



Abruzzo

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2021-2025



Indice

CAPITOLO 1 Quadro generale del PRP	3
1.1 Presentazione del PRP	3
1.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto	6
CAPITOLO 2 Struttura del PRP	18
2.1 Elenco dei Programmi Predefiniti e Liberi del PRP	18
2.2 Tabella sinottica Obiettivi Strategici/Programmi.....	19
2.3 Tabella Azioni per programma.....	29
CAPITOLO 3 Programmi Predefiniti	31
3.1 PP01 Scuole che promuovono Salute	31
3.2 PP02 Comunità attive.....	82
3.3 PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute	120
3.4 PP04 Dipendenze	144
3.5 PP05 Sicurezza negli ambienti di vita.....	205
3.6 PP06 Piano mirato di prevenzione.....	228
3.7 PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura	254
3.8 PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	290
3.9 PP09 Ambiente,clima e salute	328
3.10 PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza.....	376
CAPITOLO 4 Programmi Liberi	397
4.1 PL11 SCREENING ONCOLOGICI	397
4.2 PL12 MALATTIE INFETTIVE E VACCINAZIONI	418
4.3 PL13 SALUTE MATERNO INFANTILE E RIPRODUTTIVA.....	450
APPENDICE 1 ALLEGATI.....	464
APPENDICE 2 TABELLE DI SINTESI PER IL MONITORAGGIO DEI PP E DEI PL.....	464



CAPITOLO 1 Quadro generale del PRP

1.1 Presentazione del PRP

La struttura del Nuovo Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 (di seguito definito PRP) che si sviluppa in questo documento riflette la visione, i principi, le priorità e la struttura del Piano Nazionale di Prevenzione (di seguito definito PNP).

La complessità degli interventi in atto, e la necessità di passare da una strategia composta da singole azioni ad una logica di processi e programmi, hanno portato ad una struttura del piano molto articolata. Come previsto dal PNP 2020-2025, infatti, la molteplicità delle azioni ha richiesto l'organizzazione delle stesse oltre che nei programmi predefiniti (da PP1 a PP10) anche in programmi liberi (da PP11 a PP13), ciascuno dei quali include diverse azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi centrali.

In altri termini, all'interno di ogni programma, vi sono diverse azioni (necessari per la realizzazione dell'intero programma, secondo gli obiettivi centrali stabiliti nell'Intesa sul Nuovo Piano nazionale di Prevenzione 2020-2025

L'emergenza COVID-19 ha evidenziato la necessità di rimodulare gli interventi di prevenzione e promozione della salute basati sulla integrazione delle reti e sul coinvolgimento della popolazione in processi di empowerment.

Il Nuovo PRP 2020-2025 ha accolto la visione nazionale cercando di sviluppare azioni che considerino la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, dalla natura e dell'ambiente (One Health) cercando di promuovere l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale coordinato.

L'elemento innovativo del nuovo PRP è stato quello di avviare il riorientamento del sistema della prevenzione verso un approccio di promozione della salute sviluppando strategie di empowerment programmando in modo più integrato

L'elemento di novità del nuovo PRP è sicuramente quello di prevedere/rafforzare alleanze e sinergie tra forze diverse secondo il principio della salute in tutte le politiche.

Il Nuovo PRP tende altresì a migliorare l'approccio per setting cercando di favorire una maggiore interazione tra scuola, ambiente di lavoro, comunità, servizi sanitari.

Elemento di novità è sicuramente l'introduzione dell'approccio di genere come un cambio di prospettiva al fine di migliorare gli interventi di prevenzione rafforzando la centralità della persona.

Nella programmazione delle azioni il profilo di salute ed equità regionale ha rappresentato il punto di partenza per l'identificazione degli obiettivi, priorità ed azioni sui quali attivare le risorse della prevenzione, in continuità con i risultati già raggiunti nel precedente PRP 2014-2019.

Nel contesto delle azioni programmate, il Dipartimento di Prevenzione delle Aziende Sanitarie costituisce storicamente la struttura di riferimento per le principali Istituzioni rappresentative della comunità stessa (Comuni, Scuola, etc). Ogni azione preventiva di comunità è caratterizzata, su iniziativa spontanea o su mandato istituzionale, da numerose linee di intervento non sempre omogenee, organiche, durature e diffusamente riconoscibili.

