro assistendo anche in Umbria ad una modifica della tipologia di malattie, in ragione dei diversi rischi per la salute negli ambienti di lavoro. Attualmente infatti le malattie professionali più rappresentate sono le malattie muscoloscheletriche che rappresentano il 40% delle malattie denunciate; per quanto attiene il tipo di patologia, mentre nel 2009 la malattia più segnalata era ancora la sordità da rumore, nel 2010 il primato è andato alle malattie del rachide (22,6%), seguite dalla sordità da rumore (21,6%), dalle malattie muscolo scheletriche (19,4%) e dalla sindrome del tunnel carpale (17,6%). Il gruppo delle patologie tumorali ha costituito il 7,8% delle malattie professionali denunciate nel 2009 e il 5,6% nel 2010, confermando la probabile sottostima della incidenza di dette patologie (tab. 9).

Si conferma anche la diversa distribuzione percentuale delle malattie per sesso: nelle femmine la malattia più segnalata è la sindrome del tunnel carpale che, insieme alle malattie muscolo scheletriche e alle malattie del rachide, copre oltre i ¾ di tutte le segnalazioni.

34

Come prevedibile le malattie muscoloscheletriche, la sindrome del tunnel carpale e le malattie del rachide sono frequenti nelle fasce di età più giovani, mentre la sordità da rumore, i tumori e le malattie respiratorie croniche, che hanno tempi di latenza più lunghi, insorgono e vengono quindi segnalate in età più avanzata.

Tabella 9 - ***Distribuzione dei casi segnalati per classe di malattia e sesso- Umbria 2010***

Classi di malattia	*Femmine*		*Maschi*		*Totale (*)*	
	N	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*
Tumori maligni apparato digerente			*1*	*0,3*	*1*	*0,2*
Tumori maligni pleura e peritoneo			*4*	*1,3*	*4*	*1,0*
Tumori maligni cavità nasali e orecchio			*1*	*0,3*	*1*	*0,2*
Tumori maligni apparato respiratorio			*10*	*3,3*	*10*	*2,5*
Tumori maligni vescica			*3*	*1,0*	*4*	*1,0*
Altri tumori maligni	*2*	*2,2*	*1*	*0,3*	*3*	*0,7*
Tumori benigni, di comportamento incerto e di natura non specificata	*1*	*1,1*			*1*	*0,2*
Malattie psichiche	*2*	*2,2*	*3*	*1,0*	*5*	*1,2*
Malattie del sistema nervoso centrale			*2*	*0,7*	*2*	*0,5*
Sindrome tunnel carpale	*31*	*34,8*	*40*	*13,4*	*71*	*17,6*
Altre malattie del sistema nervoso periferico			*2*	*0,7*	*2*	*0,5*
Disturbi dell'occhio e suoi annessi			*1*	*0,3*	*1*	*0,2*
Sordità da rumore			*81*	*27,1*	*87*	*21,6*
Malattie del sangue	*1*	*1,1*			*1*	*0,2*
Malattie vascolari periferiche	*1*	*1,1*	*1*	*0,3*	*2*	*0,5*
Malattie vie respiratorie superiori	*3*	*3,4*	*3*	*1,0*	*6*	*1,5*
Malattie polmonari croniche ostruttive		*0,0*	*3*	*1,0*	*3*	*0,7*
Asma	*2*	*2,2*	*1*	*0,3*	*3*	*0,7*
Antracosilicosi			*1*	*0,3*	*1*	*0,2*
Asbestosi			*9*	*3,0*	*9*	*2,2*
Altre malattie dell'apparato respiratorio			*5*	*1,7*	*6*	*1,5*
Malattie apparato genitourinario			*2*	*0,7*	*2*	*0,5*
Malattie della pelle			*7*	*2,3*	*7*	*1,7*
Malattie del rachide	*18*	*20,2*	*69*	*23,1*	*91*	*22,6*
Malattie muscoloscheletriche (escluse malattie del rachide)	*28*	*31,5*	*47*	*15,7*	*78*	*19,4*
Sintomi e segni			*2*	*0,7*	*2*	*0,5*
Totale	***89***	***100,0***	***299***	***100,0***	***403***	***100,0***

Il nesso di causa fra patologie ed esposizione è risultato positivo nel 56% dei casi segnalati nel 2009 e nel 71,5% di quelli segnalati nel 2010; la percentuale di nessi positivi sul totale delle segnalazioni del biennio 2009-2010 è del 100% nelle malattie della pelle (dermatite da contatto ed eczemi), nei tumori benigni e nei tumori delle cavità nasali e dell'occhio, pari al 94 % per le altre malattie dell'apparato respiratorio (pleurite), dell'83% per l'asma, del 75% nella sordità da rumore e nell'asbestosi. Sono invece inferiori al 65% i nessi positivi nelle segnalazioni per malattie del rachide, le altre malattie muscolo scheletriche e la sindrome del tunnel carpale.

Il maggior numero di segnalazioni riguarda il comparto delle costruzioni (11,8% nel 2009 e 15,1% nel 2010) seguito dalla sanità (6,3% nel 2009 e 4,8 nel 2010); altri settori che emergono sono quello della produzione di metalli e leghe e la fabbricazione di prodotti in metallo; da segnalare come criticità l'elevata percentuale di segnalazioni che non riportano il comparto produttivo.

La distinzione per sesso e professione evidenzia come le malattie professionali nelle femmine si concentrano nelle attività artigianali del settore alimentare-legno-tessile-abbigliamento-pelli-cuoio (13,2%), nelle professioni qualificate nei servizi sociali, culturali, di sicurezza e di pulizia (12,1%) e nelle professioni tecniche nelle scienze della salute e della vita (7,7%), mentre nei maschi negli artigiani e operai metalmeccanici specializzati (16,2%) e negli artigiani e operai dell'industria estrattiva e dell'edilizia (15,3%).

La distribuzione per settore ATECO e per professione delle malattie alle quali è stato attribuito un nesso causale positivo con l'attività lavorativa permette di evidenziare che i tumori maligni dell'apparato respiratorio si sono verificati nel 60% dei casi nel settore della produzione e lavorazione dei metalli, la sindrome del tunnel carpale è concentrata nel settore delle costruzioni, nell'industria tessile e nel settore alimentare e le malattie del rachide nel settore delle costruzioni, nella sanità e nei trasporti.

Infine la fonte della segnalazione è rappresentata in prevalenza dall'INAIL e dai patronati: in aumento sono le segnalazioni da parte del medico competente (circa il 14%), mentre ancora troppo esiguo è il numero di patologie segnalate da medici ospedalieri, di base o specialisti.

Le malattie infettive

I dati sull'andamento epidemiologico delle malattie infettive, raccolti e inseriti fino al 2008 in un sistema informativo messo a disposizione dall'Istituto Superiore di Sanità, evidenziavano alcune criticità, quali la sottostima dei casi per mancata notifica, il ritardo di notifica, la compilazione incompleta o errata delle schede cartacee, con conseguente difficoltà da parte dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione ad adottare le misure di prevenzione e di controllo post esposizione.

Con DGR n. 85 del 04/02/2008, è stato costruito un sistema informativo regionale, sempre basato sulle indicazioni del Decreto del Ministero della Sanità del 15/12/1990, messo a disposizione via web di tutti i Medici che possono fare diagnosi di malattia infettive. La messa in rete di tutti i Presidi Ospedalieri delle Az. USL, delle due Aziende Ospedaliere e di tutti i medici di base ha reso più facile e rapida la notifica, migliorando la qualità e la tempestività delle informazioni sull'andamento delle malattie infettive e quindi anche i provvedimenti adottati dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica.

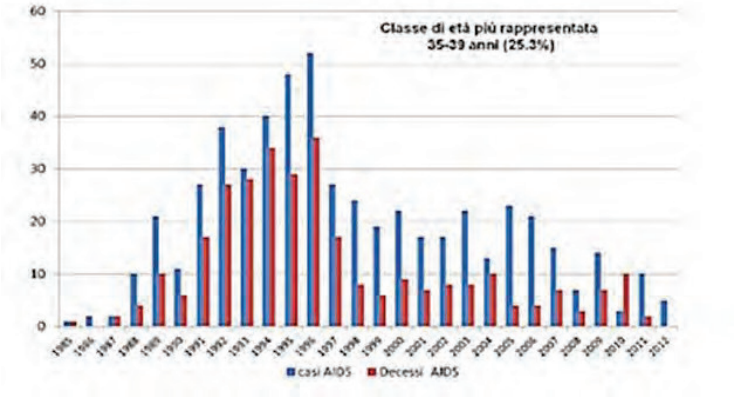
Contestualmente sono stati attivati sistemi di sorveglianza "paralleli" e, in particolare, alcune delle informazioni che seguono sono il prodotto della collaborazione con l'Università di Perugia per la segnalazione delle infezioni da HIV o con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale per l'Umbria e le Marche per quanto concerne le malattie trasmesse da alimenti.

Si ritiene pertanto opportuno richiamare l'attenzione alcune patologie infettive:

I casi di AIDS e nuove infezioni da HIV in Umbria

Anche se nel corso degli anni il numero di casi di AIDS e delle morti correlate con la malattia risulta decisamente diminuito, grazie alle terapie sempre più efficaci, nella nostra Regione (fig. 26), come nel resto del Paese, l'epidemia non accenna a decrescere così come il numero delle infezioni notificate.

Figura 26 - Numero dei casi di AIDS e dei decessi AIDS correlati. Umbria

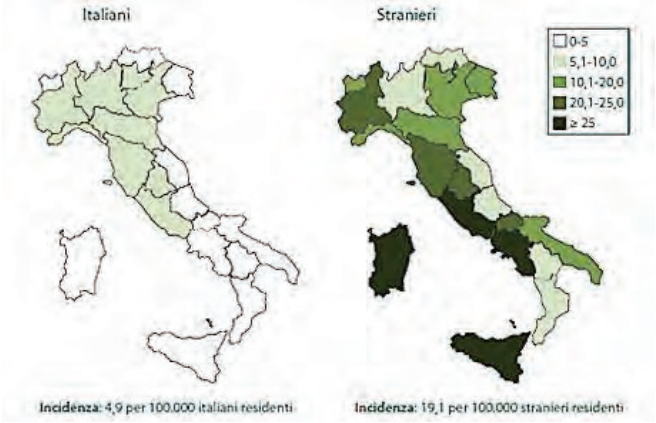


L'incidenza dell'infezione da HIV in Umbria, nel 2013, risultava essere pari a 6,9 nuovi casi per 100.000 residenti, più alta quindi della media italiana (6,0 nuovi casi per 100000), con alcune differenze relativamente alla cittadinanza: il dato umbro è simile a quello del centro-nord del Paese per quanto riguarda l'incidenza dell'infezione negli Italiani, mentre è simile a quello di altre regioni del centro-sud relativamente all'incidenza dell'infezione negli stranieri (figg. 27 e 28).

Figura 27 – Incidenza delle diagnosi di infezione da HIV per regione di residenza (2013)*



Figura 28 – Incidenza delle diagnosi di infezione da HIV per nazionalità e regione di residenza (2013)*



**Da Notiziario ISS –Vol.27 – Supplemento 1 -2014*

Le nuove infezioni diagnosticate in Umbria (tab. 10), riferite sia a residenti che ai non residenti, sono state:
- 61 nel 2011 (+ 76% rispetto al 2010) riguardanti in prevalenza residenti nella Regione (83,3%);
- 69 nel 2012 (+ 86% rispetto al 2010, + 13% rispetto al 2011);
- 57 nel 2013 (+ 54% rispetto al 2010, - 17 % rispetto al 2012).

Tabella 10 - Nuove diagnosi di infezione da HIV anni. Umbria 2009-2013.

Anno	***U.S.L.n°1 Città di Castello***	***A.O. Perugia***	***U.S.L.n°2 Foligno***	***A.O. Terni***	***Totale***
2009	*7*	*31*	*6*	*2*	***46***
2010	*4*	*24*	*0*	*9*	***37***
2011	*1*	*45*	*5*	*10*	***61***
2012	*5*	*50*	*1*	*13*	***69***
2013	*5*	*37*	*2*	*13*	***57***
Totale	*22*	*187*	*14*	*47*	***270***

La maggior parte delle infezioni diagnosticate sono sempre riferite ai residenti nella Regione, per i quali l'incidenza è cresciuta dal $3.6/10^5$ ab. nel 2010 al $6.6/10^5$ ab nel 2012, per poi decrescere a $6.1/10^5$ nel 2013, come si evince dalla figura che segue.

Nel corso degli ultimi 5 anni (figg. 29 e 30) la proporzione di segnalazioni in cittadini italiani e stranieri è rimasta pressoché stazionaria non evidenziando modificazioni rilevanti del rischio abbinato a flussi migratori

Figura 29 - Nuove diagnosi di infezione da HIV per residenza ed incidenza annuale. Umbria 2009-2013

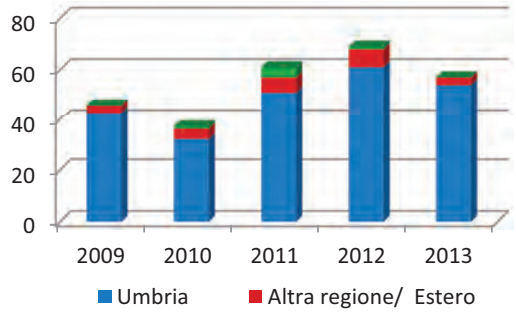
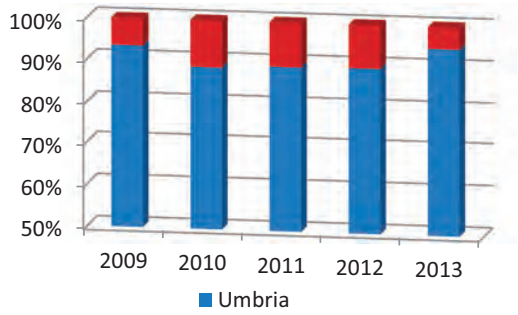
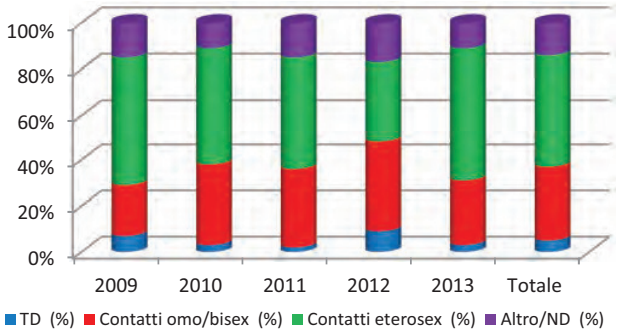


Figura 30 - Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per residenza ed incidenza annuale. Umbria 2009-2013



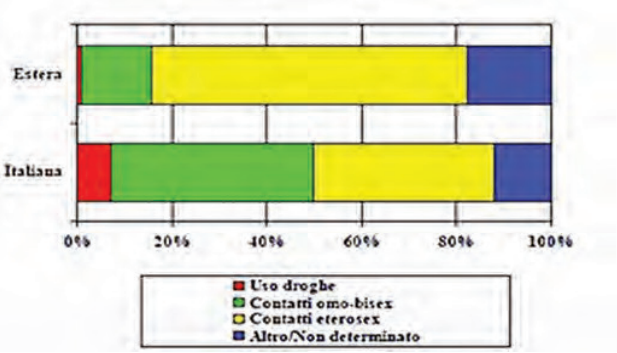
I contatti eterosessuali continuano a rappresentare la modalità di trasmissione (fig. 31) più rappresentata, seguita dai rapporti omo-bisessuali, mentre la condizione di tossicodipendenza (TD) è presente soltanto nel 5% dei casi (nel periodo 2009-2013). Le modalità di trasmissione rimangono tuttavia sconosciute nel 14% dei casi.

Figura 31 - Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV, per modalità di trasmissione e anno di diagnosi. Umbria 2009-2013



I fattori di rischio (fig. 32) ricalcano le modalità di trasmissione: l'uso di sostanze psicotrope come fattore di rischio non risulta particolarmente rilevante nei 5 anni esaminati. Prevalgono invece i comportamenti sessuali**,** nel senso di attività sessuale promiscua in assenza di protezioni.

Figura 32 - Fattori di rischio per infezione da HIV anni 2009-2013. Umbria

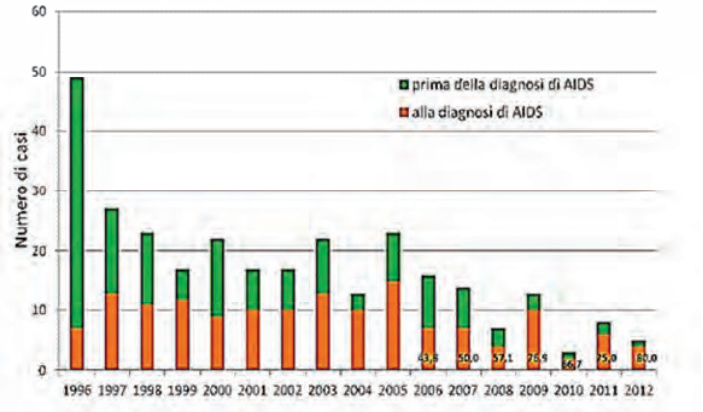


A conferma delle ridotta percezione del rischio, nel 2012, in Umbria, il 35% dei casi ha eseguito il test HIV a causa di sintomi HIV-correlati, contro il 22,4% dei casi a livello nazionale.

38

Il continuo verificarsi di nuove diagnosi di HIV, insieme alla prolungata sopravvivenza dei pazienti, determina un progressivo incremento dei soggetti viventi infetti.
Analizzando i dati raccolti dalle schede di notifica di Aids si è potuto rilevare quanto le persone fossero già a conoscenza della propria condizione di sieropositività (fig. 33) al momento della diagnosi della malattia.
Si deve infatti prendere atto che è andato aumentando nel corso degli anni il numero di persone che scoprono di essere malati, senza che siano mai state consapevoli di essere portatori dell'infezione da HIV.

Figura 33 - Conoscenza di HIV positività prima della diagnosi di AIDS. Umbria 1996-2012



Per conoscere la "datazione" dell'infezione si utilizzano metodiche atte a valutare l'avidità anticorpale (maturità degli anticorpi prodotti), che tende ad un progressivo incremento nei mesi successivi all'infezione primaria e persiste nelle infezioni croniche: risulta infatti bassa nei primi 6 mesi dopo la sieroconversione. Dopo i primi mesi si ha un aumento rapido dell'avidità anticorpale, per poi giungere ad una stabilizzazione nella fase avanzata di infezione. Negli ultimi anni, su input dell'Istituto Superiore di Sanità, presso il Laboratorio di Microbiologia dell'A.O. di PG è stato utilizzato, in via sperimentale, un test su alcuni sieri risultati HIV-positivi al fine di identificare le infezioni recenti (<6 mesi dall'infezione), che ha permesso di mostrare, negli anni dal 2009 al 2012 (tab. 11), su 93 test eseguiti, solo 13 casi di infezione recente.

Tabella 11 - Risultati dell'Avidity test su campioni raccolti presso la Clinica di Malattie Infettive di PG Umbria 2009/2012

Anno	*N° casi rilevati dalla Clinica di Malattie Infettive di Perugia*	*N° casi con test di Avidity eseguito*	*Infezione recente (Avidity≤0,8)*		
			N° casi	*CD4*	
				mediana	*(range)*
2009	31	14	1	435	(435)
2010	24	13	1	289	(289)
2011	45	35	6	650	(167-770)
2012	50	31	5	425	(140-623)
Totale	150	**93**	**13**	435	(140-770)

Da sottolineare che il numero delle nuove infezioni in soggetti con età > 50 anni (tab. 12) e una presumibile storia di infezione contratta molti anni prima vada progressivamente aumentando negli italiani. L'età mediana della diagnosi è di 39 anni per gli uomini e di 33 anni per le donne.

Tabella 12 - Casi di Infezione da HIV con Età >50 anni. Umbria 2009/2013

Anno	N°casi (% sul totale)	Maschi (% sul totale)	Femmine (% sul totale)
2009	7 (15)	7	-
2010	8 (22)	6	2
2011	10 (16)	8	2
2012	13 (19)	12	1
2013	14 (25)	13	1
Totale	**52 (19)**	**46 (24)**	**6 (8)**

Dovendo sintetizzare si può dire che in Umbria.
- il numero della nuove infezioni si è mantenuto sostanzialmente stabile;
- il fattore di rischio più importante sono i rapporti non protetti;
- c'è una diffusa perdita di consapevolezza rispetto a tale rischio;
- l'età in cui insorge la malattia va progressivamente alzandosi e, nella maggior parte dei casi, si arriva alla diagnosi di malattia in presenza di sintomi conclamati.

Le infezioni sessualmente trasmesse (IST)

Le infezioni sessualmente trasmesse, secondo l'OMS, riconoscono nei giovani adolescenti una delle categorie a più alto rischio: dei 333 milioni di casi stimati nel mondo ogni anno (escludendo l'AIDS), 111 interessano, infatti, giovani sotto i 25 anni di età, con una maggior frequenza nelle ragazze rispetto ai coetanei maschi.

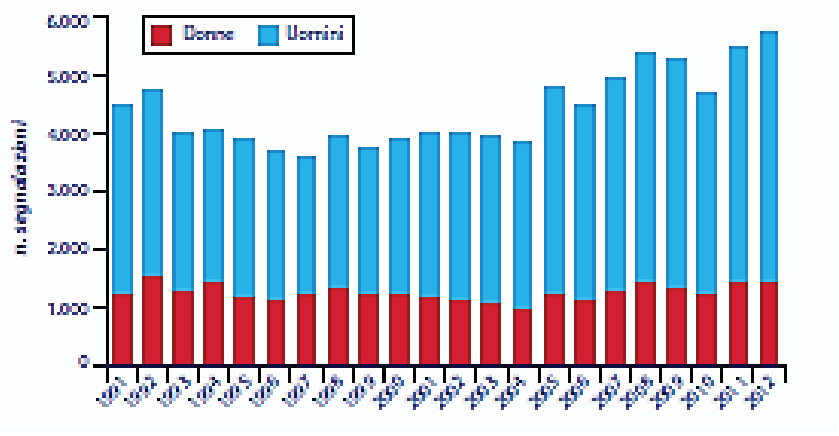
E' sempre l'OMS a stimare che entro il 2025 nasceranno nel mondo 16 milioni di bambini da ragazze di età compresa fra i 15 e i 19 anni (WHO, 1998). Tali eventi, quando indesiderati, possono essere prevenuti attraverso sforzi coordinati fra scuola, famiglia e strutture sanitarie.

In Italia è stata attivata nel 1991 la sorveglianza sentinella delle IST basata su Centri Clinici pubblici, specializzati nella diagnosi e cura delle IST e coordinati dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità. Inoltre, dall'aprile 2009, il COA, ha avviato un secondo sistema di sorveglianza delle IST, basata su laboratori di microbiologia clinica: quest'ultima sorveglianza riguarda le infezioni da *Chlamydia trachomatis (Ct)*, da *Trichomonas vaginalis (Tv)* e da *Neisseria gonorrhoeae (Ng)*. A quest'ultimo sistema sono afferiti anche i dati provenienti dal Laboratorio di Microbiologia dell'Università di Perugia.

Le informazioni più recenti relativi alle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST), che si riportano di seguito, sono state pubblicate recentemente sul Notiziario ISS (Volume 27 - Numero 4 Aprile 2014) e raccolgono i dati dei due Sistemi di sorveglianza attivi.

Complessivamente, i dati degli anni 1991-2012 raccolti in Italia dai Centri Clinici partecipanti (fig. 34) evidenziano un maggior numero di IST negli uomini, che costituiscono il 70,1% (n.67.848) dei casi di IST, mentre il restante 29,9% dei casi (n.28.904) è stato diagnosticato nelle donne. L'età mediana dei soggetti segnalati e stata di 31 anni.

Figura 34 - Andamento delle segnalazioni di IST in Italia per genere. Anni 1991-2012



40

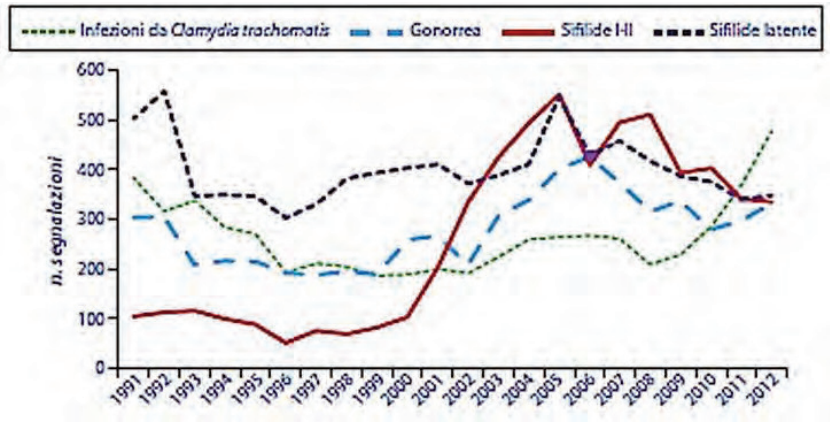
Il 19,7% dei soggetti con IST è di nazionalità straniera e la maggior parte di questi proviene sia da altri Paesi europei che dall'Africa. La quota di donne straniere è maggiore rispetto a quella degli uomini stranieri (23,0% *vs* 18,2%) e la maggior parte di queste proviene sia da altri Paesi europei che dall'America (rispettivamente, 52,2% e 18,4%); mentre la maggior parte degli uomini stranieri proviene dall'Africa (36,8%).

Relativamente all'utilizzo di metodi contraccettivi nei sei mesi precedenti la diagnosi di IST, il 46,3% degli uomini e il 48,6% delle donne con IST ha riferito di non aver utilizzato alcun metodo contraccettivo.

Il condom è stato utilizzato regolarmente in tutti i rapporti sessuali solo dall'8,3% degli uomini e dal 5,2% delle donne, invece il 43,7% degli uomini e il 23,1% delle donne ha riferito di utilizzarlo saltuariamente, e, tra le donne, il 19,7% ha riferito di utilizzare la pillola.

Per quanto concerne le diverse IST si rileva che l'andamento dei casi di sifilide I-II è rimasto relativamente stabile fino al 2000. Dal 2000 al 2005 i casi di sifilide I-II sono andati aumentando fino a 5 volte mentre, successivamente, si ha una riduzione fino al 2012 (fig. 35). Le infezioni da Ct sono invece aumentati negli ultimi quattro anni.

Figura 35 - Andamento delle segnalazioni delle principali IST (sistema sentinella basato sui Centri Clinici) Anni 1991/2012.



Dal 1° aprile 2009 al 31 dicembre 2012 *i Laboratori di Microbiologia Clinica* hanno segnalato 75.771 campioni, analizzati per un'indicazione di approfondimento diagnostico per almeno una delle tre infezioni. L'88,0% (n. 66.651) degli individui da cui sono stati prelevati i campioni era costituito da donne e il 12,0% (n. 9.120) da uomini.

Il 12% del campione era rappresentato da giovani (15-24 anni), percentuale simile a quella osservata nella popolazione italiana (circa il 10%).

Gli stranieri rappresentano circa il 15% della popolazione e la maggior parte di questi provengono da altri Paesi europei o dall'Africa, riflettendo la distribuzione degli stranieri in Italia. L'infezione più diffusa e stata quella da *Clamidia Trachomatis*, seguita dall'infezione da *Trichomonas vaginalis* e dall'infezione da Neisseria gonorrhoeae.

Alcune informazioni sulle *abitudini sessuali nei giovani* sono ricavabili anche dall'indagine nazionale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) relativa al 2010, nel corso della quale le domande sul comportamento sessuale sono state rivolte ai ragazzi di 15 anni.

L'indagine evidenzia che circa il 22,5% dei 15enni umbri intervistati dichiara (tab. 13) di avere avuto rapporti sessuali completi (il 21,61% dei maschi vs. il 23,24% delle femmine), tra questi l'80,7% riferisce (tab. 14) di avere usato il preservativo (79,22% dei maschi vs. il 81,91% delle femmine).

Tabella 13 - Percentuale di quindicenni che ha avuto rapporti sessuali completi

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Sì	21.61 (83)	23.24 (96)	22.45 (179)
No	78.39 (301)	76.76 (317)	77.54 (618)
Totale	100 (384)	100 (413)	100 (797)

Tabella 14 - Utilizzo del preservativo nel corso dell'ultimo rapporto sessuale

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Sì	79.22 (61)	81.91 (77)	80.70 (138)
No	20.78 (16)	18.09 (17)	19.30 (33)
Totale	100 (77)	100 (94)	100 (171)

A livello nazionale la frequenza di coloro che dichiarano di aver già avuto un rapporto sessuale completo è maggiore nei maschi (26,2%), mentre solo il 18% delle femmine sostiene di aver già avuto un rapporto. Per quanto riguarda l'uso del preservativo tra coloro che hanno già avuto rapporti il 78,6% dei maschi e il 67,4% delle femmine dichiarano di averlo utilizzato.

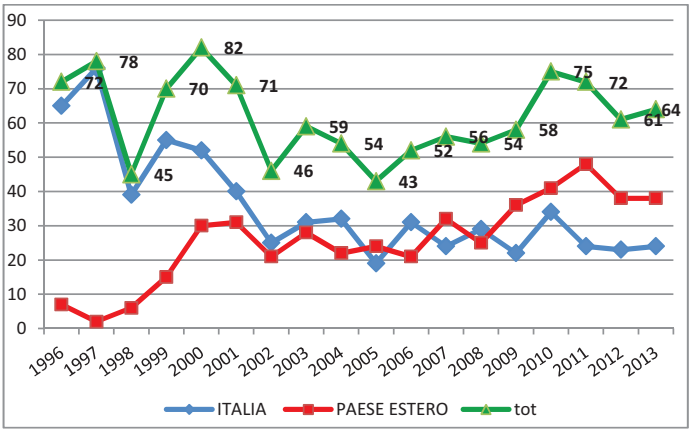
La tubercolosi

In Umbria, come nel resto del Paese, l'incidenza della tubercolosi rimane bassa nella popolazione generale (6,91/100.000), anche se il numero dei casi continua a mantenersi sostanzialmente stabile.

Rispetto alla diversa provenienza delle persone affette da TBC, si nota un netto decremento del numero di infezioni nei soggetti nati in Italia dall'anno 1999 a fronte di un sensibile aumento dei casi in persone nate all'estero, che dal 2008, hanno rappresentato la maggioranza dei casi notificati in Umbria (fig. 36). Considerato il numero dei residenti di origine straniera (99.922 al 31.12.2013) l'incidenza in queste persone è sicuramente molto più alta (pari a 38/100.000) rispetto a quella nella popolazione italiana.

Dall'analisi delle schede relative agli esiti del trattamento, emergono, nei casi di origine straniera, sia un'incidenza maggiore che una minore adesione alla terapia, da attribuirsi probabilmente a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche di tipo sociale, a barriere linguistiche e culturali.

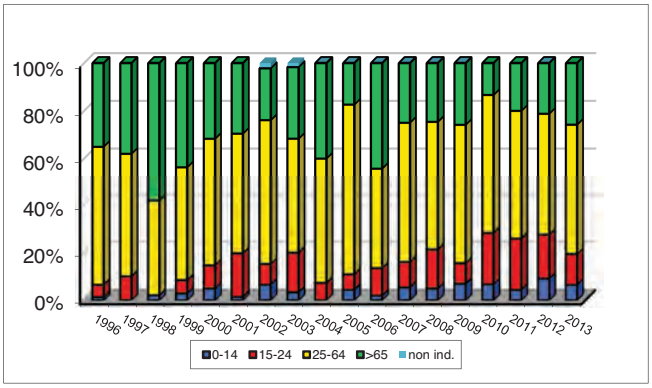
Figura 36 - Casi di TBC notificati dal 1996 al 2013 totali e per paese di nascita - Umbria



L'analisi dei dati per classi di età (fig. 37) segue sostanzialmente l'andamento dei casi nel complesso, anche se, nel corso degli anni, sembrano diminuire i casi negli over 65, ed aumentare tendenzialmente quelli nelle classi di età più giovani

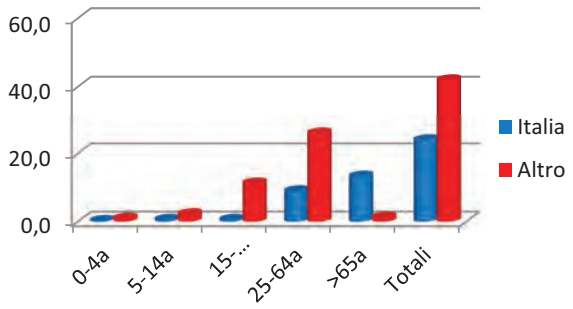
42

Figura 37 - Casi di tbc per classi di età. Umbria anni 1996/2013



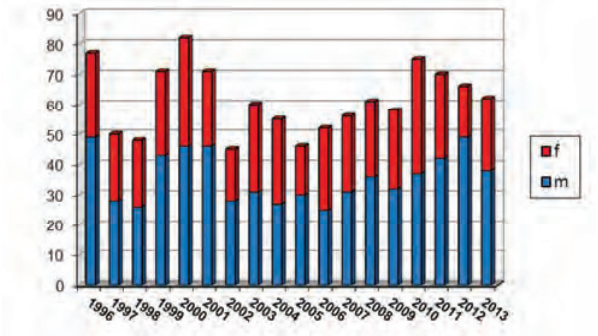
Un approfondimento sui casi notificati negli ultimi tre anni (fig. 38) mostra come la classe di età più avanzata (≥ 65 anni) sia costituita praticamente soltanto da italiani, mentre la classe 25-64 anni e soprattutto quella 15-24 è costituita quasi esclusivamente da persone nate all'estero.

Figura 38 - Casi di tbc per età e Paese di origine. Umbria anni 2011/2013



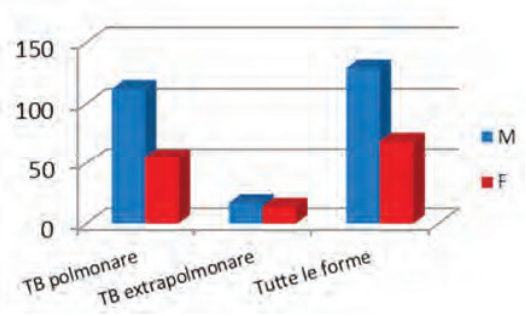
Complessivamente, per tutte le forme di TBC, l'analisi per sesso (fig. 39) mostra una prevalenza dei casi in soggetti di sesso maschile.

Figura 39 - Casi TBC notificati per sesso dal 1996 al 2013- Umbria



Per quanto concerne la localizzazione anatomica (fig. 40) si evidenzia che in Umbria, nel periodo considerato, le forme di TBC polmonare rappresentano il 73% del totale e sono riferite soprattutto a soggetti di sesso maschile. Nelle forme extra – polmonari, che in passato erano in numero maggiore nelle femmine, negli ultimi tre anni non si notano differenze sostanziali nei due sessi.

Figura 40 - Casi notificati dal 2011 al 2013 per localizzazione anatomica e sesso. Umbria

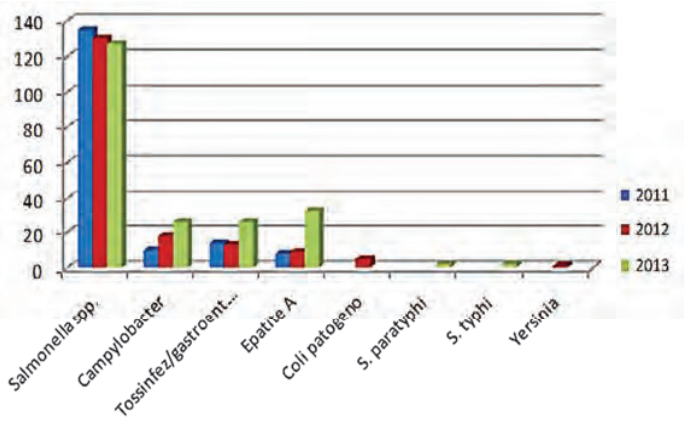


Sintetizzando:
- l'incidenza della tubercolosi rimane complessivamente stabile,
- l'incidenza cala negli italiani che si ammalano prevalentemente in età ≥ 65 anni, aumenta negli stranieri
- gli stranieri seguono le cure con maggior difficoltà.

Le malattie trasmesse da alimenti

Un quadro generale dell'andamento delle malattie trasmesse da alimenti è ottenibile sia dalle notifiche di malattie infettive (fig. 41) che dall'analisi dei rapporti prodotti dal Centro di Riferimento delle Regioni Umbria e Marche per la sorveglianza delle infezioni da batteri enteropatogeni, collocato presso l'IZSUM sede di Perugia, che elabora annualmente i dati relativi agli isolamenti di batteri enteropatogeni effettuati da casi clinici umani, da animali, da alimenti e da ambiente.

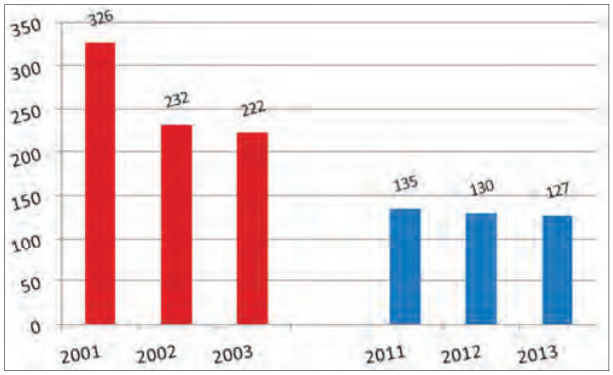
Figura 41 - Segnalazioni di MTA al Sistema di notifica delle malattie infettive. Umbria 2011-2013



Sempre dai dati raccolti dal Sistema di sorveglianza delle malattie infettive (fig. 42) si evidenzia come il dato più saliente degli ultimi tre anni sia il numero di casi di salmonellosi non tifoidee notificate nel triennio 2001/2013, molto più basso rispetto ai dieci anni precedenti (triennio 2001/2003).

44

Figura 42 - Casi di salmonellosi non tifoidee trienni 2001/2003 e 2011/2013 Umbria



Nel corso del 2013 sono stati notificati dai Laboratori periferici al Centro di Riferimento Regionale di Perugia **573** isolamenti, di cui 327 appartenenti al genere Salmonella e 246 ad altre specie di batteri enteropatogeni (tabb. 15 e 16).
Mentre per quanto concerne le infezioni umane da salmonelle (173 casi) i dati delle notifiche praticamente si sovrappongono a quelli delle segnalazioni dei laboratori, la situazione è molto diversa per quanto concerne le infezione da *Campylobacter* (196 casi) che sono sicuramente sottonotificati.

Tabella 15 - Stipiti di batteri enteropatogeni notificati al Centro di Rifermento Regionale nel 2013

Stipiti	N.	%	% 2012
Salmonella spp.	327	57,07	56,11
Campylobacter spp.	209	36,47	34,07
Aeromonas spp.	26	4,54	7,41
Yersinia enterocolitica	5	0,87	1,40
Arcobacter butzleri	6	1,05	1,00
Totale	573	100,00	100,00

Tabella 16 - Stipiti di batteri enteropatogeni notificati nel 2013, suddivisi per origine

Stipiti	*Salmonella* spp.	*Campylobacter* spp.	*Aeromonas* spp.	*Yersinia enterocolitica*	*Arcobacter butzleri*	TOTALE
Origine umana	173	196	26	5	6	406
Origine veterinaria	154	13	-	-	-	167
Totale	327	209	26	5	6	573

Da notare che il numero complessivo dei casi notificati dai Laboratori al Centro di Riferimento Regionale è aumentato di circa il 15% rispetto al 2012 (499 notifiche); questo incremento è da attribuire principalmente al fatto che, nel 2013, i Laboratori di Microbiologia dei Presidi Ospedalieri di Foligno e Terni hanno iniziato o ripreso a notificare isolamenti al Centro di Riferimento, così come previsto dallo specifico Progetto del Piano Regionale della Prevenzione per l'anno 2013.

Le malattie batteriche invasive (MIB)

I dati derivanti dal sistema di notifica e dalle schede di sorveglianza speciale delle malattie invasive e delle meningiti (tab. 17) negli degli ultimi cinque anni evidenziano ancora problemi nella identificazione dei diversi agenti patogeni: in molti casi l'agente non viene identificato e anche laddove sia un meningococco, spesso non ne viene identificato il sierogruppo.
I casi nei bambini sotto i sei anni sono stati 9 dei quali 3 dovuti a meningococco B, 1 a meningococco non tipizzato, 2 a pneumococco e 2 per i quali non è stato individuato l'agente patogeno.

Tabella 17 - Meningiti e sepsi anni 2009/2013. Umbria

	Menigococco Sierogruppo identificato	Menigococco Sierogruppo NON identificato	Pneumococco	Altri agenti batterici identificati	Agente NON identificato	MIB TOT
2009	3	2	4	2	6	**17**
2010	2	2	10	0	9	**23**
2011	1	4	3	1	4	**13**
2012	4	0	5	4	1	**14**
2013	**3**	**5**	**9**	**5**	**2**	**24**
TOTALI	**13**	**13**	**31**	**12**	**22**	**91**

Da evidenziare, per quanto concerne i casi di malattia da pneumococco, che le persone colpite, nel quadriennio 2010-2013, sono state soprattutto soggetti di età compresa fra 45-64 anni o maggiore di 65 anni.

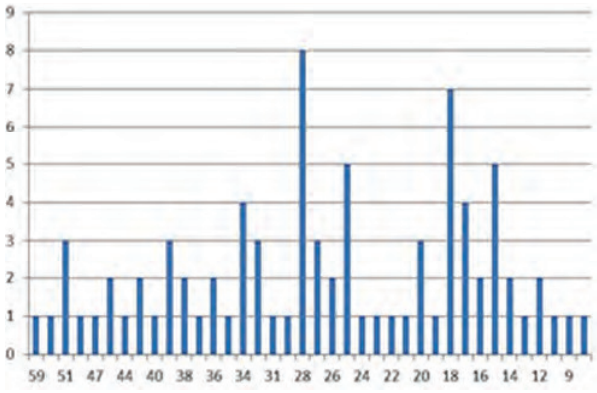
Il morbillo

L'ultima epidemia di morbillo, con 85 casi, si è verificata in Umbria nel 2011 (fig. 43) con un'età media dei casi di 27 anni evidenziando una suscettibilità della popolazione giovane-adulta.