Al Dipartimento di Prevenzione compete quindi un ruolo di regia per strutturare organicamente iniziative talora complesse, garantendo i necessari riferimenti epidemiologici di base, l'analisi evolutiva di tali riferimenti nelle fasi intermedie e nella valutazione di esito, i necessari requisiti di qualità e di economicità, il raccordo istituzionale, la congruità e la pertinenza terminologica, la condivisione degli



obiettivi con le altre strutture sanitarie dell'Azienda, con particolare riferimento alla Medicina Generale e alle aree cliniche competenti .

Per quanto attiene le strategie basate sull'individuo, il Dipartimento di Prevenzione è certamente chiamato ad un ruolo organizzativo più organico. A tale riguardo, in riferimento alle azioni di prevenzione secondaria mediante screening, al Dipartimento di Prevenzione competono la strutturazione della centrale organizzativa, unica per i diversi programmi di screening (oncologici e non), il marketing sociale, la valutazione epidemiologica di base, di processo e di esito, la creazione di reti e di percorsi assistenziali all'interno dell'Azienda Sanitaria, il raccordo con le OO.SS. della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, il raccordo con le Farmacie Convenzionate pubbliche e private, l'implementazione di percorsi istituzionali di *quality improvement*, il *budgeting* e il *reporting*.

Tale complesso ruolo di azione e di regia affidato al Dipartimento di Prevenzione richiede una crescente qualificazione delle competenze, con particolare riferimento all'analisi epidemiologica, alla creazione di *partnership* orizzontali, al ruolo di *advocacy* istituzionale, alla formazione di professionisti interni ed esterni all'Azienda Sanitaria, alla leadership progettuale.

La rete dei Dipartimenti di Prevenzione attivi in ambito regionale è chiamata quindi a selezionare e/o implementare alcune significative linee di lavoro e buone pratiche, anche già operative, aventi le caratteristiche della sostenibilità, della durevolezza, delle misurabilità di processo e di esito, dell'efficienza gestionale. Appare pertanto necessario che i Dipartimenti di prevenzione assumano all'interno delle ASL questo ruolo di regia delle *governance* degli interventi costruendo una rete di collegamenti all'interno delle strutture sanitarie coinvolte nell'attuazione delle specifiche azioni programmate.

Per agire sui determinanti socio-economici e ambientali delle malattie croniche, per dare maggior credibilità ai messaggi da veicolare, per consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, per assicurare un'informazione univoca e completa sono necessarie alleanze tra forze diverse e azioni sinergiche. Poiché la maggior parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del Servizio Sanitario, il Nuovo PRP, attuando l'approccio "Salute in tutte le politiche" punta sull'avvio di una politica delle alleanze tra soggetti portatori di interesse e settori diversi della società (Amministrazioni locali, organizzazioni, enti, associazioni, istituzioni, etc), che è l'obiettivo trainante dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Nel contesto del presente Piano, alcuni enti sono chiamati ad un ruolo particolarmente importante. Tra quelli interni al sistema regionale, vi sono il Dipartimento Opere Pubbliche, Governo del Territorio e Politiche Ambientali, il Sistema Epidemiologico Regionale, l'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR-Abruzzo) sede del Registro Tumori Regionale, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise, l'Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente (ARTA). Tra i partner esterni al sistema regionale, vi sono l'Ufficio Scolastico Regionale per l'Abruzzo, la sezione regionale del Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI), le Società Scientifiche e le Università regionali (Chieti-Pescara, L'Aquila, e Teramo).

L'attività formativa ha un ruolo cruciale nell'ambito del nuovo PRP 2020-2025, essendo uno strumento essenziale non solo per accrescere le competenze degli operatori sanitari, ma anche per determinare un cambio culturale degli stessi operatori e della popolazione generale rispetto al modo



di concepire la prevenzione e la promozione della salute. Inevitabilmente, lo sviluppo di competenze chiave si basa sull'aggiornamento continuo degli operatori e sulla revisione delle pratiche già in essere, ed è correlato ad una vasta gamma di potenziali applicazioni in numerosi settori.

Anche la comunicazione rappresenta, all'interno del PRP 2020-2025, una attività trasversale presente sotto varie tipologie nella maggioranza dei Programmi. Tale presenza risponde alla necessità di veicolare al meglio le informazioni alla popolazione generale ed a specifiche fasce di soggetti a rischio, supportando la popolazione che cerca informazioni sulla salute e sui servizi offerti, contribuendo all'educazione sanitaria dei cittadini, e massimizzando l'efficacia delle attività di formazione. La comunicazione sarà non solo sanitaria ma anche per la salute, al fine di offrire alla popolazione una mappatura delle opportunità di salute presenti sul territorio regionale.