I casi di morbillo che si sono verificati nel 2013 e nel 2014 potrebbero essere stati contratti fuori dal territorio regionale, hanno colpito soggetti non vaccinati, tra i quali soltanto un bambino di età inferiore ad un anno e non hanno dato origine a cluster epidemici grazie alla assenza di suscettibili nei contatti.

Peraltro in Italia, nel 2014, sono stati segnalati 1.566 casi di morbillo e di questi il maggior numero dei casi si è verificato in tre Regioni che, insieme, hanno segnalato il 68,6% dei casi osservati. E' evidente che la diffusione della malattia a livello internazionale e nazionale ci obbliga a non abbassare la guardia e a mantenere alta la capacità di riconoscere e segnalare tempestivamente i casi.

Figura 43 - Casi di morbillo anno 2011. Umbria



Le infezioni da batteri produttori di carbapenemasi

I dati Europei riferiti all'anno 2013 sulla percentuale di resistenza rilevata nel 2013 e riferita ai ceppi di ceppi invasivi di K. Pneumoniae produttori di carbapenemasi, evidenziano che l'Italia è, subito dopo la Grecia, il Paese con il più alto numero di ceppi resistenti. Il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da Klebsiella pneumonia e Escherichia coli produttori di carbapenemasi, attivato nel 2013, indaga tutti i casi di pazienti con una o più emocolture positive per K. Pneumoniae e E. Coli.

I risultati di questa sorveglianza hanno evidenziato 1237 casi di batteriemia da CPE segnalati da Marzo 2013 al 10 Giugno 2014, di cui 1207 da *K. Pneumoniae,* 17 da *E. Coli,* 2 in cui erano presenti entrambi i microrganismi, 11 non specificati. La sorveglianza evidenzia una elevata frequenza di batteriemie da CPE dovute nella quasi totalità dei casi a K. Pneumoniae, con una frequenza in aumento.

46

Sul totale dei casi rilevati, il 33% risultano ricoverati in terapia intensiva, il 23% in medicina, il 13% in chirurgia, il 16% in altre strutture e il 5% si trovavano in struttura residenziale o a domicilio.

Il contributo dell'Umbria alle segnalazioni è stato pressoché nullo nel 2013 (1 solo caso), mentre nel primo semestre 2014 (tab. 18) sono state trasmesse soltanto 7 segnalazioni provenienti dalla Azienda Ospedaliera di Perugia.

Tabella 18 - Batteriemie da CPE segnalate nel 2014. Italia

	gen	feb	mar	apr	mag	giu	tot_2014
CAMPANIA	7	6	5	3	6	0	27
EMILIA-ROMAGNA	11	6	10	9	5	0	41
FRIULI V.G.	0	3	0	1	1	0	5
LAZIO	22	24	17	11	6	2	82
LIGURIA	13	6	9	7	1	1	37
LOMBARDIA	12	18	15	22	24	0	91
MARCHE	1	3	1	0	2	0	7
PIEMONTE	23	21	29	21	22	1	117
PUGLIA	2	11	7	5	16	0	41
SARDEGNA	1	1	0	0	0	0	2
SICILIA	7	1	7	3	4	0	22
TOSCANA	3	7	1	9	4	0	24
UMBRIA	1	1	2	3	0	0	7
VALLE D'AOSTA	0	0	1	0	0	0	1
VENETO	0	1	0	0	3	0	4
totale	103	109	104	94	94	4	508*

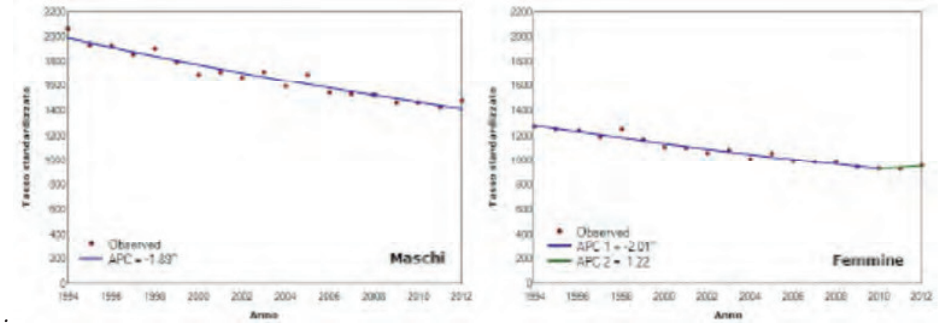
La mortalità

La mortalità è un valido indicatore epidemiologico in quanto la sua analisi permette di studiare la distribuzione delle patologie a maggior carico assistenziale in un certo territorio e di effettuare confronti geografici e temporali. Un'attenta analisi della mortalità consente dunque di individuare le principali problematiche di salute presenti in una popolazione, di formulare ipotesi di causalità tra fattori di rischio e malattie e di conseguenza pianificare appropriati interventi sanitari.

I dati riportati, relativi al periodo 1994-2012, sono stati forniti dal Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) dell'Umbria ed elaborati dal Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP). Per tutte le analisi è stata considerata la causa di morte iniziale, codificata secondo la decima Classificazione Internazionale delle Malattie, Traumatismi e Cause di Morte (ICD10).

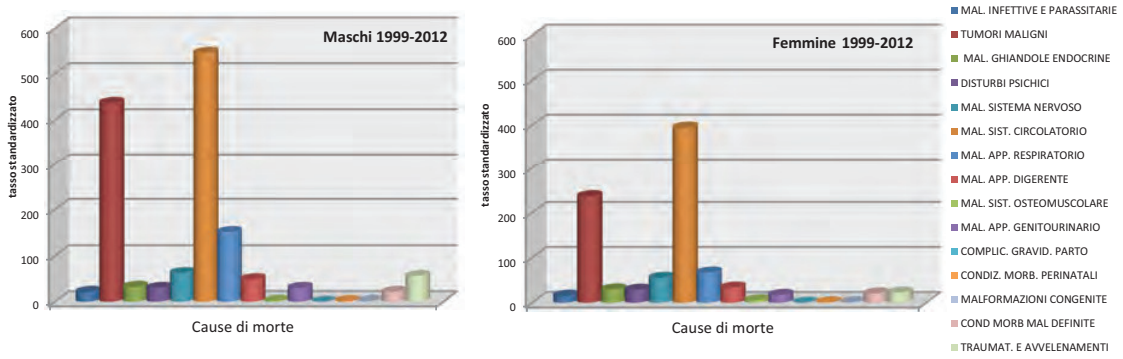
Negli anni considerati, la mortalità generale (A00-Z99) nei maschi è in significativa diminuzione per tutto il periodo analizzato, nelle femmine invece fino al 2010 (fig. 44).

Figura 44 - Andamento temporale della mortalità per tutte le cause (A00-Z99), 1994-2012



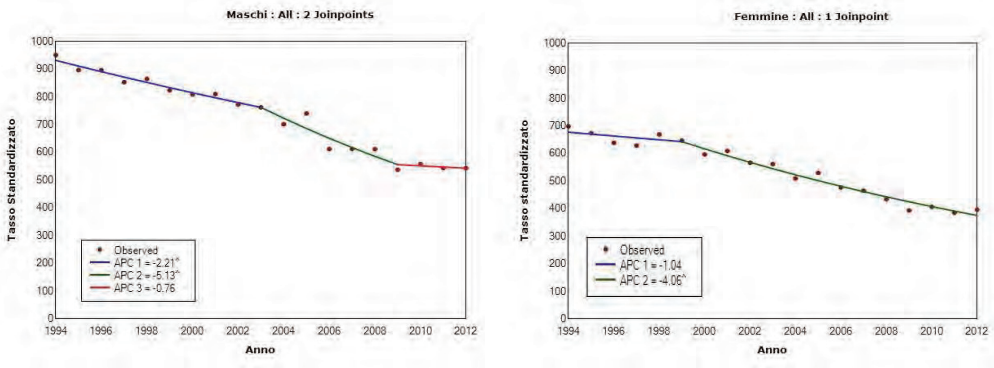
Le tre categorie patologiche maggiormente rappresentate in Umbria, non diversamente dal resto del Paese, sono le malattie del sistema circolatorio, i tumori maligni e le malattie dell'apparato respiratorio, con tassi maggiori per i maschi rispetto alle femmine (fig. 45). La mortalità per tumori sarà analizzata nel capitolo a questi dedicato.

Figura 45 - Tassi standardizzati di mortalità per le principali cause di morte. Periodo 1999-2012



La mortalità per malattie dell'apparato circolatorio, imputabile principalmente alla patologia ischemica miocardica e a quella cerebrovascolare, presenta una diminuzione significativa in entrambi i sessi, nel corso dell'intero periodo considerato (fig. 46).

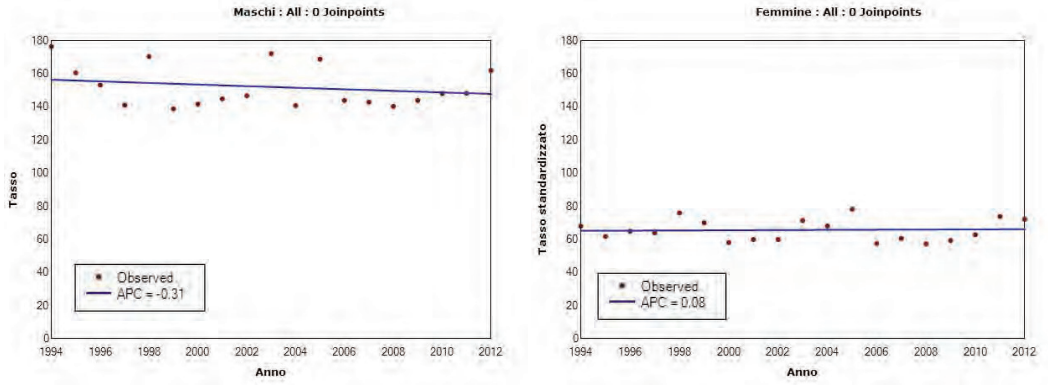
Figura 46 - Trend temporali di mortalità per malattie del sistema cardio-circolatorio 1994-2012



La mortalità per patologie dell'apparato respiratorio invece rimane pressoché costante in ambo i sessi nel corso degli anni (fig. 47).

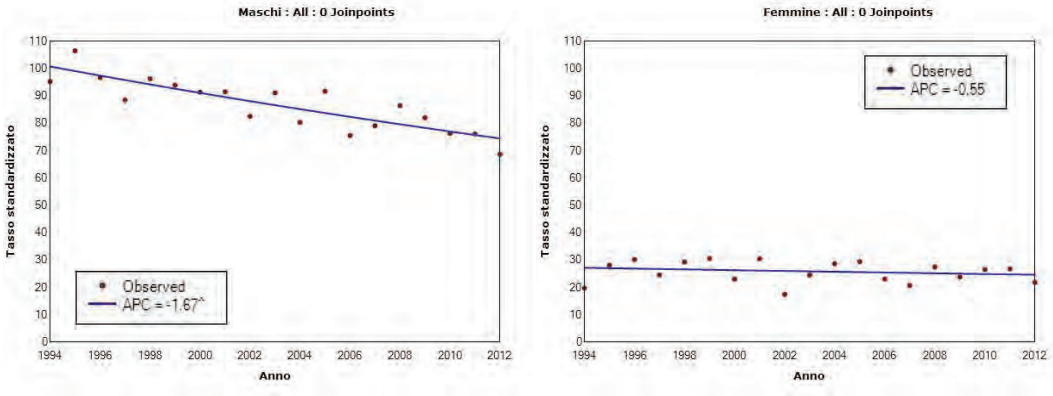
48

Figura 47 - Trend temporali di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio 1994-2012



Le patologie responsabili del maggior numero di decessi sono le bronco-pneumopatie cronico-ostruttive, per le quali tuttavia, nei maschi, si registra un trend in significativa diminuzione (fig. 48).

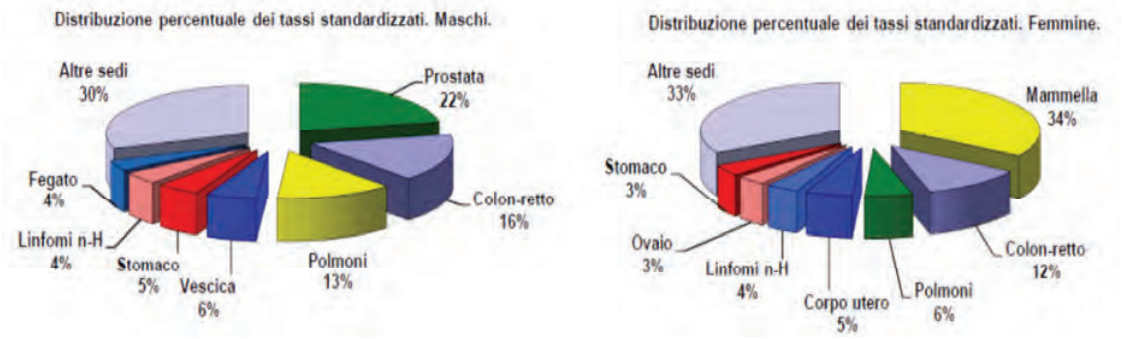
Figura 48 - Trend temporali di mortalità per bronco pneumopatie cronico-ostruttive,1994-2012.



I tumori

Secondo i dati del Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP) nel periodo 2008-2010 il numero medio annuo di casi di tumori maligni, escludendo i carcinomi della pelle, è di 3107 nei maschi e 2634 nelle femmine, con tassi grezzi pari rispettivamente a 716,6 e 567,1 per 100.000 abitanti residenti.

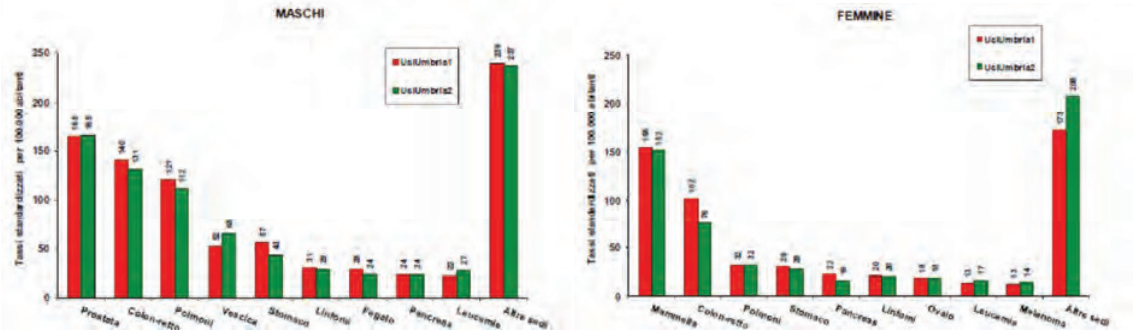
Figura 49 - Distribuzione percentuale dei tassi standardizzati di diverse sedi di tumore in Umbria, 2008-2010



Nei maschi la percentuale più alta (22%) è data dal tumore della prostata seguito da quello del colon-retto e del polmone, mentre nelle femmine il 34% dei casi incidenti sono attribuibili al tumore della mammella (fig. 49). Dal confronto tra i tassi nelle due nuove USL regionali, emerge, sia nei maschi che nelle femmine, una maggior incidenza di tumori maligni del colon-retto negli assistiti della Azienda USL Umbria 1, accanto ad una maggior incidenza del cancro

dello stomaco nei maschi; nella USL Umbria 2 risultano invece preponderanti, sempre nei maschi, i carcinomi vescicali (fig. 50).

Figura 50 - Incidenza per cancro in Umbria per le principali sedi tumorali nelle due USL dell'Umbria, 2008-2010.



L'incidenza di alcune sedi tumorali è anche in relazione all'adesione della popolazione ai programmi di screening. In particolare l'introduzione nel 2006 dello screening di popolazione per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto ha portato ad un aumento dell'incidenza rispetto al precedente triennio (dato non mostrato in figura), così come è accaduto in precedenza per i tumori della mammella femminile. Per il colon-retto si prevede tuttavia nei prossimi anni, una riduzione dell'incidenza, dovuta all'aumentata rimozione dei polipi intestinali dai quali hanno origine i tumori maligni.

La diffusione dello screening non organizzato del tumore della prostata con il test del PSA ha portato, negli anni Novanta, ad un notevole incremento della frequenza di tale patologia. Il confronto con il triennio precedente, però, suggerisce una diminuzione dell'indice, forse dovuta a un "esaurimento" dei casi, che sono stati precocemente diagnosticati e che con ogni probabilità non sarebbero stati mai scoperti. Le indagini di *imaging* connesse allo screening per il cancro della prostata potrebbero in qualche misura contribuire alla individuazione di lesioni anche della vescica urinaria, come sembrerebbe indicare l'incremento dei casi registrati negli ultimi anni di tumore in situ della vescica e di quelli a comportamento incerto nei maschi. Infatti, rispetto al triennio precedente, nel periodo 2008-2010, si è notata una diminuzione dei casi infiltranti più consistente nei maschi che nelle femmine.

Desta qualche preoccupazione la constatazione di un aumento dei casi di tumore della cervice uterina, probabilmente dovuto a un minore accesso allo screening di popolazione straniera residente.

Continua l'aumento dei casi diagnosticati di tumore della mammella femminile, fenomeno presumibilmente ancora legato allo screening, come testimonia l'aumento di incidenza delle lesioni in situ e di quelle localizzate, non accompagnato però da una significativa riduzione delle lesioni più avanzate.

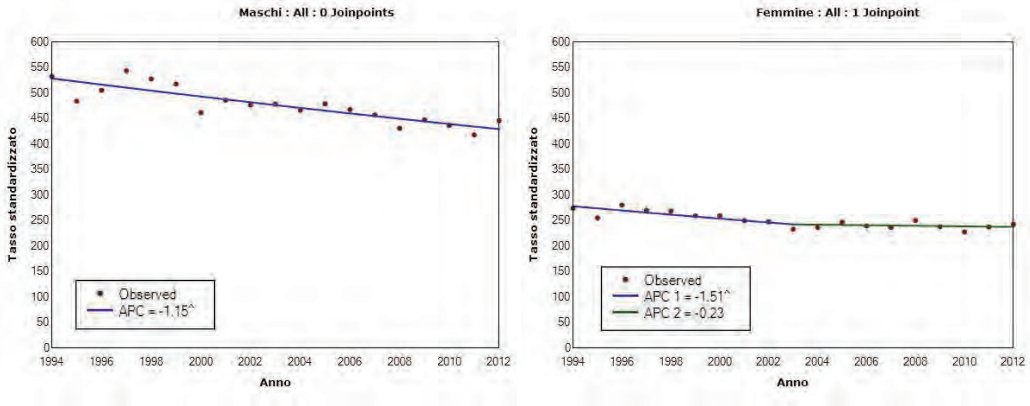
Sono da evidenziare le grandi differenze della frequenza del cancro tiroideo e del tumore della vescica tra i due sessi e il numero dei casi di tumore del polmone, che nelle femmine rappresenta ancora circa un quarto di quello dei maschi.

La mortalità per tumori maligni è stata analizzata sia nel suo complesso che per le principali sedi: bronchi e polmoni, mammella femminile, colon-retto e prostata.

Considerando la totalità dei tumori si osserva, nei maschi, una riduzione della mortalità per tutto il periodo esaminato, mentre nelle femmine, dopo un primo decennio in decremento, tende a stabilizzarsi (fig. 51).

50

Figura 51 - Trend temporali di mortalità per tumori maligni (C00-C99), 1994-2012



Occorre tuttavia sottolineare che, dato l'invecchiamento della popolazione umbra, il carico assistenziale per neoplasie maligne è comunque in aumento: è infatti in continua crescita il numero annuo di decessi per patologie tumorali.

La riduzione della mortalità, osservata dopo standardizzazione dei tassi per età e sesso, può essere imputata all'effetto di una riduzione dell'incidenza (come sta avvenendo per i tumori fumo correlati nel sesso maschile), oppure all'introduzione di più efficaci misure terapeutiche, talora in associazione a interventi di diagnosi precoce (ne sono esempi il carcinoma mammario femminile e quello prostatico). L'aumento della mortalità che emerge in alcuni casi (ad esempio quella per tumore al polmone nelle femmine) è da correlarsi all'aumento del numero di soggetti che si ammalano, in assenza di un importante miglioramento delle terapie disponibili. Nei maschi, i più alti tassi di mortalità per tumore si registrano per quelli bronco-polmonari mentre nelle femmine per quello della mammella, tuttavia i trend risultano in diminuzione in entrambi i casi. Il colon-retto rappresenta la seconda neoplasia, per mortalità, in ambo i sessi, con un andamento in lieve diminuzione; segue, nei maschi, la prostata con un trend in crescita fino al 1998, successivamente la tendenza si inverte, sia per il miglioramento del trattamento che per il ricorso allo screening opportunistico. Nelle donne la terza causa di mortalità per tumore è rappresentata da quelli bronco-polmonari, che, benché presentino tassi nettamente inferiore rispetto a quelli maschili, sono tuttavia in costante aumento (figg. 52, 53 e 54).

Figura 52 - Trend temporali di mortalità per tumori maligni del polmone, 1994-2012

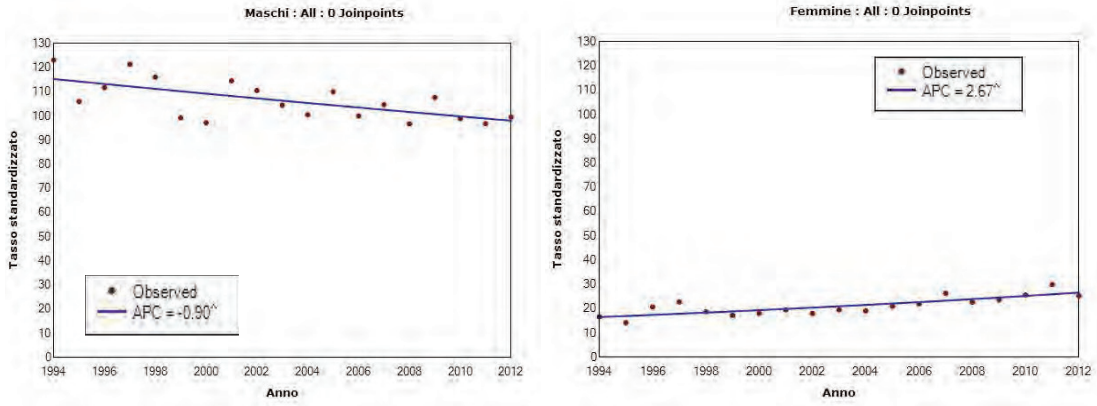


Figura 53 - Trend temporali di mortalità per tumori maligni del colon-retto, 1994-2012

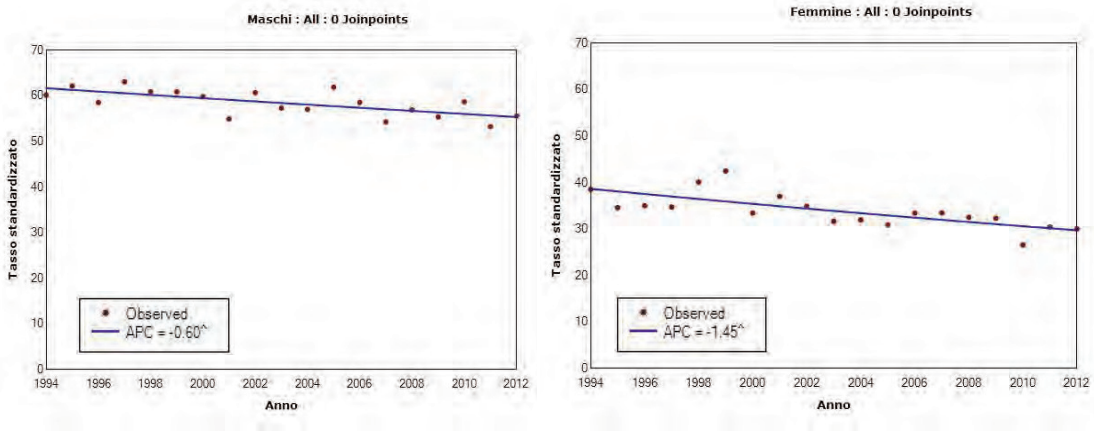
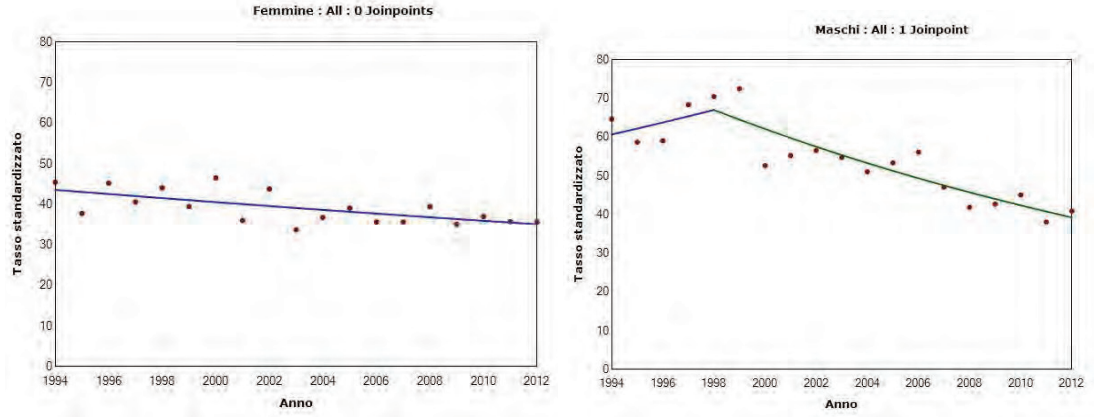


Figura 54 - Trend temporali di mortalità per tumori maligni della mammella femminile e della prostata, 1994-2012



52

Crisi economica e salute

Il tema della crisi economica e delle conseguenze che ha determinato sul sistema delle imprese e sull'occupazione si intreccia con molte dimensioni della salute, dagli stili di vita alla risposta ai programmi di prevenzione, all'accesso ai servizi sanitari. La sfida per i servizi sanitari, pertanto, è quella di raccogliere evidenze sulle disuguaglianze in salute e nell'accesso ai servizi, individuare i problemi e le priorità, valutare l'impatto dei servizi, dei programmi e delle procedure sui gruppi più svantaggiati, sviluppare azioni di miglioramento dell'equità e raggiungere quella quota della popolazione che più ha bisogno di aiuto.

Le conseguenze della crisi economica sul sistema produttivo

Il sistema produttivo umbro è caratterizzato da una grande frammentazione e da un elevato numero di piccole imprese e di imprese familiari, orientate a un mercato prevalentemente nazionale, con un maggior peso rispetto alle altre regioni dei settori tradizionali quali l'agricolo, il manifatturiero e l'edile, mentre vi è una scarsità di imprese in settori tecnologicamente avanzati. Queste sono alcune delle ragioni alla base delle maggiori difficoltà incontrate dal sistema produttivo umbro nell'assorbire gli effetti della crisi economica; in Umbria il progressivo aumentare del numero di imprese che escono dal mercato (rispetto al 2008, il numero di imprese industriali si è ridotto di un sesto) con costante riduzione del PIL, dal 2007, nettamente superiore a quella italiana (-12,5% vs -8%).

Nel 2013 è proseguito il calo dell'occupazione (-1,1 per cento, corrispondente a quasi 4.000 unità) e delle ore lavorate (-1,8 per cento). Se prima della crisi l'Umbria era una delle regioni ad aver registrato la crescita più significativa in particolar modo per le donne, dal 2008 è tra le regioni che hanno visto maggiormente ridursi l'occupazione e crescere la disoccupazione. I dati relativi all'occupazione della Rilevazione sulle forze di lavoro dell'ISTAT mostrano che il numero di occupati, che è pari a circa 359.000 unità, risulta di ben 17.000 unità al di sotto del livello pre-crisi. La marcata riduzione degli occupati nelle costruzioni (-14,1 per cento) e nell'industria in senso stretto (-5,6) è stata solo in parte compensata dalla crescita nei servizi e nell'agricoltura (tab. 19).

Il tasso di occupazione è sceso al 61,1%, mentre il tasso di disoccupazione è arrivato al 10,4%. Il tasso di occupazione si è ridotto di 0,4 punti percentuali dal 2012, 4,3 punti dal 2008; il tasso di disoccupazione è invece aumentato dello 0,6% dal 2012, più che raddoppiato dal 2008, toccando il valore più elevato dal 1992. Si assiste ad una polarizzazione tra quelli che rimangono al lavoro in età più avanzata, per effetto dell'innalzamento dei requisiti anagrafici per il pensionamento e chi viene espulso dal processo produttivo, incontrando difficoltà nella ricerca di una nuova occupazione.

Tabella 19

Occupati e forza lavoro
(variazioni percentuali sul periodo corrispondente e valori percentuali)

PERIODI	Occupati						In cerca di occupazione	Forze di lavoro	Tasso di occupazione (1) (2)	Tasso di disoccupazione (1)	Tasso di attività (1) (2)
	Agricoltura	Industria in senso stretto	Costruzioni	Servizi	di cui: com., alb. e ristor.	Totale					
2011	-1,4	1,5	-7,8	1,4	10,4	0,4	-1,1	0,3	62,3	6,5	66,8
2012	-9,5	0,1	-4,3	-1,1	-1,6	-1,4	52,8	2,1	61,5	9,8	68,3
2013	20,1	-5,6	-14,1	1,2	-4,2	-1,1	6,2	-0,4	61,1	10,4	68,3
2012 – 1° trim.	5,8	-5,6	-12,6	0,8	6,6	-1,9	41,8	1,1	61,0	9,8	67,7
2° trim.	-27,0	8,6	2,1	-0,9	-5,0	0,5	46,2	3,4	63,0	9,1	69,5
3° trim.	-13,2	-0,9	20,1	-3,9	-8,8	-1,8	67,6	1,9	61,8	8,8	67,9
4° trim.	-0,4	-1,9	-20,3	-0,1	2,5	-2,3	58,1	2,2	60,3	11,4	68,2
2013 – 1° trim.	29,1	-4,8	-25,0	5,9	5,0	1,3	8,8	2,1	61,5	10,5	68,9
2° trim.	45,8	-14,5	-14,4	-0,2	-3,8	-3,6	11,3	-2,2	60,6	10,4	67,8
3° trim.	8,9	-6,8	-9,7	-0,5	-15,9	-2,5	13,0	-1,1	60,9	10,1	67,8
4° trim.	2,2	4,8	-4,0	-0,3	-1,9	0,6	-5,3	-0,1	61,3	10,8	68,8

Fonte: Istat, *Rilevazione sulle forze di lavoro*. Cfr. la sezione: *Note metodologiche*.
(1) Valori percentuali. – (2) Si riferisce alla popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni.

Il calo dell'occupazione ha colpito in minor misura le donne. Il 44,2% degli occupati pari a 159.000 unità sono donne; dal 2008 si sono perse "solo" 4.000 occupate contro 13.000 occupati uomini. Il tasso di occupazione delle donne 15-64enni è pari a 53,8, lievemente in crescita rispetto al 2012 e superiore al tasso nazionale (46,5%); il tasso di disoccupazione è pari ad 11,7 % in crescita rispetto al 2010 (10,1%), anche se inferiore a quello nazionale (13,1%). Soltanto una parte

dell'occupazione femminile ha però tenuto la crisi. In particolare in crescita sono le occupate straniere, le occupate con più di 50 anni per l'innalzamento dell'età pensionabile e quelle che si immettono nel mercato del lavoro per sopperire alla perdita del lavoro del partner. Aumentano le donne "breadwinner" ovvero donne fra i 15-64 anni che sono le uniche a lavorare della famiglia. Cresce anche la quota di donne che lavorano part time, per lo più involontario. La crescita dell'occupazione femminile, sottende inoltre fenomeni di segregazione professionale, con l'incremento di posizioni a bassa qualifica, la concentrazione in poche professioni e fenomeni di sovra-istruzione crescenti e più accentuati rispetto agli uomini.

Aumentano gli "scoraggiati", i disoccupati di lunga data e i licenziati. Se si considerano i disoccupati, pari a 42.000 unità (più che raddoppiati rispetto al 2008), e le forze lavoro potenziali, pari a 35.000 unità (23.000 unità nel 2008), sono 77.000 le persone che vorrebbero lavorare, ma che non trovano una collocazione. Fra le forze lavoro potenziali sono 15.000 i cosiddetti "scoraggiati" cioè soggetti che dichiarano di non cercare lavoro perché ritengono di non trovarlo, in netta crescita rispetto al 2008 e fra i disoccupati sono in aumento quelli che, per la carenza di nuove opportunità di impiego, cercano lavoro da più di 12 mesi (disoccupati "di lunga durata"), che costituiscono oltre il 40% dei disoccupati totali.

Si riducono i rapporti di lavoro a tempo indeterminato e aumenta la precarietà. Nel 2013 l'incidenza dell'occupazione a tempo indeterminato si è ulteriormente ridotta (228.00 unità -1000 unità dall'anno precedente, -3,4% rispetto al 2008). Questo decremento non è compensato dall'occupazione a termine, che si è fortemente ridotta (34.000 unità -6000 unità dall'anno precedente, -19% dal 2008).

Fra le forme di lavoro flessibile o precario vanno considerate anche i collaboratori e prestatori d'opera occasionali pari a circa 8000 unità (dati 2012): tali forme di lavoro che hanno in Umbria un'incidenza superiore a quella nazionale, sono più diffuse fra gli uomini, in particolare stranieri; il precariato varia nei diversi settori produttivi (agricoltura 26,4%, alberghi e ristoranti 19,9%, servizi di informazione e comunicazione 12,5%, costruzioni 12,5% istruzione e sanità 11,3%, altri servizi collettivi e personali 10,1%). L'incidenza del part time in Umbria è superiore alla media nazionale e una quota consistente dell'incremento dell'utilizzo del lavoro part time (oltre il 70% fra gli uomini e oltre il 50% fra le donne) è di tipo involontario, come strategia delle aziende per far fronte alla crisi.

Contemporaneamente è sempre più difficile l'inserimento dei giovani nel mondo del lavoro. Tra i giovani fino a 34 anni il tasso di occupazione è sceso dal 49,5 del 2012 al 46,9 per cento, oltre dodici punti in meno rispetto al 2008 superiore al calo medio nazionale; il tasso di disoccupazione fino a 34 anni ha raggiunto il 19,0 per cento (dal 18,7 del 2012), inferiore di 4 punti rispetto a quello nazionale. Fra i 15-24 anni si raggiunge un tasso di disoccupazione del 40%. Nel 2012 i giovani umbri tra i 15 e i 29 anni (fascia di età considerata dal piano europeo per la lotta alla disoccupazione giovanile) che non lavorano, non studiano né sono coinvolti in attività formative (i cosiddetti NEET, not in education, employment or training) sono 25.000, ovvero il 18,6% per cento dei residenti di pari età, 5,6 punti in più rispetto al 2008; a questo incremento hanno contribuito principalmente i giovani che vogliono lavorare, vale a dire i disoccupati e le forze di lavoro potenziali, anche se non cercano attivamente un impiego perché sfiduciati rispetto alle proprie possibilità. L'incidenza dei NEET è più elevata fra le donne e gli stranieri. La situazione dell'occupazione risulta più drammatica per i giovani meno istruiti. Al minor svantaggio relativo dei laureati rispetto all'occupazione, si associa però il fenomeno della sovra-istruzione, ovvero svolgere lavori meno qualificati rispetto al titolo di studio conseguito; i giovani sono inoltre più esposti alla precarietà dell'occupazione: oltre il 61% dei giovani fra i 15 e i 24 anni è occupato con un contratto a termine o di collaborazione e questa percentuale è aumentata di oltre 5 punti dal 2008.

Si aggrava la situazione occupazionale dei lavoratori stranieri. L'occupazione immigrata ha ormai un ruolo preminente in Umbria che è al primo posto rispetto all'incidenza di occupati stranieri (14%). Il tasso di occupazione degli stranieri che risiedono in Umbria dal 2012 si è ridotto di 4 punti percentuali attestandosi al 56,7% (il dato nazionale è pari a 58,1% ridotto di 9 punti dal 2012). Il fenomeno è comune alle altre regioni italiane e agli altri paesi dell'UE, anche se in Italia è più accentuato. Il tasso di disoccupazione è aumentato di 2 punti percentuali arrivando al 20,7%, nettamente superiore a quello che si riscontra degli italiani pari a 8,5% (il dato nazionale è pari al 17,3% contro 11,5 % degli italiani). Fra gli stranieri è però meno diffusa che fra gli italiani la disoccupazione di lunga durata. La flessione dell'occupazione straniera è attribuibile quasi interamente agli uomini; l'incidenza delle lavoratrici straniere è superiore a quella dei lavoratori segnale dell'importanza dell'immigrazione femminile. L'utilizzo dei contratti flessibili (dati del 2012) continua a riguardare soprattutto i lavoratori stranieri (18% a fronte del 12,4% che si ha per gli italiani). La presenza straniera segna il proprio massimo (49,1%) nell'occupazione dei servizi collettivi e personali, che, nel caso della componente femminile (badanti e collaboratrici familiari) supera il 57%, seguita dal settore edile (32,4%), settore alberghiero e ristorazione (26,2%) e quello agricolo (19,2%)). L'analisi delle assunzioni mostra l'importanza dell'immigrazione in Umbria; nel 2012

54

ben il 38,4% della domanda di lavoro è stata soddisfatta da manodopera straniera. Circa i 2/3 dei rapporti di lavoro si sono aperti e chiusi nell'arco di 12 mesi e circa ¼ è durato meno di 4 mesi; la durata media dei rapporti di lavoro degli stranieri è molto inferiore a quella degli italiani e ciò testimonia la notevole mobilità occupazionale degli immigrati e la grande precarietà del posto di lavoro.

Le diseguaglianze di salute e di accesso ai servizi sanitari

Il concetto di equità in salute implica che ogni individuo possa avere le stesse opportunità di raggiungere il medesimo livello potenziale di salute, riducendo le differenze di salute al più basso livello possibile. D'altra parte l'equità nell'assistenza sanitaria non può essere legata al raggiungimento dello stesso livello di salute per tutti in quanto il sistema sanitario è solo uno dei molti fattori che contribuiscono alle differenze di salute nella popolazione; equità nell'assistenza sanitaria significa essenzialmente equità nell'accesso alle cure disponibili e nell'utilizzo dei servizi di cura per i medesimi bisogni assistenziali e equità nella qualità (sicurezza) delle cure.

Riguardo all'equità nell'accesso e nell'uso dei servizi sanitari si fa riferimento all'equità orizzontale, ovvero al concetto che individui con bisogni di cura simili devono ricevere le stesse cure sanitarie; per realizzare tale principio le risorse devono essere stanziate secondo i bisogni determinati da età, sesso, condizione di salute o malattia ma indipendentemente da reddito, condizione lavorativa, grado di istruzione, appartenenza etnica, religione. Il termine diseguaglianza si riferisce, infatti, a differenze evitabili e non necessarie, quindi ingiuste se considerate secondo una dimensione etica e politica.

D'altra parte è necessario superare l'idea di uguaglianza in base alla quale "gli individui devono essere trattati ugualmente": il nuovo concetto di uguaglianza implica il rispetto delle diversità come riconoscimento e valorizzazione delle differenze e il principio di equità come parità di opportunità di salute e di trattamento. Un sistema di salute equo non mira ad eliminare le differenze, ma a ridurre le diseguaglianze.

L'*Indagine sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2014 dell'ISTAT* rivela che gli aspetti ancora problematici del SSN si riscontrano proprio sul fronte dell'equità: gli indicatori segnalano divari di genere, sociali e territoriali, sia in termini di esiti di salute sia di accesso alle cure, che si configurano, pertanto, come una condizione strutturale della sanità pubblica.

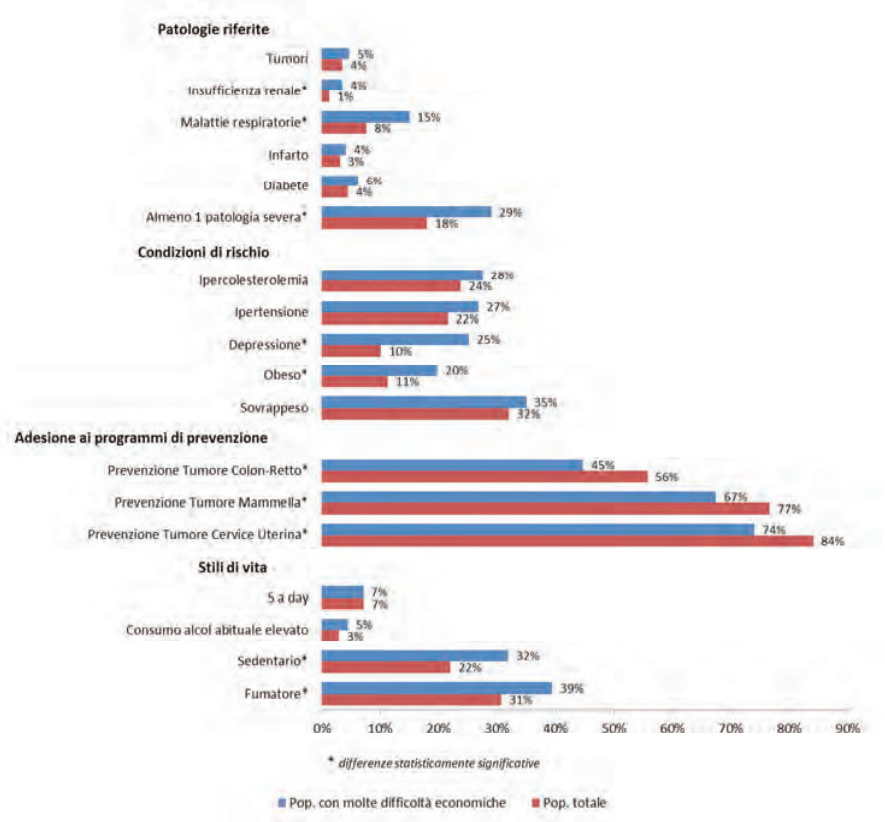
Un indicatore importante per quanto riguarda l'equità nell'accesso ai servizi sanitari è, rappresentato dalla percentuale di persone che, pur in presenza di un bisogno di salute, deve rinunciare a prestazioni sanitarie quali visite specialistiche non odontoiatriche, interventi chirurgici o acquisto di farmaci. In Italia, infatti, nel 2012 l'11% delle persone ha rinunciato alle cure prevalentemente per motivi economici (50,4%) e in minor misura per motivi legati all'accessibilità delle strutture (32,4%) (liste di attesa, orari scomodi per l'appuntamento o difficoltà a raggiungere la struttura); ancora più elevata (14,3%) è la quota di persone che ha dovuto rinunciare alle cure odontoiatriche, ben l'85,4% delle quali per motivi economici.