1.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Sintesi del Profilo di salute ed equità

Caratteristiche generali del territorio e demografiche

L'Abruzzo si colloca, tra le regioni italiane, al di sotto del valore mediano per numero assoluto di abitanti (1.293.941 residenti nel 2020) e densità abitativa (119 ab/km² idem). Presenta una orografia prevalentemente montuosa (65% della superficie) e collinare (35%), ospitando le vette più elevate dell'Appennino e con un terzo del territorio classificato in zona sismica di classe 1 (il più elevato livello di pericolosità) che la pone al secondo posto nella graduatoria nazionale.

La contrazione demografica rilevata a livello nazionale, e in particolare nelle regioni del Sud, ha interessato anche la popolazione abruzzese che nel periodo 2014-2020 si è ridotta del 3%. La proporzione di stranieri, nell'anno 2020, è risultata pari al 6.5% della popolazione regionale (83.504 residenti), inferiore al dato nazionale (pari al 8.4%) e in lieve decremento nell'ultimo triennio. La dinamica di popolazione mostra in Abruzzo un saldo naturale negativo (numero dei morti superiore al numero dei nati) in tutte le province tranne che nella provincia di Chieti.

Dal 2014 al 2019 si osserva un aumento della speranza di vita con valori sempre superiori per le donne rispetto agli uomini sia per la speranza alla nascita (rispettivamente, da 85,1 a 85,7 e da 80,2 a 81,2 anni) sia per la speranza a 65 anni (rispettivamente da 22,5 a 22,9 a 18,9 a 19,7), oltre ad un live e progressivo aumento dell'età media al decesso (da 80,8 a 81,6 anni), ricalcando la tendenza nazionale ma con valori superiori per tutti e tre gli indicatori. Come nel resto dell'Italia, il 2020, tuttavia, l'impatto demografico dell'epidemia da COVID-19 ha determinato, anche in Abruzzo, sia pure con valori di scarto inferiori rispetto alla media nazionale una riduzione della speranza di vita alla nascita di -1,1 anni per gli uomini e -0,5 anni per le donne [Fonte: https://www.istat.it/it/files/2021/05/REPORT_INDICATORI-DEMOGRAFICI-2020.pdf].

La mortalità infantile, nella popolazione abruzzese presenta un andamento fluttuante dal 2015 al 2018 passando da 3,32 a 3,02 morti nel primo anno di vita su 1000 nati vivi, ma sempre con valori più elevati rispetto alla media nazionale (che passa dal valore di 2.90 a 2.88). [Fonte: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=26469#>]

La speranza di vita, in Abruzzo, risente della stratificazione socio-demografica, in particolare si rileva un gradiente coerente con il livello di istruzione, con differenze più marcate per il sesso maschile: gli uomini con livello di istruzione inferiore hanno un valore dell'indicatore riferito alla nascita inferiore di circa 3 anni rispetto agli uomini di livello di istruzione più alto mentre, tra le donne, lo scarto risulta pari a circa un anno.

Gli indicatori di sopravvivenza / mortalità della popolazione abruzzese risentono della struttura demografica, cioè la sua stratificazione per età, rilevante dal punto di vista sanitario per le politiche di gestione a livello territoriale. Si registra, anche in Abruzzo un progressivo invecchiamento della popolazione, con una evoluzione più veloce rispetto al livello nazionale: nel 2019 sono 314 mila i residenti con più di 64 anni (con un +10,8% in Abruzzo e +11,9% in Italia rispetto al 2011); i grandi



anziani (con 85 anni e più) incrementano da 42 mila a 53 mila (+25,8%, +29,4% Italia rispetto al 2011); l'indice di invecchiamento (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100), presenta un trend incrementale costante e valori superiori alla media italiana in tutto l'arco temporale 2014-2019; le province che registrano un indice di invecchiamento maggiore nel 2019 sono L'Aquila (204,78) e Chieti (204,28), seguite da Teramo (187,67) e Pescara (181,65); l'indice di dipendenza strutturale, ovvero al rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100, risulta omogeneo rispetto ai valori italiani nel periodo 2014-2019, ma con un incremento nel 2019 più rilevante rispetto al dato italiano (rispettivamente, 57.1% in Abruzzo e 56.4% in Italia).

Fattori determinanti di disuguaglianza socio-economica.

Tra il 2011 e il 2019 il livello dell'istruzione nella regione Abruzzo è migliorato, in linea con quanto si registra a livello nazionale, e il diploma di scuola secondaria di secondo grado è il grado di istruzione più frequente (nel 2019 è posseduto dal 37.1% della popolazione). La percentuale di analfabeti mostra quasi un dimezzamento (attestandosi allo 0,7%) mentre gli alfabeti privi di titolo di studio si riducono dal 6,0% al 4,3%. Inoltre i residenti abruzzesi con un titolo universitario e superiore passano dal 12,5% nel 2011 al 15,7% nel 2019, i possessori di un titolo terziario di primo livello salgono dal 2,9% al 4,1%, i dottori di ricerca dallo 0,3% allo 0,4%.

La regione Abruzzo mostra valori più alti rispetto alle altre regioni italiane relativamente al tasso di disoccupazione, in particolare quello riferito alla fascia di età 15-64 anni. L'indice complessivo mostra un trend in calo nel periodo 2014-2018 ma nel 2019 mostra un nuovo incremento rispetto all'anno precedente, registrando un valore pari all'11,23% contro una media nazionale del 9,95. Il fenomeno riguarda in modo particolarmente grave le fasce di età più giovani: la disoccupazione tra i giovani abruzzesi di età tra i 15 e i 24 anni subisce un decremento significativo nel periodo 2014-2019, passando da un valore pari a 47,37 ad uno pari a 29,67, anche se con un incremento nell'ultimo anno di osservazione. Tra le regioni dell'Italia meridionale, l'Abruzzo presenta i valori più elevati di PIL per abitante, nel 2019 con 25,1mila euro per abitante, ma tale valore è, comunque, al di sotto della media nazionale.

Tra gli indicatori di povertà si rileva in Abruzzo una differente collocazione rispetto al dato nazionale, a seconda del parametro considerato. Nel 2019 la prevalenza di povertà relativa individuale (ovvero la percentuale di persone che vivono in famiglie in povertà relativa sui residenti) è pari al 17,8 % vs una media nazionale del 14,7 %, mentre la povertà relativa familiare è meno frequente (nel 2018 era pari al 12,0% contro una media nazionale del 15,0 %). In Abruzzo l'indice di Gini nel 2017 (ultimi valori disponibili) si attesta su valori più bassi rispetto a quelli nazionali, fornendo quindi evidenza di una minore disuguaglianza del reddito da lavoro in Abruzzo rispetto alle media nazionale.

Fattori determinanti riferiti allo stile di vita

Il 33.0% della popolazione abruzzese adulta (18-64 anni) si stima sia in una condizione di sovrappeso e il 10.8% di obesità, valori di poco superiori alla media nazionale (rispettivamente 31.5% e 10.8%) [dati PASSI 2017-2020].

Poco più del 40% della popolazione abruzzese assume almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno, e si tratta prevalentemente di adulti, di genere femminile, senza difficoltà economiche e cittadini



italiani. La compliance alla raccomandazione ottimale delle 5 o più porzioni di frutta e verdura ('five a day') raggiunge valori stimati molto bassi, in Abruzzo, pari al solo il 5,6% della popolazione: tale abitudine è più frequente nelle persone sopra ai 50 anni e nelle donne e presenta minime variazioni territoriali. Tra gli anziani abruzzesi, il 47% consuma almeno tre porzioni di frutta e verdura e la prevalenza dell'abitudine 'five a day' risulta stimata al 7%, riducendosi ulteriormente con l'età, con un più basso livello di istruzione e con le maggiori difficoltà economiche.