Anche i flussi migratori provenienti dai Paesi poveri rappresentano per i sistemi sanitari una nuova sfida sul terreno dell'equità. Infatti, mentre le eventuali diseguaglianze di salute sembrano ridursi via via che il fenomeno migratorio si va consolidando nel nostro paese, non è possibile identificare un trend di riduzione simile per quanto riguarda le disuguaglianze nell'accesso e nell'uso dei servizi sanitari.

Il rapporto "La povertà in Umbria: le difficoltà economiche riferite in Umbria" (dati PASSI 2009-2012) mostra anche per l'Umbria evidenti segni di indebolimento economico ma non emerge un corrispondente effetto sulle difficoltà economiche percepite. Evidentemente sono ancora presenti nel territorio regionale fattori di protezione sociale che consentono al sistema di assorbire il contraccolpo della crisi.

Secondo il rapporto nel quadriennio 2009-12 le persone che dichiarano di avere molte difficoltà economiche sono in Umbria il 10,5%, una quota significativamente inferiore rispetto alla media italiana (14,1%) e con lievi differenze all'interno della regione (valori maggiori nel territorio dell'Azienda Usl Umbria 2). Questa condizione, sostanzialmente costante nel tempo, sebbene con una percentuale più alta nel 2012, è più diffusa tra chi ha un titolo di studio medio-basso, è separato/divorziato, non ha un lavoro regolare e ha cittadinanza straniera. Coloro che riferiscono molte difficoltà economiche presentano condizioni più svantaggiate nei comportamenti a rischio per la salute, coerentemente con quanto descritto in letteratura: sono più spesso fumatori, sedentari e in eccesso ponderale, fanno minor ricorso ai test di diagnosi precoce per lo screening dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto, presentano sintomi di depressione, malattie respiratorie e insufficienza renale (fig. 55).

Figura 55 - Salute delle persone con molte difficoltà economiche: Prevalenze per condizione riferita. PASSI Regione Umbria 2009-2012



I dati del sistema di sorveglianza PASSI forniscono informazioni anche su eventuali differenze negli stili di vita e nell'adesione ai programmi di prevenzione precoce dei tumori per gli stranieri.

L'analisi di trend effettuata sul periodo 2008-2011 non mostra differenze per quanto riguarda i comportamenti a rischio (abitudine al fumo, consumo di alcol e sedentarietà) tra italiani e stranieri, mentre l'adesione ai programmi di screening sembra essere significativamente più bassa per le persone straniere, in particolare per lo screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina, che tra i tre programmi di screening è quello in cui possono essere più rilevanti le disuguaglianze rispetto alla partecipazione all'invito: il basso titolo di studio e le difficoltà economiche come pure la cittadinanza straniera condizionano infatti negativamente l'adesione agli screening (figg. 56, 57 e 58).

56

Figura 56 - Mammografia negli ultimi due anni. Donne 50-69 anni. Prevalenze per caratteristiche socio-anagrafiche PASSI Regione Umbria 2008-11

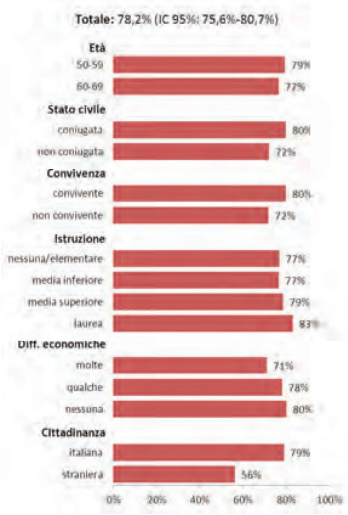


Figura 57 - Test di screening per neoplasia cervicale eseguito negli ultimi tre anni. Donne 25-64 anni Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche - Regione Umbria 2008-11

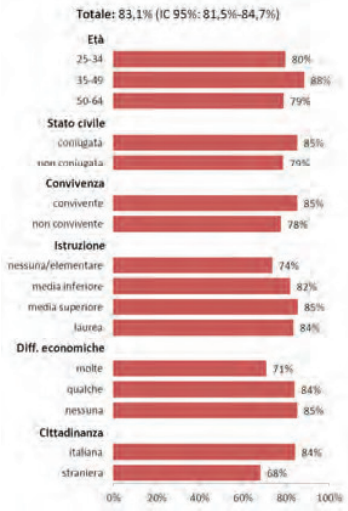
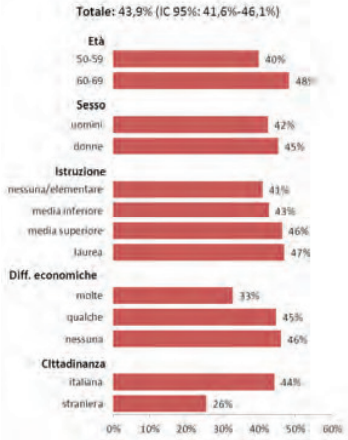


Figura 58 - Persone 50-69enni e ricerca sangue occulto negli ultimi due anni. Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche - Regione Umbria 2008-11



Per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari, un'analisi effettuata per il periodo 2007-2009 nella nostra regione dal dipartimento di Economia Finanza e Statistica dell'Università di Perugia, in collaborazione con la Direzione Salute e Coesione sociale della Regione Umbria, dal titolo "La performance dei servizi sanitari della regione Umbria in termini di diseguaglianze di salute e uso dei servizi ospedalieri per la popolazione italiana e straniera", ha individuato un set di indicatori per valutare le diseguaglianze di utilizzo dei servizi sanitari tra popolazione italiana e straniera. Gli indicatori utilizzati sono stati: tasso standardizzato di ospedalizzazione, bambini morti entro 28 giorni di vita ogni 1000 parti, % e tasso standardizzato di TSO, tasso standardizzato di dimissione per patologie psichiatriche, tasso standardizzato di ricovero per diabete, per polmonite, per infarto, per HIV, per TBC, per malattie cardiovascolari e per IVG, tasso di infortunio sul lavoro.

L'analisi ha evidenziato che la spesa sanitaria pro-capite aggiustata per sesso e per età è sistematicamente inferiore per gli stranieri rispetto a quella degli italiani e che esistono disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi a sfavore della popolazione straniera.

In particolare, da un lato c'è una difficoltà nell'accesso appropriato al percorso di cura materno-infantile (la percentuale di donne che effettuano la prima visita in gravidanza dalla 12^ settimana di gestazione è sensibilmente più alta nella popolazione straniera) e dall'altro c'è un eccessivo ricorso da parte degli stranieri al ricovero per malattie acute, quali polmonite e infarto, e per malattie croniche, quali il diabete, che potrebbe dipendere sia da un'evoluzione più grave della patologia, sia da una minore efficacia dei servizi territoriali nei confronti di queste persone.

Adolescenti e disagio

Dai dati della ricerca "I giovani adolescenti in Umbria", redatto nel 2009 a cura dell'Assessorato alle Politiche Sociali e Giovanili e dell'Agenzia Umbria Ricerche, su valori, culture, stili, relazioni, linguaggi della nuova generazione tra i 14 e i 19 anni, emerge una gioventù femminile più colta e molto più studiosa dei maschi, più intensamente volta a costruire e/o cercare relazioni, più riflessiva e disposta a scommettere su "competenze" e "intelligenza", più tesa ad intrecciare la propria vita con valori più universalistici e volti alla comprensione dell'altro, e quindi più attenta alla solidarietà.

Tuttavia, nelle donne più che negli uomini emerge anche una denuncia dell'ingiustizia sociale più forte e tesa soprattutto a cambiare i rapporti familiari, ma anche l'ambiente sociale stesso e una grande sofferenza delle ragazze. Infatti, tutti gli indici del disagio giovanile sono per le ragazze molto più forti che per i maschi, in particolare la solitudine e lo scarso apprezzamento di sé.

C'è una forte e insospettata percentuale di giovani che sperimenta, anche in forme stabili, il lavoro tra i 14 e i 19 anni. Si tratta di un ingresso molto precoce nel mondo del lavoro che ha non poche conseguenze sul mondo delle idee giovanili e che evidenzia per la prima volta una situazione di precarietà e flessibilità nella nostra regione.

Dal rapporto emerge però come la permanenza di una ricca tradizione di reti parentali (famiglie, nonni, vicini), la specifica conformazione urbana di una regione piccola, dove contano molto, per quantità e qualità, ancora oggi, le reti di vicinato, costituiscano un contrappeso forte a questa sofferenza interna della regione.

Gli adolescenti umbri, infatti, vivono tutti in famiglia; una famiglia ancora estesa, in cui, pur crescendo le incrinature e, sempre più spesso, anche le rotture, fanno riferimento alla presenza di nonni e fratelli, anche di età maggiore, in una condizione condivisa con altri della medesima generazione. Il nucleo familiare, dunque, persiste senza ancora essere caratterizzato dall'uscita dei componenti più giovani.

Un altro aspetto evidenziato dalla ricerca è il rapporto con il proprio corpo dei giovani, nei quali il prendersene cura riguarda, pressoché in esclusiva, il come si presenta agli altri giovani, con particolare riferimento a quelli dell'altro sesso. Così il riferimento al corpo si smaterializza, perde sempre di più i connotati fisici per sciogliersi nella sua rappresentazione e nella relazione.

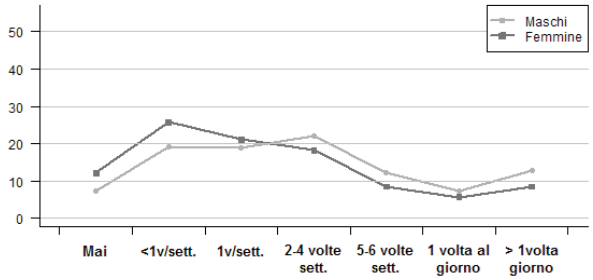
In questo contesto si inseriscono i Disturbi del Comportamento Alimentare per i quali sono afferiti ai servizi specialistici della nostra regione 2740 pazienti nel biennio 2008-2009, dei quali la maggior parte si colloca nella fascia tra i 15 e i 25 anni, con un'estensione anche sotto ai 15 e sopra i 40, a conferma del fatto che il range della popolazione interessata da questi disturbi si è notevolmente allargata.

Va preso atto anche dell'assoluta estraneità dei giovani agli stili di vita salutistici, così ampiamente presente nella fitness degli adulti. Non a caso le attività fisiche, compreso lo sport praticato, che pur riguarda un numero consistente di adolescenti, soprattutto maschi, non rappresentano una consuetudine per la maggior parte dei ragazzi intervistati. E, ancora, non a caso l'uso di sostanze psicotrope e, soprattutto, la grande diffusione di bevande energetiche light, più che essere percepito come soglia di un possibile pericolo, viene ritenuto parte integrante di quello stare insieme di cui le diverse sostanze rappresentano un carburante pressoché indispensabile.

58

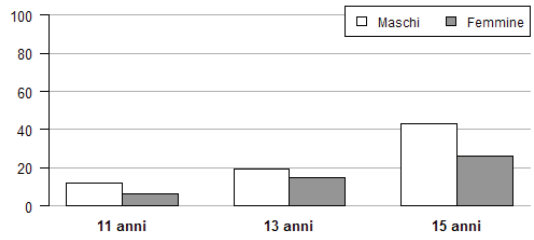
Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) è uno studio multicentrico internazionale che prevede indagini ripetute ogni quattro anni e ha lo scopo di fotografare e monitorare la salute degli adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni, al fine di costituire un supporto per l'orientamento delle politiche di educazione e promozione della salute.
I dati relativi al periodo 2009-2010 supportano in qualche modo quanto emerso dalla ricerca dell'AUR.
Circa la metà dei ragazzi intervistati non fa mai attività fisica o la fa due o tre giorni a settimana; per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda "negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno".
Il 15% degli adolescenti è in sovrappeso o obeso, con una forte prevalenza nei maschi (24% Vs 9%). Il sottopeso interessa meno del 2% dei ragazzi ed è maggiore negli 11enni. Con l'aumentare dell'età aumenta anche la percentuale degli studenti che pensano di essere grassi, soprattutto le femmine che sono anche quelle che seguono maggiormente una dieta, soprattutto le 15enni.
Per quanto riguarda le abitudini alimentari il 20% non fa mai colazione mentre è piuttosto diffuso il consumo di frutta e verdura: il 53% dei ragazzi mangia frutta 5-6 volte a settimana o una volta al giorno o più di una volta al giorno; e il 44,5% mangia verdura 5-6 volte a settimana o una volta al giorno o più di una volta al giorno. L'assunzione di bibite zuccherate e di dolci è piuttosto elevato e non ci sono differenze per età e genere (fig. 59)

Figura 59 - Frequenza percentuale del consumo di bibite zuccherate, per genere



Riguardo al consumo di alcol, la quota di adolescenti che dichiara di non bere mai alcolici si riduce con l'aumentare dell'età (64% degli 11enni, 37% dei 13enni e 21% dei 15enni); tra coloro che dichiarano di bere alcolici ogni giorno la percentuale dei maschi è maggiore di quella delle femmine in tutte le fasce di età. Si conferma l'abitudine al bere ai fini dello sballo con poca consapevolezza del sentirsi "ubriachi"; l'abitudine al binge drinking soprattutto nel fine settimana è diffusa e inizia già negli 11enni (fig. 60).

Figura 60 - Percentuale di coloro che dichiarano di aver consumato 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (una serata, una festa, da solo, ecc..), negli ultimi 12 mesi, per genere



Anche la percentuale di fumatori sale con l'aumentare dell'età e raggiunge il 29% nei 15enni. Il 14% dei 15enni dichiara di fumare ogni giorno, di questi circa il 10% ha fumato 6 o più sigarette al giorno e il 9% da 1 a 5 sigarette al giorno negli ultimi 30 giorni. Tra gli 11enni e i 13enni abitudine al fumo sembra quasi inesistente (solo l'1% dei 13enni dichiara di fumare).
Il setting dei pari all'interno della scuola gioca un ruolo chiave nello sviluppo dell'adolescente; questo sistema relazionale sembra catalizzare il coinvolgimento o la disaffezione degli studenti rispetto alle attività scolastiche e conseguentemente influenzare la motivazione al raggiungimento di buoni risultati.

Per valutare il rapporto dei ragazzi con i loro compagni di classe, nello studio HBSC è stato chiesto agli studenti di indicare il grado d'accordo con le seguenti affermazioni "La maggior parte dei miei compagni di classe è gentile e disponibile" e "i miei compagni mi accettano per quello che sono" (modalità di risposta da "sono molto d'accordo a "non sono per niente d'accordo"); si dichiara molto d'accordo/d'accordo più gli 11enni che i 15enni e più i maschi che le femmine.

E' stato approfondito anche il tema del bullismo e delle relazioni violente, chiedendo ai ragazzi con quale frequenza avessero subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi e ai ragazzi negli ultimi 12 mesi. Il 15% degli 11enni, prevalentemente maschi, dichiarano di aver subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, percentuale che diminuisce con l'età.

La percentuale di ragazzi che assume farmaci è piuttosto elevata (60%), soprattutto nelle femmine (69% vs 52%).

I dati dell'indagine ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs), condotta dall'Istituto di fisiologia clinica del CNR, nella popolazione studentesca di tra i 15 e i 19 anni, rileva che per quanto riguarda il consumo di alcolici, nel 2013 l'Umbria, come già nel 2012, si pone completamente in linea con la tendenza italiana.

Il binge drinking, ovvero il bere in una singola occasione 5 o più unità alcoliche, è un comportamento piuttosto diffuso tra i giovani, sia in Umbria (39,4% nei maschi e 30,0% nelle femmine) che a livello nazionale (41,3% nei maschi e 28,1% nelle femmine).

Per quanto riguarda le sostanze illegali, è da notare che l'uso con frequenza sporadica ("almeno una volta nella vita" e "almeno una volta nell'ultimo anno") è tendenzialmente più diffuso in Umbria per tutte le sostanze, a differenza del consumo più frequente, che risulta equivalente al dato nazionale. A livello generale, quindi, si può ipotizzare che tra i giovani studenti umbri sia leggermente più diffuso, rispetto al quadro nazionale, un consumo delle sostanze con frequenza occasionale, con finalità presumibilmente sperimentali, che in molti casi non si consolida come uso frequente e tende a cessare con l'avanzare dell'età.

Va distinto il quadro relativo alla cannabis: nel 2013 le prevalenze sono superiori in Umbria rispetto alla media nazionale per tutti gli indicatori di frequenza. Le quote di consumatori sono peraltro piuttosto significative, sia in Italia che in Umbria: nella regione, si va dal 31,3% di studenti che ha utilizzato la sostanza almeno una volta nella vita, al 3,9% che ne ha dichiarato un uso frequente.

Anche tra i più giovani si conferma inoltre una diffusione piuttosto ampia della cocaina: il dato umbro è superiore a quello italiano per il consumo nella vita (5,3% in Umbria e 4,1% in Italia), negli ultimi dodici mesi (3,7% in Umbria e 2,8% in Italia) e negli ultimi trenta giorni (2,2% in Umbria e 1,7% in Italia), mentre è appena inferiore a quello italiano per il consumo frequente (0.7% in Umbria e 0,8% in Italia).

Per gli oppiacei, le differenze tra regione e nazione sono minime; merita tuttavia attenzione il fatto che tra gli studenti umbri le prevalenze maggiori emergono nelle classi di età inferiori, nel 2013 tra i 16enni sia per i maschi che per le femmine.

E' da segnalare sia in Italia che in Umbria un generale incremento dei consumi di sostanze illegali nel 2013 rispetto al 2012, con l'eccezione degli oppiacei.

Per il gioco d'azzardo nel 2013 le prevalenze nella popolazione studentesca in Umbria (43%) sono leggermente inferiori a quelle nazionali. Sono nettamente più i maschi a giocare rispetto alle loro coetanee, ed in entrambi i generi al crescere dell'età aumenta la vicinanza al gioco.

Oltre il 75% degli studenti ha giocato non più di 10 euro. Poco più di un quarto dei ragazzi ha speso sino a 50 euro e meno del 4% è andato oltre questa somma di denaro. Tra le ragazze queste prevalenze si abbassano al 7% e al 3%.

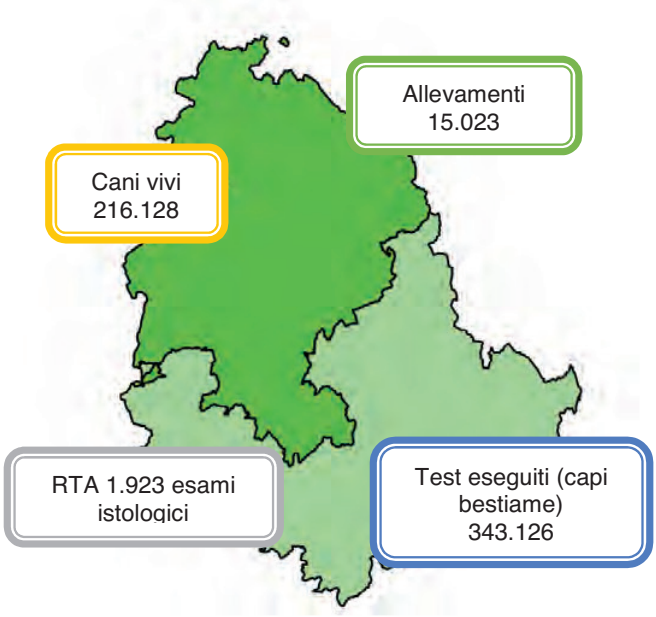
Oltre l'84% degli studenti umbri non presenta un profilo a rischio rispetto al gioco d'azzardo.

60

La salute degli animali

L'Umbria è una regione piccola: lo è nella sua estensione territoriale (8.400 chilometri quadrati circa che rappresentano meno del 3% della intera superficie nazionale) e lo è il suo patrimonio zootecnico (meno di 400.000 capi e poco più di 15.000 allevamenti) (fig. 61). Questo non vuol dire che la gestione sanitaria degli animali sia semplice, anzi la parcellizzazione degli allevamenti, le tradizioni gastronomiche con la produzione di prodotti tipici conosciuti in tutta Italia, le consuetudini di caccia ed al contempo la globalizzazione che porta nuove o "rinnovate" malattie, nuove modalità di allevamento e nuove abitudini alimentari, fanno sì che il controllo sanitario di queste popolazioni implichi una trasversalità di competenze ed una serie azioni da attuare complesse.

Figura 61 – Patrimonio zootecnico Regione Umbria



I dati utilizzati per creare le informazioni epidemiologiche di questo contesto sono principalmente di tre tipi:

A. *dati di popolazione, relativi ad aziende ed ai singoli animali appartenenti alle principali specie zootecniche in Umbria;*
B. *dati sanitari, relativi ai risultati dei principali piani nazionali di sorveglianza ed eradicazione;*
C. *dati sanitari relativi al piano di sorveglianza europeo per la moria delle api e ai dati informativi relativi al nascente Registro Tumori Animale (RTA) umbro.*

A. Dati di popolazione animale

L'analisi effettuata è di tipo descrittivo valutando le aziende ed il numero di capi bovini, bufalini, ovini, caprini, suini, equidi e volatili; descrivendo dove possibile l'indirizzo produttivo, le consistenze di allevamento, le specie, le razze e caratteristiche dei singoli capi quali per esempio l'età. Per gli allevamenti ed i capi bovini, bufalini, ovini, caprini, suini ed equidi è stata fatta anche una valutazione dell'andamento della numerosità nel tempo.

Il periodo considerato per l'analisi descrittiva ampia è stato l'anno 2013; mentre per i trend temporali sono stati esaminati i dati di popolazione del 2011, 2012 e 2013.

I dati relativi agli allevamenti in Umbria sono stati estratti dalla Banca Dati Nazionale (BDN) dell'anagrafe zootecnica istituita dal Ministero della Salute presso il Centro Servizi Nazionale dell'Istituto "G. Caporale" di Teramo (https://www.vetinfo.it/sso_portale/login.pl).

Per l'elaborazione sono state considerate le aziende aperte e i capi presenti in BDN al 31 dicembre 2013. I dati riferiti ai cani di proprietà derivano dall'Anagrafe Canina della Regione Umbria estratti il 31 dicembre 2013.

Bovini e bufalini: tutti i dati in seguito pubblicati si riferiscono ad allevamenti bovini e bufalini aperti con almeno un capo presenti in Umbria il 31 dicembre 2013. I dati sono stati ricavati dalla sezione "statistiche": http://www.vetinfo.sanita.it/anagint/statistiche/statistiche.pl e dalla sezione "estrazioni dati" (al momento

dell'estrazione dati da utilizzare per questo studio nominata "stampe"): https://www.vetinfo.sanita.it/anagint/stampe/stampa_lista_allev_ric.pl

Ovini e caprini: i dati presentati sono stati estratti da differenti tabelle della BDN dalla sezione "statistiche" (http://www.vetinfo.sanita.it/anagint/statistiche/statistiche.pl) e dalla sezione "stampe" (nominata successivamente all'estrazione dati adoperati per questo lavoro "estrazione dati") (https://www.vetinfo.sanita.it/anagint/stampe/stampa_lista_allev_ric.pl).

Suini: per l'elaborazione sono stati considerati gli allevamenti e i capi presenti in "statistiche" BDN (http://www.vetinfo.sanita.it/anagint/statistiche/statistiche.pl) e in "stampe lista allevamenti" (https://www.vetinfo.sanita.it/anagint/stampe/stampa_lista_allev_ric.pl).

Avicoli: i dati elaborati derivano dalla sezione "aziende" della BDN. Sono esclusi dalla registrazione in Banca Dati gli allevamenti rurali intesi come luoghi privati in cui vengono allevati un numero di capi non superiori a 250, destinati esclusivamente all'autoconsumo.

Cani: la fonte primaria dei dati per l'analisi della popolazione dei cani presenti in Umbria è stata l'anagrafe canina inserita nel Sistema Informativo Veterinaria ed Alimenti (SIVA) della Regione Umbria. Dal database di SIVA sono stati esportati i file relativi a tutti i cani regolarmente iscritti alle due USL umbre: sono state fatte due estrazioni la prima (12 marzo 2013) è servita per valutare la distribuzione e la qualità dei dati; per valutare eventuali problemi di lettura degli stessi e per mettere a punto il sistema di "pulitura dati". In questa fase sono state scelte le variabili per l'eliminazione di animali potenzialmente deceduti ma ancora iscritti in anagrafe.

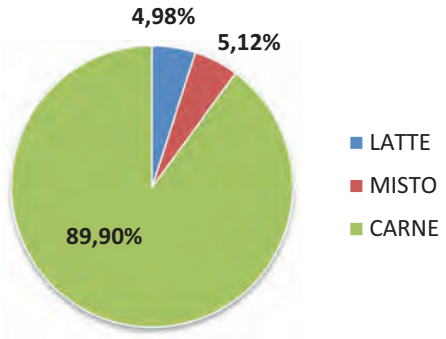
La seconda estrazione è stata fatta al 31 dicembre 2013; i dati delle USL umbre sono stati accorpati in un unico file, secondo le procedure messe a punto durante il lavoro di aggregazione dati sperimentato con la prima estrazione[5].

La stima dei cani di proprietà presenti in Umbria deriva dall'elaborazione dei dati considerando, tra i parametri individuati per validare il numero indicativo di animali vivi presenti in Umbria, l'età e quindi l'eliminazione di animali presenti in anagrafe con più di 20 anni e la residenza dell'animale fuori Regione.

Allevamenti bovini

Gli allevamenti bovini in Umbria al 31 dicembre 2013 sono 3.167, pari al 21,1% del totale di tutti gli allevamenti. Gli allevamenti da carne sono i più numerosi (n. 2.847), 158 sono quelli da latte e 162 gli allevamenti misti (carne e latte) (fig. 62).

Figura 62 - Distribuzione della tipologia di allevamento



Il numero di allevamenti presenti nelle due Aziende USL è abbastanza simile, il 52,1% nella numero 1 e il 47,9 nella USL Umbria numero 2.

Gli allevamenti di tipo misto sono più numerosi nell'USL Umbria 1 (87%: 141/162), invece gli allevamenti da carne (54%: 1.527/2.847) e quelli da latte (73%: 115/158) nella USL Umbria 2 (tab. 20 e fig. 63).

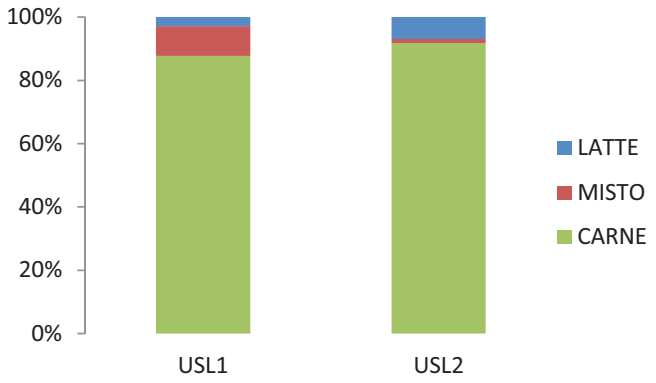
[5] *l'obiettivo di stimare il numero di cani presenti in Umbria è oggetto di una ricerca corrente finanziata dal Ministero della Salute iniziata nel 2013 e che finirà nel 2015. Per cui la stima di popolazione canina presentata deriva dai risultati ancora parziali della ricerca.*

62

Tabella 20 - Distribuzione degli allevamenti bovini umbri per orientamento produttivo e USL

USL Umbria	Orientamento produttivo			Totale
	Carne	Latte	Misto	
USL Umbria 1	1.320	43	141	1.504
USL Umbria 2	1.527	115	21	1.663
Totale	2.847	158	162	3.167

Figura 63 - Distribuzione percentuale degli allevamenti bovini umbri per orientamento per ogni Aziende USL

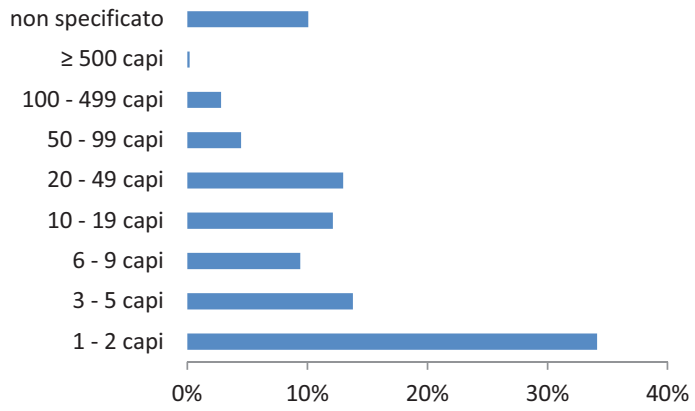


Per quanto riguarda la consistenza degli allevamenti bovini umbri, il 60% circa è di piccole dimensioni con un numero di capi inferiore a 10 (tab. 21 e fig. 64).

Tabella 21 - Distribuzione degli allevamenti bovini per classi di consistenza e per orientamento produttivo

Consistenza allevamenti	Orientamento produttivo					
	Carne	Latte	Misto	Totale	% sul totale	% cumulativa
1-2 capi	1.054	4	23	1.081	34,13%	34%
3-5 capi	413	3	21	437	13,80%	48%
6-9 capi	277	5	16	298	9,41%	57%
10-19 capi	330	20	34	384	12,13%	69%
20-49 capi	327	50	34	411	12,98%	82%
50-99 capi	97	38	7	142	4,48%	87%
100-499 capi	46	34	9	89	2,81%	90%
≥ 500 capi	0	4	2	6	0,19%	90%
Non specificato	303	0	16	319	10,07%	100%
Totale	2.847	158	162	3.167	100%	

Figura 64 - Distribuzione degli allevamenti bovini per classi di consistenza (classi di consistenza capi/totale allevamenti)



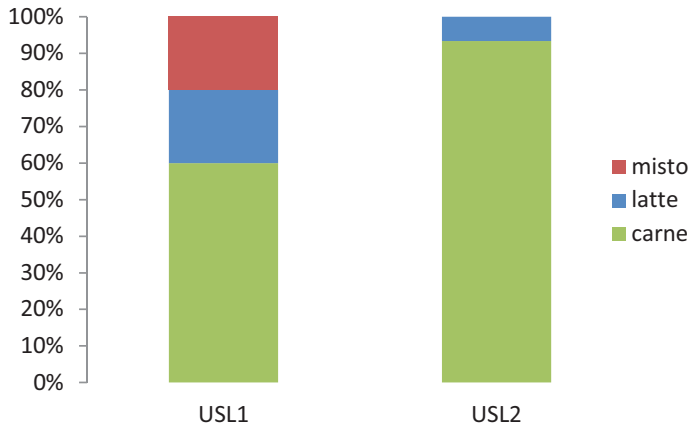
Allevamenti bufalini

In Umbria sono presenti 20 allevamenti bufalini, l'orientamento produttivo da carne è quello più rappresentato nella regione con l'85% degli allevamenti (tab. 22 e fig. 65).

Tabella 22 - Distribuzione allevamenti bufalini per USL umbre

USL Umbria	Orientamento produttivo			Totale
	Carne	Latte	Misto	
USL Umbria 1	3	1	1	5
USL Umbria 2	14	1	0	15
Totale	17	2	1	20

Figura 65 - Distribuzione percentuale degli allevamenti bufalini per orientamento per USL umbre



Metà degli allevamenti ha al massimo due capi. In solo due allevamenti la consistenza dei capi è compresa rispettivamente tra 50 e 99 e tra 100 e 499. In cinque allevamenti, in BDN, non era stata specificata la numerosità degli animali (tab. 23). Il 75% degli allevamenti bufalini è situato nei territori di competenza dell'USL Umbria 2.

64

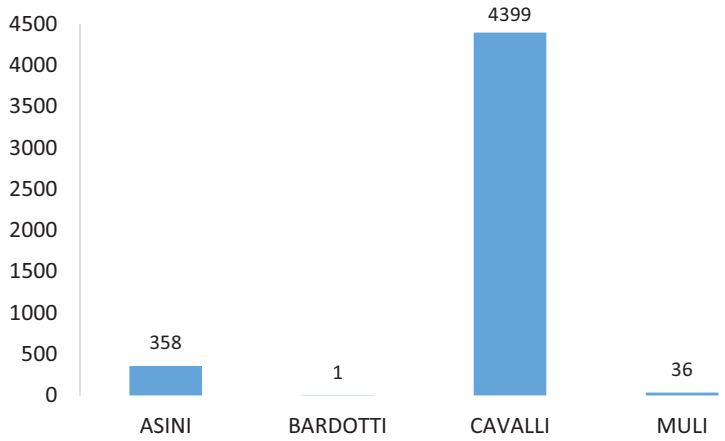
Tabella 23 - Distribuzione della consistenza dell'allevamento bufalino in Umbria ed orientamento produttivo

Consistenza allevamenti	Orientamento produttivo					
	Carne	Latte	Misto	Totale	% sul totale	% Cumulativa
1-2 capi	10	0	0	10	50%	50%
3-5 capi	2	0	0	2	10%	60%
10-19 capi	1	0	0	1	5%	65%
50-99 capi	0	1	0	1	5%	70%
100-499 capi	0	1	0	1	5%	75%
Non specificato	4	0	1	5	25%	100%
Totale	17	2	1	20	100%	

Allevamenti di equidi

Gli allevamenti equidi aperti con almeno un capo in Umbria sono 4.794. Gli allevamenti di cavalli sono i più numerosi (n. 4.399), 358 sono quelli di asini, 36 gli allevamenti di muli ed uno di bardotti (fig. 66).

Figura 66 - Distribuzione allevamenti equidi in Umbria*



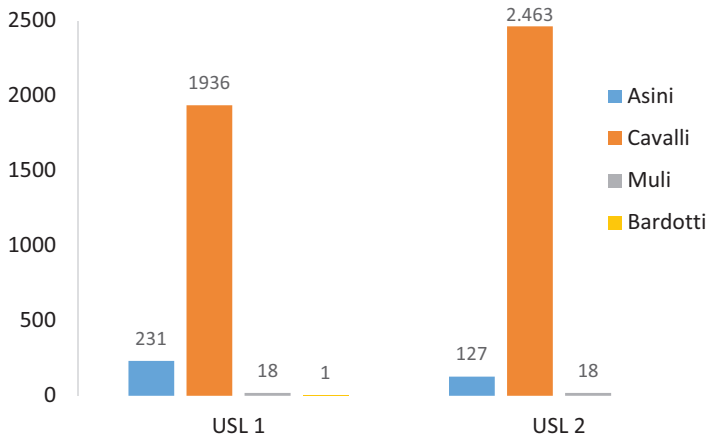
* In un'azienda possono essere presenti più tipologie di allevamento

Il maggior numero di allevamenti è presente nei comuni della USL 1, rappresentando circa il 54% del totale degli allevamenti umbri. L'USL 2 presenta il maggior numero di allevamenti di cavalli (tab. 24 e fig. 67).

Tabella 24 - Numero di allevamenti equidi per USL umbre

USL Umbria	Specie allevamenti				Totale
	Asini	Cavalli	Muli	Bardotti	
USL Umbria 1	231	1.936	18	1	2.186
USL Umbria 2	127	2.463	18	-	2.608
Totale	358	4.399	36	1	4.794

Figura 67 - Distribuzione degli allevamenti di equidi per USL umbre



Per quanto riguarda l'orientamento produttivo dei cavalli, gli allevamenti più numerosi sono quelli ippico/equestre (n. 4.108). Le altre tipologie rappresentano insieme circa il 14% del totale degli allevamenti (tab. 25 e fig. 68).

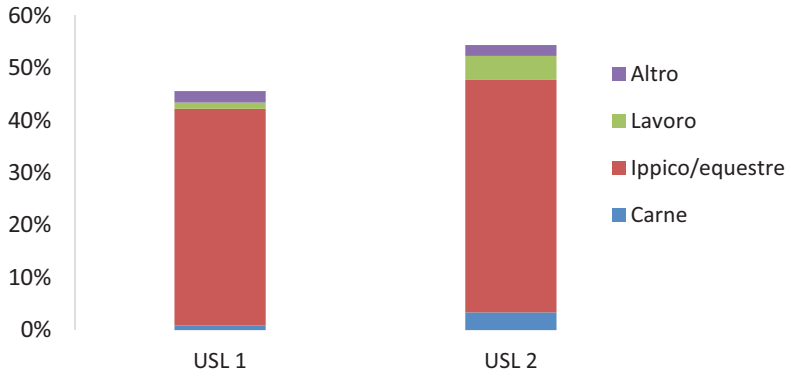
Tabella 25 - Orientamento produttivo degli allevamenti di cavalli per USL umbre

USL Umbria	Allevamenti per orientamento produttivo				Totale
	Carne	Ippico/equestre*	Lavoro	Altro**	
USL Umbria 1	44	1.982	56	104	2.186
USL Umbria 2	164	2.126	220	98	2.608
Totale	208	4.108	276	202	4.794

*Diporto, equestre, ippico

** Produzione, riproduzione, non specificato

Figura 68 - Distribuzione degli allevamenti di cavalli per orientamento produttivo e USL umbre



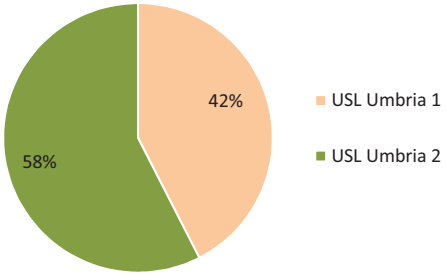
Allevamenti ovini e caprini

Al 31 dicembre 2013 la consistenza stimata del patrimonio ovino e caprino nella Regione Umbria ammontava a 119.881 capi, di cui il 95% costituito da ovini (pari a 113.933 capi), il 5% da caprini (5.948 capi). Le aziende ovine e caprine (n. 3.438) rappresentano il 22,9% di tutte le aziende zootecniche umbre.

La maggior distribuzione di allevamenti ovi-caprini si ha nell'USL Umbria 2, in cui sono presenti 1.980 allevamenti (fig. 69).

66

Figura 69 - Distribuzione percentuale degli allevamenti ovini e caprini per USL



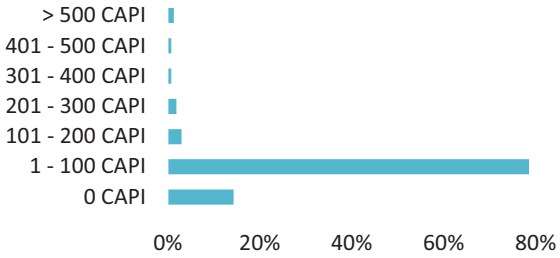
La distribuzione degli allevamenti per classi di consistenza (7 classi), mette in evidenza che quelli ovini e caprini in Umbria sono per il 95% di dimensione medio-piccola con un numero di capi inferiore a 200. Gli allevamenti di dimensioni medio-grandi raggiungono appena il 4% (numero di capi compreso tra 201 e 500) e sono concentrati prevalentemente nell'USL Umbria 2 (tab. 26 e fig. 70).

Tabella 26 - Distribuzione degli allevamenti umbri per classi di consistenza (% calcolata sul numero totale degli allevamenti di ciascuna USL) (dati ricavati da tabella statica)

Classi di consistenza	USL Umbria 1		USL Umbria 2		UMBRIA	
	N.	%	N.	%	N.	%
0 capi*	261	18%	228	11%	489	14%
1-100 capi	1.112	76%	1.586	80%	2.698	78%
101-200 capi	29	2%	71	4%	100	3%
201-300 capi	20	1%	41	2%	61	2%
301-400 capi	9	1%	13	1%	22	1%
401-500 capi	8	1%	15	1%	23	1%
>500 capi	20	1%	21	1%	41	1%
Non specificato	0	0%	4	0%	4	0%
Totale	1.459	100%	1.979	100%	3.438	100%

*Allevamenti non censiti

Figura 70 - Distribuzione degli allevamenti ovini e caprini umbri per classi di consistenza



Allevamenti suini

Il 21,8% degli allevamenti umbri è rappresentato da allevamenti suini (n. 3.275). La percentuale maggiore di allevamenti suini della Regione si trova nell'USL Umbria 1 (64%), mentre il 36% è situato nell'USL Umbria 2 (fig. 71).

Dei 3.275 allevamenti censiti in Umbria, circa il 72% è rappresentato da allevamenti a tipologia familiare (autoconsumo), seguito dalla tipologia da ingrasso che corrisponde al 15% e da riproduzione pari a quasi il 13% (fig. 72 e 73, tab. 27).

Figura 71 - Distribuzione percentuale degli allevamenti suini per USL

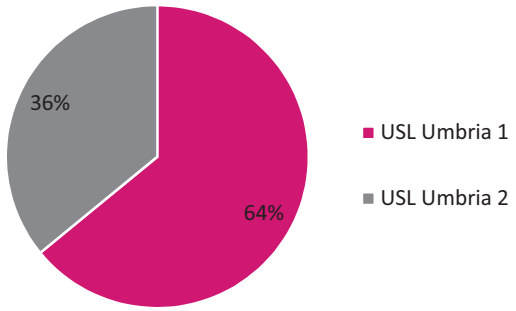


Figura 72 - Distribuzione allevamenti in Umbria per indirizzo produttivo

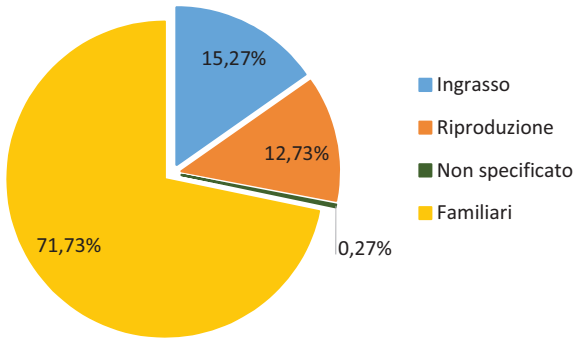
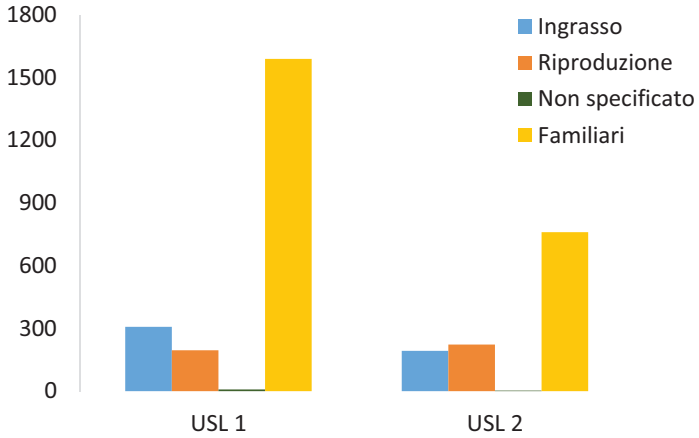


Tabella 27 - Distribuzione allevamenti per indirizzo produttivo in ciascuna USL umbra

USL Umbria	Tipologia allevamento suino							
	Ingrasso	%	Riproduzione	%	Non specificato	%	Familiari	%
USL Umbria 1	307	61%	195	47%	7	78%	1.589	68%
USL Umbria 2	193	39%	222	53%	2	22%	760	32%
Totale	500	100%	417	100%	9	100%	2.349	1

Figura 73 - Distribuzione degli allevamenti suini per USL e indirizzo produttivo in Umbria



68

Allevamenti avicoli

Gli allevamenti avicoli aperti al 31 dicembre 2013 sono 329, pari al 2,2% del totale degli allevamenti presenti nel territorio umbro.