Nella fascia di età evolutiva, complessivamente, il 35.0% dei bambini misurati nell'indagine OKkio alla salute (età rappresentata 8-9 anni) presenta un eccesso ponderale che comprende sia obesità che sovrappeso e tale prevalenza si colloca al di sopra della media nazionale. Il trend in diminuzione osservato dall'avvio della sorveglianza (dal 2008 in poi), inoltre, si è invertito, poiché tale prevalenza risulta aumentata rispetto al 2016 nella Regione (quando era pari a 32.7%). L'eccesso ponderale risulta, poi, associato con il livello socio-economico dei genitori (in senso inverso) e con lo stato ponderale di questi (in senso diretto). In questa fascia di età, anche nella nostra Regione, si rileva il fenomeno della misperception, poiché il 43% delle madri di bambini sovrappeso e il 13% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso. Tra gli adolescenti abruzzesi, secondo l'indagine di sorveglianza HBSC-Abruzzo 2018, il 17,8% è in sovrappeso e il 3,4% è obeso (dato superiore a quello nazionale) e scarso risulta il consumo di frutta e verdura quotidiano.

Nel periodo 2016-19, nella Regione Abruzzo solo 30% delle persone adulte riferisce uno livello di attività fisica corrispondente a quello raccomandato, il 31% in quantità inferiore e il 39% è completamente sedentario. La sedentarietà non presenta differenze significative tra i due generi, aumenta con l'età, è più frequente nelle persone con bassa istruzione e con difficoltà economiche. Inoltre, l'analisi della serie storica documenta come la percentuale dei sedentari del 2019 sostanzialmente sia la stessa del 2008. Dal punto di vista attitudinale, tra le persone attive, il 29% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente mentre il 35% delle persone parzialmente attive ed il 18% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente: tale distorsione percettiva è rilevante in quanto potrebbe determinare l'efficacia di eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.

Nell'età evolutiva, si è stimato che, in Abruzzo, nel 2019 fosse 'inattivo' il 23,2% dei bambini della fascia 8-9 anni, dato anche questo in preoccupante aumento rispetto alla rilevazione precedente (nella quale la proporzione era stata stimata pari al 18,3%), maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Il 43.7% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare dalle 3 alle 4 ore e il 7% addirittura per almeno 5 ore (dati stabili rispetto alle precedenti rilevazioni). Si rileva, nuovamente, il fenomeno della percezione distorta da parte dei genitori, poiché più della metà delle mamme dei bambini non attivi ha ritenuto che il proprio figlio svolgesse sufficiente o molta attività fisica. [Okkio alla Salute – Report Regione Abruzzo 2019]

Estremamente bassa e in linea con i valori medi nazionali, risulta la proporzione di adolescenti che raggiunge i livelli raccomandati di attività fisica, con rilevante differenza tra maschi (solo il 14,2%) e femmine (solo il 7,1%) e una riduzione progressiva al crescere dell'età.

Dati di mortalità e fattori di disuguaglianza

Nel 2018 in Abruzzo, i tassi di mortalità specifica per 10.000 abitanti, mostrano la seguente graduatoria tra le cause di morte: le malattie cardiovascolari rappresentano la principale con un tasso



maggiore nelle donne (48,2) rispetto agli uomini (38,48) superiori entrambi rispetto al 2014 (rispettivamente 46,6 e 39,14); i tumori rappresentano la seconda causa con un tasso superiore negli uomini rispetto alle donne (rispettivamente 33,12 vs 23,74) superiori entrambi rispetto al 2014 (32,35 vs 22,78); le malattie respiratorie rappresentano la terza causa con un tasso superiore negli uomini rispetto alle donne (rispettivamente 10,32 vs 7,21) superiori entrambi rispetto al 2014 (9,07 vs 5,39); i disturbi mentali rappresentano la quarta causa con un tasso di superiore nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 4,86 vs 2,4) superiori entrambi rispetto al 2014 (3,74 vs 1,94); infine, il diabete rappresenta la quinta causa con un tasso di superiore nelle donne rispetto agli uomini (rispettivamente 3,91 vs 3,29) inferiori entrambi rispetto al 2014 (4,00 vs 3,56). La mortalità generale nel 2018 è stata di poco più elevata tra le donne che tra gli uomini (rispettivamente 111,58 vs 110,67 morti su 10.000 abitanti dello stesso genere), con valori superiori al 2014 per entrambi i sottogruppi, anche se con rapporti invertiti (rispettivamente, 104,15 vs 107,73). [Health for All, Italia]

Il rapporto standardizzato di mortalità (SMR) calcolato standardizzando le incidenze di morte per età e livello di istruzione e prendendo a riferimento la popolazione italiana, permette di confrontare i diversi territori provinciali della regione Abruzzo: nel periodo di tempo 2012-2014 lo SMR per la popolazione maschile nelle province di Teramo e Chieti risulta compreso tra 0,943 e 0,97, quindi inferiore al valore atteso ed un livello di rischio medio-basso; le province di Pescara e L'Aquila mostrano invece un SMR compreso tra 0,975 e 1,011 che indicano un rischio medio in linea con la media nazionale ma superiore rispetto alle altre due province. La popolazione femminile presenta lo stesso livello di rischio rilevato per la popolazione maschile, ad eccezione della provincia dell'Aquila, che presenta un livello di rischio medio-alto, con un SMR compreso tra 1,002 e 1,043.

L'indicatore per la misura dell'impatto delle disuguaglianze sulla mortalità *Population Attributable factor* (PAF), calcolato rispetto al fattore istruzione, mostra in Abruzzo una differenza di genere sfavorevole per gli uomini che presentano valori di PAF compresi tra 15 e 25% mentre per le donne esso varia tra il 5% al 15%.

L'85% degli abruzzesi di età compresa tra i 18 e 69 anni riferisce di essere priva di patologie croniche; mentre il 15% presenta almeno una patologia cronica e le malattie cardio-cerebrovascolari complessivamente considerate rappresentano le più frequenti (segnalate dal 4,23%). Esse presentano una associazione con l'età dei cittadini e frequenza più elevata tra le persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche e la prevalenza delle persone libere da patologie croniche (e per differenza delle persone con patologie croniche) è rimasto costante dal 2008 al 2019. Tra gli anziani (ultra 64enni) la proporzione di soggetti liberi da patologie croniche si contrae al 43% e progressivamente con l'età, ma risulta più elevata tra le persone con titolo di studio più elevato e in assenza di difficoltà economiche.

In Abruzzo circa il 6% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione, più diffusamente nelle fasce d'età più avanzate, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, nelle persone con difficoltà economiche, nelle persone senza un lavoro continuativo e nelle persone con almeno una patologia cronica e si rileva una disomogeneità territoriale tra le province. Il 43% delle persone con sintomi di depressione riferisce di non essersi rivolto a nessuno (né operatori sanitari, né persone significative per affrontare il problema).

Primi mille giorni



Nel 2013 la percentuale di donne abruzzesi che aveva avuto un figlio nei 5 anni precedenti e che riferiva di averlo allattato al seno era pari all'88% (Italia 85,5%); l'allattamento, durato in media 7,30 mesi (vs. 8,3 della media nazionale), era stato esclusivo per 3,6 mesi in media (vs. 4,10 nazionali). La regione è al penultimo posto in Italia per durata dell'allattamento, seguita dalla Sicilia.

Il tasso di mortalità infantile nel 2019 era superiore alla media nazionale (30,21/1.000 vs. 28,79/1.000)

Il sistema di sorveglianza OKkio alla salute raccoglie dal 2016 informazioni riguardanti il parto e i primi mesi di vita, che sono potenzialmente associate allo stato ponderale del bambino. Dall'indagine emerge in Abruzzo una proporzione di parti attraverso taglio cesareo e di neonati con peso elevato alla nascita (superiore ai 3.300 g) superiori ai valori nazionali; è invece inferiore la durata dell'allattamento al seno.

Dipendenze

1. Abitudine al fumo

Il tasso di fumatori in Abruzzo, colloca la regione al quarto posto tra quelle italiane con la percentuale di fumatori più elevata (26,9%), dopo Umbria, Lazio e Sicilia. I fumatori tra i 18 e 69 anni che hanno cercato di smettere di fumare sono passati dal 32,7 % (anno 2010) al 36,3 % (anno 2019), dato che evidenzia un trend in crescita, in controtrend con il dato nazionale che ha visto la percentuale ridursi dal 38,4 % (anno 2010) al 36,1 % (anno 2019). Il tasso dei fumatori varia dal 20% al 32% e decresce con l'età, nelle donne e al crescere del livello di istruzione. La maggiore differenza si nota al cambiare delle difficoltà economiche. Secondo lo studio HBSC - Abruzzo 2018, si evidenzia l'esperienza precoce (fin dagli 11 anni) del fumo che diventa quotidiana al crescere dell'età fino ai quindici anni (quando il 6,9 % delle femmine e il 7,2% dei maschi fumano 'tutti i giorni').

Rispetto al dato nazionale l'Abruzzo si colloca a metà classifica in termini di percentuale di intervisitati che dichiarano di aver ricevuto il consiglio da parte degli operatori sanitari di smettere di fumare (PASSI 2016-2019).