La maggior parte degli allevamenti (60%) si trovano nell'USL Umbria 1 (figura 13). La specie più diffusa in Umbria, come in entrambe le USL, è la specie *Gallus gallus* (tab. 28 e fig. 74).

Figura 74 - Distribuzione degli allevamenti avicoli per USL in Umbria

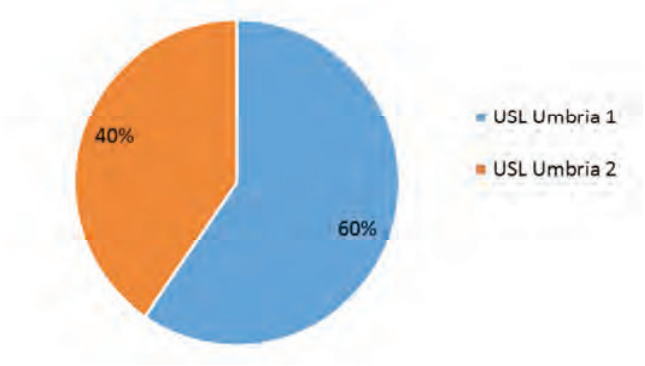


Tabella 28 - Distribuzione allevamenti avicoli in Umbria per USL e specie

Specie	USL Umbria		Totale
	USL Umbria 1	USL Umbria 2	
ANATRE	2	-	2
AVICOLI MISTI	40	21	61
GALLUS GALLUS	124	86	210
OCHE	3	-	3
PICCIONI	5	15	20
SELVAGGINA PER RIPOPOLAMENTO	9	3	12
TACCHINI (*MELEAGRIS GALLOPAVO*)	13	8	21
Totale	**196**	**133**	**329**

La tipologia di attività maggiormente rappresentata è "allevamento" con circa il 64% delle aziende, seguita per il 36% da "commerciante" (tab. 29).

Tabella 29 - Distribuzione degli allevamenti avicoli per tipologia attività

USL Umbria	Tipologia attività				
	ALLEVAMENTO	COMMERCIANTE	INCUBATOIO	MISTA	Totale
USL Umbria 1	123	72	1	-	196
USL Umbria 2	87	45	-	1	133
Totale	**210**	**117**	**1**	**1**	**329**

Gli allevamenti più tradizionali, quelli di bovini ed ovini, mostrano un andamento dal 2011 al 2013 in calo, mentre aumentano le aziende che detengono suini, equidi, caprini e bufalini, seppure quest'ultime ammontino in tutto a due decine. Nelle figure 75 e 76 sono illustrate le evoluzioni numeriche dal 2011 al 2013 delle aziende umbre e dei capi per singola specie.

Figura 75 - Trend degli allevamenti nei tre anni

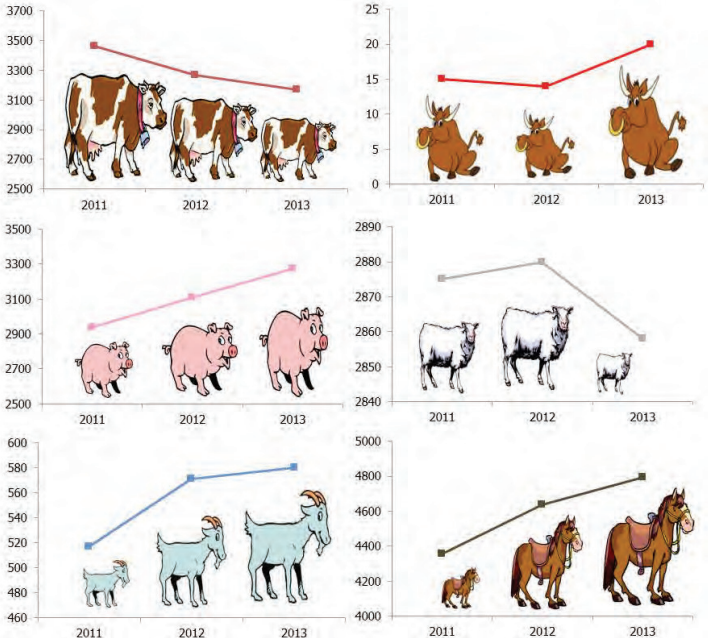
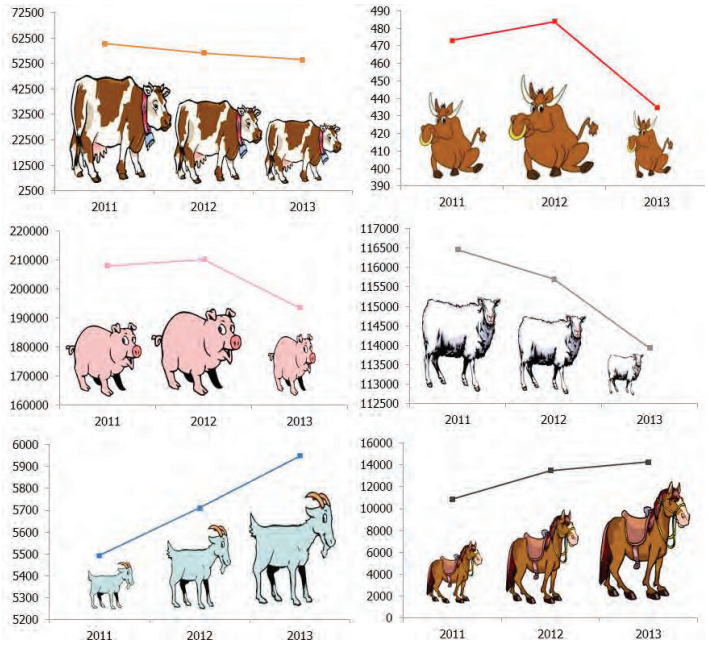


Figura 76 - Trend dei capi nei tre anni



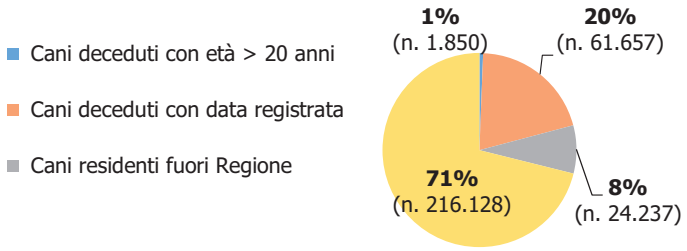
70

Cani

In totale i cani di proprietà registrati in Umbria alla data del 31 dicembre 2013, sono risultati 303.872 di cui 159.177 iscritti alla USL Umbria 1 e 144.695 alla USL Umbria 2. I cani deceduti con data e causale di decesso sono risultati 61.857, a questi sono stati aggiunti e conseguentemente conteggiati come deceduti 1.850 cani (1%) che con età superiore ai 20 anni risultavano ancora in vita.

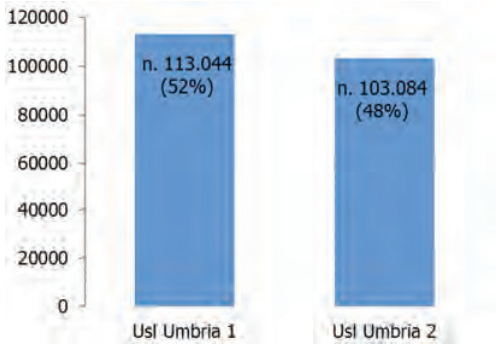
L'8% dei cani iscritti in anagrafe (n. 24.237) è risultato essere residente fuori Regione. I cani vivi umbri quindi sono risultati in totale 216.128 (fig. 77).

Figura 77 - Distribuzione dei dati presenti nell'anagrafe umbra



I cani vivi si distribuiscono nelle due Aziende USL in maniera abbastanza uniforme, il 52% di questi sono residente nei comuni dell'USL Umbria 1 e il 48% nei comuni dell'USL Umbria 2 (fig. 78).

Figura 78 - Distribuzione del numero di cani vivi registrati nelle 2 Aziende USL



La maggior parte dei cani è costituita da meticci (n. 87.996; 41%), mentre le razze più rappresentate sono il setter inglese (n. 13.788; 6%), l'epagneul breton (n. 12.708; 6%), il segugio italiano a pelo raso (n. 11.187; 5%) e il pastore tedesco (n. 9.490; 4%).

Le razze con un numero di cani superiore a 1.000 unità (26 razze più i meticci) rappresentano circa il 90% di tutti i cani presenti; per queste razze è stata calcolata la media, mediana e moda riferite all'età; i valori di media variano da un minimo di 3,8 anni per il segugio maremmano ad un massimo di 8,5 anni del pastore tedesco. I valori di moda oscillano tra un minimo di 2 ed un massimo di 9: il 70% dei cani è risultato avere un'età compresa tra 2 e 3 anni. Per le razze epagneul breton, pastore tedesco, boxer e rottweiler è stato registrato un valore di moda pari a 9.

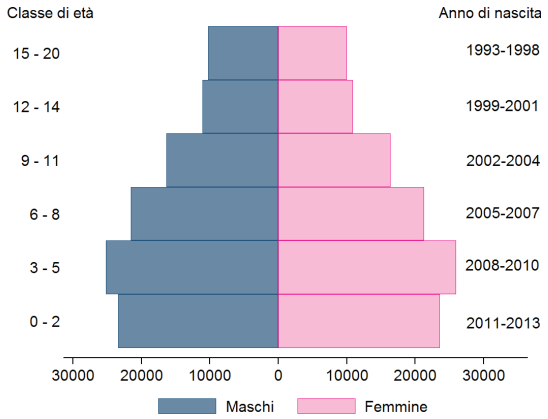
La piramide dell'età mostra una popolazione equamente ripartita, tra maschi e femmine, giovane (fig. 79).

B. Dati sanitari

I dati sanitari derivano dai risultati dei principali piani nazionali per patologie dei bovini; sono stati valutati i piani di sorveglianza per brucellosi, leucosi, tubercolosi ed encefalopatia spongiforme bovina.

Per gli ovini e caprini sono stati valutati i dati relativi ai piani di sorveglianza per brucellosi, per scrapie e febbre catarrale degli ovini (Bluetongue).

Figura 79 - Piramide dell'età dei cani iscritti all'anagrafe



Per i suini sono stati analizzati i dati dei piani di sorveglianza per malattia vescicolare, malattia di Aujeszky e peste suina classica. Per gli equidi i dati esaminati riguardavano i piani per la sorveglianza per anemia infettiva equina ed arterite equina. Per i volatili sono stati considerati i dati scaturiti dal piano di sorveglianza per influenza aviare.

Si è proceduta ad una analisi descrittiva che ha voluto evidenziare il lavoro svolto da operatori di AAUUSSLL ed IZSUM e soprattutto i risultati raggiunti e quelli mantenuti, nello specifico sono stati valutati trend e prevalenze annuali di azienda e capi.

I dati derivano principalmente dal Sistema Informativo Gestione Laboratori Analisi (SIGLA) dell'IZSUM parzialmente elaborati dal personale dell'Unità Operativa Sistemi Informativi Sanitari e Anagrafi (UISA) dell'IZSUM. Per quanto riguarda invece i dati relativi ai piani di sorveglianza per brucellosi bovina ed ovi-caprina questi sono stati estrapolati da file in pdf forniti dalla Regione Umbria (Direzione regionale salute e coesione sociale Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare). I dati relativi ad eventuali focolai sono stati confrontati con quelli presenti nel Sistema Informativo Malattie Veterinarie Nazionale (SIMAN).

In generale si è cercato di contare le aziende una sola volta, così come gli animali, eliminando eventuali doppioni. Per cui in caso di animali o aziende, negative, analizzate più volte ha fatto fede l'ultima data di controllo, mentre in caso di positività si è considerata la data del prelievo risultato poi positivo. Poiché l'obiettivo principale di questo lavoro è stato quello di descrivere la situazione sanitaria umbra di aziende e capi, gli animali macellati in Umbria ma provenienti da fuori Regione non sono stati conteggiati.

I criteri principali per definire i focolai sono stati di tipo epidemiologico. I focolai descritti rappresentano quindi unità epidemiologiche e cioè situazioni di presenza di malattia in un contesto *continuum* per cui per esempio più aziende (identificate con due codici aziendali differenti) sono state considerate un unico focolaio quando gli animali hanno condiviso ricoveri, pascoli ed alimentazione.

Le date di riferimento (tranne per le malattie dove si sono usati i file forniti dalla Regione Umbria) per aggregare i dati su base annuale sono state quella dell'accettazione del campione e non quella dell'emissione del rapporto di prova. Questo ha determinato che, per esempio, un capo positivo esaminato alla fine di un anno ma con la segnalazione e quindi refertazione all'inizio dell'anno immediatamente successivo venisse conteggiato tra i positivi dell'anno in cui è stato fatto il prelievo (quello precedente). Lo stesso procedimento è stato adottato sia per le aziende sia per i capi. Sono stati eliminati dal conteggio del numeratore, ma mantenuti nel denominatore di proporzioni e tassi stimati, i campioni non idonei.

Per quanto riguarda i focolai di Bluetongue del 2014 ci si è basati sulle segnalazioni presenti nel SIMAN. I dati sono stati estratti il 10 novembre 2014.

C. Dati sanitari api e registro tumori animale

I dati sanitari delle api derivano dal progetto pilota dell'Unione Europea finalizzato alla sorveglianza della mortalità nelle colonie mellifere durato due anni (2012-2013). I dati derivano principalmente dal Sistema Informativo Gestione Laboratori Analisi (SIGLA) dell'IZSUM e dall'elaborazione delle schede cartacee compilate dal veterinario USL in occasione delle visite previste in allevamento.

72

I dati dei tumori animali, pochi ed ancora grossolani ed in questa fase riguardante solo cani, scaturiscono dal Registro Tumori Animale (RTA) della Regione Umbria, nato nel 2013, messo a regime nel 2014 e gestito dal Sistema Informativo Veterinario Alimenti (SIVA).
In generale l'Umbria ha conquistato e saputo mantenere nel corso degli anni un ottimo livello sanitario degli allevamenti con prevalenze pari o prossime allo zero rispetto alle principali malattie del bestiame.
Una grave epidemia di febbre catarrale dei piccoli ruminanti ha però coinvolto gli allevamenti ovini della Regione a partire dall'agosto 2014 (vedi sezione specifica), pur esulando il periodo da quello in studio (2011-2013) era impossibile non farne cenno per avere una descrizione obiettiva dello stato di salute delle popolazioni animali in Umbria.

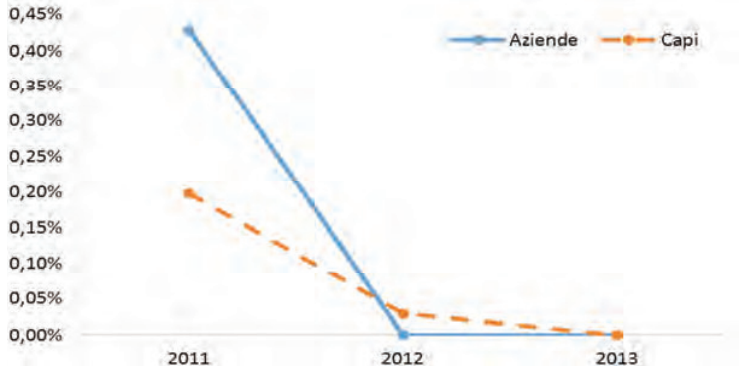
Brucellosi Bovina

La brucellosi bovina è un'infezione causata principalmente da *Brucella abortus* ma può essere sostenuta anche da *Brucella melitensis*. È una zoonosi grave, in quanto trasmissibile all'uomo direttamente attraverso lo stretto contatto con animali infetti, immediatamente dopo il parto o l'aborto e indirettamente attraverso il consumo di latte crudo (non pastorizzato) e dei suoi derivati (latticini freschi o a breve stagionatura).
L'Umbria è Regione ufficialmente indenne (UI), secondo la normativa nazionale di riferimento, da brucellosi bovina: la Provincia di Terni lo è diventata nel 1996 (D.M. 9/5/1996), con lo stesso decreto con cui veniva dichiarata ufficialmente indenne la Provincia di Perugia; tutta la Regione Umbria è stata dichiarata ufficialmente indenne con D.M. del 26/4/2000.
Nel 2005, con decisione della commissione 2005/28 del 12/01/2005, sulla base dei dati di attività presentati dalla Regione Umbria, le Province di Perugia e Terni hanno ottenuto la qualifica di Provincie Ufficialmente Indenni, in accordo con i parametri dell'Unione Europea, ai sensi della direttiva 64/432/CEE.
Dal 2006, la Regione Umbria ha elaborato un Piano di Sorveglianza (DPGR n. 195 del 15/06/2005 e DPGR n.55 del 29 giugno 2009) secondo la normativa comunitaria recepita con il D. L.vo 196/99 e DPR 556/92 e successive modifiche.
Il piano contempla un sistema di sorveglianza con l'obiettivo di monitorare costantemente l'evoluzione della situazione epidemiologica intensificando i controlli sulla movimentazione degli animali e sulla denuncia di eventuali aborti. Sono inoltre previsti controlli sierologici su tutto il patrimonio bovino e bufalino di età superiore ai 24 mesi da effettuarsi in quattro anni. I controlli diventano annuali per le aziende che hanno subito la sospensione della qualifica e per i bovini ed i bufalini che effettuano la transumanza o l'alpeggio.
Nel 2011 il sistema di sorveglianza ha individuato tre focolai di brucellosi mentre l'indagine epidemiologica ha messo in evidenza l'origine extraregionale della malattia, infatti in tutte le aziende sede di focolaio erano stati introdotti animali infetti provenienti da altre regioni (tab. 30 e fig. 80).

Tabella 30 - Prevalenza grezza di aziende e capi in Umbria per brucellosi bovina

Anni	Az. positivi / Az. testati	Prevalenza grezza azienda	Capi positivi / Capi testati	Prevalenza grezza capi
2011	3 / 701	0,43%	24 / 12.163	0,20%
2012	0 / 772	0%	4 / 13.788	0,03%
2013	0 / 584	0%	0 / 9.015	0%

Figura 80 - Prevalenza grezza di aziende e capi in Umbria per brucellosi bovina



Encefalopatia spongiforme bovina

L'encefalopatia spongiforme bovina (BSE), comunemente conosciuta con il nome di "malattia della mucca pazza" è causata da prioni e determina lesioni di tipo neuro-degenerativo nei bovini con esito costantemente fatale.

I capi testati in Umbria nel triennio sono stati 5.315, circa il 35% nel 2011, il 39% nel 2012 e nel 2013 il 26%. Tutti gli animali controllati sono risultati negativi per BSE (tab. 31).

Un unico caso di BSE si è manifestato nel 2004.

Il controllo della BSE è passato dalla sorveglianza passiva (segnalazione di casi di malattia) alla sorveglianza attiva (Regolamento CE 999/2001) effettuata su capi morti. Nel corso degli anni inoltre è variata l'età degli animali a partire dalla quale diviene obbligatorio il test per BSE. Sono stati controllati i bovini di età superiore a 30 mesi fino al 12/09/2001; fino al 2005 sono stati esaminati gli animali di età superiore a 24 mesi; dal 2005 fino al 2009 gli animali di età maggiore di 30 mesi; a partire dal 1° gennaio 2009 il campionamento per BSE è stato effettuato sui bovini di età superiore ai 48 mesi, sia regolarmente macellati, sia appartenenti alle categorie a rischio (macellazione d'urgenza, differita, morti in stalla). A partire dal 1° luglio 2011 l'età dei bovini è stata elevata da 48 a 72 mesi (Decisione 2011/358/UE modificativa della Decisione 2009/719); in particolare il campionamento degli animali regolarmente macellati doveva esser effettuato a 72 mesi, mentre per le categorie a rischio (macellati d'urgenza, macellazione differita, morti a 48 mesi).

La Commissione europea, dopo l'importante miglioramento della situazione epidemiologica in Europa, con l'applicazione del Dec. 2013/76/UE, ha stabilito che, dal 1°luglio 2013, i test sui bovini regolarmente macellati si devono ritenere sospesi. Tuttavia i bovini nati in Stati membri non in lista (Dec. n. 2011/358) e macellati nel nostro Paese devono essere campionati secondo il sistema di sorveglianza vigente nel loro paese d'origine, indipendentemente se hanno soggiornato o meno in Stati Membri autorizzati ad attuare la nuova decisione 2013/76/UE.

Tabella 31 - Prevalenza grezza di aziende e capi in Umbria per BSE

Anni	Az. positivi / Az. testati	Prevalenza grezza azienda	Capi positivi / Capi testati	Prevalenza grezza capi
2011	0 / 626	0%	0 / 1.830	0%
2012	0 / 674	0%	0 / 2.092	0%
2013	0 / 542	0%	0 / 1.393	0%

Tubercolosi

L'agente causale della malattia è il *Mycobacterium bovis*, appartenente al complesso del *Mycobacterium tubercolosis* che include *M. tubercolosis*, *M. bovis*, *M. africanum* e *M. microti*. La malattia si trasmette per via aerogena o enterogena e determina nell'ospite una malattia a decorso cronico con lesioni nodulari di tipo granulomatoso, localizzate in diversi sedi: linfonodi, polmoni, intestino, fegato, milza, pleura e peritoneo. *Mycobacterium bovis* è in grado di provocare

nell'uomo forme di malattia che risultano non distinguibili per gravità, lesioni e decorso rispetto alla forma causata da *Mycobacterium tubercolosis.*

La diagnosi di questa malattia, si basa sulla prova di intradermoreazione con la tubercolina PPD (IDT), a cui è possibile associare il *gamma interferon test* (g-int) nell'animale vivo e sulla visita macroscopica della carcassa al macello (a cui seguono, in caso di sospetto una serie di accertamenti diagnostici in laboratorio).

La Regione Umbria risulta da molti anni territorio ufficialmente indenne ai sensi della normativa nazionale; poiché le percentuali di allevamenti infetti sono risultate sempre al di sotto dell'1%, i controlli, solo negli allevamenti ufficialmente indenni, vengono effettuati ad anni alterni (tab. 32). Invece, a partire dal 2013, nel nuovo piano di profilassi regionale (DPGR n. 42 del 21/05/2013), i controlli negli allevamenti ufficialmente indenni vengono effettuati ogni anno nel 50% degli allevamenti controllabili così da mantenere la stessa cadenza, biennale, di esecuzione del Piano ma con una maggiore sistematicità degli accertamenti diagnostici.

L'obiettivo sanitario prossimo della Regione è l'ottenimento della certificazione comunitaria di territorio ufficialmente indenne per tubercolosi.

Per ottenere la certificazione comunitaria di territorio ufficialmente indenne per tubercolosi è necessario non superare la percentuale dello 0,1% annuale di allevamenti infetti, mantenere questa soglia per sei anni consecutivi ed avere il 99,9% degli allevamenti ufficialmente indenni.

Tabella 32 - Aziende e capi positivi per tubercolosi bovina in Umbria dal 2011 al 2013

Anni	Az. positivi / Az. testati	Prevalenza grezza azienda	Capi positivi / Capi testati	Prevalenza grezza capi
2011	0 / 1.806	0%	0 / 46.106	0%
2012	0 / 3	0%	0 / 890	0%
2013	0 / 983	0%	0 / 28.553	0%

Brucellosi ovina e caprina

La brucellosi ovina e caprina è una malattia batterica, sostenuta principalmente da *Brucella melitensis* e sporadicamente da *Brucella abortus*. Come la brucellosi bovina, è trasmissibile anche all'uomo, direttamente attraverso lo stretto contatto con animali infetti, immediatamente dopo il parto o l'aborto e indirettamente attraverso il consumo di latte crudo (non pastorizzato) e dei suoi derivati (latticini freschi o a breve stagionatura).

Il quadro epidemiologico delineato sulla base dei controlli conferma quanto già osservato da diversi anni, cioè una situazione sanitaria stabile che ha permesso alle Province umbre di accedere allo status di ufficialmente indenne in accordo con i parametri dell'Unione Europea. Con la Decisione della Commissione 2005/28/CE del 12/1/2005, le Province di Perugia e Terni hanno ottenuto la qualifica comunitaria di Province ufficialmente indenni. Dal 2005-2006 è stato istituito in Umbria, come per la brucellosi bovina, un Piano di Sorveglianza (DPGR n. 196 del 15/6/2005 e DPGR n.56 del 29 giugno 2009) con lo scopo di garantire la tutela della sanità del patrimonio ovino e caprino regionale e la sicurezza dei prodotti alimentari derivati. In tabella 33 sono mostrati i risultati relativi agli ultimi tre anni di controllo.

Tabella 33 - Aziende e capi positivi per brucellosi ovi-caprina in Umbria dal 2011 al 2013

Anni	Az. positivi / Az. testati	Prevalenza grezza azienda	Capi positivi / Capi testati	Prevalenza grezza capi
2011	0 / 869	0%	0 / 17.076	0%
2012	0 / 984	0%	0 / 20.542	0%
2013	0 / 824	0%	2 / 15.240	0,01%

Influenza aviaria

L'influenza aviaria è causata da virus appartenenti alla famiglia Orthomyxoviridae, genere Influenzavirus A. Si distinguono stipiti a bassa patogenicità (Low Pathogenicity Avian Influenza, LPAI) e ad alta patogenicità (Highly Pathogenic Avian Influenza, HPAI) in base alla gravità ed alla forma clinica di malattia. A partire dal 1997 si sono verificati episodi di influenza da virus aviario anche nell'uomo.

In Umbria l'unico isolamento di virus influenzale H5N1 ad alta patogenicità è stato effettuato da un germano reale trovato morto nel febbraio 2006.

A seguito di ciò, nel 2006, si sono intensificati i controlli previsti dal piano di monitoraggio eseguiti negli animali appartenenti ad allevamenti intensivi di volatili; nessun animale è risultato virologicamente o sierologicamente positivo. Nel 2009, 2010 e nel 2011 sono stati diagnosticati tre focolai a bassa patogenicità in tre distinti allevamenti di tipo industriale due di tacchini da carne ed uno di polli, ma nessun focolaio ad alta patogenicità (tab. 34).

Tabella 34 - Prevalenza di test positivi per HPAI in Umbria

Anni	Az. positivi / Az. testati	Prevalenza grezza azienda	Capi positivi / Capi testati	Prevalenza grezza capi
2011	0 / 124	0%	0 / 1.747	0%
2012	0 / 126	0%	0 / 2.090	0%
2013	0 / 117	0%	0 / 3.648	0%

Pseudorabbia suina - Malattia di Aujeszky

La malattia d'Aujeszky è una patologia contagiosa del suino sostenuta da un Herpesvirus (Suid Herpesvirus1). La malattia colpisce primariamente il suino, che oltre ad essere il serbatoio dell'infezione, come il cinghiale, è anche causa di sporadiche infezioni fatali in altre specie animali. Anche l'uomo è sensibile alla pseudorabbia che viene infatti considerata una zoonosi minore.

L'Italia ha istituito dal 1997 un Piano Nazionale (D.M. 01.04.1997) che prevede la sorveglianza ed il controllo della malattia, basato essenzialmente su misure di profilassi diretta ed indiretta e sulla raccolta dati. Il Decreto del 30 dicembre 2010 (modifiche ed integrazioni apportate al Decreto del 1 aprile 1997) ha previsto il raggiungimento di indennità per malattia di Aujeszky di tutti gli allevamenti suinicoli nazionali entro il 30 dicembre 2012. A partire dal 1 gennaio 2013 è stato reso obbligatorio destinare alla riproduzione solo animali provenienti da aziende indenni.

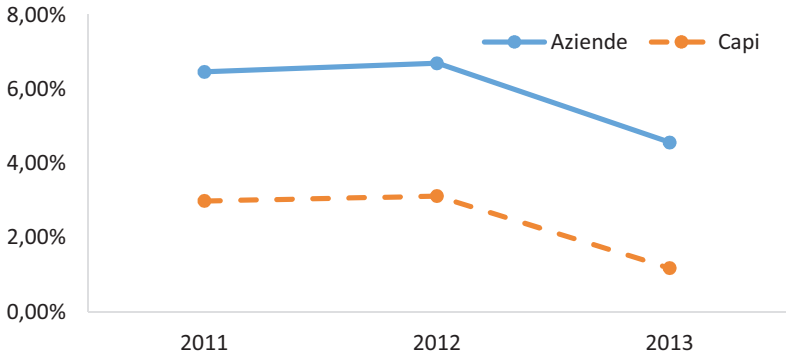
In Umbria dal 2006 al 2010 la prevalenza non è scesa al disotto del 10%, mentre nel 2011, la prevalenza di azienda è scesa al 6,47% (tab. 35 e figura 81).

Tabella 35 - Prevalenza grezza di aziende e capi in Umbria per Aujeszky

Anni	Az. positivi / Az. testati	Prevalenza grezza azienda	Capi positivi / Capi testati	Prevalenza grezza capi
2011	37 / 572	6,47%	376 / 12.557	2,99%
2012	42 / 627	6,70%	390 / 12.487	3,12%
2013	28 / 613	4,57%	150 / 12.684	1,18%

76

Figura 81 - Prevalenza grezza di aziende e capi in Umbria per Aujeszky



Leucosi bovina enzootica (LEB)

La leucosi bovina enzootica (LEB) è una malattia contagiosa a decorso cronico che colpisce i bovini. L'agente eziologico appartiene alla famiglia Retroviridae che raccoglie virus in grado di causare forme tumorali nei mammiferi, negli uccelli e nei rettili.

L'Umbria ha sempre portato a termine il programma di eradicazione della LEB e l'intero patrimonio zootecnico è sempre stato controllato, per cui le due province umbre hanno ottenuto la qualifica comunitaria di province ufficialmente indenni nel 2005. Dal 2006 è in atto sul territorio regionale un programma di sorveglianza (tab. 36 e fig. 82).

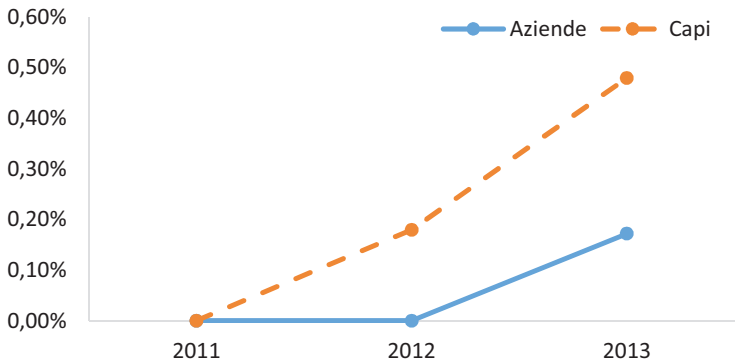
Tabella 36 - Prevalenza grezza di aziende e capi in Umbria per Leucosi bovina enzootica

Anni	Az. positivi / Az. testati	Prevalenza grezza azienda	Capi positivi / Capi testati	Prevalenza grezza capi
2011	0 / 701	0%	0 / 12.077	0%
2012	0 / 771	0%	25* / 13.714	0,18%
2013	1** / 581	0,17%	43 / 8.928	0,48%

* Capi (diagnosi dicembre 2012) appartenenti al focolaio del 2013

** Si tratta di un unico focolaio comprendente due allevamenti identificati con duecodici aziendali in cui gli animali sono allevati insieme e gestiti dallo stesso personale.

Figura 82 - Prevalenza grezza di aziende e capi in Umbria per Leucosi bovina enzootica



Anemia Infettiva Equina

L'anemia infettiva equina (AIE) è una malattia virale, sostenuta da un lentivirus (appartenente alla famiglia Retroviridae), che può colpire tutte le specie appartenenti alla famiglia degli Equidi.

L'AIE ha un andamento stagionale, con incidenza maggiore durante l'estate fino ad autunno inoltrato.

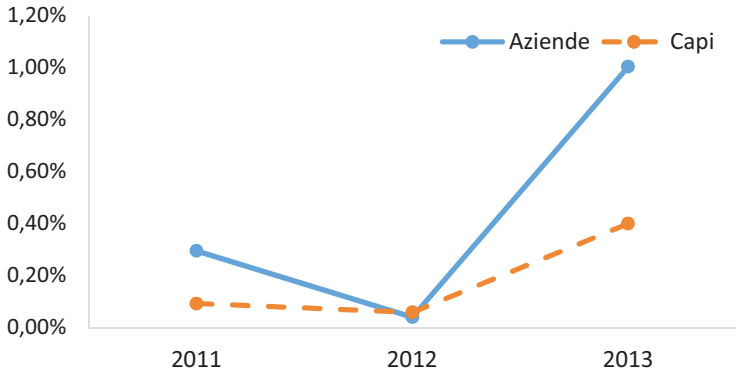
La trasmissione avviene principalmente tramite insetti vettori, tabanidi e muscidi e per via iatrogena, un ruolo epidemiologico marginale ha invece la trasmissione diretta tra animale ed animale tramite secreti ed escreti.

Dal 2007 fino al 2012 il piano di sorveglianza per l'anemia infettiva ha comportato un controllo sierologico annuale su tutti gli equidi, con esclusione dei cavalli da carne, di età superiore ai sei mesi (superiore a tre mesi per il 2007) e l'obbligo dell'iscrizione dell'animale all'anagrafe equina. Dal 2013 la Regione Umbria, dietro richiesta del Ministero della Salute, con una decisione del 18 marzo 2013 ha stabilito un sistema di sorveglianza degli animali in situazioni identificate come a maggior rischio per la trasmissione della malattia (spostamenti, animali in zone in cui si sono verificati precedenti focolai ecc. ecc.) per cui i campioni prelevati nel 2013 sono in netto calo rispetto agli anni precedenti e non rappresentativi della popolazione equina umbra (tab. 37 e fig. 83).

Tabella 37 - Prevalenza grezza di aziende e capi in Umbria per AIE

Anni	Az. positivi / Az. testati	Prevalenza grezza azienda	Capi positivi / Capi testati	Prevalenza grezza capi
2011	9 / 3.049	0,29%	12 / 13.035	0,09%
2012	1 / 2.549	0,04%	6 / 10.327	0,06%
2013	5 / 498	1%	8 / 2.003	0,4%

Figura 83 - Prevalenza grezza di aziende e capi in Umbria per AIE



Arterite Virale Equina

L'Arterite Virale Equina (AVE) è una malattia contagiosa che colpisce gli equidi causata da un virus appartenente alla famiglia Arteriviridae. Nella maggior parte delle infezioni la malattia ha un decorso subclinico ma stalloni colpiti dalla forma acuta, possono diventare con il tempo portatori ed eliminatori del virus attraverso il seme.

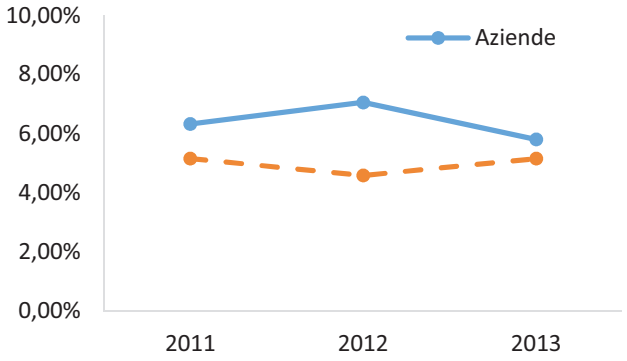
Il Piano di controllo dell'Arterite Virale Equina a livello nazionale è stato attivato nel 1994 con l'Ordinanza Ministeriale del 13 gennaio 1994 e prevede un controllo sierologico annuale di tutti gli equidi maschi adibiti alla riproduzione. Gli stalloni risultati positivi all'accertamento sierologico sono sottoposti ad un controllo virologico per verificare lo stato di eliminatore del virus. In caso di positività virologica lo stallone viene eliminato dalla monta ed è vietata la raccolta dello

sperma per la riproduzione artificiale. In Umbria le prevalenze soprattutto di capi sono rimaste omogenee nel corso dei tre anni in studio (tab. 38 e fig. 84).

Tabella 38 - Prevalenza grezza di aziende e capi positivi in Umbria per AVE

Anni	Az. positivi / Az. testati	Prevalenza grezza azienda	Capi positivi / Capi testati	Prevalenza grezza capi
2011	11 / 174	6,3%	14 / 272	5,1%
2012	11 / 156	7,05%	13 / 284	4,6%
2013	8 / 138	5,8%	12 / 233	5,1%

Figura 84 - Prevalenza grezza di aziende e capi positivi in Umbria per AVE



Malattia vescicolare del suino

La malattia vescicolare del suino (MVS) è una malattia infettiva e contagiosa ad eziologia virale (genere Enterovirus appartenente alla famiglia Picornaviridae), caratterizzata da alta morbilità e bassa mortalità. Il suino è l'unico animale sensibile alla malattia in natura. Quando si manifesta nella sua forma clinica è difficilmente differenziabile dalle altre malattie vescicolari, quali afta epizootica, stomatite vescicolare ed esantema vescicolare. Per poter differenziare le patologie vescicolari è necessario ricorrere a prove diagnostiche di laboratorio.

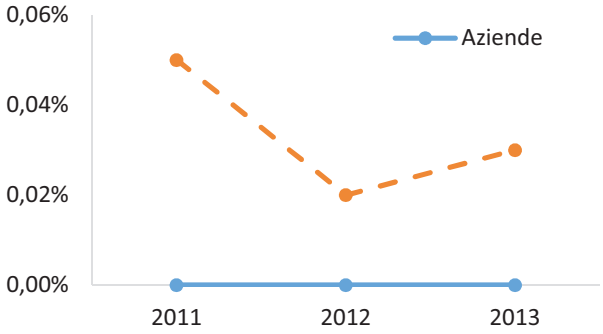
L'Umbria è stata una delle prime regioni italiane ad essere accreditata come territorio indenne per malattia vescicolare. Con l'avvento del nuovo piano di eradicazione e sorveglianza (Ordinanza del Ministero della Salute del 12 aprile 2008), è stato introdotto l'obbligo di sottoporre a controlli sierologici a campione anche gli allevamenti da ingrasso, oltre a quelli da riproduzione ed alle stalle di sosta (tab. 39 e fig. 85).

Nel 2008, si è verificata un'epidemia che ha coinvolto la provincia di Perugia e ha portato alla sospensione dell'accreditamento. Tra i 30 focolai riscontrati, 23 (76,6%) allevamenti sono risultati ad orientamento produttivo ingrasso.

Tabella 39 - Prevalenza grezza di aziende e capi positivi in Umbria per MVS

Anni	Az. positivi / Az. testati	Prevalenza grezza azienda	Capi positivi / Capi testati	Prevalenza grezza capi
2011	0 / 737	0%	10 / 19.276	0,05%
2012	0 / 656	0%	3 / 15.268	0,02%
2013	0 / 640	0%	5 / 14.691	0,03%

Figura 85 - Prevalenza grezza di aziende e capi positivi in Umbria per MVS



Peste suina classica

La peste suina classica (PSC) rappresenta una delle malattie infettive ad eziologia virale (famiglia Flaviviridae, genere Pestivirus) economicamente più importanti dei suini.

In Umbria dal 1997 ad oggi non si sono avuti focolai di PSC (tab. 40).

Tabella 40 - Prevalenza grezza di aziende e capi positivi in Umbria per PSC

Anni	Az. positivi / Az. testati	Prevalenza grezza azienda	Capi positivi / Capi testati	Prevalenza grezza capi
2011	0 / 655	0%	0 / 6.611	0%
2012	0 / 612	0%	0 / 5.755	0,%
2013	0 / 596	0%	0 / 5.653	0%

Scrapie

La scrapie, la più "vecchia" tra le encefalopatie spongiformi trasmissibili (EST o TSE) anche dette "malattie da prioni", è una malattia infettiva a carattere neuro-degenerativo che colpisce il sistema nervoso centrale di ovini e caprini. È caratterizzata da un andamento clinico prolungato, inevitabilmente mortale, preceduto da un altrettanto lungo periodo di incubazione. Non si verifica risposta immunitaria o infiammatoria e, sino ad oggi, è impossibile fare diagnosi sull'animale vivo.

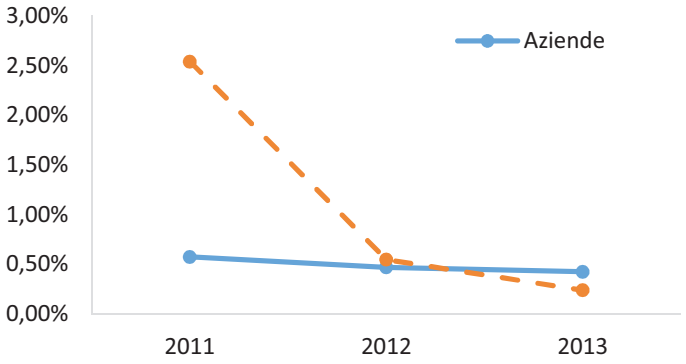
I capi controllati nel triennio sono stati 1.098 appartenenti a 622 aziende (tabella 22); la percentuale di capi testati è molto simile nei tre anni. Con il Regolamento 999/2001/CE, a partire dal 1 gennaio 2002 in tutti i paesi dell'Unione Europea (EU) al fine di stabilire le disposizioni per il controllo, la prevenzione e l'eradicazione delle EST, alla sorveglianza passiva, si affianca un programma di sorveglianza attiva che prevede l'utilizzo dei test rapidi da eseguire sull'obex di ovini e caprini trovati morti o regolarmente macellati di età superiore ai 18 mesi. Dal 2002 il programma dell'Unione Europea per la sorveglianza delle TSE ovine prevede anche la genotipizzazione di tutti i casi di TSE ovina e la predisposizione di un piano di selezione genetica per la resistenza alla scrapie. Nel corso degli ultimi sei anni, il programma di sorveglianza attiva per l'Italia, sulla base del Regolamento CE 727/2007, è rimasto invariato, con l'impegno di eseguire almeno 10.000 test rapidi per singola specie (ovini e caprini sopra i 18 mesi di età) e per singola categoria (regolarmente macellati e morti); sono, inoltre, previste una sorveglianza su una quota di ovini e caprini abbattuti in sede di focolaio e l'esecuzione dell'1% di prove di genotipizzazione sul totale degli animali testati al macello (tab. 41 e fig. 86).