2. Consumo di alcol

Nel periodo 2016-2019 nella regione Abruzzo l'8,7% degli intervistati è classificato come consumatore binger. Il consumo binge è più frequente tra i giovani, prevalentemente gli uomini e, rispetto al 2010 appare comunque in diminuzione (10,9% vs 8,00%) (PASSI 2016-2019). Sempre nello stesso periodo, il 14,8% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto, consumatore binge e/o consumatore abituale. Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani con una differenza di genere rispetto al consumo giornaliero dichiarato dal 3,4% dei maschi e dallo 0,6% delle femmine quindicenni tra i quali circa la metà dei maschi (il 50,3%) e delle femmine (47,3%) dichiarano di aver fatto negli ultimi 12 mesi l'esperienza di binge drinking (proporzioni più elevate rispetto alla media nazionale). Prevalde un'istruzione superiore/laurea, assenza di difficoltà economiche. Rispetto al consumo alcolico a maggior rischio vi sono differenze statisticamente significative confrontando le Asl regionali: Asl Lanciano-Vasto-Chieti 22,6%, Asl Teramo 4,9%



3. *Uso di sostanze stupefacenti*

I comportamenti di consumo a rischio di sostanze stupefacenti ed il progressivo abbassamento dell'età di prima assunzione, confermato da tutte le ricerche epidemiologiche, rappresentano un fenomeno di forte crescita negli ultimi anni in Italia ed ha un impatto rilevante sulla salute pubblica. Dal 2015 al 2019 (ESPAD Italia CNR-IFC) la prevalenza di studenti abruzzesi che dichiarano il consumo di almeno una sostanza illegale, dopo l'incremento registrato nel 2017 per tutte le tipologie di consumo (nella vita, nell'anno e nell'ultimo mese) risulta stabile.

Nel 2019 in Abruzzo si registrano 184 ricoveri con diagnosi principale droga-correlata di cui il 73% ha riguardato pazienti di genere maschile (M=136; F=48) e, rispetto alle classi di età dei soggetti ricoverati, il 36% ha riguardato persone di 35-44 anni (M: 44%; F: 15%) ed il 27% di 45-54 anni, soprattutto tra le donne (M: 24%; F: 35%).

In Abruzzo i decessi droga correlati nel 2020 sono stati 12, esclusivamente maschi e con un decremento del 17% rispetto all'anno precedente e un tasso di 16 decessi ogni 1.000.000 di residenti.

4. *Gioco d'azzardo*

Dall'indagine GAPS 2019 si evince che il 72% della popolazione regionale di età compresa tra i 18 e gli 80 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita, con una prevalenza che risulta superiore a quella nazionale (62%). Il 48% dei rispondenti lo ha fatto nei dodici mesi precedenti alla rilevazione, prevalenza che anche in questo caso risulta superiore alla media nazionale (41%). Il gioco d'azzardo risulta in generale maggiormente diffuso tra le persone di sesso maschile e tra quelle di minore età. Le prevalenze regionali nell'ultimo anno risultano, per entrambi i generi, superiori a quelle nazionali (per i maschi la percentuale è pari a 56%, per le femmine è pari a 40,2%), in particolare nella fascia di 18-40 anni con un valore pari a 81,6% per il gioco nella vita e al 54,2% per il gioco nell'ultimo anno.

5. *Internet e Internet Addiction Disorder (IAD)*

Sulla base del test di screening SPIUT, il 9% degli studenti abruzzesi risulta "utilizzatore compulsivo" di Internet, soprattutto le ragazze (Maschi 8%; Femmine 10%) e i minorenni (Minorenni=10%; Maggiorenni=8%). Il 26% degli utilizzatori compulsivi utilizza quotidianamente Internet per 6 ore o più per fare una o più attività (chattare/stare sui social, giocare, leggere/cercare informazioni, ascoltare/scaricare musica, video ecc.), quota superiore a quella rilevata tra gli utilizzatori non compulsivi (11%), così come superiore risulta la quota di utilizzatori compulsivi con un andamento scolastico medio/basso, che riferiscono di avere genitori che non monitorano le attività del sabato sera e/o che non si sentono affettivamente ed emotivamente sostenuti dai propri genitori.