Tabella 41 - Prevalenza grezza di aziende e capi positivi in Umbria per scrapie

Anni	Az. positivi / Az. testati	Prevalenza grezza azienda	Capi positivi / Capi testati	Prevalenza grezza capi
2011	1 / 174	0,57%	8 / 315	2,54%
2012	1 / 213	0,47%	2 / 365	0,55%
2013	1* / 235	0,43%	1* / 418	0,24%

* Si tratta di un unico focolaio con due codici aziendali; gli animali sono allevati insieme e sono ricoverati nello stesso capannone, gestiti dallo stesso personale, non c'è modo di differenziare gli animali appartenenti ad una azienda rispetto all'altra.

Figura 86 - Prevalenza grezza di aziende e capi positivi in Umbria per scrapie



Febbre catarrale dei piccoli ruminanti (Bluetongue)

L'agente eziologico della Bluetongue (BT) è un RNA-virus appartenente alla famiglia Reoviridae, genere Orbivirus, del quale si conoscono 26 sierotipi (un probabile 27esimo è stato isolato in Francia nel 2014). La loro patogenicità è variabile ed è legata anche alle specie ospite infettate. Tutti i ruminanti sono sensibili all'infezione; la pecora è la specie più sensibile alla malattia e manifesta sintomi tipici. Il bovino assume un ruolo importante nell'epidemiologia dell'infezione, in quanto agisce da serbatoio virale. La malattia è veicolata da un insetto vettore appartenente alla famiglia Ceratopogonidae, genere *Culicoides* (principalmente le specie *imicola* ed *obsoletus*).

Il Piano Nazionale di Sorveglianza della febbre catarrale degli ovini prevede il monitoraggio sierologico di animali sentinella ed il monitoraggio entomologico. La sorveglianza sierologica è principalmente effettuata su capi bovini. In Umbria il piano di sorveglianza sierologica ed entomologica è stato attuato in modo costante dal 2001 ad oggi. La prima sieropositività si è avuta nell'autunno del 2002, in Provincia di Terni, in un bovino sentinella proveniente da un'azienda sita in prossimità del confine con il Lazio. Il sierotipo virale rilevato è stato di tipo 2. La situazione, per quanto concerne i sierotipi individuati negli anni 2011-2013, in aziende sentinella con sieroconversione in Umbria, viene espressa nella tabella 42.

Tabella 42 - BT, sierotipi individuati in aziende sentinella con sieroconversione in Umbria (Anni 2011-2013).

Anni	Aziende con sieroconversione	Sierotipo					
		1	2	8	9	16	2-16
2011	2	-	-	-	-	2	-
2012	2	-	-	1	-	-	1
2013	-	-	-	-	-	-	-

Fino al 2013 le positività sono state solo di tipo sierologico nel 2014 invece si è avuta la prima epidemia di Bluetongue da sierotipo 1 con sintomatologia clinica in ovini.

In data 22 agosto 2014 è stato confermato, dal Centro di Referenza per le Malattie Esotiche presso l'Istituto Zooprofilattico dell'Abruzzo e del Molise (CESME), il primo focolaio di Febbre catarrale degli ovini (Bluetongue) sierotipo 1 (BTV1) in un'azienda di ovini nella provincia di Terni (comune di Acquasparta). Successivamente si sono avuti numerosi casi clinici (con presenza di sintomi riconducibili a tale malattia).

Nella figura 87 sono mostrati i focolai, i buffer di 4 chilometri di raggio a partire dai focolai, le zone con infezione in atto ed i comuni interessati.

Figura 87 - Mappa focolai Bluetongue



Registro tumori animale (RTA)

I dati del Registro Tumori Animali umbro derivano dall'attività del Centro Funzionale di Patologia Veterinaria per il Registro Regionale dei Tumori Animali. Il Centro si avvale, per l'attività diagnostica, dell'Università di Medicina Veterinaria e dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche che cura, tramite l'Osservatorio Epidemiologico, anche l'elaborazione dei dati.

La lettura dei preparati istologici avviene in doppio cieco ed i tumori sono classificati secondo i codici definiti dall' "International Classification of Diseases for Oncology" (ICD-O).

I cani ammalati

I dati, "ripuliti", estratti da SIVA il 31 agosto 2014 indicano che sono stati analizzati i campioni prelevati da 440 cani, di cui 115 negativi. In 325 cani sono stati diagnosticati 369 tumori; a 34 cani è stato diagnosticato più di un tumore.

Dividendo i cani per sesso, le femmine risultano essere 189 (di cui 8 sterilizzate), mentre i maschi 136 (di cui 2 sterilizzati).

Escludendo i meticci (n. 122), la razze più presenti tra i cani con diagnosi di tumore sono:

- Labrador Retriever (n. 22)

82

- Setter Inglese (n. 22)
- Pastore Tedesco (n. 17)
- Boxer (n. 15)
- Cocker Spaniel Inglese (n. 11)

Le altre razze hanno una numerosità inferiore a 10 unità.

L'età media dei cani al momento dell'accettazione del campione è di circa 9 anni, anche se l'età modale è di 10 anni (n. 50). Circa il 64% dei cani ha più di 8 anni.

I tumori diagnosticati

I 369 tumori sono stati classificati secondo la codifica dell'ICD-O. La classificazione si basa su codici alfanumerici che offrono dettagli informativi sia della sede anatomica (topografica) sia della morfologia, sia del comportamento sia del grado della lesione neoplastica.

Nella figura 88 i tumori sono suddivisi per sesso e per classe di età; la frequenza di malattia maggiore riguarda animali di età adulta (9-11 anni) e di sesso femminile.

Nella tabella 43 sono riportati i gruppi di diagnosi istologiche con maggiore frequenza suddivisi per sesso e classe di età dell'animale mentre la distribuzione percentuale è illustrata nella figura 89. Il gruppo degli "Adenomi e adenocarcinomi" è il più numeroso con netta prevalenza di cani di sesso femminile.

Figura 88 - Frequenza relativa dei tumori per classi di età e sesso

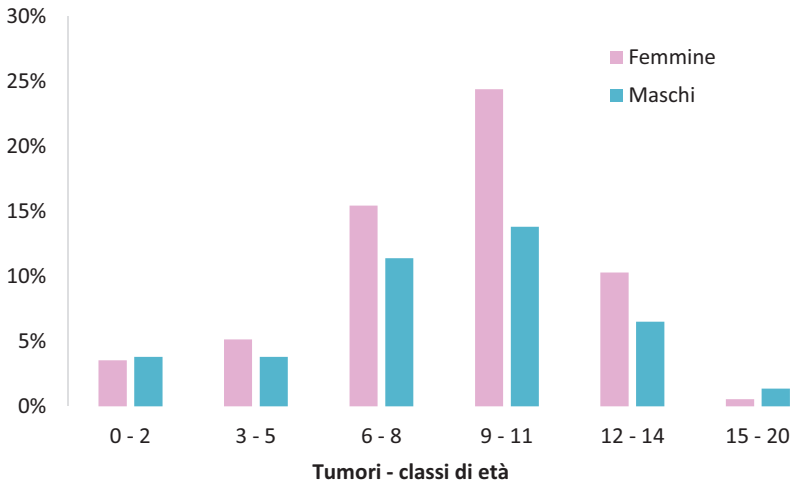
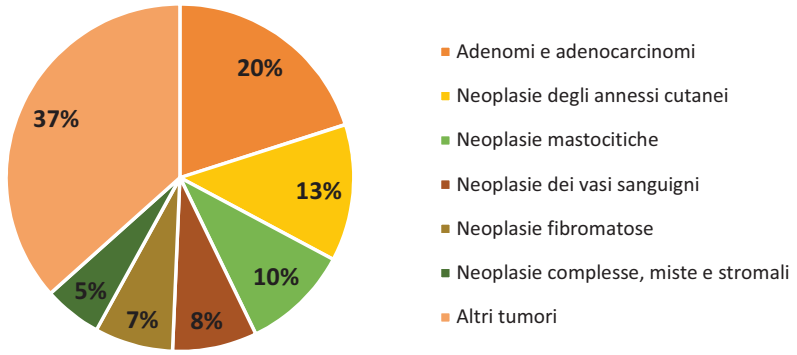


Tabella 43 - Distribuzione dei tumori per gruppi di diagnosi istologica e sesso

GRUPPI DI DIAGNOSI ISTOLOGICA	CODICE GRUPPI	SESSO		TOTALE
		F	M	
Adenomi e adenocarcinomi	814-838	69 (6)*	5	74
Neoplasie degli annessi cutanei	839-842	19 (1)	28 (2)	47
Neoplasie mastocitiche	974	20	17	37
Neoplasie dei vasi sanguigni	912-916	16	13	29
Neoplasie fibromatose	881-883	11	16	27
Neoplasie complesse, miste e stromali	893-899	19 (1)	1	20

*numero di cani sterilizzati

Figura 89 - Distribuzione percentuale di gruppi di diagnosi istologica



Sorveglianza mortalità api

Il progetto pilota di sorveglianza della mortalità delle api, che ha coinvolto numerosi paesi europei, aveva l'obiettivo generale di armonizzare procedure di sorveglianza attiva per consentire stime affidabili delle perdite di colonie nei paesi europei selezionati. Gli obiettivi specifici del progetto erano quelli di:

- valutare il tasso di mortalità invernale delle colonie;
- valutare il tasso di mortalità stagionale;
- valutare il tasso d'infestazione da *Varroa destructor* prima della stagione invernale;
- valutare la prevalenza clinica delle principali malattie delle api prima e dopo l'inverno, e durante la stagione attiva: in particolare, peste americana, peste europea, varroasi, nosemiasi e paralisi cronica (Chronic Bee Paralysis Virus, CBPV);
- valutare il tasso di infezione del virus della paralisi acuta delle api (Acute Bee Paralysis Virus, ABPV) e del virus delle ali deformate (Deformed Wing Virus, DWV) prima dell'inverno o verificare se DWV o ABPV potessero essere fattori di rischio per la mortalità invernale o per le malattie invernali;
- garantire un sistema di allerta rapido in caso di rilevamento dei due artropodi esotici, *Aethina tumida* e *Tropilaelaps* spp;
- censire apiari ad elevato rischio per presenza di artropodi esotici.

Il progetto pilota, basato su un sistema di sorveglianza attiva, prevedeva l'ispezione, in tre momenti diversi, di un numero stabilito di aziende apistiche per Regione attraverso una estrazione random degli apiari e delle colonie presenti. Le matrici da campionare sono state 300 api vive; in caso di sospetto di malattia era previsto anche un campionamento di api vive malate, favo di covata, eventuali parassiti e, se presenti, un campione di api morte.

In laboratorio è stata effettuata la conta delle varroe ed espresso il livello di infestazione come tasso medio di varroa (TMV) su 100 api per ogni colonia campionata (tabb. 44 e 45).

Tabella 44 - Aziende apistiche

Anno	Azienda	N. tot. Colonie	N. tot. Apiari	N. colonie apiario
2012	1	100	3	15
	2	51	4	6
	3	45	2	6
	4	120	3	45
	5	40	2	17
2013	1	20	1	20
	2	150	6	40
	3	25	2	6
	4	27	2	10
	5	41	1	41

84

Tabella 45 - Colonie ispezionate e risultati

Anno	Azienda	Colonie ispezionate	Colonie positive per varroa	% colonie positive per varroa	Media del TMV
2012	1	10	10	100%	0,146
	2	6	4	66,7%	0,018
	3	6	3	50%	0,015
	4	8	6	75%	0,021
	5	10	2	20%	0,005
2013	1	10	8	80%	0,077
	2	10	2	20%	0,01
	3	6	5	83,3%	0,022
	4	6	6	100%	0,053
	5	6	5	83,3%	0,063

La sicurezza alimentare

L'attività di controllo in tema di sicurezza alimentare si è sviluppata nel corso del quadriennio 2011-2014 nell'ambito del *Piano Integrato dei Controlli 2011 – 2014* della Regione Umbria, articolato in una serie di programmi sviluppati, in coerenza con quanto previsto nel "Piano Nazionale Integrato dei controlli (PNI) 2011-2014" approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti n. 236/CSR). L'assetto del piano pluriennale è stato mantenuto sostanzialmente invariato durante il periodo di riferimento, subendo modifiche ed integrazioni solo parziali, in base ai risultati emersi negli stati di avanzamento annuali o per ottemperare a precise indicazioni ministeriali o comunitarie. Il numero di campioni analizzati dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche (IZSUM), nei quattro anni di durata del piano, sono stati complessivamente 2.464, escludendo i campioni per la ricerca di *Trichinella*, effettuati su suini e cinghiali. Per quest'ultimo programma di controllo, che prevede la ricerca di *Trichinella* in tutti i suidi macellati, il numero di campioni effettuati è stato pari 490.336 (dato aggiornato al 30 settembre 2014).
Le indagini previste nel Piano Integrato dei Controlli sono state le seguenti:

1. Controllo microbiologico dei parametri di Sicurezza Alimentare

Le ricerche previste nel piano sono state definite in funzione dei parametri microbiologici presenti nel Regolamento CE 1441/2007. Le positività riscontrate hanno confermato che *Listeria monocytogenes* e *Salmonella spp*. rimangono tra i pericoli microbiologici maggiormente significativi, in particolare su determinate categorie di alimenti. Infatti, le positività relative a *L. monocytogenes*, hanno riguardato in particolare i prodotti *Ready To Eat (RTE)* a base di carne e gli alimenti a base di carne crudi o cotti. Nelle altre categorie alimentari si può dire che la presenza del patogeno è risultata del tutto irrilevante. In tutti i casi di positività riscontrata per presenza di *L. monocytogenes* nell'alimento, il livello di contaminazione accertato, risultava costantemente molto basso (< 100 UFC/g). La conferma di quanto fin qui detto è rintracciabile anche dai risultati ottenuti con il Piano di sorveglianza per *Listeria monocytogenes* e Salmonella *spp*. effettuato nell'ambito del Piano Integrato dei Controlli 2011 e conseguente al Piano di monitoraggio 2008 – 2010 per *Listeria monocytogenes*, *Listeria spp* e *Salmonella spp*. nei salumifici della Regione Umbria. Anche in quest'ultimo caso, infatti, è stato riscontrato un significativo numero di positività che hanno coinvolto soprattutto preparazioni di carne fresche e prodotti a base di carne a breve stagionatura. L'indagine condotta ha permesso di rilevare la presenza del patogeno *L. monocytogenes* , seppur in misura minima, anche su attrezzature presenti presso le imprese alimentari in cui venivano effettuate le produzioni, a conferma del ruolo svolto dall'ambiente di trasformazione nella contaminazione dell'alimento finito.
Relativamente a *Salmonella*, al di là di sporadiche presenze in prodotti a base di carne, le non conformità hanno riguardato in particolare i prodotti lattiero caseari ottenuti a partire da latte crudo. In questa categoria di alimenti, infatti, si è assistito negli ultimi anni alla manifestazione di una significativa presenza di contaminazione da *Salmonella enterica subsp. diarizonae*. La contaminazione ha coinvolto anche formaggi a media stagionatura (60/90 giorni), dimostrando particolari capacità di persistenza del patogeno. Nella stessa categoria alimentare, seppur poco significative da un punto di vista puramente quantitativo, sono state riscontrate non conformità anche nei confronti di *L. monocytogenes* ed Enterotossine stafilococciche, a conferma che la suddetta categoria alimentare resta, per tecnologia di trasformazione, una filiera produttiva con un rischio microbiologico di livello più elevato rispetto alla filiera dei prodotti lattiero caseari ottenuti con latte trattato termicamente.
I riscontri avuti a seguito dell'attività svolta per la verifica dei criteri microbiologici del latte crudo destinato alla vendita diretta al consumatore finale, settore produttivo che al momento coinvolge un numero ridottissimo di imprese alimentari nel territorio regionale, confermano la criticità di tale tipologia produttiva in relazione alla possibile presenza di pericoli di origine microbiologica. Il piano di campionamento, avviato nel 2012, ha evidenziato un significativo numero di non conformità in relazione ai campionamenti effettuati. Infatti, quasi il 15% dei campioni prelevati è risultato non conforme. Le positività hanno riguardato *L. monocytogenes* nel 50% dei casi e *Escherichia coli O157: H7* nel restante 50%. Considerando che tale matrice alimentare è stata più volte sospettata essere l'origine di episodi di malattia trasmessa da alimenti (MTA), in particolare in episodi in cui il microrganismo responsabile della malattia era un ceppo di E. coli produttore di verocitotossina e tenendo presente la severità del decorso clinico di tale malattia alimentare e la dose infettante relativamente bassa che può determinarne l'insorgenza, la filiera produttiva del latte crudo destinato alla vendita diretta necessita di sistemi di sorveglianza particolarmente stringenti.
I dati del controllo sui criteri di sicurezza alimentare intesi nel senso microbiologico non permettono di effettuare valutazioni rispetto a quello che, negli ultimi anni, sta ricoprendo un ruolo sempre più importante quale agente di MTA, ovvero *Campylobacter spp*. I recenti report annuali della *European Food Safety Authority (EFSA)* relativi alle fonti di

86

zoonosi, agli agenti zoonosici e agli episodi di MTA mettono in evidenza, in maniera ormai indiscutibile, che tale microrganismo è il principale agente responsabile di malattie legate ad alimenti nei paesi dell'Unione Europea. Considerando che i dati disponibili, le informazioni relative a fonti di contaminazione e il livello di diffusione del microrganismo sia nelle aziende coinvolte nella produzione primaria di alimenti che negli alimenti stessi sono ad oggi limitati , potrebbe risultare utile avviare un piano di monitoraggio al fine di colmare l'attuale gap di conoscenza relativo a tale pericolo alimentare. La disponibilità di dati epidemiologici, infatti, ha consentito attraverso l'istituzione di piani di intervento orientati anche alla produzione primaria (allevamenti avicoli) di ridurre gli episodi di MTA imputabili ad un altro importante agente di zoonosi quale *Salmonella spp.*

2. Ricerca di allergeni negli alimenti e di anidride solforosa in prodotti della pesca (crostacei e cefalopodi) congelati/surgelati

La valutazione della presenza di componenti di natura chimica ad attività allergizzante negli alimenti costituisce un elemento di crescente interesse, in virtù dell'aumentato numero di soggetti allergici o intolleranti. La diffusione dell'utilizzo di additivi o di adiuvanti tecnologici, così come le possibili contaminazioni crociate nelle filiere produttive degli alimenti, rendono necessario un attento controllo del fenomeno. Nello svolgimento del piano sono stati presi in considerazione la presenza di sostanze allergeniche negli alimenti e di anidride solforosa in una categoria alimentare specifica, crostacei e cefalopodi, in quanto ritenuta maggiormente a rischio. In questo secondo caso le non conformità riscontrate hanno riguardato un numero limitato dei campioni sottoposti ad analisi (3,12%). Nel caso delle altre sostanze ad azione allergizzante, le non conformità registrate sono risultate pari al 2,2% dei campioni. Le sostanze riscontrate sono state quasi esclusivamente lattosio e beta-lattoglobuline. La categoria alimentare maggiormente coinvolta è stata quella dei prodotti a base di carne insaccati stagionati nella quale, le sostanze riscontrate, vengono largamente impiegate come adiuvanti tecnologici. Le non conformità rilevate in entrambi i casi, pur attestandosi su valori relativamente bassi, evidenziano l'esistenza di una criticità che rileva un impiego non del tutto adeguato di additivi e adiuvanti tecnologici da parte degli Operatori del Settore Alimentare (OSA).

3. Controllo sui residui di prodotti fitosanitari in alimenti di origine vegetale e di residui di antiparassitari in alimenti di origine vegetale ed animale

Il monitoraggio per la presenza di residui di prodotti fitosanitari effettuato nel periodo di riferimento ha riguardato numerosi campionamenti previsti su diverse categorie di alimenti di origine vegetale prodotte sia a livello regionale che extraregionale, quali cereali, ortaggi e frutta. Non è stata rilevata alcuna non conformità.

Il piano di monitoraggio delle molecole antiparassitarie sugli alimenti, già in essere nel 2011, è stato riconsiderato a partire dal 2012, in attuazione del Programma comunitario coordinato di controllo pluriennale destinato a garantire il rispetto dei limiti massimi e valutare l'esposizione dei consumatori ai residui di antiparassitari nei prodotti alimentari di origine vegetale ed animale. Anche in questo caso la situazione registrata in funzione dei risultati analitici ottenuti può far pensare alla presenza di un livello di rischio estremamente basso. Le non conformità rilevate, infatti, in quattro anni di attività sono state inferiori all'1,0% dei campioni saggiati.

4. Ricerca di micotossine negli alimenti

Il ventaglio di matrici sottoposte a controllo per il presente piano è stato piuttosto ampio, andando a ricomprendere gli alimenti per la prima infanzia, il vino imbottigliato, la frutta secca e a guscio, le spezie, ecc. Il quadro che si delinea in base ai risultati emersi è che esistono specifiche matrici alimentari particolarmente soggette al problema micotossine. È questo il caso degli alimenti a base di mais, nei quali è stato registrato un elevato livello di diffusione della contaminazione da Fumonisine. Occorre comunque precisare che a fronte della situazione sopra riportata i campioni non conformi, ovvero il cui grado di contaminazione superava i limiti normativi, sono risultati essere in numero piuttosto limitato.

87

LA METODOLOGIA

88

La metodologia

Nella individuazione delle linee strategiche del PRP 2014-2018 sulla base dell'analisi di contesto, sono state fatte alcune precise scelte di impostazione:

- i programmi, che costituiscono il *core* del presente PRP 2014-2018, sono stati individuati sulla base delle priorità, che scaturivano dall'analisi di contesto;
- i programmi sono pensati secondo una logica intersettoriale, in modo da garantire il raggiungimento di tutti gli obiettivi centrali come è desumibile dal quadro sinottico denominato "Quadro d'Insieme":
- i programmi possono essere raggruppati in due categorie:
  - un primo gruppo - Vita da sani, Un invito da non rifiutare, Imparare a resistere, Programma donna, Lavoro e salute, Cibo: cultura e salute, Rand*Agiamo* - verranno sviluppati come veri "contenitori" di progetti, interventi e azioni, rivolti alla comunità in senso lato in tutte le sue diverse sfaccettature;
  - un secondo gruppo invece - Conoscere per decidere, Comuni-*care*, Gestire le emergenze - potrebbero essere definiti "programmi di back-office", poiché i progetti e gli interventi in essi contenuti hanno l'obiettivo di migliorare l'efficacia degli strumenti a disposizione, attraverso azioni non più estemporanee o derivanti dalle esigenze che di volta in volta si creano, ma progettate con una visione di medio-lungo periodo. La scelta di sviluppare queste tre linee progettuali, dando loro dignità di programma, è stata dettata da un lato dalla necessità di far comprendere a molti portatori di interesse, interni al sistema sanitario, come gli strumenti che rappresentano il cardine dei singoli progetti (vedi per esempio i sistemi di sorveglianza o i singoli pezzi dei sistemi informativi) debbano essere sostenuti e costantemente manutenuti per risparmiare risorse e ottenere risultati in termine di efficacia, dall'altra proprio perché rappresentano i pilastri sui quali poggiano le azioni del primo gruppo di programmi.

Va precisato inoltre che apparentemente alcuni obiettivi di salute presenti nel PNP 2014-2018 non sono immediatamente individuabili in questo PRP. In realtà proprio la logica della "scomposizione e ricostruzione" nei 10 programmi che lo compongono permetterà di perseguire tutti gli obiettivi centrali in modo concreto e si spera efficace. Il presente PRP 2014-2018 verrà quindi costruito con la metodologia della progettazione partecipata ed è stato riconosciuto dalla Giunta Regionale su proposta della Direzione Salute e Coesione Sociale, con la DGR 1582/2014, come un vero e proprio laboratorio di progettazione, che a partire dalla prima giornata di presentazione, programmata per il 20 gennaio 2015, sarà riconosciuto come un percorso formativo accreditato ECM per gli operatori sanitari coinvolti e si svilupperà nell'arco dei primi quattro mesi dell'anno.

90

91

IL QUADRO D'INSIEME:

dal PNP al PRP 2014-2018

92

	MACRO OBIETTIVI		OBIETTIVI CENTRALI	PROGRAMMI									
n.	Descrizione	n.	Descrizione	Vita da sani	Un invito da non rifiutare	Impariamo a resistere	Programma donna	Lavoro e salute	Conoscere per decidere	Comuni *Care*	Cibo: cultura e salute	Rand *Agiamo*	Gestire le emergenze
1.	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	1.1	Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	X									
		1.2	Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)				X			X			
		1.3	Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	X		X	X				X		
		1.4	Ridurre il numero dei fumatori	X			X	X		X			
		1.5	Estendere la tutela dal fumo passivo	X			X	X		X			
		1.6	Ridurre il consumo di alcol a rischio	X			X	X		X			
		1.7	Aumentare il consumo di frutta e verdura	X			X	X		X	X		
		1.8	Ridurre il consumo eccessivo di sale	X			X	X		X	X		
		1.9	Aumentare l'attività fisica delle persone	X			X	X		X			
		1.10	Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT		X		X		X	X			
		1.11	Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche		X		X			X			
		1.12	Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)		X		X		X	X			
		1.13	Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico		X		X		X	X			
		1.14	Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA		X		X		X	X			
		1.15	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella		X				X	X			
2.	Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	2.1	Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita		X				X				
		2.2	Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita		X				X				
3.	Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	3.1	Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali			X	X					X	
		3.2	Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale			X	X						
4.	Prevenire le dipendenze (da sostanze, da comportamenti)	4.1	Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui			X						X	
5.	Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	5.1	Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	X			X		X				
		5.2	Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	X			X		X				
		5.3	Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	X			X			X			
6.	Prevenire gli incidenti domestici	6.1	Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	X			X		X				
		6.2	Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	X			X			X		X	
		6.3	Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver	X			X			X			
		6.4	Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	X					X	X			
		6.5	Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	X			X		X	X			
7.	Prevenire infortuni e malattie professionali	7.1	Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni						X				
		7.2	Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP					X					
		7.3	Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità					X					
		7.4	Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale					X					
		7.5	Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende					X					
		7.6	Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori					X					
		7.7	Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni					X					
		7.8	Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit					X					
8.	Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.1	Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"							X			
		8.2	Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione; il potenziamento della sorveglianza epidemiologica						X				
		8.3	Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali						X				
		8.4	Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti						X				
		8.5	Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio							X			
		8.6	Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico							X			
		8.7	Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi					X					
		8.8	Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche					X					
		8.9	Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione						X	X			
		8.10	Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon							X			
		8.11	Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare							X			
		8.12	Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV							X			
9.	Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	9.1	Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie						X				
		9.2	Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce						X				X
		9.3	Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile						X				
		9.4	Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi						X				
		9.5	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)				X			X			
		9.6	Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)						X				
		9.7	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)		X		X			X			
		9.8	Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione							X			
		9.9	Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC)										X
		9.10	Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)						X				
		9.11	Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale						X				
		9.12	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici							X			
		9.13	Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza						X				
10.	Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	10.1	Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali nell'ottica dell'immigrazione tra sanità pubblica ambiente e agricoltura							X	X		
		10.2	Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite corretta gestione del farmaco						X		X		
		10.3	Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario						X				
		10.4	Completamento dei sistemi anagrafici						X		X		
		10.5	Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari						X				X
		10.6	Prevenire delle malattie infettive e diffusive di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali						X				
		10.7	Assicurare un'appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici								X		
		10.8	Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi								X	X	
		10.9	Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache								X		
		10.10	Ridurre i disordini da carenza iodica		X								
		10.11	Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale								X		
		10.12	Realizzazione degli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004								X		

94

95

I PROGRAMMI

96

I programmi

1. **Vita da sani**
2. **Un invito da non rifiutare**
3. **Impariamo a resistere**
4. **Programma donna**
5. **Lavoro e salute**
6. **Conoscere per decidere**
7. **Comuni*Care***
8. **Cibo: cultura e salute**
9. **Rand*Agiamo***
10. **Gestire le emergenze**

98

1. VITA DA SANI

100

Macro obiettivi		Obiettivi centrali		Indicatori centrali		Obiettivi generali	Elenco preliminare dei progetti e degli interventi	Portatori di interesse	
1	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	1.1	Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	1..1.1	Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti	• Migliorare gli stili di vita della popolazione che vive in Umbria attraverso azioni integrate, intersettoriali e sostenibili, che coinvolgano tutti i portatori di interesse della comunità fin dalla fase della progettazione, senza differenze di età, genere, etnia, appartenenza religiosa. • Ridurre gli incidenti stradali e domestici attraverso azioni volte a migliorare la consapevolezza del rischio e a favorire l'adozione di comportamenti idonei a contrastarlo.	• Promozione attività fisica e sana nutrizione nei bambini di I e II elementare • Salute Infanzia • "Nonni"attivi • Alcol e guida • *La salute dei lavoratori: il ruolo del medico competente tra sorveglianza sanitaria e promozione della salute, con particolare attenzione al fumo, all'alcol e alle sostanze stupefacenti e psicotrope* • Camminare camminando • *Unplugged* • Le ostetriche come "counselor"	• Direzione Salute e Coesione Sociale • Assessorati allo Sport, alla Cultura, all'Agricoltura e sviluppo rurale • Ufficio scolastico Regionale per l'Umbria • Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie con i loro servizi • Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie • Servizi Alcologia delle Aziende Sanitarie • Distretti e Centri di Salute delle Aziende Sanitarie • Reti per la Promozione - della Salute delle Aziende Sanitarie • Dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Università di Perugia • Dipartimento di Scienze umane e della formazione • Pediatri di libera scelta (PLS) • Medici di medicina generale (MMG) • Medici competenti • CURIAMO • UISP • CONI • A.S.So.Farm • Farmindustria • Associazioni datoriali e sindacali • Cesvol • Consulta degli immigrati • Centro per le Pari Opportunità -Regione Umbria	VITA DA SANI
				1.1.2	Proporzione di Regioni che hanno recepito gli accordi				
		1.3	Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	1.3.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica				
		1.4	Ridurre il numero dei fumatori	1.4.1	Prevalenza di fumatori nella popolazione				
		1.5	Estendere la tutela dal fumo passivo	1.5.1	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato				
		1.6	Ridurre il consumo di alcol a rischio	1.6.1	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio				
		1.7	Aumentare il consumo di frutta e verdura	1.7.1	Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno				
		1.8	Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.8.1	Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale				
				1.8.2	Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale				
		1.9	Aumentare l'attività fisica delle persone	1.9.1	Prevalenza di soggetti fisicamente attivi				
				1.9.2	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi				
				1.9.3	Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età >75 anni)				
5	Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	5.1	Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	5.1.1	Tasso di decessi per incidente stradale				
		5.2	Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	5.2.1	Tasso di ricoveri per incidente stradale				

		5.3	Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	5.3.1	Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini			• Rappresentanti dei cittadini	
				5.3.2	Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)				
6	Prevenire gli incidenti domestici	6.1	Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero	6.1.1	Tasso di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere				
		6.2	Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	6.2.1	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile				
		6.3	Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei *care giver*	6.3.1	Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi - Passi d'Argento, OKkio alla salute entro 2 anni)				
				6.3.2	Misurazione della percezione del rischio (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)				
		6.4	Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	6.4.1	Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi, Passi d'Argento entro 5 anni)				
		6.5	Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	6.5.1	Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico				

Dai dati dei sistemi di sorveglianza emergono, relativamente ad abitudini e a stili di vita degli umbri, alcune criticità che sono di seguito riassunte.

- Il 34 % dei bambini umbri tra gli 8 e i 9 anni è in eccesso di peso, prevalenza che tende naturalmente a ridursi con l'età ma che sembra persistere soprattutto nei maschi (24% degli adolescenti maschi sono sovrappeso o obesi); tale situazione sembra essere dovuta sia a scorrette abitudini alimentari (colazione o merenda non adeguate, elevato consumo di bevande zuccherate) sia ad una scarsa attività fisica in queste fasce di età;
- per quanto riguarda gli adulti, il 78% degli umbri tra i 18 e i 69 anni è attivo o parzialmente attivo; tuttavia la sedentarietà sembra essere più diffusa nelle donne e nelle fasce più anziane; il fenomeno dell'eccesso di peso aumenta con l'età, interessando il 43 % degli adulti e addirittura il 60 % degli anziani;
- la prevalenza di bevitori di alcol a rischio è il 17% (sia negli adulti sia negli anziani), in linea con la situazione nazionale, soprattutto uomini e giovani tra i 18 e i 34 anni; circa la metà dei consumatori a rischio sono binge, e questo fenomeno interessa in maniera preoccupante anche gli adolescenti;
- la prevalenza di fumatori in Umbria è tra le più alte a livello nazionale (31%); i fumatori sono soprattutto uomini (34%) e giovani tra i 18 e i 34 anni (37%); preoccupante è anche la prevalenza di fumatori tra i 15enni (29%);
- dai dati PASSI emerge che il divieto di fumo sia nei locali pubblici sia nei luoghi di lavoro della nostra regione è rispettato meno rispetto al resto d'Italia e con un trend nel periodo 2008-2013 sostanzialmente stabile;
- il 92% dei morti in incidenti stradali in Umbria sono maschi, nei quali il 47% dei morti si registra tra i 25 e i 44 anni; nelle femmine i livelli di mortalità sono molto più contenuti di quelli dei maschi (con proporzione di 1 su 10 in termini assoluti), i decessi si sono verificati tra i 18 e i 24 anni e tra i 45 e i 54 anni; in entrambi i sessi la maggior parte dei feriti si registra tra i 30 e i 54 anni, e dopo i 65 anni;
- analogamente al resto d'Italia, in Umbria i comportamenti errati alla guida (guida distratta, velocità troppo elevata e mancato rispetto delle regole di precedenza) sono responsabili del 49% degli incidenti;
- l'8% dei conducenti, soprattutto uomini, riferisce di aver guidato negli ultimi 30 giorni prima dell'intervista sotto l'effetto dell'alcol (cioè dopo aver bevuto due o più unità alcoliche standard un'ora prima di mettersi alla guida) e il 6% degli intervistati dichiara di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol;
- i controlli sistematici con etilotest risultano ancora poco diffusi: il 41% di coloro che hanno dichiarato di aver guidato un'auto o una moto negli ultimi 12 mesi ha riferito di aver subito un controllo da parte delle forze dell'ordine e tra questi solo il 13% riferisce di essere stato sottoposto a etilotest;
- il 9% delle persone con più di 65 anni di età va incontro a cadute, prevalentemente in casa (60%), ma anche in strada e in giardino (11% e 17%). Tra le persone cadute, circa l'8% è stato ricoverato per più di un giorno a seguito della caduta. La maggior parte delle persone cadute (89%) non usa misure anticaduta in casa e solo il 16% degli intervistati ha ricevuto consigli da parte del medico o di un altro operatore su come evitare di cadere.

Stato dell'arte

Dando seguito alle indicazioni del Piano Sanitario Regionale 2009/2011, il "Piano Regionale Guadagnare Salute", approvato con la D.G.R. 194/2010, ha avviato una serie di azioni a livello regionale e locale per portare a sistema tutti gli interventi di promozione della salute attivati in Umbria, costruendo un modello organizzativo/funzionale a sostegno di interventi mirati di promozione della salute sul territorio regionale.

In ciascuna Azienda sanitaria è stata quindi istituita in modo formale una "Rete per la promozione della salute" con l'obiettivo di coinvolgere tutti i servizi distrettuali o aziendali nella costruzione di interventi di promozione della salute, nella logica di favorire quella intersettorialità, che viene indicata dalla letteratura come unico modo efficace per agire sui determinanti di salute, negativi o positivi che siano.

Nell'ambito delle attività avviate con il Piano regionale per l'attuazione di Guadagnare Salute c'è stato il Progetto "Salute infanzia" inserito nell'Accordo integrativo regionale con i Pediatri di Libera Scelta e finalizzato alla promozione di stili di vita sani fin dai primi anni di vita e alla prevenzione, in particolare, degli incidenti stradali e domestici.

Il progetto prevede che i pediatri, nei primi dieci anni di vita del bambino, effettuino 7 bilanci di salute in occasione dei quali, attraverso colloqui finalizzati con i genitori, raccolgono informazioni e fanno counseling breve, con il supporto di un breve questionario e di materiali informativi, su temi quali prevenire la morte improvvisa in culla, gli incidenti domestici più comuni (traumi, ustioni, ingestione di sostanze tossiche quali farmaci e detersivi), le conseguenze di un errato

104

trasporto in auto, l'adozione di una corretta alimentazione, la promozione dell'allattamento al seno e lo sviluppo cognitivo-relazionale del bambino (attraverso la lettura ad alta voce fin dai primissimi mesi di vita).
Il processo di riorganizzazione avviato come conseguenza del passaggio dalle quattro aziende sanitarie alle due previste dalla legge di riordino del Servizio Sanitario Regionale (Legge Regionale 18/2012) ha, tuttavia, messo in evidenza la estrema fragilità di organizzazioni funzionali quali le reti della promozione della salute, che in alcuni territori peraltro coinvolgevano un numero assolutamente esiguo di operatori.
D'altra parte proprio la L.R. 18/12 all'art. 1 (comma 2) ha individuato la promozione della salute, accanto alla prevenzione, la cura e la riabilitazione, come uno degli obiettivi che il sistema sanitario umbro deve perseguire, mentre con la DGR 101/12 "Linee di indirizzo per il riordino dei Dipartimenti di Prevenzione" la promozione della salute veniva individuata come una delle funzioni che la Macroarea Sanità Pubblica deve attuare, tramite il coordinamento di tutti gli interventi di promozione e di educazione alla salute attivati nel territorio, sia dai diversi Servizi dell'Azienda Sanitaria, che dalla Scuola o da altri settori del pubblico e/o del privato, sempre nel rispetto degli standard minimi di qualità che gli interventi di promozione della salute debbono possedere, così come definito su scala regionale (DGR 1696/2011).
Più recentemente si è pertanto ritenuto necessario ribadire, con le "Linee di indirizzo per la costituzione delle Reti aziendali dei Servizi per la Promozione della Salute" (DGR 805/2014), che la "rete aziendale dei Servizi per la promozione della salute" rappresenta l'unico modello in grado di favorire lo sviluppo di quella intersettorialità che è alla base di ogni intervento di promozione della salute efficace; con lo stesso atto sono stati individuati i compiti della struttura organizzativa "Promozione della Salute" (nella Macroarea di Sanità Pubblica) all'interno della quale dovranno essere presenti competenze tecniche in grado di garantire la interpretazione dei bisogni di salute della collettività, tramite la interpretazione dei dati che provengono dai sistemi di sorveglianza attivi, il supporto tecnico per la costruzione di progetti di promozione della salute rispondenti ai criteri di qualità richiamati, nonché il coordinamento operativo della rete per la promozione della salute.
Nel 2014 (DGR 623/2014) è stato anche attivato un protocollo di collaborazione con l'UISP, finalizzato alla promozione di sani stili di vita tramite la diffusione della cultura del movimento e di stili di vita attivi, nell'ottica di offrire ai cittadini di tutte le età opportunità quotidiane e continuative di movimento, sport e sani stili di vita per guadagnare salute;
Lo sforzo programmatorio e l'azione formativa messa in atto su scala regionale stanno rivelandosi vincenti perché hanno consentito l'avvio di un processo di cambiamento culturale in tutto il territorio regionale, che ha portato negli anni alla definizione dei Piani aziendali per la promozione della salute, alla creazione di accordi/protocolli con soggetti esterni al SSR (Scuola, Comuni, Associazioni, Rappresentanti della Collettività), e, quindi, alla costituzione di una rete integrata per la promozione della salute che, tuttavia, necessita ora di tradursi in azione diffusa, attraverso la realizzazione di interventi che possano raggiungere in maniera efficace ed equa la collettività, anche in ambiti ancora problematici, come la riduzione dell'abitudine al fumo e la prevenzione degli incidenti sia domestici che stradali.

<u>Obiettivi generali</u>

1. Migliorare gli stili di vita della popolazione che vive in Umbria attraverso azioni integrate, intersettoriali e sostenibili, che coinvolgano tutti i portatori di interesse della comunità fin dalla fase della progettazione, senza differenze di età, genere, etnia, appartenenza religiosa.
2. Ridurre gli incidenti stradali e domestici attraverso azioni volte a migliorare la consapevolezza del rischio, e a favorire l'adozione di comportamenti idonei a contrastarlo.

Vision

La sfida di questo Piano Regionale della Prevenzione si gioca per gran parte nella lotta alle diseguaglianze e nella capacità di mettere a sistema azioni intersettoriali. Questo programma rappresenta una sfida nella sfida.

Sappiamo bene, infatti, come i principali determinanti di salute siano istruzione, reddito e disponibilità di un lavoro e come la letteratura dimostri che sono proprio i più svantaggiati quelli che più difficilmente riusciamo a raggiungere con gli interventi di promozione della salute.

Per questo abbiamo pensato ad un programma che sostenga progetti trasversali che da un lato siano in grado di raggiungere il target previsto in modo universale, e dall'altro si concentrino proprio in quelle aree dove il disagio è più evidente.

Rispondono alla prima categoria la riedizione del progetto Salute Infanzia, che vede il coinvolgimento di tutti i bambini tra 0 e 10 anni e i loro genitori e il progetto di promozione dell'attività fisica negli alunni della prima e della seconda elementare di tutte le scuole dell'Umbria.

Per il secondo gruppo sarà invece necessario sostenere e rendere più stabili le reti delle alleanze a partire da quella con l'UISP, in modo da individuare le aree e le comunità più fragili.

106

2. UN INVITO DA NON RIFIUTARE

108

Macro obiettivi		Obiettivi centrali		Indicatori centrali		Obiettivi generali	Elenco preliminare dei progetti e degli interventi	Portatori di interesse	
1	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	1.10	Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.1	Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)	• Promuovere azioni volte a incrementare l'adesione a tutti e tre i programmi di screening oncologici con particolare attenzione alle fasce disagiate della popolazione. • Migliorare l'appropriatezza del secondo livello dei programmi di screening oncologico. • Mettere a punto un percorso per la valutazione del rischio eredo-familiare per tumore della mammella. • Migliorare l'offerta della pratica vaccinale in tutto il territorio regionale, garantendo standard adeguati di sicurezza e qualità, al fine di favorire l'adesione alle vaccinazioni per mantenere elevati livelli di immunizzazione e implementare le coperture vaccinali non ancora ottimali. • Implementare lo screening oftalmologico introducendo un richiamo al 3° anno di età. • Mettere a punto una proposta di attivazione dello screening per la prevenzione del rischio	• I percorsi diagnostici di II livello nei tre screening oncologici • Il percorso per la valutazione e la gestione del rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella • Lo screening per il rischio cardiovascolare • Migliorare la qualità della pratica vaccinale • *Salute infanzia*	• Direzione Salute e Coesione Sociale • Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie con i loro servizi • Distretti e Centri di Salute delle Aziende Sanitarie • Dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Università di Perugia • Pediatri di libera scelta (PLS) • Medici di medicina generale (MMG) • Medici competenti • A.S. So. Farm • Farmindustria • Cesvol • Consulta degli immigrati • Centro per le Pari Opportunità • Rappresentanti dei cittadini	UN INVITO DA NON RIFIUTARE
				1.10.2	Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018)				
				1.10.3	Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere				
				1.10.4	Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso				
				1.10.5	Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo				
				1.10.6	. Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica				
		1.11	Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche	1.11.1	Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)				
		1.12	Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target	1.12.1	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening sulla popolazione bersaglio				
		1.13	Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	1.13.1	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio				
		1.14	Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	1.14.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)				

				1.14.2	Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	cardiovascolare, da sperimentare entro l'arco del triennio in almeno due distretti.			
		1.15	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	1.15.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)				
				1.15.2	Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)				
2	Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	2.1	Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	2.1.1	Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale				
		2.2	Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	2.2.1	Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale				
9	Ridurre la frequenza di infezioni / malattie infettive prioritarie	9.7	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	9.7.1	Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status				
				9.7.2	Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti				
10	Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del PNI dei Controlli	10.10	Ridurre i disordini da carenza iodica	10.10.1	Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del TSH neonatale in ottemperanza all'Intesa Stato Regioni del 22 febbraio 2009				
				10.10.2	Proporzione di controlli che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva				

Questo programma raggruppa, in un'ottica di miglioramento dell'esistente, gli interventi di sanità pubblica regionali, quali i programmi di screening oncologici e i programmi di vaccinazione, e offre uno spunto di riflessione sullo screening cardio-vascolare per l'identificazione precoce dei soggetti in condizione di rischio aumentato per le malattie croniche non trasmissibili (MCNT).

Programmi di screening oncologici

Stato dell'arte

Nella nostra regione sono stati attivati tutti i programmi di screening indicati come efficaci: lo screening per la prevenzione del tumore della mammella rivolto alle donne tra i 50 e i 69 anni con chiamata biennale, quello per la prevenzione del tumore della cervice uterina rivolto alle donne tra i 25 e i 64 anni e quello per la prevenzione del tumore del colon retto rivolto a donne e uomini tra i 50 e i 74 anni.

I primi due screening sono stati avviati nel periodo 1997-2000, mentre il terzo è partito nel secondo semestre del 2006.

L'Umbria effettua il monitoraggio dei propri programmi essenzialmente attraverso i dati contenuti nel database dello screening, gestito dal software Demetra unico per tutta la regione, e inviati periodicamente all'Osservatorio Nazionale Screening (ONS). La rilevazione effettuata per la survey nazionale ONS 2014 e riguardante l'attività svolta nel 2013 mostra che i programmi di screening umbri riescono a raggiungere con l'invito la quasi totalità della popolazione bersaglio e che la quota di questa popolazione che aderisce agli screening risulta buona se confrontata col dato medio nazionale e con gli standard.

Per lo screening mammografico nel 2013 sono state invitate circa 65.000 donne tra i 50 e i 69 anni e il 62% di queste (circa 37.000 donne) ha aderito all'invito effettuando una mammografia di screening. La fascia di età intermedia tra 55 e 59 anni mostra il tasso di adesione più basso. Complessivamente nel 2013 sono stati identificati 120 tumori maligni allo screening.

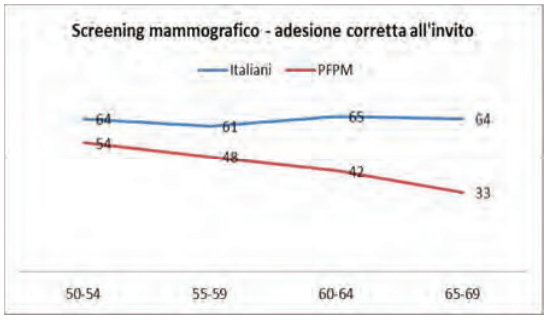
Per lo screening cervicale nel 2013 sono state invitate circa 67000 donne tra i 25 e i 64 anni e di queste il 56% ha aderito all'invito (circa 36000 donne).

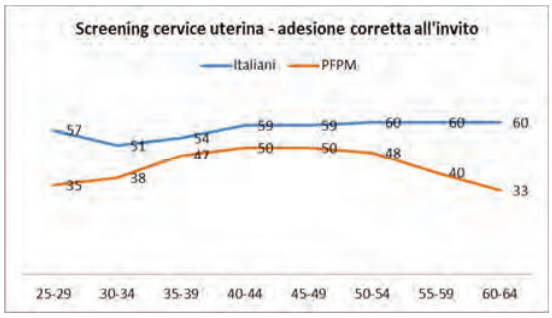
Per lo screening colorettale nel 2013 sono state invitate circa 116000 persone (uomini e donne) tra i 50 e i 74 anni e di queste più di 53000 persone hanno aderito all'invito (adesione all'invito del 48% circa). Sono stati identificati 83 carcinomi del colon retto e 274 adenomi avanzati (fig. 2.1).

L'analisi dei dati di adesione per paese di provenienza evidenzia, tuttavia, che negli immigrati dai cosiddetti paesi a forte pressione migratoria (PFPM) è molto più bassa la partecipazione a tutti e tre i programmi di screening.

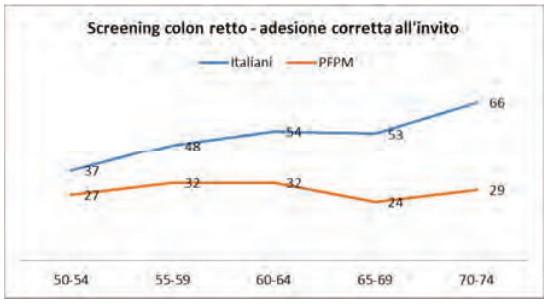
I dati del sistema PASSI confermano che l'adesione ai programmi di screening sembra essere significativamente più bassa per le persone straniere ed evidenziano un minor ricorso ai test di diagnosi precoce per lo screening dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto anche per le persone con difficoltà economiche.

Figura 2.1 – Adesione (%) corretta all'invito per screening, età e paesi di provenienza. Anno 2013





112



Tali risultati impongono la necessità di un'analisi più approfondita del fenomeno della scarsa adesione negli immigrati per mettere in campo interventi mirati a favorire la partecipazione in questa popolazione.

D'altra parte, soprattutto per lo screening colorettale, esistono dei margini di miglioramento anche nella partecipazione della popolazione italiana.

Dal punto di vista della programmazione, con il Piano Sanitario Regionale 2009-2011 è stato avviato un processo di pianificazione regionale che ha riguardato una serie di aspetti strategici relativi agli screening, quali lo sviluppo di un sistema informativo unico per tutti e tre i programmi di screening, la progettazione della comunicazione, sia nei confronti del singolo cittadino che della collettività, la formazione e l'aggiornamento costante degli operatori.

Con la DGR n. 101/2012 è stato compiuto un ulteriore passo, in quanto si è stabilito di:

1) garantire la manutenzione degli aspetti gestionali dei tre percorsi di screening sia per quanto riguarda il primo livello, che rispetto ai rapporti tra questo e il secondo livello, attraverso la costituzione, in seno alla Macroarea Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione, del cosiddetto "centro screening";

2) procedere alla chiusura del laboratorio di citologia per lo screening cervicale nella azienda USL 4 e contestualmente attivare le procedure per il trasferimento dell'attività laboratoristica finalizzata allo screening cervicale erogata da quel Servizio presso il Laboratorio di screening della Azienda USL 2, che diventa in questo modo struttura laboratoristica unica a valenza regionale per lo screening cervicale.

In seguito al riordino istituzionale del Servizio Sanitario Regionale (Legge Regionale 18/2012 "Ordinamento del servizio sanitario regionale"), con il quale sono state accorpate le Aziende USL della regione, si è reso necessario individuare un nuovo modello organizzativo per gli screening oncologici (DGR 366/2013 "Linee di indirizzo per un nuovo modello organizzativo per gli screening oncologici"), fondato essenzialmente sul rafforzamento delle funzioni di programmazione e valutazione, che rimangono collocate a livello regionale, e sull'accorpamento delle altre in una logica non solo di economia di scala, ma soprattutto di miglioramento dell'appropriatezza e della qualità.

Con la DGR 366/2013 è stata prevista una profonda innovazione nella organizzazione degli screening a partire dalla centralizzazione presso il Laboratorio Unico di Screening (LUS), situato nella Azienda USL Umbria 1, di tutte le attività di patologia clinica riguardanti gli screening per il tumore della cervice uterina e per quello del colon retto, con un risparmio di risorse e il miglioramento dei livelli di qualità nelle prestazioni erogate.

Per quanto riguarda lo screening per la prevenzione del tumore della mammella è stata prevista l'estensione dello screening biennale alle donne tra i 70 e i 74 anni e l'offerta della mammografia annuale alle donne tra i 45 e i 49 anni; in tal modo l'Umbria si allinea, insieme ad altre poche regioni italiane, agli orientamenti espressi dai gruppi di lavoro nazionali e dalle evidenze scientifiche.

Nel corso del 2013, anticipando le linee strategiche previste dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, è stato inoltre predisposto il documento per la valutazione e la gestione del rischio su base eredo-familiare per carcinoma della mammella, con lo scopo di individuare le modalità e i criteri per l'identificazione delle donne a rischio, di condividere gli strumenti da adottare per la valutazione dei livelli di rischio incrementale e di definire i percorsi per la diagnosi e i protocolli per la sorveglianza.

Per quanto riguarda lo screening per i tumori della cervice uterina nel 2014 è avvenuto nella nostra regione il passaggio dallo screening citologico, che offriva il Pap-test a tutte le donne tra i 25 e 64 anni, a quello cosiddetto cervicale, che offre il test HPV ogni 5 anni alle donne tra i 35 e i 64 anni e il Pap-test ogni tre anni a quelle più giovani, tra i 25 e i 34 anni. Anche tale passaggio permette di allineare la nostra regione alle evidenze che provengono dalla letteratura scientifica nazionale e internazionale e alle indicazioni dell'Osservatorio Nazionale Screening

Per far conoscere alle donne questo complesso e importante cambiamento nello screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina è stata anche progettata a livello regionale una campagna di comunicazione con la realizzazione di materiali informativi appositi (locandine e dépliant).
A partire dal 2013 sono state introdotte, inoltre, importanti novità per il programma di screening per la prevenzione del carcinoma del colon retto. Nel rispetto, infatti, delle Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto dei materiali infettivi e dei campioni diagnostici (Circolare del Ministero della Salute 3/2003) è utilizzata una nuova busta plastificata di sicurezza a tre involucri per l'invio, da parte del cittadino, del campione di feci al laboratorio di riferimento. Inoltre, a tutti i cittadini che per tre round consecutivi non hanno aderito all'invito non è stato più spedito il kit per la determinazione del sangue occulto nelle feci ma è stata inviata una lettera, nella quale si comunica al cittadino la possibilità, qualora decidesse di aderire allo screening, di ritirare il kit presso i Centri di Salute, le Farmacie o chiamando il Centro Screening.

Le vaccinazioni

Analisi di contesto

I dati di copertura vaccinale vengono rilevati periodicamente da un'anagrafe vaccinale regionale che consente chiamata attiva, ripetizione delle chiamate, inserimento delle vaccinazioni eseguite elaborazioni a livello locale, di Azienda USL e regionale.
La Regione Umbria ha sempre posto particolare attenzione alle politiche vaccinali e nel 2008 sono state introdotte la vaccinazione contro il Virus del Papilloma Umano (HPV), quindi con il protocollo regionale delle vaccinazioni è stato modificato il calendario vaccinale offerto *ai nuovi nati e agli adolescenti* introducendo le vaccinazioni contro le infezioni invasive batteriche (antipneumococco e antimeningococco C), prima destinate soltanto ai soggetti a rischio, mantenendo e consolidando i già elevati livelli di copertura raggiunti per tutte le vaccinazioni già previste.
Tali obiettivi sono stati raggiunti: vengono chiamati tutti i nuovi nati a partire dalla coorte 2007 per la vaccinazione antipneumococcica, tutti i nuovi nati a partire dalla coorte 2007 e gli adolescenti all'età di 12 anni per la vaccinazione antimeningococco C.
I livelli di copertura sono risultati molto buoni e, negli ultimi anni, **al disopra della media italiana** per i vaccini contenuti nell'esavalente e per il trivalente contro morbillo, parotite e rosolia: di seguito i dati della rilevazione annuale del Ministero della Salute (tab. 2.1) relativi alle coperture al 24° mese per: cicli completi (3 dosi) di DT, DTP, Epatite B, Polio, Hib e una dose di MP.R

Tabella 2.1 - Vaccinazioni dell'età pediatrica in Italia: Coperture vaccinali (per 100 abitanti)*

Regione	POL3	DTP3	DT-DTP3	EpB3	MPR1-MPRV	M-MPR1-MPRV	Hib3
Piemonte	96,7	96,6	96,8	96,5	92,1	92,1	96,2
Valle d'Aosta	93,7	93,2	93,8	93,1	83,5	83,9	92,9
Lombardia	96,0	95,8	96,0	95,8	92,6	92,6	95,2
P.A. Bolzano	88,8	88,3	88,8	88,3	68,9	68,9	89,4
P.A. Trento	94,5	94,3	94,4	94,1	86,3	86,3	93,6
Veneto	93,7	93,7	93,8	93,5	89,8	90,0	93,3
Friuli Venezia Giulia	94,3	94,2	94,6	93,8	87,8	87,8	93,7
Liguria	95,7	95,8	95,8	95,7	85,6	85,8	95,3
Emilia Romagna	96,1	95,8	96,0	95,8	91,1	91,3	95,3
Toscana	95,8	95,9	96,0	95,7	90,0	90,1	95,7
Umbria	97,1	96,7	96,8	96,6	93,0	93,1	96,6
Marche	96,8	96,7	96,8	96,7	87,4	87,4	96,7
Lazio	98,0	97,9	97,9	99,1	88,5	88,5	97,8
Abruzzo	97,7	97,7	97,7	97,7	92,4	92,4	97,7
Molise	94,6	94,6	94,6	94,6	84,5	84,5	94,6
Campania	92,7	92,7	92,7	92,7	86,8	86,8	92,6
Puglia	95,7	95,7	95,7	95,7	90,6	90,6	95,6
Basilicata	99,0	99,0	99,0	99,0	91,3	91,3	99,0
Calabria	94,2	94,2	94,2	94,2	87,6	87,6	80,8
Sicilia	95,3	95,3	95,3	95,3	88,9	88,9	95,3
Sardegna	96,8	96,8	96,8	96,8	91,1	91,1	96,7
Italia	95.4	95.3	95.4	95,3	88.1	88.1	94,5

Aggiornamento al 29 luglio 2014
Ministero della Salute-DG della Prevenzione-Ufficio V_ malattie Infettive e Profilassi internazionale

114

Grazie agli elevati livelli di copertura si è assistito, negli anni, ad una forte riduzione dell'incidenza del morbillo, con un numero estremamente esiguo di casi dopo l'epidemia del 2011 che, comunque, ha colpito soprattutto persone con un'età media intorno ai 28 anni.

Quanto alle vaccinazioni contro *pneumococco e meningococco C*, sempre con riferimento alla coorte dei nati nel 2011, risultano immunizzati (sempre a 24 mesi di età), con 3 dosi nei confronti dello pneumococco, il 94,9% dei residenti; per il *meningococco C* la copertura, con l'unica dose prevista ad un anno di età, risulta un po' più bassa, pari all'89,54%, con uno scarto di 5 punti rispetto alla copertura richiesta dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale.

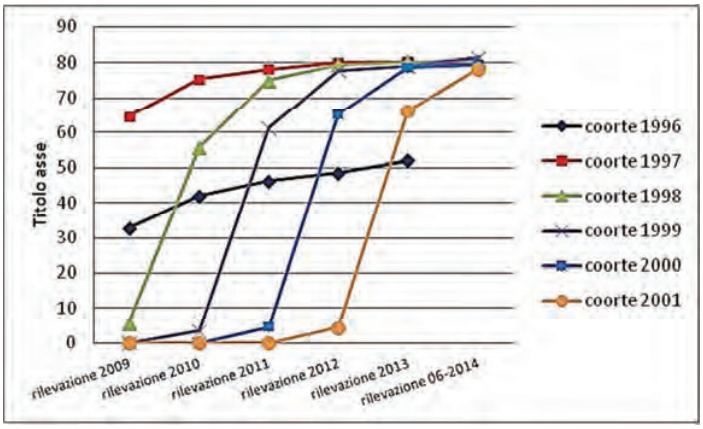
L'adesione alla *vaccinazione contro il Virus del Papilloma Umano (HPV)* è abbastanza buona e anche in questo caso i livelli raggiunti dall'Umbria si collocano fra i migliori a livello nazionale (come si evince dall'ultima pubblicazione semestrale dell'Istituto Superiore di Sanità al 30.06.2014) di cui si riporta di seguito una tabella riepilogativa riferita alle ragazze nate nel 2001 (tab. 2.2).

Tabella 2.2 - Coorte di nascita 2001: CV per HPV per dose e Regione al 30/06/2014

	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo
Valle d'Aosta	69,2%	65,9%
Piemonte	71,1%	62,1%
Liguria	74,7%	68,5%
Lombardia	79,6%	71,7%
PA Trento	65,4%	62,7%
PA Bolzano	34,3%	28,3%
Veneto	78,0%	71,0%
FVG	68,4%	64,6%
Emilia-Romagna	77,9%	73,9%
Toscana	83,5%	78,9%
Marche	68,7%	65,3%
Umbria	**83,5%**	**78,4%**
Lazio	67,4%	60,6%
Campania	63,1%	54,2%
Abruzzo	78,0%	67,0%
Molise	73,8%	62,9%
Basilicata	79,5%	67,4%
Puglia	82,1%	74,0%
Calabria	65,2%	56,6%
Sicilia	56,8%	44,0%
Sardegna	75,9%	60,1%
Media nazionale	**72,6%**	**64,7%**

Continua peraltro, nel corso degli anni, il recupero, in ogni occasione utile, delle ragazze che non si sono presentate al momento della chiamata attiva, con un aumento graduale delle coperture ottenute (fig. 2.2).

Figura 2.2 - Incremento coperture vaccinazione anti-HPV, anni 2009-2014. Umbria



La *vaccinazione antinfluenzale* vede ugualmente l'Umbria raggiungere coperture che, sebbene più basse di quelle raggiunte nel 2009, risultano complessivamente sempre superiori alla media nazionale e, soprattutto nelle fascia di età superiore ai 65 anni, a quelle delle altre Regioni e P.A, come riportato (tab. 2.3) nell'analisi effettuata dal Ministero della Salute per la passata stagione.

Tabella 2.3 - Vaccinazione antinfluenzale: stagione 2013-2014. Coperture vaccinali per 100 abitanti

Regione	CLASSI DI ETA'								
	6-23m	2-4 a	5-8 a	9-14 a	15-17 a	18-44 a	45-64 a	≥65	Totale
Piemonte	0,2	0,5	0,7	0,8	0,9	1,5	6,7	51,1	14,7
Valle d'Aosta	0,3	0,5	0,8	0,8	0,9	1,3	6,2	48,2	12,7
Lombardia	0,4	0,8	0,9	0,8	0,6	0,8	3,7	48,6	11,7
P. A. Bolzano	0,3	0,5	0,4	0,4	0,6	0,9	4,4	33,9	7,9
P. A. Trento	1,4	1,4	1,3	1,4	1,2	1,6	6,7	55,8	13,8
Veneto	0,8	1,5	1,7	1,6	1,4	2,5	8,3	58,5	15,7
Friuli Venezia Giulia	0,1	0,2	0,1	1,0	1,1	2,0	8,6	56,1	16,9
Liguria	1,0	1,6	1,7	1,7	2,1	3,2	11,6	50,4	18,5
Emilia Romagna	0,9	1,5	1,8	1,9	1,8	2,5	9,9	57,2	17,0
Toscana	5,0	8,4	7,2	4,1	2,7	2,9	11,0	60,2	19,4
Umbria	0,2	0,3	0,5	0,6	0,8	1,7	9,2	68,8	19,5
Marche	0,4	1,1	1,6	1,4	1,4	2,0	8,5	57,5	16,5
Lazio	0,5	1,3	1,7	1,8	1,9	3,2	11,8	56,8	16,5
Abruzzo	0,9	1,7	1,9	1,3	1,5	1,5	6,7	54,6	14,7
Molise	0,6	2,4	1,0	1,0	1,9	2,7	12,6	59,5	18,1
Campania	3,0	5,4	5,1	3,8	5,1	3,5	14,6	61,3	16,4
Puglia	4,3	8,6	8,2	5,5	5,7	3,6	12,8	61,0	17,8
Basilicata	1,2	2,5	2,4	1,7	2,7	3,5	10,7	58,0	16,6
Calabria	1,0	1,3	1,8	1,5	2,7	2,6	9,6	56,5	14,9
Sicilia	0,5	1,0	1,0	1,1	1,9	3,4	13,2	56,5	15,9
Sardegna	0,5	2,0	3,6	2,4	2,6	3,2	9,7	46,0	13,8
Totale	1,3	2,5	2,6	2,1	2,3	2,5	9,5	55,4	15,6
Aggiornamento 10 giugno 2014									
Fonte:									
elaborazioni MINISTERO DELLA SALUTE - ISS, sulla base dei riepiloghi inviati da Regioni e Province Autonome									

Il sistema di valutazione delle attività vaccinali si basa sostanzialmente sul calcolo delle *coperture vaccinali* raggiunte per le diverse coorti nei confronti dei vaccini compresi nel PNPV e nel Protocollo ragionale alimentando anche i flussi correnti verso il livello nazionale, sulla *ricognizione dei punti di erogazione e sulla valutazione della qualità delle prestazioni erogate.*

Stato dell'arte

Dalle figure e tabelle sopra riportate si evince come in Umbria siano stati raggiunti, per l'immunizzazione dei nuovi nati, risultati superiori alla media nazionale, anche se si cominciano a registrare lievi flessioni delle coperture e, per alcune vaccinazioni, come per quelle contro meningococco, pneumococco e HPV, non sono ancora stati raggiunti i livelli di copertura previsti dal PNPV. Il buon risultato nel complesso è frutto da un lato dalle campagne di comunicazione attivate, come l'ultima che ha previsto la produzione di un opuscolo sulle vaccinazioni inviato a tutti i genitori in occasione del primo invito, ma anche del lavoro di counseling svolto dai PLS in occasione dei primi bilanci di salute e dal lavoro di rinforzo fatto con il riscontro sul portale dedicato di coloro che non rispondono all'invito.

In alcuni casi poi è stato necessario individuare strategie mirate per problemi particolari: nel corso delle diverse valutazioni periodiche delle coperture vaccinali raggiunte e, in particolare, nel corso della realizzazione del "Progetto rosolia" del precedente PRP, ci si è resi conto che di anno in anno andava aumentando la popolazione residente giovane-adulta e pertanto le coperture già calcolate per alcune coorti stavano diminuendo: da una verifica fatta a livello di locale è risultato che il motivo dell'aumento del numero delle giovani donne residenti era collegato all'incremento dell'immigrazione e che molte donne straniere non risultavano vaccinate per la rosolia.

116

Infine va tenuto presente lo sforzo messo in campo a partire dal 2007 per migliorare la qualità dei servizi vaccinali, fondato sul principio che l'attività vaccinale è una vera e propria attività specialistica e come tale necessita di aggiornamento, formazione e adeguamento delle dotazioni organiche e strumentali costanti oltre che di valutazione periodica della rispondenza dell'organizzazione alle nuove esigenze dei cittadini. Operazione quest'ultima alla quale si è messo mano con la DGR 960/12 che ha previsto l'accorpamento di alcuni punti di erogazione e l'ampliamento della fascia oraria in molti di essi.

Gli screening neonatali

Screening oftalmologico neonatale

Lo screening oftalmologico è basato sull'esecuzione del test del red-reflex è volto alla diagnosi precoce di patologie congenite capaci di provocare ipovisione.

Tutti i Punti Nascita hanno aderito al Progetto di prevenzione dell'ipovisione congenita a partire dal 2012 così come previsto dal PRP 2010-2012 e il Centro Regionale di monitoraggio dello screening, collocato presso la clinica Oculistica dell'Università di Perugia, ha quindi raccolto ed elaborato periodicamente i dati provenienti dai punti Nascita, producendo report annuali di cui vengono sinteticamente riportati i dati.

Negli anni 2012, 2013 e 2014 (fino al 28 novembre) sono stati complessivamente sottoposti a screening 21.981 neonati al fine di avviare successivi approfondimenti diagnostici nei casi dubbi e di attivare, se necessari, conseguenti interventi di natura terapeutica e riabilitativa (tab. 2.4).

Nel periodo considerato sono stati immediatamente sottoposti a screening il 99,55% dei nuovi nati, mentre i neonati trasferiti, presumibilmente tutti in Terapia Intensiva Neonatale per problematiche connesse alla immaturità, hanno avuto direttamente accesso al secondo livello nelle strutture di destinazione, così come previsto dal progetto di screening.

Tabella 2.4 - Attività di screening dei nati nel 2014 in Umbria

Anni	Nati	Trasferiti ad altra struttura	Test di screening effettuati	Visite di II livello
2012	7613	29	7605	139
2013	7717	21	7696	192
2014 (al 28.11.2014)	6710	29	6680	139
TOT	**22040**	**79**	**21981**	**470**

Nel corso del 2012 la visita di II livello ha evidenziato un caso di retinoblastoma che ha richiesto il passaggio al III livello presso il Centro di Riferimento nazionale di Siena, mentre, nel 2013, è stato evidenziato un caso di cataratta congenita sottoposto ad intervento chirurgico presso la clinica oculistica di Perugia.

Anche nel 2014 la visita oculistica ha evidenziato per uno dei neonati la presenza di cataratta congenita, e, poiché l'entità della cataratta non era tale da compromettere il normale sviluppo della vista, non è stato necessario ricorrere all'intervento chirurgico, per cui il neonato in questione ha effettuato solamente delle visite oculistiche di controllo. L'attività di screening oftalmologico prosegue a regime, articolata sui tre livelli assistenziali (individuazione dei casi sospetti, diagnosi, indicazioni di trattamento e piano individuale di riabilitazione).

Screening audiologico neonatale

Prima della implementazione dello screening audiologico neonatale universale uno studio del 2004 effettuato da Molini et al. ha evidenziato che in Umbria l'età media di identificazione delle ipoacusie congenite era all'incirca intorno ai 32 mesi di età e che la protesizzazione acustica avveniva non prima di due mesi dall'epoca della diagnosi.

In Umbria il programma di screening audiologico neonatale universale è stato attivato a partire dal luglio 2010, quindi Il PRP 2010/2012, preso atto dei valori ottenuti nel periodo "sperimentale" compreso tra i 1 luglio e il 30 settembre 2010, ha fissato gli obiettivi da raggiungere nell'ambito della prevenzione degli esiti e delle complicanze dell'ipoacusia congenita per gli anni 2011 e 2012 mediante l'impiego dello screening audiologico neonatale.

L'esame nei bambini WBN (*bambini nati in well baby nursery*) è stato eseguito a 24-36 ore dalla nascita, quindi lo stesso test (AOAE - Automated otoacoustic emissions) che misura l'integrità dell'orecchio interno viene ripetuto ad un mese di età se il neonato non supera il I livello dello screening. Se il bambino non supera neanche il II livello viene inviato alle strutture diagnostiche di III livello per ulteriori indagini entro i 3 mesi di età dove si eseguono i test automatici AOAE e AABR (Automated auditory brainstem responses).

I bambini trasferiti in Terapia Intensiva Neonatale, invece, vengono direttamente inviati al III livello diagnostico non appena le loro condizioni lo consentono. Nel caso in cui superino lo screening vengono avviati ad un programma di sorveglianza audiologica fino all'età di tre anni con esami ripetuti ogni 6 mesi, altrimenti vengono inviati ai Centri Audiologici Specialistici per la conferma della diagnosi di ipoacusia congenita permanente, per definire le cause e la morfologia della perdita uditiva e iniziare il trattamento audio protesico e riabilitativo.

La valutazione dei risultati definitivi dello screening e del successivo iter diagnostico dei bambini ipoacusici, si può effettuare soltanto ad almeno un anno di distanza dalla nascita perché solo in condizioni ottimali si possono rispettare le indicazioni delle linee guida internazionali che richiedono l'applicazione delle protesi acustiche a 6 mesi di età nei bambini WBN e ad un'età superiore, dipendente dalle patologie associate, nei bambini TIN. P, pertanto i risultati dell'anno 2013 sono ancora parziali.

Lo screening audiologico neonatale in Umbria nei bambini WBN (*bambini nati in well baby nursery), negli anni 2010-2012,* ha consentito la diagnosi di sordità congenita permanente entro il sesto mese di età e l'applicazione delle protesi acustiche entro nove mesi di vita in *11 bambini affetti da ipoacusia severa-profonda bilaterale e in 21 affetti da ipoacusia bilaterale moderato-severa*; inoltre ha permesso di identificare e di iniziare il *monitoraggio di 8 bambini affetti da ipoacusia monolaterale.*

*N*ei bambini ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale è stato possibile diagnosticare e protesizzare 14 soggetti affetti da ipoacusia bilaterale di grado severo-profondo e 19 affetti da ipoacusia moderata-severa entro i quindici mesi di vita, mentre un bambino affetto da ipoacusia monolaterale è stato avviato, così come gli altri bambini, al programma di sorveglianza audiologica. Da sottolineare che 21 bambini ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale che non avevano superato il terzo livello di screening sono risultati normoacusici alla valutazione del Centro Audiologico Specialistico.

Grazie alla introduzione dello screening audiologico neonatale universale si è ottenuta la sensibilizzazione della popolazione e degli addetti ai lavori al problema della diagnosi precoce della sordità infantile per cui lo screening si considera ormai "a regime" a partire dal 2013.

Identificazione precoce dei soggetti in condizione di rischio aumentato per MCNT

Rispetto ai fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare, in Umbria la situazione può essere così sintetizzata:

- la sedentarietà interessa il 22% degli umbri tra i 18 e i 69 anni e sembra essere più diffusa nelle donne e nelle fasce più anziane; il fenomeno dell'eccesso di peso aumenta con l'età, interessando il 43 % degli adulti e addirittura il 60 % degli anziani;
- la prevalenza di bevitori di alcol a rischio è il 17% (sia negli adulti sia negli anziani), in linea con la situazione nazionale, soprattutto uomini e giovani tra i 18 e i 34 anni;
- la prevalenza di fumatori in Umbria è tra le più alte a livello nazionale (31%); i fumatori sono soprattutto uomini (34%) e giovani tra i 18 e i 34 anni (37%); preoccupante è anche la prevalenza di fumatori tra i 15enni (29%);
- il 62% degli intervistati sopra i 65 anni riferisce di soffrire di ipertensione, soprattutto le persone con 65-74 anni, le donne, le persone con livello di istruzione basso e con stili di vita poco sani.

Dai dati PASSI 2010-2013 e PASSI d'Argento 2012-2013 emerge che l'attenzione degli operatori sanitari agli stili di vita dei propri assistiti appare essere ancora un problema nella nostra regione:

- solo un intervistato su tre (32%) riferisce che un operatore sanitario si è interessato all'attività fisica che svolge, e solo il 35% degli intervistati dichiarano di aver ricevuto il consiglio di effettuare una regolare attività fisica;
- poco più della metà degli intervistati in sovrappeso o obesi riferisce di aver ricevuto il consiglio di effettuare una dieta per perdere peso, e ancora meno frequente (43%) è il consiglio di praticare allo stesso scopo attività fisica;
- per quanto riguarda il consumo di alcol, solo il 3% di coloro che sono considerati a maggior rischio hanno ricevuto un consiglio per ridurne il consumo;
- migliore sembra l'attenzione rispetto all'abitudine al fumo: oltre la metà dei fumatori umbri ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare (il 71% sopra i 65 anni).

118

Stato dell'arte

Le evidenze scientifiche hanno rafforzato l'importanza di interventi di tipo preventivo, atti ad impedire o a ritardare l'insorgenza delle MCV attraverso l'adozione di stili di vita sani, in particolare corretta alimentazione, attività fisica regolare e abolizione del fumo di sigaretta.

Nel precedente PNP 2010-2013 si era puntato sulla somministrazione della "carta del rischio", poiché è emerso che nella nostra regione i MMG non registravano nei loro database i fattori di rischio cardiovascolare dei propri assistiti, con l'eccezione di sesso, età e diabete. La sottonotifica coinvolgeva anche i pazienti già in trattamento antiipertensivo e/o lipidico. Nella pratica clinica, di fatto, i MMG valutano la presenza o meno del rischio cardiovascolare nei loro pazienti sulla base di variabili oggettive, della conoscenza della storia clinica dei pazienti, della loro percezione ed esperienza clinica piuttosto che mediante l'utilizzo della carta del rischio. Tutto ciò si ripercuote negativamente sulla stima e la relativa comunicazione del rischio nonché sull'adozione di adeguati trattamenti preventivi.

Per fare ciò accanto ad un forte investimento sotto il profilo della formazione era necessario avviare una negoziazione nell'ambito dell'accordo per il rinnovo della convenzione con la MMG e un grosso coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie per la costruzione di percorsi dedicati; tuttavia il processo di riordino strutturale del Servizio Sanitario Regionale e l'allungamento dei tempi per la costituzione della Rete regionale sanitaria cardiologica, quale luogo privilegiato per la definizione della proposta per la realizzazione sia del piano annuale di formazione che per l'individuazione di percorsi assistenziali appropriati, ha determinato il mancato avvio del progetto.

Obiettivi generali

1. Promuovere azioni volte a incrementare l'adesione a tutti e tre i programmi di screening oncologici con particolare attenzione alle fasce disagiate della popolazione.
2. Migliorare l'appropriatezza del secondo livello dei programmi di screening oncologico.
3. Mettere a punto un percorso per la valutazione del rischio eredo-familiare per tumore della mammella.
4. Migliorare l'offerta della pratica vaccinale in tutto il territorio regionale, garantendo standard adeguati di sicurezza e qualità, al fine di favorire l'adesione alle vaccinazioni per mantenere elevati livelli di immunizzazione e implementare le coperture vaccinali non ancora ottimali.
5. Implementare lo screening oftalmologico introducendo un richiamo al 3° anno di età.
6. Mettere a punto una proposta di attivazione dello screening per la prevenzione del rischio cardiovascolare, da sperimentare entro l'arco del triennio in almeno due distretti.

Vision

La scelta di concentrare in un unico programma tutti i progetti volti a migliorare gli interventi di sanità pubblica, per i quali già occupiamo una posizione di tutto rilievo nel panorama italiano nasce dalla consapevolezza che è comunque necessario migliorare la qualità di questi interventi, se si vuole coniugare appropriatezza e risparmio. Per questo nel caso degli screening sia quelli oncologici che quelli neonatali si dovrà lavorare a migliorare il percorso diagnostico del II e III livello, mentre nel caso delle vaccinazioni, sia per l'infanzia che per l'adulto, si dovrà operare per contrastare la tendenza che va diffondendosi di considerare questa pratica di sanità pubblica un intervento inefficace e pericoloso, aumentando le competenze degli operatori sanitari che la attuano.

3. IMPARIAMO A RESISTERE

120

Macro obiettivi		Obiettivi centrali		Indicatori centrali		Obiettivi generali	Elenco preliminare dei progetti e degli interventi	Portatori di interesse	IMPARIAMO A RESISTERE
1	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	1.3	Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	1.3.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione al fine di aumentare la capacità di riconoscere il rischio e resistere ai fattori di "aggressione" esterni.	• Leggere fa bene alla salute (lettura aumentativa) • L'amore è per tutti • Io sono uguale a te (bullismo) • PIUMA • Unplugged	• Direzione Salute e Coesione Sociale • Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie con i loro servizi • Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie Distretti e Centri di Salute delle Aziende Sanitarie • Reti per la Promozione della Salute delle Aziende Sanitarie • Ufficio scolastico Regionale per l'Umbria • Le scuole • Dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Università di Perugia • Dipartimento di Scienze umane e della formazione	
3.	Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	3.1	Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	3.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute				
		3.2	Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	3.2.1	Proporzione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi				
4.	Prevenire le dipendenze (da sostanze, da comportamenti)	4.1	Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	4.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute				

122

Obiettivo generale

1. Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione al fine di aumentare la capacità di riconoscere il rischio e resistere ai fattori di "aggressione" esterni.

Vision

Se si cerca in Wikipedia la parola "resilienza" si trova la seguente definizione: "è la capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita di fronte alle difficoltà, di ricostruirsi restando sensibili alle opportunità positive che la vita offre, senza perdere l'umanità". Questa capacità può essere appresa e riguarda prima di tutto la qualità degli ambienti di vita in particolare i contesti educativi, che debbono saper promuovere l'acquisizione di comportamenti resilienti. Inseguendo tale suggestione, a questo programma, interamente volto a promuovere il benessere del bambino e dell'adolescente, abbiamo dato il titolo "impariamo a resistere". Sappiamo infatti dalla letteratura che nel nostro Paese gli adolescenti in condizioni di disagio rappresentano il 7-8% della popolazione giovanile e che, ancora una volta, le attuali condizioni socio-economiche delle famiglie italiane si stanno traducendo in una difficoltà crescente nelle relazioni dentro e fuori di esse. D'altra parte sappiamo anche come stia aumentando tra i giovani in Italia la percentuale di adolescenti che iniziano la sessualità in età precoce (entro i 14 anni) senza possedere informazioni sufficienti e competenze adeguati. La letteratura peraltro segnala da anni come la precocità sessuale si accompagni all'assunzione di comportamenti a rischio e sia un fenomeno diffuso soprattutto tra gli adolescenti più fragili. Molte sono peraltro le esperienze che, in questi anni, si sono sviluppate nei diversi contesti educativi della regione, con l'obiettivo di far crescere nei giovani e giovanissimi la capacità di affrontare le molteplici sfide e i mille "pericoli" di fronte ai quali vengono ogni giorno posti, puntando spesso sulla formazione tra pari da un lato e su un costante processo di sensibilizzazione degli insegnanti dall'altro. Con questo programma si intende sviluppare quindi azioni efficaci e continuative volte a favorire

- la lotta al bullismo e la prevenzione dei comportamenti a rischio di devianza giovanile nella scuola secondaria di primo grado;
- la promozione di stili di vita salutari e la prevenzione dell'utilizzo di sostanze psicoattive quali fumo, alcol e cannabis attraverso al metodologia delle life-skills, la diffusione di adeguate conoscenze e l'educazione normativa nelle scuole secondarie di primo e secondo grado;
- la promozione di percorsi di educazione affettiva e sessuale negli alunni dei primi due anni delle scuole secondarie di secondo grado.

Consapevoli però che il primo contesto educativo è rappresentato dalla famiglia e che in talune realtà sociali proprio in seno alle famiglie crescono conflitti e disagi, che possono talora sfociare in comportamenti deviati, si è scelto quindi di lavorare per il sostegno alla genitorialità nell'ambito del "Programma Donna" e di sviluppare invece all'interno di "Impariamo a resistere" un progetto per diffondere su scala regionale le best practice sperimentate con il progetto P.I.U.M.A. volto a garantire un approccio integrato e multidisciplinare nei confronti del bambino abusato.

4. PROGRAMMA DONNA

124

Macro obiettivi		Obiettivi centrali		Indicatori centrali		Obiettivi generali	Elenco preliminare dei progetti e degli interventi	Portatori di interesse	
1	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	1.2	Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)	1.2.1	Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese	• Migliorare gli stili di vita della popolazione femminile che vive in Umbria attraverso azioni integrate, intersettoriali e sostenibili. • Promuovere azioni volte a incrementare l'adesione a tutti e tre i programmi di screening oncologici nella popolazione femminile. • Promuovere un'organizzazione dei servizi sanitari orientata alle esigenze della popolazione femminile.	• Sostegno nelle fasi iniziali della nascita e alla genitorialità • Lotta alla violenza di genere (sicurezza, straniere) • Le ostetriche come "counselor" • *Il percorso per la valutazione e la gestione del rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella* • *"Mai aderenti" allo screening cervicale: motivazioni e soluzioni*	• Direzione Salute e Coesione Sociale • Comuni • Forze dell'ordine, • Comunità straniere • Mediatori culturali • Associazioni di categoria • Associazioni datoriali e sindacali • Aziende Sanitarie e Ospedaliere • Comitato Pari Opportunità • Associazioni rappresentanti delle donne • Associazioni di volontariato • SISM, ADISU • Prefetture • Università, • MMG • PLS • Ostetriche • UISP	PROGRAMMA DONNA
		1.3	Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	1.3.1	Proporzione di *istituti scolastici* che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica				
		1.4	Ridurre il numero dei fumatori	1.4.1	Prevalenza di fumatori nella popolazione				
		1.5	Estendere la tutela dal fumo passivo	1.5.1	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato				
		1.6	Ridurre il consumo di alcol a rischio	1.6.1	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio				
		1.7	Aumentare il consumo di frutta e verdura	1.7.1	Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno				
		1.8	Ridurre il consumo di sale	1.8.1	Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale				
				1.8.2	Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale				
		1.9	Aumentare l'attività fisica delle persone	1.9.1	Prevalenza di soggetti fisicamente attivi				
				1.9.2	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi				
				1.9.3	Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età >75 anni)				
		1.10	Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.1	Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)				
				1.10.2	Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018)				
				1.10.3	Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere				
				1.10.4	Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso				

				1.10.5	Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo				
				1.10.6	. Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica				
		1.11	Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche	1.11.1	Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)				
		1.12	Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target	1.12.1	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening sulla popolazione bersaglio				
		1.13	Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	1.13.1	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio				
		1.14	Riorientare /avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	1.14.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)				
				1.14.2	Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)				
3	Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	3.1	Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	3.1.1	Proporzione di *istituti scolastici* che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute				
		3.2	Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale	3.2.1	Proporzione soggetti in età preadolescenziale, adolescenziale e giovanile con sintomi psichiatrici e/o DCA presi in carico entro 1 anno dall'insorgenza dei sintomi				
5	Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	5.1	Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	5.1.1	Tasso di decessi per incidente stradale				
		5.2	Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	5.2.1	Tasso di ricoveri per incidente stradale				
		5.3	Aumentare i soggetti con comportamento corretto alla guida	5.3.1	Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini				
				5.3.2	Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)				
6	Prevenire gli incidenti domestici	6.1	Ridurre gli incidenti domestici	6.1.1	Tasso di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere				
		6.2	Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	6.2.1	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile				
		6.3	Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle	6.3.1	Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi - Passi d'Argento, OKkio alla salute entro 2 anni)				

			misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver	6.3.2	Misurazione della percezione del rischio (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)				
		6.5	Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	6.5.1	Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico				
9	Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	9.5	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	9.5.1	Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up				
				9.5.2	Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/iL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV				
		9.7	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	9.7.1	Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status				
				9.7.2	Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti				

128

Obiettivi generali

1. Migliorare gli stili di vita della popolazione femminile che vive in Umbria attraverso azioni integrate, intersettoriali e sostenibili.
2. Promuovere azioni volte a incrementare l'adesione a tutti e tre i programmi di screening oncologici nella popolazione femminile.
3. Promuovere un'organizzazione dei servizi sanitari orientati alle esigenze della popolazione femminile.

Vision

L'idea di sviluppare un programma specifico rivolto alle donne che abitano in Umbria è nata proprio dall'analisi del contesto epidemiologico, che mette in evidenza come le donne non solo abbiano comportamenti diversi rispetto agli stili di vita, ma anche condizioni di rischio specifiche in ragione del loro "essere donne" in seno alla società. Basta pensare, per esempio, al fatto che la crisi economica ha visto modificare, come bene descritto nel Programma "Lavoro e Salute", non solo le condizioni lavorative, ma anche la percentuale delle donne occupate, che è andata aumentando perché di fronte alla perdita di occupazione dei compagni le donne rispondono con l'accettazione di un qualunque lavoro pur di sostenere la famiglia.

Peraltro intorno alla donna ruotano molti servizi sanitari, dai consultori ai punti nascita fino agli screening e ai Centri per la menopausa, anche se non sempre tali servizi sono pensati per le donne, e tanto meno per quelle che provengono da mondi e culture diverse.

E' nata quindi l'idea di affrontare con questo programma alcune fasi "sensibili" della vita della donna con l'obiettivo di migliorare la qualità dei percorsi e dei servizi offerti alle donne, dalla preparazione alla nascita fino alla menopausa, e contribuire in tal modo alla riduzione delle disuguaglianze.

5. LAVORO E SALUTE

130

Macro obiettivi		Obiettivi centrali		Indicatori centrali		Obiettivi generali	Elenco preliminare dei progetti e degli interventi	Portatori di interesse	
1	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	1.4	Ridurre il numero dei fumatori	1.4.1	Prevalenza di fumatori nella popolazione	• Valorizzare la funzione assistenziale delle Istituzioni che si occupano di prevenzione negli ambienti di lavoro, fornendo supporto al mondo del lavoro. • Favorire il miglioramento della qualità degli interventi di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro posti in essere sia dal sistema pubblico, attraverso l'avvio di un percorso di qualità e di accreditamento dei Servizi, sia dal sistema delle imprese e dei consulenti delle stesse, attraverso la condivisione di procedure e linee guida con tutti i portatori di interesse. • Promuovere, attraverso la condivisione con le imprese, interventi mirati allo sviluppo della responsabilità sociale, all'applicazione dei principi di etica all'impresa e all'adozione di buone prassi, anche nella piccola e media impresa. • Sviluppare, con le Istituzioni competenti, l'attivazione di meccanismi di	• *La salute dei lavoratori: il ruolo del medico competente tra sorveglianza sanitaria e promozione della salute, con particolare attenzione al fumo, all'alcol e alle sostanze stupefacenti e psicotrope* • Un nuovo modello di formazione rivolta all'RLS come buona prassi per l'azienda • Un "cantiere complesso" come modello di sicurezza, prevenzione e promozione della salute • Il benessere organizzativo: dalla valutazione dello stress lavoro correlato alle misure di miglioramento • La formazione alla sicurezza nelle scuole • L'evoluzione dell'attività di vigilanza nei luoghi di lavoro • Progetto edilizia • Progetto agricoltura • Progetto - intervento per il controllo in materia di REACH e CLP	• Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale • Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie • Distretti e Centri di Salute delle Aziende Sanitarie • Comitato Regionale di Coordinamento per la Salute e la Sicurezza nei luoghi di Lavoro • Rappresentanti delle Associazioni datoriali e sindacali • Associazioni dei medici competenti • Organismi Paritetici e Enti Bilaterali • Reti per la Promozione della Salute • Università: Dipartimento di Medicina e Dipartimento di Medicina Sperimentale	LAVORO E SALUTE
		1.5	Estendere la tutela dal fumo passivo	1.5.1	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato				
		1.6	Ridurre il consumo di alcol a rischio	1.6.1	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio				
		1.7	Aumentare il consumo di frutta e verdura	1.7.1	Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno				
		1.8	Ridurre il consumo di sale	1.8.1	Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale				
				1.8.2	Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale				
		1.9	Aumentare l'attività fisica delle persone	1.9.1	Prevalenza di soggetti fisicamente attivi				
				1.9.2	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi				
				1.9.3	Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età >75 anni)				
7	Prevenire infortuni e malattie professionali	7.2	Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	7.2.1	Emersione del fenomeno tecnopatico misurato mediante l'incremento delle segnalazioni e delle denunce delle malattie lavoro correlate per comparti, o per i rischi, oggetto di intervento con particolare riferimento a: • comparto agricolo forestale • comparto delle costruzioni • rischio cancerogeno e chimico • rischi per apparato muscolo scheletrico				
		7.3	Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	7.3.1	Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 D.Lgs 81/08 di azioni di promozione per il sostegno al ruolo di RLS/RLST e della bilateralità				
		7.4	Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale	7.4.1	Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 D.Lgs 81/08 di azioni di promozione per la promozione della responsabilità sociale d'impresa				
		7.5	Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende	7.5.1	Adozione di programmazione in seno ai comitati regionali di coordinamento ex art 7 D.Lgs 81/08 di azioni di promozione per la prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative				

		7.6	7.6 Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	7.6.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	premialità rivolti alle imprese eticamente responsabili.			
		7.7	Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni	7.7.1	Riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali per comparti o per i rischi oggetto di intervento, con particolare riferimento a: comparto agricoltura comparto edilizia				
		7.8	Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit	7.8.1	Adozione di atti di indirizzo nazionali e regionali finalizzati a garantire uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo e loro monitoraggio				
8	Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.7	Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi	8.7.1	Indicatori di funzionamento del sistema di segnalazione delle situazioni di non conformità relativamente ai regolamenti REACH e CLP tra Autorità competenti per il controllo				
		8.8	Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche	8.8.1	Numero di corsi di formazione per formatori nell'ambito dei servizi prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche				

Analisi di contesto

Si riporta di seguito una breve sintesi delle principali conseguenze della grave crisi economica e sociale sul sistema delle imprese e sull'occupazione, solo al fine di fornire elementi utili a comprendere le scelte programmatiche e il taglio che la Regione Umbria intende dare al programma "Lavoro e salute". Quanto descritto in questo paragrafo è più estesamente rappresentato nell'analisi di contesto generale del presente Piano.

Si assiste in Umbria ad una crisi del sistema produttivo ed economico di estrema gravità: il numero di imprese ancora sul mercato si è ridotto di 1/6 rispetto al 2008 e conseguentemente il PIL è crollato di oltre il 10% Probabilmente il sistema produttivo umbro presenta caratteristiche che lo rendono più suscettibile agli effetti della crisi economica, quali la grande frammentazione e l'elevato numero di piccole imprese e di imprese familiari, orientate a un mercato prevalentemente nazionale, il maggior peso rispetto alle altre regioni dei settori tradizionali quali il settore agricolo, manifatturiero ed edile e la scarsità di imprese in settori tecnologicamente avanzati.

La crisi economica sta determinando non solo una decurtazione delle persone occupate e un aumento della disoccupazione (il tasso di disoccupazione ha raggiunto il 10,4%, il valore più elevato dal 1992), ma sono cambiate anche le caratteristiche dell'occupazione con ricadute importanti rispetto alla sicurezza e alla salute nelle imprese:

- l'incremento dell'anzianità della popolazione lavorativa, legata all'innalzamento dei requisiti anagrafici per il pensionamento e alle difficoltà incontrate dai giovani che cercano occupazione;
- il minor effetto sulle donne del calo dell'occupazione determinato dal mantenimento di alti livelli occupazionale fra le occupate straniere e le donne con più di 50 anni,
- l'occupazione delle donne in posizioni a bassa qualifica e con fenomeni di sovra-istruzione più accentuati rispetto agli uomini;
- l'aumento della disoccupazione di lunga durata, in particolare fra gli italiani;
- l'aumento della precarietà, anche in settori produttivi particolarmente a rischio come l'agricoltura e le costruzioni;
- la difficoltà di inserimento lavorativo dei giovani che, quando occupati, svolgono lavori meno qualificati rispetto al titolo di studio conseguito e sono più esposti alla precarietà dell'occupazione;
- il peggioramento della situazione occupazionale dei lavoratori stranieri, che tendono ad avere rapporti di lavoro brevi e precari, perdono il lavoro con maggiore facilità rispetto agli italiani, anche se sperimentano di meno rispetto agli italiani la disoccupazione di lunga durata.

Questo contesto sta amplificando i rischi per la salute nei luoghi di lavoro. In Umbria si registra un continuo decremento del numero assoluto di infortuni, ma alcuni campanelli di allarme, come l'incremento dell'indice di gravità degli infortuni, e il numero di infortuni mortali che non accenna a ridursi, probabilmente correlati con la tendenza alla sotto-notifica degli infortuni di minore gravità, fanno invece ritenere che la crisi stia influenzando la tenuta dei sistemi di prevenzione nelle aziende. I lavoratori stranieri appaiono più vulnerabili rispetto al rischio di infortunio perché impiegati in comparti intrinsecamente più rischiosi come l'agricoltura e le costruzioni, meno formati, con rapporti di lavoro meno stabili, frequenti cambi di lavoro e spesso irregolari. Per quel che riguarda il fenomeno della malattia professionale, in questi anni si è registrata una impennata delle segnalazioni di malattie muscolo scheletriche che hanno come fattore causale o concausale il lavoro: misconosciuto è il reale peso dei tumori professionali legati all'esposizione a sostanze cancerogene sul lavoro. Nonostante l'Umbria sia fra le regioni in cui la frequenza delle segnalazioni di malattia professionale è più alta, ancora troppo evidente è il fenomeno della sotto-notifica delle malattie professionali, in particolare proprio i tumori professionali, da parte non soltanto dei medici competenti, ma soprattutto dei medici ospedalieri, di base e specialisti.

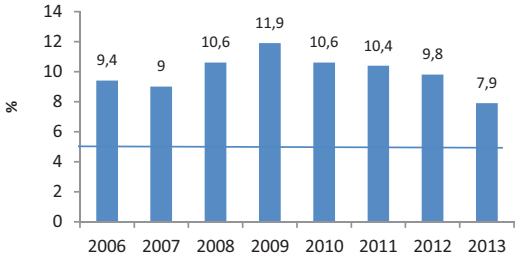
Stato dell'arte

In Umbria le scelte programmatiche rispetto alla prevenzione nei luoghi di lavoro vengono definite nel l'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro previsto dal DPCM 21.12.2007, in cui sono rappresentate non soltanto le Istituzioni o gli Enti che si occupano di vigilanza nei luoghi di lavoro, ma pressoché tutte le rappresentanze del mondo imprenditoriale e sindacale, gli ordini e collegi professionali, l'Università.

134

Nel periodo 2010-2013, perseguendo gli obiettivi previsti negli atti di riferimento nazionali e regionali (Piano Sanitario Regionale, il D.P.C.M. 17.12.2007 "Patto per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro", il Piano Nazionale Edilizia e il Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura e il PRP 2010-2012 e PRP 2013), si è dato grande spazio all'attività di vigilanza negli ambienti di lavoro. Nel 2013 i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (Servizi PSAL) hanno controllato circa 3.300 aziende e l'Umbria è stata fra le regioni italiane con i più elevati livelli di copertura delle aziende con dipendenti del territorio (7,9%), ampiamente superiori al LEA fissato a livello nazionale e pari al 5% (tab. 5.1).

Tabella 5.1 - % di aziende con dipendenti ispezionate in Umbria – 2006-2013



Attraverso l'impulso dato dal PRP 2010-2012, accanto all'attività di vigilanza propriamente detta, concentrata nel settore dell'edilizia e dell'agricoltura tradizionalmente obiettivi dei servizi per l'elevata incidenza di infortuni e malattie professionali, si è dato maggiore spazio alle attività di monitoraggio dei rischi lavorativi, in particolare nei comparti a rischio chimico e cancerogeno; sono state inoltre prodotte procedure per la valutazione del rischio cancerogeno destinate ai consulenti aziendali al fine di migliorare tale importante processo. Proprio con un progetto del PRP 2010-2012 e del 2013 si è messa a regime la complessa attività di vigilanza sull'applicazione del regolamento REACH/ CLP, in applicazione dei programmi REF 1 e REF 2, creando una task force regionale che si occupa sia della vigilanza sull'applicazione dei regolamenti che di tutte le attività, compresa la sensibilizzazione delle imprese in collaborazione con le Associazioni, attività che andrà ancora di più potenziata e sviluppata.

E' stata sviluppata inoltre l'attività di assistenza alle imprese, costruendo con le imprese delle costruzioni operanti nei cantieri delle Grandi Opere Infrastrutturali un modello per la gestione dei rischi lavorativi imperniato su informazione e sensibilizzazione dei lavoratori e delle figure cardine della sicurezza nel cantiere e sul loro coinvolgimento in un sistema di sorveglianza sugli eventi sentinella (infortuni/ infortuni mancati). In agricoltura, attraverso la collaborazione tra i Servizi PSAL e le Associazioni di categoria, sono stati coinvolti i tecnici delle stesse in un percorso di informazione, sensibilizzazione e formazione in modo che fossero in grado di trasformare le occasioni di incontro con gli iscritti in occasioni di scambio e di crescita delle imprese rispetto ai temi della sicurezza.

Per favorire l'emersione dei danni da lavoro, si è avviato un percorso per incrementare il riconoscimento dei tumori di origine professionale attraverso l'attivazione della segnalazione da parte dei medici dei reparti ospedalieri di oncologia di alcuni tumori (pleura, vescica, naso-sinusali) ai Servizi PSAL.

Nell'ambito della promozione della salute negli ambienti di lavoro con il progetto "Cantieri alcol-free" è stata avviata un'azione di sensibilizzazione dei lavoratori e delle figure chiave della sicurezza in cantiere (datore di lavoro, medico competente, RSPP, RLS) secondo un approccio di promozione della salute, integrato con interventi di vera e propria vigilanza sull'applicazione della normativa specifica sull'alcol.

Nel corso del 2013 e 2014 la Regione ha partecipato al progetto europeo "Applying ECVET and ECTS to Certify Learning Outcomes and Qualification of the Entrepreneur in Construction sector" che aveva l'obiettivo di individuare le competenze specifiche necessarie per esercitare la professione di imprenditore edile, professione per la quale ad oggi non è necessario alcun requisito, anche in vista della definizione di una legge che disciplini l'accesso alla professione edile. Il progetto ha consentito la definizione di tali competenze in un documento denominato con l'acronimo MOU (Memorandum of Understanding), condiviso fra i sei Paesi europei partecipanti. In Umbria il Comitato Regionale di Coordinamento per la Salute e Sicurezza con il supporto del Centro Edile per la Sicurezza e la Formazione ha avviato un progetto di sperimentazione, coinvolgendo 20 imprenditori edili con l'obiettivo di verificare le competenze possedute attraverso un processo di messa in trasparenza costruito sulla base dei requisiti stabiliti nel MOU.

Il drastico cambiamento del contesto economico e sociale di questi anni, così come descritto nel precedente paragrafo, nel 2013 ha indotto il Comitato Regionale di Coordinamento per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro previsto all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008 ad avviare una riflessione rispetto al tema della salute nei luoghi di lavoro, alla luce delle criticità che il mondo produttivo sta attraversando in questo particolare periodo. Il dibattito, sviluppatosi all'interno di un workshop dal titolo "Lavoro e salute" a cui hanno partecipato le istituzioni che si occupano della materia e tutti gli attori che contribuiscono a salvaguardare la salute dei lavoratori (imprenditori, lavoratori, consulenti, medici competenti), ha

portato alla stesura di un documento programmatico per il triennio 2014-2016 (DGR 1123/2013) basato su due principi cardine:

- il miglioramento della qualità degli interventi posti in essere attraverso la condivisione di procedure e linee guida con tutti i portatori di interesse quali le Istituzioni e gli Enti che si occupano della tutela della salute sul lavoro, le associazioni datoriali e le forze sindacali, i rappresentanti degli ordini professionali e le associazioni dei medici competenti;
- la "sburocratizzazione" nell'applicazione delle norme che deve seguire di pari passo il miglioramento del livello qualitativo di ogni azione messa in campo dai diversi attori per la tutela della salute dei lavoratori.

Sono state evidenziate quattro tematiche strategiche sulle quali si è iniziato a lavorare nel corso del 2014 e che si intende sviluppare:

1. **Il ruolo del medico competente tra sorveglianza sanitaria e promozione della salute**: nell'ambito del workshop si è sottolineato come le profonde trasformazioni del mondo del lavoro e le nuove acquisizioni scientifiche della medicina del lavoro e dell'igiene industriale hanno cambiato i rapporti tra salute e lavoro, ponendo il medico competente di fronte a problematiche diverse rispetto al passato: i nuovi rischi lavorativi (ad esempio il rischio stress), il cambiamento dell'epidemiologia delle malattie correlate con l'attività lavorativa con l'esplosione delle malattie muscoloscheletriche, la gestione dei lavoratori con disabilità in un contesto in cui le aziende hanno l'esigenza di garantire elevata produttività e concorrenzialità, per citarne alcune. Il medico competente è pertanto chiamato a svolgere un'attività complessa e articolata, che richiede competenze mediche specialistiche ma anche la capacità di integrarsi ed integrare il sistema aziendale, nonché di affrontare problematiche interdisciplinari, attraverso il confronto con altre professionalità in un contesto condizionato fortemente da vincoli normativi e procedurali. In realtà spesso l'attività di sorveglianza sanitaria viene contingentata all'esecuzione delle visite mediche, approccio di dubbia efficacia preventiva. Il D.Lgs. 81/2008, oltre a stabilire gli ambiti di competenza tradizionali del medico competente, ha introdotto inoltre una funzione nuova per il medico competente, la collaborazione all'attuazione e alla valorizzazione di programmi di promozione della salute dei lavoratori. Secondo la Carta di Ottawa, sottoscritta dagli Stati appartenenti all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la promozione della salute è "il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla". La promozione della salute non può essere quindi responsabilità esclusiva del servizio sanitario, ma necessita di un approccio definito "intersettoriale", che preveda, cioè, l'intervento, la collaborazione e il coordinamento di settori diversi dalla sanità per realizzare iniziative in grado di migliorare lo stato di salute della popolazione. Con la logica di andare verso un miglioramento della qualità della sorveglianza sanitaria nel 2014 sono state definite e condivise con le Associazioni dei Medici Competenti, le "Linee di indirizzo e standard di qualità per l'attività di sorveglianza sanitaria", con l'obiettivo, tra l'altro, di fornire agli organi di vigilanza strumenti per valutare l'operato dei singoli professionisti al di là della mera verifica del rispetto della norma. Fra gli obiettivi ancora da perseguire vi è quello di favorire la partecipazione del medico competente a progetti di promozione della salute che prevedono fra l'altro l'avvio di percorsi formativi per i medici competenti, in collaborazione con le Associazioni dei Medici Competenti, non solo sui contenuti di Guadagnare Salute, ma anche sugli strumenti per relazionarsi rispetto a questi temi in modo efficace con il lavoratore.
2. **L'efficacia della formazione per la sicurezza**: sono stati messi in evidenza numerosi fattori critici quali l'elevato impegno economico, burocratico ed organizzativo per le aziende, l'inadeguato monte ore della formazione, la sovrapposizione degli argomenti trattati nei diversi corsi di formazione per le varie figure previste dal D.Lgs 81/08, la scarsa capacità didattica dei soggetti formatori, la carente conoscenza dell'azienda da parte degli stessi e quindi l'inadeguatezza della formazione ai reali bisogni formativi e la scarsa utilità pratica, la concorrenza sleale fra i soggetti formatori e non ultimo la necessità di favorire e premiare la formazione sui rischi specifici svolta direttamente in azienda. Questi fattori critici finiscono per inficiare la qualità e l'efficacia della formazione dei lavoratori con conseguenze negative sul sistema della sicurezza aziendale. Per questo nel corso del 2014 è stato stilato un protocollo d'intesa con le associazioni datoriali e sindacali della regione per avviare un progetto volto a migliorare la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia della formazione rivolta a RLS e RLST, l'anello sicuramente più debole delle figure della prevenzione in azienda. Fra gli obiettivi indicati nel documento vi è anche la produzione e sperimentazione sul territorio regionale del libretto formativo del cittadino definito dall'art. 2 comma 1 lettera i del D.Lgs. 276/2003.

136

3. **La vigilanza nei luoghi di lavoro**: rispetto a questa importante tematica si sono sottolineati due importanti aspetti:
   - l'esigenza che gli enti deputati alla vigilanza rendano le loro azioni efficaci, omogenee e soprattutto trasparenti nei confronti delle imprese controllate andando quindi nella direzione della qualità, dell'efficacia delle attività di vigilanza e quindi dell'accreditamento (così come previsto nella Legge Regionale 18/2012 di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, che impone che anche i Servizi del Dipartimento di Prevenzione così come altri servizi sanitari debbano essere accreditati da parte di un Ente certificatore riconosciuto in ambito comunitario);
   - la necessità di utilizzare nuovi strumenti per la vigilanza, come quello dell'audit sulla sicurezza con le aziende, al fine di far crescere il livello di consapevolezza delle stesse e di attivare, con le aziende virtuose, meccanismi di premialità attraverso il coinvolgimento delle Istituzioni che possono avere un ruolo decisionale.

   In questa logica è stato avviato un percorso di formazione-azione con i Servizi PSAL umbri, in cui da un lato si sono fornite agli operatori le conoscenze e le competenze di base sui temi della qualità e dell'accreditamento, dall'altro è stato avviato un processo che porterà, nell'arco di un triennio, all'accreditamento dei Servizi. Il corso oltre ad approfondire la tematica dal punto di vista metodologico ha portato alla individuazione dei processi fondamentali svolti dai Servizi: per quattro di questi processi sono state costruite e condivise le procedure standard che dovranno essere sperimentate nel corso del 2015. I Servizi PSAL dovranno continuare questo percorso nella consapevolezza che il passaggio dalla vigilanza tradizionale ad una vigilanza da un lato proceduralizzata, dall'altro esercitata anche con la metodologia dell'audit, richiederà non solo competenze specifiche, ma un vero e proprio cambiamento di mentalità.
4. **La valutazione del rischio e il ruolo dei consulenti tecnici:** il processo di valutazione dei rischi costituisce il fulcro sul quale si basa la gestione della salute e della sicurezza, in carenza del quale difficilmente possono essere individuate o messe in atto misure preventive appropriate, venendo meno quel processo dinamico che consente alle aziende e alle organizzazioni di mettere a punto una politica proattiva di gestione della prevenzione. Nella realtà vi è la tendenza delle imprese, per la maggioranza di piccola o piccolissima dimensione, ad identificare la valutazione dei rischi con la redazione di un documento o di una autocertificazione, da delegare completamente a figure consulenziali esterne all'azienda, con il risultato di trasformare un prezioso strumento operativo e di gestione in un orpello burocratico. La conseguenza è che i documenti di valutazione del rischio sono spesso ridondanti, complicati, non aderenti alla realtà aziendale, poco utili dal punto di vista operativo. Sulla base di queste considerazioni il Comitato di Coordinamento ha attivato un gruppo di lavoro composto da operatori della vigilanza, rappresentanze sindacali e datoriali e da rappresentanti appartenenti agli ordini professionali con l'obiettivo mettere a punto di una "buona prassi" che delinei alcuni criteri minimi, con l'obiettivo di favorire la corretta gestione dei rapporti tra le varie figure coinvolte nella valutazione e gestione del rischio e quindi consentano a tutti i soggetti di svolgere appieno il proprio ruolo e contestualmente di dimostrare l'avvenuta collaborazione alla valutazione del rischio. Il prodotto di questo lavoro è il documento dal titolo "Le modalità di collaborazione alla valutazione e gestione del rischio in azienda" sul quale si intende impostare l'attività di vigilanza sulla qualità della valutazione del rischio prodotta dalle aziende, non soltanto rispetto alla adeguatezza formale, ma soprattutto rispetto ai criteri adottati, ai risultati e alla effettiva rispondenza alla realtà aziendale e alle esigenze preventive.

<u>Obiettivi generali</u>

1. Valorizzare la funzione assistenziale delle Istituzioni che si occupano di prevenzione negli ambienti di lavoro, fornendo supporto al mondo del lavoro.
2. Favorire il miglioramento della qualità degli interventi di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro posti in essere sia dal sistema pubblico, attraverso l'avvio di un percorso di qualità e di accreditamento dei Servizi, sia dal sistema delle imprese e dei consulenti delle stesse, attraverso la condivisione di procedure e linee guida con tutti i portatori di interesse.
3. Promuovere, attraverso la condivisione con le imprese, interventi mirati allo sviluppo della responsabilità sociale, all'applicazione dei principi di etica all'impresa e all'adozione di buone prassi, anche nella piccola e media impresa.
4. Sviluppare, con le Istituzioni competenti, l'attivazione di meccanismi di premialità rivolti alle imprese eticamente responsabili.

Vision

L'Umbria ha compiuto un lungo percorso in tema di salute nei luoghi di lavoro, non solo attraverso il potenziamento dell'attività di vigilanza a partire dall'attivazione dei piani nazionali agricoltura ed edilizia, ma anche grazie all'attività di coordinamento sviluppata in seno al Comitato Regionale di Coordinamento per la Salute e sicurezza sul Lavoro, per migliorare sia il processo di valutazione dei rischi presenti nei diversi contesti produttivi, sia i processi connessi con la formazione dei diversi attori della prevenzione aziendale. La grave crisi economica che stiamo affrontando ci costringe però a ripensare a tutta l'attività in questo ambito, provando da un lato a puntare sul miglioramento della qualità dell'attività di vigilanza attraverso la proceduralizzazione dei principali processi, fino all'attività di audit sulle imprese più mature sotto il profilo della salute e della sicurezza; dall'altra a sviluppare un nuovo approccio alla sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti, non solo sperimentando indicatori che ci consentano di misurare la loro reale capacità di incidere sulla salute complessiva dei lavoratori, ma anche coinvolgendoli nel processo di promozione di stili di vita salubri che deve interessare l'intera comunità regionale compresi coloro che, venendo da altri Paesi, sono portatori di consapevolezza e culture diverse.

Con questo programma si vuole quindi mettere in campo progetti non solo con l'obiettivo di perseguire perseguire i "colpevoli" del mancato rispetto delle normative, ma al contrario individuare coloro che tra imprenditori, consulenti, medici competenti, rappresentano una risorsa per la comunità, facendosi promotori di forme di premialità, convinti come siamo che è proprio nelle condizioni più critiche che bisogna progettare l'innovazione.

138

6. CONOSCERE PER DECIDERE

140

Macro obiettivi		Obiettivi centrali		Indicatori centrali		Obiettivi generali	Elenco preliminare dei progetti e degli interventi	Portatori di interesse	
1	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	1.10	Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.1	Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)	• Favorire il potenziamento dei sistemi informativi gestionali attualmente in uso (S.I.V.A., Demetra e Athena, Anagrafe vaccinale, Infodip) e l'integrazione degli stessi con altre banche dati disponibili al fine di ottenere informazioni necessarie a garantire efficacia ed efficienza delle azioni di prevenzione previste negli altri programmi. • Sostenere i sistemi di sorveglianza di popolazione (Passi, Passi d'Argento, OKkio alla salute) sugli stili di vita e i fattori di rischio comportamentali attraverso la costante manutenzione della rete degli intervistatori. • Favorire l'utilizzazione dei sistemi di sorveglianza volti a monitorare l'andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali (INFORMO, MALPROF, REGISTRO MESOTELIOMI) e l'andamento delle malattie infettive. • Promuovere il miglioramento del sistema di sorveglianza su incidenti domestici e stradali. • Promuovere l'implementazione dei sistemi di valutazione delle esposizioni e l'integrazione degli stessi con il G.I.S. • Promuovere l'integrazione di archivi specifici come quelli manutenuti da ARPA con il Registro Tumori Umbro di popolazione per studi di impatto. • Promuovere l'integrazione tra	Potenziare i seguenti sistemi: • Sistemi di sorveglianza rispetto a stili di vita e fattori di rischio comportamentali (OKkio alla salute, PASSI, PASSI d'Argento) • Sistema dei "Flussi informativi Regioni INAIL" • Sistema di sorveglianza sugli infortuni mortali e gravi INFORMO • Sistema MALPROF • Registro Mesoteliomi • Sistema di sorveglianza delle malattie infettive • Anagrafe vaccinale regionale • Sistema di gestione dei programmi di screening • Implementazione del flusso informativo per il monitoraggio del TSH • Sistema di sorveglianza degli incidenti stradali e domestici • Sistema Informativo Veterinaria e Alimentare (SIVA) • *"Mai aderenti"* allo screening cervicale:	• Direzione Salute e Coesione Sociale • Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie con i loro servizi • Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie • Distretti e Centri di Salute delle Aziende Sanitarie • Reti per la Promozione - della Salute delle Aziende Sanitarie • Aziende Ospedaliere • Dipartimento di Medicina Sperimentale • Dipartimento di Medicina Veterinaria • Pediatri di libera scelta (PLS) • Medici di medicina generale (MMG) • Medici competenti • A. S. So. Farm. • Farmindustria • Associazioni datoriali e sindacali • ARPA • IZS UM • Registro Tumori • Registro Tumori Animali	CONOSCERE PER DECIDERE
				1.10.2	Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018)				
				1.10.3	Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere				
				1.10.4	Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso				
				1.10.5	Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo				
				1.10.6	. Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica				
		1.12	Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target	1.12.1	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening sulla popolazione bersaglio				
		1.13	Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	1.13	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio				
		1.14	Riorientare /avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	1.14.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)				
				1.14.2	Avvio del programma di screeni ng per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)				
		1.15	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	1.15.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)				
				1.15.2	Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)				
2	Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	2.1	Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita	2.1.1	Proporzione di neonati sottoposti a screening audiologico neonatale				
		2.2	Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita	2.2.1	Proporzione di neonati sottoposti a screening oftalmologico neonatale				

5	Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	5.1	Ridurre il numero di decessi per incidente stradale	5.1.1	Tasso di decessi per incidente stradale	archivi ARPA, archivi sanitari (SDO e specialistica) per ottenere un'efficace VIS. • Promuovere la informatizzazione e de materializzazione delle ricette dei farmaci veterinari. • Favorire il linkage degli archivi delle vaccinazioni anti HPV e quello dello screening cervicale.	quali motivazioni? quali soluzioni?		
		5.2	Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale	5.2.1	Tasso di ricoveri per incidente stradale				
6	Prevenire gli incidenti domestici	6.1	Ridurre gli incidenti domestici	6.1.1	Tasso di incidenza degli incidenti domestici seguiti da ricovero per fasce di età e genere				
		6.4	Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	6.4.1	Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)				
		6.5	Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	6.5.1	Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico				
7	Prevenire infortuni e malattie professionali	7.1	Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni	7.1.1	Produzione di report regionale annuale relativo al monitoraggio dei rischi e dei danni da lavoro e dei sistemi informativi attivati				
8	Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.2	Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso: il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione il potenziamento della sorveglianza epidemiologica	8.2.1	Esistenza di accordi interistituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia e altri) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari (primo triennio)				
				8.2.2	Rapporti degli studi realizzati di conseguenza (ultimo biennio)				
		8.3	Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali	8.3.1	Atti di indirizzo regionali per la valutazione integrata di impatto sulla salute che comprenda strumenti in supporto sia dei valutatori sia dei proponenti				
		8.4	Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti	8.4.1	Atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche (accertate o presunte) sanitarie attribuibili all'inquinamento ambientale				
		8.9	Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione	8.9.1	Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)				
9.	Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	9.1	Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie	9.1.1	Proporzione di casi di morbillo e di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio				
		9.2	Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce						

		9.3	Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	9.3.1	Proporzione di notifiche inserite nel sistema informativo per le malattie infettive				
		9.4	Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)	9.4.1	Proporzione di casi di malattia batterica invasiva notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio e per i quali esista una diagnosi etiologica				
		9.5	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	9.5.1	Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up				
				9.5.2	Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/ìL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV				
		9.6	Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)	9.6.1	Proporzione della popolazione regionale coperta da anagrafe vaccinale informatizzata				
		9.10	Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	9.10.1	Proporzione di Aziende Sanitarie in cui è stata attivata la sorveglianza delle CPE				
		9.11	Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale	9.11.1	Restituzione annuale delle informazioni relative al consumo di antibiotici alle Aziende Sanitarie				
		9.13	Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	9.13.1	Disponibilità di informazioni sull'andamento delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le Aziende sanitarie				
10	Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del PNI dei Controlli	10.2	Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite corretta gestione del farmaco	10.2.1	Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario				
		10.3	Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario	10.3.1	Protocolli di collaborazione che garantiscano un panel di analisi routinarie per la diagnosi di malattie trasmissibili dagli animali e con gli alimenti (almeno il set di patogeni previsti dalla direttiva 2003/99), conforme ai migliori standard internazionali				
		10.4	Completamento dei sistemi anagrafici	10.4.1	Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi				
				10.4.2	Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist regolamento CE 852/2004"				

		10.5	Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari	10.5.1	Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari				
				10.5.2	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare				
				10.5.3	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante una malattia animale				
		10.6	Prevenire le malattie infettive e diffusive di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali	10.6.1	Attuazione di piani di sorveglianza in popolazioni di animali selvatici				

Stato dell'arte

Negli ultimi 7-8 anni il sistema "prevenzione" è stato supportato nelle sue azioni principali dallo sviluppo e conseguente manutenzione di alcuni sistemi informativi che hanno permesso non solo una lettura più approfondita del contesto epidemiologico, ma anche l'adozione di scelte programmatiche e gestionali più mirate. Fanno parte di questi:

1. I **sistemi di sorveglianza rispetto a stili di vita e fattori di rischio comportamentali** (OKkio alla salute, PASSI, PASSI d'Argento) che, oramai da qualche anno, raccolgono periodicamente dati dalle diverse fasce della popolazione, fornendo ai decisori politici e alla popolazione stessa le informazioni e le conoscenze essenziali per il monitoraggio dei comportamenti a rischio, per l'identificazione delle priorità di intervento e dei programmi, nonché per la valutazione periodica degli stessi.
   In quest'ultimo periodo sono emerse però alcune criticità dovute soprattutto al mantenimento del sistema, che deve essere in grado di funzionare senza interruzioni per il PASSI e con le cadenze stabilite a livello nazionale per Okkio e HBSC e richiede pertanto una "struttura" organizzativa stabile, con adeguate risorse e con una regolare e assidua manutenzione. In realtà, sia la raccolta delle informazioni sia l'elaborazione dei dati sono effettuate da personale non appositamente dedicato a queste attività, che talora è stato adibito a funzioni diverse determinando quindi un sovraccarico di lavoro per chi ha continuato a svolgere il ruolo di intervistatore.
2. Il **sistema dei "Flussi informativi Regioni INAIL"** attraverso il quale l'Osservatorio Regionale sugli infortuni e le malattie professionali formalmente istituito con DGR n. 1305 del 18/07/2006 quale strumento funzionale e operativo del Comitato Regionale di Coordinamento per la Salute e Sicurezza sul Lavoro (DPCM 21 dicembre 2007), ha prodotto periodicamente rapporti sul fenomeno infortunistico e delle malattie professionali, consultabili nel sito istituzionale della Regione Umbria (www.regione.umbria.it) e approfondimenti utili alla programmazione delle priorità delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro a livello regionale, ad esempio nella scelta dei comparti produttivi oggetto di intervento e, a livello locale, per la creazione di liste di aziende sulle quali intervenire.
3. Il **sistema di sorveglianza sugli infortuni mortali e gravi INFORMO**, che prevede in questa regione l'analisi dell'infortunio a livello locale e la supervisione da parte del livello regionale a garanzia della correttezza della metodologia applicata ed è a regime da alcuni anni, contribuendo così al funzionamento del sistema di sorveglianza nazionale che fornisce poi l'elaborazione dei dati aggregati.
4. **Il sistema MALPROF** che garantisce la costruzione di una banca dati nazionale che raccoglie informazioni relative alle malattie segnalate ai Servizi PSAL, analizzate dagli operatori dei servizi rispetto alla sussistenza del nesso di causa fra malattia e esposizione a fattori di rischio professionali.
5. Il R**egistro Mesoteliomi**: come noto il Registro ha un'articolazione regionale attraverso il COR, che in Umbria è stato affidato all'Università degli Studi di Perugia - Dipartimento di Sanità Pubblica. Con il presente Piano ci si prefigge di migliorare l'attività del Registro regionale, completando la copertura territoriale, evitando la perdita di casi di mesotelioma e dando maggiore tempestività alle indagini, che attualmente vengono effettuate nella maggior parte dei casi con i familiari del paziente già deceduto, per il lungo periodo di latenza che intercorre fra diagnosi di mesotelioma e indagine da parte dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro.
6. La **sorveglianza delle malattie infettive**, a partire dal 2008, anno in cui la Regione si è dotata un "Sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella basato sulle indicazioni del D.M. del 15/12/1990, è supportata da un sistema utilizzabile via web da parte di tutti i medici che fanno diagnosi di malattia infettive. Gli accessi al sistema sono stati garantiti anche a tutti i Presidi Ospedalieri delle Az. USL e alle due Aziende Ospedaliere: questo ha reso più facile e rapida la notifica, migliorando la qualità e la tempestività delle informazioni, anche ai fini dei conseguenti provvedimenti di Sanità Pubblica. L'Umbria partecipa anche ad alcuni sistemi di sorveglianza "paralleli", come quelli per morbillo, parotite e rosolia, legionellosi, epatiti virali acute, HIV e AIDS, malattia di Creutzfleld-Jacob, malaria, malattie trasmesse da artropodi, e si è dotata fin dal 2005 di un sistema di sorveglianza e prevenzione delle meningiti meningococciche.
7. Per quanto concerne le vaccinazioni, oramai da diversi anni è attiva l'anagrafe vaccinale regionale, attraverso la messa a disposizione dei centri vaccinali di un sistema unico di registrazione fondato su un'anagrafe unica regionale degli assistibili. Per quanto riguarda la vaccinazione antinfluenzale è attivo da alcuni anni un programma di gestione dei dati individuali delle vaccinazioni eseguite dai MMG, PLS e dai Servizi con il quale è possibile elaborare le coperture raggiunte per fasce di età e per tipologia di vaccino somministrato.
8. Per la gestione dei **programmi di screening** le aziende sanitarie sono dotate di un software unico su scala regionale per tutti gli screening, che utilizza come base anagrafica, anche in questo caso, l'anagrafe degli assistibili. Il modello organizzativo proposto dalla DGR 366/2013, basandosi sul rafforzamento delle funzioni regionali di programmazione

e valutazione ha previsto il consolidamento del sistema di monitoraggio degli screening attraverso l'ottimizzazione del software Demetra e degli altri sistemi informatici per la gestione delle informazioni provenienti dal I, II e III livello e promuove la valutazione di esito attraverso il consolidamento della collaborazione con il Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP). E' stato, pertanto, avviato un processo di implementazione del software Demetra che prevede l'acquisizione routinaria dei dati provenienti dai flussi della Specialistica ambulatoriale, in particolare delle prestazioni erogate dal CUP riguardanti le colonscopie e le mammografie non di screening, e di quelli provenienti dal flusso delle SDO, dati necessari per selezionare in maniera corretta la popolazione da invitare, per evitare inviti per prestazioni già erogate e per completare i percorsi di approfondimento.

9. Il sistema di **sorveglianza degli incidenti stradali e domestici** si basa nella nostra regione sul flusso dei dati di accesso al Pronto Soccorso (PS), pienamente attivo in Umbria dal 2010, che viene trasmesso mensilmente al Ministero da parte delle regioni. Tale flusso è stato integrato con un tracciato specifico che prevede, in caso di pazienti in arrivo al PS per trauma da incidente stradale o domestico, l'obbligo per il personale sanitario di raccogliere una serie di informazioni rispetto al ruolo dell'incidentato, alla controparte coinvolta, al luogo e alla dinamica dell'incidente e alle protezioni in uso. Tuttavia, dal momento che la trasmissione al Ministero del tracciato aggiunto non è obbligatoria, il flusso presenta delle criticità riguardanti la completezza dei dati trasmessi al Sistema informativo sanitario regionale da parte delle Aziende sanitarie e Ospedaliere, dovute al fatto che non tutte le strutture raccolgono e trasmettono questo tipo di informazione. D'altra parte l'utilizzo frammentario e non codificato di tali informazioni fa sì che debba essere verificata e monitorata anche la qualità complessiva del flusso informativo stesso.
10. Per la gestione delle attività connesse con il **controllo ufficiale da parte dell'Autorità Competente in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria** in Umbria viene utilizzato il Sistema Informativo Veterinaria e Alimentare (SIVA) acquisito in riuso dalla Regione Marche, che è stato progressivamente implementato non solo con lo sviluppo di nuovi archivi e funzionalità gestionali, ma con un'interfaccia che ne ha permesso l'integrazione con il sistema SICMA per la pre-accettazione dei campioni da parte dell'IZUM e con il sistema FILEMAKER del Dipartimento di Medicina Veterinaria per l'acquisizione dei reperti biologici in seno al Registro Tumori animale.
11. Nell'ambito delle attività di **conoscenza del rapporto fra inquinanti e salute** e quindi della valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali, alla quale il presente Piano dedica grande spazio, come noto la VIS (Valutazione di Impatto Sanitario) è una procedura partecipata per valutare il rischio attribuibile a interventi o strategie prima che siano decisi e quindi è uno strumento utile per i decisori. La VIS utilizza gli studi sui danni (passati) e sui rischi (attuali) per effettuare una valutazione sugli impatti (futuri). Dunque la VIS è un processo coerente, trasparente e pertinente ai problemi che si devono affrontare, per garantire che siano state effettivamente considerate le migliori opzioni disponibili per la gestione dei rischi; si colloca tra le attività di studio ad hoc, ma può realizzarsi solo in presenza di un sistema informativo evoluto, in grado di misurare i fenomeni ambientali e quelli sanitari su una scala che permetta l'inter-operatività. In quest'area il sistema sanitario deve compiere un percorso a partire dalla condivisione degli archivi tra ARPA, RTUP, archivi sanitari come le SDO e la specialistica.

<u>Obiettivi generali</u>

1. Favorire il potenziamento dei sistemi informativi gestionali attualmente in uso (S.I.V.A., Demetra e Athena, Anagrafe vaccinale, Infodip) e l'integrazione degli stessi con altre banche dati disponibili al fine di ottenere informazioni necessarie a garantire efficacia ed efficienza delle azioni di prevenzione previste negli altri programmi.
2. Sostenere i sistemi di sorveglianza di popolazione (Passi, Passi d'Argento, OKkio alla salute) sugli stili di vita e i fattori di rischio comportamentali attraverso la costante manutenzione della rete degli intervistatori.
3. Favorire l'utilizzazione dei sistemi di sorveglianza volti a monitorare l'andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali (INFORMO, MALPROF, REGISTRO MESOTELIOMI) e l'andamento delle malattie infettive.
4. Promuovere il miglioramento del sistema di sorveglianza su incidenti domestici e stradali.
5. Promuovere l'implementazione dei sistemi di valutazione delle esposizioni e l'integrazione degli stessi con il G.I.S.
6. Promuovere l'integrazione di archivi specifici come quelli manutenuti da ARPA con il Registro Tumori Umbro di popolazione per studi di impatto.
7. Promuovere l'integrazione tra archivi ARPA, archivi sanitari (SDO e specialistica) per ottenere un'efficace VIS.
8. Promuovere la informatizzazione e de materializzazione delle ricette dei farmaci veterinari.
9. Favorire il linkage degli archivi delle vaccinazioni anti HPV e quello dello screening cervicale.

147

Vision

Questo programma può essere definito di "back office", poiché ha come portatori di interesse gli stessi operatori sanitari che ne sono di fatto fruitori, soprattutto i decisori che si trovano ad utilizzare le informazioni prodotte per prendere decisioni o giustificare scelte. L'idea di unificare tutti i progetti di miglioramento dei diversi software in un unico programma è nata dalla necessità di dare coerenza programmatoria agli interventi che si intende sviluppare nel prossimo quadriennio, calibrandoli sui processi d'avanzamento delle azioni di prevenzione previste negli altri progetti per garantire coerenza, efficacia ed efficienza.

148

7. COMUNI*CARE*

150

Macro obiettivi		Obiettivi centrali		Indicatori centrali		Obiettivi generali	Elenco preliminare dei progetti e degli interventi	Portatori di interesse	
1	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	1.2	Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)	1.2.1	Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese	• Favorire e sviluppare azioni comunicative nei confronti della popolazione generale o di target specifici, anche attraverso l'utilizzo di strumenti innovativi, al fine di promuovere stili di vita salutari, favorire l'adesione ai programmi di sanità pubblica, informare la popolazione generale o target particolari rispetto a rischi derivanti da situazioni specifiche, anche a carattere emergenziale. • Promuovere la formazione costante degli operatori sanitari a vari livelli, sui temi oggetto del presente Piano regionale della Prevenzione 2014 – 2018, in quanto strumenti privilegiati di comunicazione nei confronti di tutti i possibili portatori di interesse presenti nella comunità.	• Le farmacie come vetrina della prevenzione • Comunicare per e nella comunità • Comunicare il rischio: come coinvolgere la comunità nel processo di condivisione • Comunicare le cose che conosciamo. Dai rapporti all'attività di counseling	• Direzione Salute e Coesione Sociale • Direzioni delle Aziende Sanitarie • Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie con i loro servizi • Distretti e Centri di Salute delle Aziende Sanitarie • Medici di medicina generale (MMG) • Pediatri di libera scelta (PLS) • Università degli Studi • Comuni • A. S. So. Farm. • Farmindustria • Associazioni datoriali e sindacali • ARPA	COMUNICARE
		1.4	Ridurre il numero dei fumatori	1.4.1	Prevalenza di fumatori nella popolazione				
		1.5	Estendere la tutela dal fumo passivo	1.5.1	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato				
		1.6	Ridurre il consumo di alcol a rischio	1.6.1	Prevalenza di consumatori di alcol a rischio				
		1.7	Aumentare il consumo di frutta e verdura	1.7.1	Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno				
		1.8	Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.8.1	Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale				
				1.8.1	Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale				
		1.9	Aumentare l'attività fisica delle persone	1.9.1	Prevalenza di soggetti fisicamente attivi				
				1.9.2	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi				
				1.9.3	Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età >75 anni)				
		1.10	Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT	1.10.1	Realizzazione di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT (entro un anno dall'avvio del PRP)				
				1.10.2	Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e adesione (entro il 2018)				
				1.10.3	Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere				
				1.10.4	Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso				
				1.10.5	Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo				
				1.10.6	. Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica				
		1.11	Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche	1.11.1	Adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche (entro un anno dall'avvio del PRP) e loro attuazione (entro il 2018)				

		1.12	Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target	1.12.1	Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening sulla popolazione bersaglio				
		1.13	Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	1.13	Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio				
		1.14	Riorientare /avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	1.14.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP)				
				1.14.2	Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)				
		1.15	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	1.15.1	Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP)				
				1.15.2	Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)				
5	Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	5.3	Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida	5.3.1	Proporzione di soggetti che utilizzano dispositivi di sicurezza per adulti e bambini				
				5.3.2	Guida sotto effetto dell'alcol (Percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche)				
6	Prevenire gli incidenti domestici	6.2	Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	6.2.1	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile				
		6.3	Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver	6.3.1	Adeguamento del sistema di sorveglianza (Passi - Passi d'Argento, OKkio alla salute entro 2 anni)				
				6.3.2	Misurazione della percezione del rischio (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)				
		6.4	Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS	6.4.1	Proporzione di persone che hanno ricevuto informazioni dagli operatori sanitari (Passi - Passi d'Argento entro 5 anni)				
		6.5	Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico	6.5.1	Potenziamento in tutte le Regioni dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico				
8	Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	8.1	Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"	8.1.1	Disponibilità di rapporti di attività intra e inter istituzionali per la programmazione integrata per la tematica ambiente e salute				
				8.1.2	Disponibilità di rapporti di attività delle reti di referenti in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute				
		8.5	Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio	8.5.1	Definizione di un curriculum formativo (per la fine 2015)				
				8.5.2	Realizzazione di corsi di formazione per i formatori (dal 2016)				
				8.5.3	Proporzione di operatori (salute e ambiente, MMG e PLS) che hanno beneficiato di formazione specifica (fine 2018)				
		8.6	Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico	8.6.1	Regioni che hanno recepito le linee guida				

		8.9	Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione	8.9.1	Disponibilità dei dati sugli ex esposti ai Centri Operativi Regionali (COR)				
		8.10	Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon	8.10.1	Approvazione di linee guida per orientare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile				
		8.11	Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare	8.11.1	Interventi di promozione del corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica				
		8.12	Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	8.12.1	Interventi informativi alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione agli UV				
9.	Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	9.5	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)	9.5.1	Proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up				
				9.5.2	Proporzione di nuove diagnosi di HIV late presenter (CD4<350/iL indipendentemente dal numero di CD4)/ soggetti con nuova diagnosi di HIV				
		9.7	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	9.7.1	Copertura vaccinale in specifici gruppi a rischio per patologia/status				
				9.7.2	Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti				
		9.8	Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione	9.8.1	Esistenza di un programma di comunicazione basato sulla evidence per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole				
		9.12	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	9.12.1	Esistenza di un programma regionale di comunicazione basato sulla evidence per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici				
10	Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del PNI dei Controlli	10.1	Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali nell'ottica dell'immigrazione tra sanità pubblica ambiente e agricoltura	10.1.1	Adozione di protocolli per l'intervento integrato				

154

Stato dell'arte

In Umbria a sostegno delle attività previste nel Piano Regionale per la Prevenzione per gli anni 2010-2013 sono state realizzate numerose campagne di comunicazione rivolte alla popolazione, volte o a favorire l'adozione di stili di vita sani e quindi a sostegno degli interventi di promozione della salute o a promuovere la adesione ai programmi di sanità pubblica, quali gli screening oncologici o le vaccinazioni.

Tali campagne hanno sempre visto una regia da parte della Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale, nella convinzione che in una realtà piccola come quella umbra non si potesse correre il rischio di inviare messaggi difformi alla collettività, soprattutto in questo particolare periodo storico, nel quale la perdita di credibilità delle istituzioni, associata alla circolazione, prevalentemente in rete, di informazioni false e scorrette, rischia di inficiare il lavoro di anni.

Finora la scelta è ricaduta su strumenti perlopiù cartacei, da far arrivare a casa dell'utente nella fase di chiamata attiva o da mettere a disposizione dei Pediatri di Libera Scelta o dei Medici di Medicina generale, come strumenti per una appropriata attività di *counseling*.

Accanto alle classiche campagne di comunicazione bisogna annoverare inoltre l'attività pubblicistica che ha reso possibile la diffusione di rapporti sui dati ottenuti dai sistemi di sorveglianza, come *Passi* o *OKkio alla salute* o da quelli derivanti dai flussi informativi ormai stabilmente a disposizione, come quelli sul fenomeno infortunistico, frutto della collaborazione tra INAIL e Regioni.

Con non poche difficoltà, invece, si è sviluppata negli scorsi anni, l'attività di "comunicazione del rischio" in occasione di eventi episodici a carattere emergenziale. In questi casi, che si trattasse di episodi acuti di inquinamento ambientale o di un evento epidemico infettivo, ci si è trovati spesso a dover ricostruire la "catena" comunicativa, rincorrendo sovrapposizioni, imprecisioni o addirittura silenzi poco edificanti, con la conseguente perdita di credibilità ed efficacia del processo comunicativo.

Obiettivi generali

1. Favorire e sviluppare azioni comunicative nei confronti della popolazione generale o di target specifici, anche attraverso l'utilizzo di strumenti innovativi, al fine di promuovere stili di vita salutari, favorire l'adesione ai programmi di sanità pubblica, informare la popolazione generale o target particolari rispetto a rischi derivanti da situazioni specifiche, anche a carattere emergenziale.
2. Promuovere la formazione costante degli operatori sanitari a vari livelli, sui temi oggetto del presente Piano regionale della Prevenzione 2014 – 2018, in quanto strumenti privilegiati di comunicazione nei confronti di tutti i possibili portatori di interesse presenti nella comunità.

Vision

La scelta di approntare nel PRP 2014 – 2018 uno specifico programma dedicato alla comunicazione nasce dalla consapevolezza dell'impatto che una corretta o, al contrario, una comunicazione non appropriata può avere sugli interventi e sui progetti contenuti in questo PRP. Si è deciso quindi di cogliere questa occasione per mettere a punto un vero e proprio "piano nel piano", da sviluppare nell'arco del triennio, con l'obiettivo di:

- Favorire la messa a punto di un meta-sistema in grado di rendere manifesta la catena della comunicazione, soprattutto in condizioni emergenziali
- Promuovere l'adozione di stili di vita più salubri, con particolare attenzione a fumo ed alcol
- Potenziare l'adesione ai programmi di sanità pubblica, in particolare screening oncologici e attività vaccinale
- Garantire, in condizioni emergenziali sia ambientali che individuali, una informazione univoca e appropriata
- Accompagnare le iniziative comunicative con programmi di formazione/informazione volti principalmente a MMG, PLS individuati quali veri e propri "agenti di comunicazione" in grado di diffondere informazioni e conoscenze sullo stato di salute della popolazione e sul vantaggio di salute ottenibile aderendo agli interventi di sanità pubblica e comunque ad uno stile di vita sano.

8. CIBO: CULTURA E SALUTE

156

Macro obiettivi		Obiettivi centrali		Indicatori centrali		Obiettivi generali	Elenco preliminare dei progetti e degli interventi	Portatori di interesse	
1	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	1.3	Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skills, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	1.3.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica	• Favorire fin dall'infanzia l'integrazione tra culture diverse attraverso il cibo. • Aumentare il numero di operatori della ristorazione e dell'accoglienza interessati a strutturare un'offerta senza glutine e fornire informazioni a quanti potrebbero trovarsi a gestire occasionalmente le necessità dei soggetti celiaci. • Migliorare la qualità dei menù scolastici attraverso la implementazione delle linee guida regionali per la ristorazione. • Migliorare la ristorazione nelle residenze protette al fine di garantire un adeguato supporto nutrizionale agli anziani ricoverati. • Mettere a punto un percorso per il raggiungimento degli standard del controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare. • Mettere a punto un piano di monitoraggio quadriennale per la valutazione dell'inquinamento di alcune matrici alimentari nella Conca Ternana.	• La salute vien mangiando: progetto di formazione/informazion e sulla alimentazione senza glutine • Cibo e integrazione • Percorso formativo per il raggiungimento degli standard per il controllo ufficiale in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria • Piano di monitoraggio quadriennale per la valutazione dell'inquinamento di alcune matrici alimentari nella Conca Ternana	• Direzione Salute e Coesione Sociale • Servizi IAOA • Servizi IAN • Servizi IAPZ • Servizi SA • Associazioni di categoria • IZS • Scuole • Università	CIBO: CULTURA E SALUTE
		1.7	Aumentare il consumo di frutta e verdura	1.7.1	Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno				
		1.8	Ridurre il consumo eccessivo di sale	1.8.1	Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale				
				1.8.1	Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale				
10	Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del PNI dei Controlli	10.1	Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio biologico, fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per animali nell'ottica dell'immigrazione tra sanità pubblica ambiente e agricoltura	10.1.1	Adozione di protocolli per l'intervento integrato				
		10.2	Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite corretta gestione del farmaco	10.2.1	Adozione di iniziative finalizzate all'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario				
		10.4	Completare i sistemi anagrafici	10.4.1	Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore dei mangimi				
				10.4.2	Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist regolamento CE 852/2004"				
		10.7	Assicurare un'appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici	10.7.1	Riesame annuale della capacità di laboratorio da parte delle Autorità competenti in coerenza con gli standard di funzionamento di cui all'Intesa Stato Regioni del 7 febbraio 2013				
		10.9	Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache	10.9.1	Realizzazione di un programma integrato di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare				
		10.11	Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale	10.11.1	Percentuale di personale formato per il corso base previsto dall'accordo, sul totale del personale afferente ai Servizi SIAN, SIAOA, SA, SIAPZ				
		10.12	Realizzazione degli audit previsti dall'articolo 4, paragrafo 6, del regolamento CE 882/2004	10.12.1	Rendicontazione dell'attività di audit svolta				

158

Stato dell'arte

Il sistema dei controlli sulla filiera alimentare è complesso e variegato sia a livello nazionale, che nei diversi territori regionali e numerosi sono gli Enti coinvolti nell'effettuazione dei controlli: il Ministero della Salute, le Regioni e Province autonome, i Servizi Veterinari e Medici delle Aziende USL, tutti individuati dal D. Lgs. 193/2007 come autorità competenti per la sicurezza alimentare, con l'aggiunta dei NAS dei Carabinieri da considerare vero e proprio braccio operativo del Ministero della Salute. Sulla filiera alimentare intervengono però anche il Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali (Ispettorato repressione frodi), le Capitanerie di porto e il Corpo Forestale, senza contare il coinvolgimento degli Enti che si occupano di condizionalità, delle autorità doganali e della Guardia di Finanza. Naturalmente tutto ciò determina spesso sovrapposizione tra le varie autorità di controllo, con conseguente disomogeneità nell' approccio e differenze anche sostanziali nell'esito del controllo. Si può peraltro dire che di fatto, nel sistema dei controlli continuano a convivere due anime: una dedicata alla tutela della salute del consumatore ed una dedicata alla sorveglianza sulla correttezza e lealtà delle pratiche commerciali, ivi compresa la libera circolazione delle merci. Gli obiettivi e gli strumenti del controllo sono evidentemente diversi in base a quale delle due "anime" appartiene il controllore; inoltre, convivono due diverse nature del controllo: una di tipo preventivo/pro-attivo ed una di tipo repressivo/reattivo: da un lato controlli prettamente formali come la verifica della conformità di certificazioni, attestazioni, dichiarazioni, etichettature ecc., dall'altra controlli più sostanziali come le verifiche sulla completezza ed appropriatezza del piano di autocontrollo, sulla presenza di patogeni o di contaminanti chimici negli alimenti ecc. Bisogna però ricordare che l'obiettivo fondamentale anche se non l'unico dei Controlli Ufficiali è prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, sia nel caso di rischi diretti, che in quello dei rischi veicolati dall'ambiente e che, come nel caso della salute nei luoghi di lavoro, anche qui l'attività di controllo svolta dai Servizi Veterinari e Medici impatta con il tessuto produttivo della regione. Per questa ragione è diventato ormai cogente garantire come sistema sanitario prestazioni inattaccabili sotto il profilo della qualità e quindi è divenuto prioritario far raggiungere ai servizi interessati, sia medici che veterinari, gli standard previsti dall'Accordo assunto in Conferenza Stato-Regioni nel febbraio 2013. Contestualmente però dobbiamo ricordare che i recenti episodi connessi con i casi di inquinamento da diossina di alcune matrici alimentari nell'area della Conca ternana ci hanno dimostrato come elevata sia la sensibilità dei consumatori e della popolazione in generale rispetto al tema della sicurezza degli alimenti. Il cibo però non è solo un problema di salubrità o di qualità, ma è molto di più, anzi adottando lo spot per l'EXPO 2015 è la vita stessa, è passato e futuro, tradizione e cultura, fonte di salute e malattia, rapporto tra individui e tra popoli.

Obiettivi generali

1. Favorire fin dall'infanzia l'integrazione tra culture diverse attraverso il cibo.
2. Aumentare il numero di operatori della ristorazione e dell'accoglienza interessati a strutturare un'offerta senza glutine e fornire informazioni a quanti potrebbero trovarsi a gestire occasionalmente le necessità dei soggetti celiaci.
3. Migliorare la qualità dei menù scolastici attraverso la implementazione delle linee guida regionali per la ristorazione.
4. Migliorare la ristorazione nelle residenze protette al fine di garantire un adeguato supporto nutrizionale agli anziani ricoverati.
5. Mettere a punto un percorso per il raggiungimento degli standard del controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare.
6. Mettere a punto un piano di monitoraggio quadriennale per la valutazione dell'inquinamento di alcune matrici alimentari nella Conca Ternana.

Vision

Con questo programma si vuole lavorare per "rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria" migliorando la qualità degli interventi dell'autorità di controllo ufficiale, dall'altro si ritiene importante utilizzare il tema del cibo come strumento per coniugare attenzione alle diversità, a partire dal tema apparentemente più semplice quale quello della attenzione all'offerta di cibi gluten free, fino alla costruzione di progetti che utilizzino il cibo come occasione per l'incontro tra culture diverse in una logica di piena integrazione di costumi e usanze.

159

9. RAND*AGIAMO*

160

Macro obiettivi		Obiettivi centrali		Indicatori centrali		Obiettivi generali	Elenco preliminare dei progetti e degli interventi	Portatori di interesse	
3.	Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	3.1	Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali	3.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute	• Favorire l'interazione uomo-animale attraverso la promozione dell'inserimento degli animali da compagnia, quali cani e gatti in contesti collettivi anche di cura. • Promuovere la corretta gestione degli animali da compagnia attraverso un'adeguata sensibilizzazione della popolazione rispetto a microchippatura e sterilizzazione e un'appropriata vigilanza.	• Un amico per camminare • Rand*Agiamo* • Ci vorrebbe un amico…….	• Direzione Salute e Coesione Sociale • Scuole • Associazioni dei pensionati • Sindacati dei pensionati • Dipartimento di Medicina veterinaria • Associazioni animaliste • Servizi Sanità Animale • Servizi Sanitari	**RANDA*GIAMO***
4.	Prevenire le dipendenze (da sostanze, da comportamenti)	4.1	Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	4.1.1	Proporzione di istituti scolastici che aderiscono alla progettazione regionale specifica inserita nei programmi integrati di promozione della salute				
6	Prevenire gli incidenti domestici	6.2	Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni	6.2.1	Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi sopra il 40° percentile				
10	Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del PNI dei Controlli	10.8	Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi	10.8.1	Predisposizione e realizzazione di piani di informazione/comunicazione rivolti alle popolazioni target				
				10.8.2	Proporzione di cani identificati e iscritti all'anagrafe regionale, restituiti al proprietario, rispetto al numero di cani catturati				
				10.8.3	Proporzione di controlli effettuati rispetto al numero di canili/rifugi presenti sul territorio				

162

Analisi di contesto

In Umbria, alla data del 31 dicembre 2013, risultano iscritti nell'anagrafe canina regionale n. 248.176 animali.

Tabella 9.1 Dati sul randagismo e sulle attività connessa alla Legge 281/91 e L.R. 19/1994 svolte dai Servizi Veterinari di Sanità Animale delle Aziende USL nella Regione Umbria. Anni 2010, 2011 e 2012.

	AL 31.12.2010	AL 31.12.2011	AL 31.12.2012
CANI REGISTRATI ED ESISTENTI IN ANAGRAFE	**236.467**	**249.615**	**233.161**
	ATTIVITA' ANNO 2010	ATTIVITA' ANNO 2011	ATTIVITA' ANNO 2012
CANI REGISTRATI	21796	23943	27919
CANI MICROCHIPPATI	21073	23517	27869
CANI CATTURATI	2397	2859	2728
CANI RESTITUITI	900	837	811
CANI MORSICATORI	587	679	555
CANI AFFIDATI	1310	1679	1362
CANI RABIDI	0	0	0
CANI ABBATTUTI	23	22	18
TRATTAMENTI PROFILATTICI ESEGUITI			
1) Rabbia	555	535	687
2) Cimurro/epatite/leptospirosi/tosse dei canili	2733	2775	2695
3) Echinococcosi	1987	3269	1703
4) Test IFAT per leishmaniosi	862	1047	1163
5) trattamenti antiparassitari	540	2193	1680
STERILIZZAZIONI ESEGUITE SU CANI CATTURATI			
MASCHI	120	135	235
FEMMINE	732	734	1102
COLONIE O OASI FELINE CENSITE	529	609	647
CONSISTENZA STIMATA	4475	5501	7924
STERILIZZAZIONI FELINE ESEGUITE	2385	2441	2543

Relativamente al decremento del numero di cani registrati ed esistenti in anagrafe al 31.12.2012 rispetto a quello indicato al 31.12.2011, si segnala che tale fenomeno è stato conseguente agli accertamenti a tappeto effettuati nel corso dell'anno 2012 sul territorio regionale dagli Organi deputati alla verifica dell'applicazione della DGR n. 1073 dell'11.9.2012 "Linee Linee guida vincolanti in materia di detenzione degli animali da affezione; a ciò è seguita, da parte dei proprietari di cani, la cancellazione, dall'anagrafe canina regionale, dei propri animali morti o trasferiti.

Tabella 9.2 Canili sanitari e rifugi - anno 2013.

CANILI SANITARI – anno 2013								
N. totale cani presenti al 1.1.2013	N° totale di cani entrati nell'anno 2013	N° totale di cani trasferiti dal canile sanitario al canile rifugio nel corso del 2013	N° totale di cani usciti dal canile sanitario e restituiti al proprietario nel corso del 2013	N° totale cani di usciti dal canile sanitario e adottati da privati nel corso del 2013	N° totale di cani nati nel canile sanitario nel corso del 2013	N° totale di cani deceduti nel canile sanitario nel corso del 2013	N° totale di cani presenti al 31 dicembre 2013 (calcolato)	N° totale di cani presenti al 31 dicembre 2013 (effettivo)
310	1982	519	728	681	10	40	334	334
CANILI RIFUGIO – anno 2013								
N° totale di cani presenti al 1° gennaio 2013	N° totale di cani entrati nell'anno 2013	N° totale di cani dati in adozione a privati nel corso del 2013	N° totale di cani nati nel canile rifugio nel corso del 2013	N° totale di cani deceduti nel canile rifugio nel corso del 2013	N° totale di cani presenti al 31 dicembre 2013 (calcolato)	N° totale di cani presenti al 31 dicembre 2013 (effettivo)		
3276	1254	856	14	291	3397	3397		
N. gatti sterilizzati a carico del S.S.N. nell'anno 2013 = n. 2.812								

Stato dell'arte

Identificazione e anagrafe canina regionale

Fra i compiti della Sanità Pubblica Veterinaria vi è anche quello di assicurare l'igiene urbana veterinaria e la prevenzione del randagismo, cioè di ottimizzare il rapporto uomo-animale-ambiente in ambito urbano, al fine di evitare le problematiche derivanti dalla convivenza con gli animali da compagnia, comprese quelle di ordine igienico sanitario.

Uno degli obiettivi più importanti dell'igiene urbana veterinaria è la lotta al randagismo che si fonda, a livello nazionale, sulla Legge 14.8.1991 n.281 e, nella Regione Umbria, sulla LR 19/94 la quale, assorbendo anche le precedenti disposizioni regionali in materia di anagrafe canina, costituisce un'organica normativa in materia di tutela degli animali da affezione.

In ottemperanza a tale Legge Regionale tutti i cani debbono essere muniti di dispositivo di identificazione ed iscritti all'anagrafe canina regionale, in modo da consentire, se trovati vaganti, la loro restituzione al legittimo proprietario; tali azioni sono il primo e fondamentale gesto per contrastare il fenomeno del randagismo e dell'abbandono dei cani, con tutte le ripercussioni che tale fenomeno comporta in termini di sofferenza degli animali e di pericolo per i cittadini.

L'Umbria è peraltro stata tra le prime Regioni a informatizzare l'Anagrafe Canina Regionale (ACR) istituendo una banca dati centralizzata alla quale, ogni operatore autorizzato e dotato di specifica password (veterinari Aziende USL e Liberi Professionisti), può accedere attraverso la rete internet dalle sedi periferiche, per il tempestivo aggiornamento nonché la consultazione della stessa; al centro di tale sistema viene quindi messo il medico veterinario, pubblico o libero professionista, come riferimento per veicolare ai proprietari il concetto di proprietà responsabile degli animali da compagnia, ancora poco radicato nella nostra società.

Tale Banca Dati è attualmente collocata all'interno del Sistema Informativo Veterinaria ed Alimenti (S.I.V.A) e consente di registrare ogni "evento" (cambi di proprietà, smarrimento, furto, ritrovamento) che riguarda i cani microchippati e regolarmente iscritti e di conoscere in modo sempre più dettagliato il fenomeno dell'abbandono, indirizzando in tal modo le politiche regionali per attuare gli interventi di prevenzione.

Si precisa che la predisposizione di tale unico sistema in capo alla Regione si è avviata, nelle more della modifica in tal senso della L.R. 19/7/1994 n.19, nell'anno 2004 (*con DGR n. 1412 del 17.10.2002, DGR n. 400 del 2.4.2003 e successivi atti di modifica ed integrazione, D.D. n. 11687 del 18.12.2009*) con la disposizione di utilizzare quale unico metodo di identificazione il microchip, in sostituzione del tatuaggio.

L'anagrafe canina regionale inoltre interagisce con il sistema informativo nazionale, che nel frattempo è stato creato presso il Ministero della Salute, con l'obbiettivo di creare una rete nazionale che integra le banche dati delle altre Regioni.

Piano regionale di prevenzione del randagismo

La legislazione regionale prevede che i Comuni, singoli o associati, debbano essere dotati di canili per il ricovero dei cani trovati vaganti, mentre i Servizi Veterinari delle Aziende USL debbono provvedere alla loro cattura poiché i cani vaganti sono pericolosi in quanto possono essere causa di incidenti stradali, aggredire persone e animali, trasmettere malattie.

E' proprio grazie al servizio di accalappiamento delle Aziende USL e all'attivazione dei canili pubblici o convenzionati da parte dei Comuni che in Umbria il fenomeno è sotto controllo e non raggiunge le dimensioni allarmanti che ha in certe Regioni del sud Italia.

Purtroppo però il notevole aumento della popolazione canina e il fatto che ancora una significativa percentuale dei cani catturati non sono iscritti in anagrafe nonostante gli sforzi fino a qui compiuti e quindi non possono essere restituiti al legittimo proprietario, rende i canili sempre più sovraffollati con notevole dispendio di pubbliche risorse.

La soluzione di tali problematiche non può essere l'ampliamento dei canili quanto piuttosto la puntuale e sistematica applicazione del microchip a tutti i cani presenti sul territorio da un lato, e la loro contestuale iscrizione nell'Anagrafe Canina Regionale con l'obiettivo di rendere possibile la restituzione al proprietario e dall'altro l'incentivazione della adozione dei cani ospiti dei canili e il loro inserimento in contesti familiari.

Per tale motivo, tenuto conto che il Piano Sanitario Regionale 2009-2011, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 298 del 28.4.2009, individuava, tra le linee strategiche nell'ambito della prevenzione, la lotta e la prevenzione del fenomeno del randagismo, in attesa dell'emanazione del nuovo provvedimento di revisione ed aggiornamento della Legge 14.8.1991 n. 281, a cui dovrà necessariamente conseguire la revisione della L.R. 19.7.1994 n. 19, il Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione regionale Salute e Coesione sociale nell'anno 2011 ha costituito uno specifico Tavolo tecnico con rappresentanti dei Servizi Veterinari di Sanità Animale delle Aziende USL e del Dipartimento di Medicina Veterinaria dell'Università degli Studi di Perugia, al fine di elaborare un

164

piano per il contenimento del randagismo e dei fenomeni ad esso correlati che è stato approvato dalla Giunta Regionale in data 24 ottobre 2011 con atto n. 1253.

Tale Piano si fonda, sulle seguenti azioni:

- incentivazione dell'applicazione del microchip e conseguente iscrizione dei cani in anagrafe;
- promozione della sterilizzazione delle cagne di proprietà, per evitare cucciolate indesiderate;
- intensificazione delle operazioni di vigilanza e controllo sulla popolazione canina per verificarne l'iscrizione in anagrafe;
- incentivazione dell'adozione dei cani presenti nei canili attraverso progetti che ne aumentino l'indice di adottabilità;
- attuazione di una campagna di informazione, sensibilizzazione e promozione da sviluppare in modo integrato tra i vari Enti coinvolti (Regione, Provincia, Aziende USL, Comuni, Università).

Inoltre, alla luce del riordino del Sistema Sanitario Regionale, si è ritenuto opportuno, al fine di razionalizzare la spesa in essere e le risorse umane, prevedere le ulteriori seguenti azioni:

- la definizione delle prestazioni di primo livello da erogare da parte dei Servizi Veterinari di Sanità Animale negli ambulatori veterinari pubblici, nei confronti dei cani randagi catturati e delle colonie feline ;
- la razionalizzazione della rete degli ambulatori veterinari pubblici ;
- la stipula di apposita convenzione fra la Regione e il Dipartimento di Medicina Veterinaria dell'Università degli Studi di Perugia per l'erogazione, da parte dell'Ospedale Veterinario Universitario Didattico, di prestazioni complesse e comunque di tutte le prestazioni non rientranti nella definizione di quelle di primo livello nei confronti dei cani randagi catturati dai Servizi Veterinari di Sanità Animale delle Aziende USL o presenti nei canili sanitari e delle colonie feline, nonché per l'attuazione del progetto RandAgiamo.

Il Piano in oggetto è stato ufficialmente presentato il 28 ottobre 2011, a Perugia - Palazzo dei Priori - Sala dei Notari, nell'ambito del Convegno "Randagismo vent'anni dopo – luci ed ombre", patrocinato dalla Regione Umbria.

Relativamente agli obiettivi del Piano, nel corso dell'ultimo triennio, sono state attuate diverse azioni:

1. è stata realizzata una campagna di incentivazione dell'applicazione del microchip utilizzando una ambulanza di proprietà dell'E.N.P.A. nazionale, appositamente autorizzata dai Servizi Veterinari di Sanità Animale, la quale ha stazionato in alcuni Comuni del territorio regionale, in periodi prestabiliti, al fine di pubblicizzare i principi e le azioni del Piano regionale di prevenzione del randagismo nonché applicare, da parte degli stessi Servizi Veterinari, microchip a cani di proprietà non iscritti all'ENCI, per un massimo di n. 2 cani dello stesso proprietario, a tariffa agevolata attraverso forme di copagamento e contestualmente effettuare l'iscrizione di tali animali nell'Anagrafe canina Regionale. Durante tale iniziativa sono stati microchippati ed iscritti nell'anagrafe canina regionale n. 851 cani;
2. nell'ambito di ciascuna Aziende USL, il Servizio Veterinario di Sanità Animale dei Dipartimenti di Prevenzione ha attuato programmi di intensificazione delle operazioni di vigilanza e controllo sulla popolazione canina per verificarne l'iscrizione in anagrafe. Tali programmi, in alcuni casi, sono stati concertati e realizzati in collaborazione con la Polizia Municipale competente per territorio, prevedendo l'intensificazione di tale attività in specifici periodi dell'anno e in luoghi strategici, al fine di ottenere il miglior risultato possibile;
3. al fine di favorire al massimo l'adozione dei cani ospiti dei canili, facilitando il loro inserimento in contesti familiari attraverso il miglioramento delle loro caratteristiche comportamentali e la valorizzazione del rapporto uomo animale, nel 2013 la Regione dell'Umbria ha promosso, nell'ambito del programma di prevenzione regionale, il modello operativo del progetto RandAgiamo. Mirato a esaltare le caratteristiche di socievolezza e docilità dei cani di canile per incrementarne l'adottabilità, RandAgiamo nasce nel 2010 come progetto pilota presso il Canile Sanitario Municipale di Collestrada dalla collaborazione tra il Laboratorio di Etologia e Benessere Animale (LEBA) del Dipartimento di Medicina Veterinaria (ex Facoltà) di Perugia e l'Unità Operativa Semplice (UOS) Igiene Urbana Veterinaria e Prevenzione Randagismo USLUmbria1 (ex ASL2) di Perugia. L'implementazione del progetto RandAgiamo nel corso di tre anni presso ha portato a un incremento della percentuale di adozione dei cani catturati senza proprietario dal 41% al 69% (il 28% in più rispetto agli anni precedenti) un incremento ragguardevole poiché riguarda i cani adulti (RandAgiamo è destinato esclusivamente a cani di età maggiore di un anno), più difficilmente adottabili rispetto ai cuccioli. Per tale motivo RandAgiamo è stato esteso ai canili di Gubbio, Foligno e Terni, in questo momento è operativo in due canili di ciascuna Azienda USL della Regione. Tale progetto è stato oggetto di apposita Convenzione con la Regione Umbria, siglata nell'anno 2013 con il Dipartimento di Medicina Veterinaria dell'Università degli Studi di Perugia.

Progetto "RandAgiamo"

Nell'ambito del Piano regionale di Prevenzione del randagismo sopradescritto è stata attivata la Convenzione tra la Regione Umbria e il Dipartimento di Medicina Veterinaria dell'Università degli Studi di Perugia, successivamente rinnovata e tutt'ora in vigore, per la realizzazione del progetto "RandAgiamo" in alcuni canili di ciascuna Azienda USL della Regione. Il progetto RandAgiamo ha la finalità di favorire l'adozione dei cani ospitati nei canili facilitando il loro inserimento nelle famiglie adottanti formandoli mediante un percorso validato di educazione e socializzazione. Nel periodo 2013-2014 il progetto si è avvalso della collaborazione di staff specializzato e di volontari specificatamente formati per educare i cani o portarli in passeggiata (due corsi di formazione - Perugia: 72 partecipanti, Terni: 32 partecipanti). Al Canile Sanitario di Collestrada sono stati valutati idonei 70 cani, 58 preparati per l'adozione, di cui 42 adottati nel corso dell'anno. Al Canile Sanitario di Gubbio sono stati valutati 35 cani, preparati per l'adozione 16 cani dei quali 3 sono stati adottati. Al Canile Sanitario di Foligno sono stati valutati ed educati 6 cani. I cani formati con RandAgiamo sono più docili, più capaci di socializzare con le persone perché meno paurosi e irritabili. La presenza dei volontari in canile è un vero e proprio arricchimento ambientale e sociale per tutti i cani ospitati nel canile, poiché riduce i segni comportamentali di stress e favorisce le interazioni sociali con persone. Di conseguenza nei canili dove è stata sperimentata la applicazione del progetto sono aumentate le adozioni di tutti i cani, non solo di quelli formati nel percorso RandAgiamo. Dai dati SIVA emerge che nel solo Canile Sanitario di Collestrada ci sono stati, nel 2013, 46 nuovi entrati e 227 nuove adozioni, nel 2014 (fino al 10 settembre) ci sono stati 176 entrate in canile e 160 adozioni, tutte di cani adulti. Per promuovere le adozioni è stata creata una rete sui social-network e attivate collaborazioni con i mass media (telegiornali regionali e nazionali, quotidiani di informazione locale) e delle associazioni di settore.

Tra gli obiettivi di RandAgiamo rientra l'attuazione di interventi di sensibilizzazione dei cittadini per promuovere la conoscenza zooantropo-etologica dell'animale e la tutela del suo benessere mediante l'implementazione di progetti didattici e di programmi di attività socialmente utili con l'ausilio del cane (pet-therapy). Nel 2014 RandAgiamo ha organizzato incontri pubblici presso Centri commerciali e Fiere per sensibilizzare la cittadinanza sul problema del randagismo, favorendo uno scambio creativo e positivo dell'immagine dei cani di canile, come nel flashmob organizzato in collaborazione con tutte le Istituzioni (Regione Umbria, Sportello a 4 Zampe della Provincia di Perugia, Comune di Perugia, USLUmbria1 e Università) nel centro storico di Perugia.

Obiettivi generali

1. Favorire l'interazione uomo-animale attraverso la promozione dell'inserimento degli animali da compagnia, quali cani e gatti in contesti collettivi anche di cura.
2. Promuovere la corretta gestione degli animali da compagnia attraverso un'adeguata sensibilizzazione della popolazione rispetto a microchippatura e sterilizzazione e un'appropriata vigilanza.

Vision

Da anni in Umbria è attiva una politica di sensibilizzazione e attenzione al corretto rapporto tra uomo e animale, che ha consentito di contenere il fenomeno del randagismo. Con questo programma si intende però mettere in campo un ulteriore sforzo, che da un lato permetta di utilizzare in modo più efficace la vigilanza e promuova un'ulteriore sensibilizzazione della popolazione, dall'altra promuova attivamente il rapporto uomo-animale, non solo a partire dai giovani, ma anche favorendone per esempio l'utilizzo in contesti privilegiati, come per esempio le residenze protette, quali strumenti di socializzazione

166

10. GESTIRE LE EMERGENZE

168

Macro obiettivi		Obiettivi centrali		Indicatori centrali		Obiettivi generali	Elenco preliminare dei progetti e degli interventi	Portatori di interesse	
9.	Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	9.2	Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce	9.2.1	Proporzione di casi di morbillo e di rosolia notificati per i quali è stato svolto l'accertamento di laboratorio	• Mettere a punto piani operativi integrati tra i servizi sanitari e quelli di altre istituzioni per la gestione di emergenze riguardanti la sanità pubblica, la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria. • Migliorare la capacità di riconoscere e gestire casi infettivi attraverso un adeguato livello di integrazione tra ospedale e territorio. • Migliorare nella popolazione generale la capacità di gestire un'emergenza individuale o collettiva.	• Progettare l'emergenza	• Direzione Regionale Salute e Coesione Sociale • Servizi Sanitari delle Medici e Veterinari delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere • Prefetture • Questure • Protezione Civile • ARPA • IZS UM	GESTIRE LE EMERGENZE
		9.9	Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC)	9.9.1	Esistenza di Piani e Protocolli regionali attuativi dei piani nazionali				
10	Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del PNI dei Controlli	10.5	Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari	10.5.1	Predisposizione di piani operativi integrati di intervento per la gestione delle emergenze/eventi straordinari				
				10.5.2	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza, riguardante la sicurezza alimentare				
				10.5.3	Svolgimento di almeno un evento esercitativo di scala regionale, in applicazione del piano di emergenza riguardante una malattia animale				

170

Stato dell'arte

I servizi sanitari di questa regione si sono trovati nel recente passato più volte ad affrontare emergenze di tipo infettivo, ma anche eventi legati a episodi connessi con incidenti ambientali. Ogni volta, seppure in contesti diversi, il sistema sanitario nel suo complesso ha dimostrato, non tanto la difficoltà a mettere in moto la propria macchina organizzativa, grazie anche al supporto fornito dalla Protezione Civile, quanto piuttosto una vera e propria incapacità a "progettare l'emergenza" ovvero a costruire comportamenti adatti a rispondere, sotto il profilo gestionale oltre che comunicativo, al verificarsi di un evento critico.

Obiettivi generali

1. Mettere a punto piani operativi integrati tra i servizi sanitari e quelli di altre istituzioni per la gestione di emergenze riguardanti la sanità pubblica, la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria.
2. Migliorare la capacità di riconoscere e gestire casi infettivi attraverso un adeguato livello di integrazione tra ospedale e territorio.
3. Migliorare nella popolazione generale la capacità di gestire un'emergenza individuale o collettiva.

Vision

Con questo programma si intende provare a incrementare le competenze a partire dal processo di non sottovalutazione dei rischi biologici in ambiente sanitario. La Regione Umbria intende inoltre, da un lato, collaborare a livello nazionale alla stesura delle linee guida e contestualmente lavorare con la Protezione Civile, l'ARPA, l'Istituto Zooprofilattico Umbria-Marche, le Prefetture e le Questure alla messa a punto di procedure su scala locale, al fine di sviluppare non solo negli operatori sanitari, ma anche nella popolazione generale la consapevolezza che se un'emergenza non si può prevenire fino in fondo, è possibile gestirla in modo da contenere i danni.