Sicurezza

Nel 2019, in Abruzzo il numero di persone che hanno subito incidenti domestici nei tre mesi precedenti l'indagine multiscopo ISTAT è pari a 16,1 per mille (64,4 su base annua), rispetto alle 14,1 per mille del 2014. Anche per l'Abruzzo, emerge quindi una tendenza all'aumento e tali valori si collocano al di sopra dei valori nazionali e delle altre regioni del Sud. Il 9% degli intervistati dichiara di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione degli incidenti domestici e tale percentuale non presenta



significative differenze per quanto riguarda età, genere, istruzione, convivenza con bambini/anziani, difficoltà economiche, percezione del rischio; maggiore invece è l'informazione dei cittadini italiani rispetto agli stranieri. Le cadute rappresentano la dinamica più frequente di incidente domestico fra gli anziani e determinano delle conseguenze dirette (i.e. lesioni di diversa gravità) ma anche deferite come l'insicurezza individuale e le conseguenti limitazioni dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana. Benché l'Abruzzo si collochi al di sopra dei valori nazionali per la percentuale di cadute avvenute in casa (82,5%), la consapevolezza del rischio di infortunio domestico è al di sotto (25,5% vs. 33,4%), con un minore utilizzo riferito di presidi anticaduta (64,4% vs 66,9%) e anche ad una maggiore reticenza della popolazione abruzzese a chiedere il consiglio di un medico o di un operatore sanitario sulla prevenzione delle cadute (16,6% a livello nazionale e 12% in Abruzzo). A livello nazionale, il rischio complessivo di caduta fra gli ultra64enni (così come la paura di cadere, la consapevolezza del rischio di incidente domestico e l'uso di presidi anticaduta) è più alto per le classi di età più elevate (85 anni e più), per le donne, per le persone con basso livello di istruzione, per coloro che dichiarano di avere molte difficoltà economiche, che vivono da soli, che risiedono nelle regioni del sud e nelle isole.

Riguardo agli incidenti stradali, in Abruzzo come in Italia, negli ultimi decenni, si registra un calo degli incidenti, che supera quello nazionale (il 43,3% in meno) e dei morti: nel 2019 infatti, rispetto al 2001, si è passati da 168 a 78 (-53,6%); dal 2010 al 2019 la diminuzione è più modesta (1,3%) con un'inversione di tendenza tra il 2018 e il 2019 (+2,6%). Nello stesso periodo, complessivamente, la frequenza di eventi con esito mortale sul totale degli incidenti è costantemente superiore a quella nazionale e il tasso di mortalità stradale nella regione supera (seppure di poco) quello nazionale in 6 dei 9 anni. In Abruzzo, come solo in Molise e in Trentino, il tasso di mortalità stradale non si riduce tra il 2010 e il 2019 e si modifica la stratificazione per tipo di strada: mentre la mortalità si è ridotta sulle strade extraurbane, negli ultimi due anni è aumentata quella sulle strade urbane con valori superiori alla media nazionale nel 2019 (24,5 morti/milione di residenti vs. 22,1). Il fenomeno presenta una forte disomogeneità territoriale: le province di Chieti e L'Aquila presentano valori del tasso di mortalità stradale superiori rispetto alle altre abruzzesi e al dato nazionale, mentre Teramo si colloca al di sopra delle altre province e al dato nazionale rispetto all'indicatore di lesività stradale (con 4.117 di feriti per milione di abitanti). Dai dati provinciali sugli incidenti si nota che nella provincia di Pescara il numero di incidenti stradali e di feriti si è pressoché dimezzato, realizzando la riduzione più consistente nella regione. Nel 2019, l'incidenza degli utenti vulnerabili per età (bambini, giovani e anziani), periti in incidente stradale, in Abruzzo è superiore alla media nazionale (51,3% contro 45,2%). Guardando gli utenti vulnerabili secondo il ruolo che essi hanno avuto nell'incidente, negli ultimi nove anni (2010-2019) l'incidenza di pedoni deceduti è aumentata in Abruzzo da 12,7% a 20,5%, nel resto del Paese da 15,1% a 16,8%.

Nel 2019, nella Regione il 42,3% degli incidenti stradali è concentrato nei Poli urbani; considerando anche le Aree di cintura, che comprendono i comuni più prossimi ai Poli, si arriva al 74,3% del totale e la rimanente parte nei comuni delle Aree interne, caratterizzate da distanze superiori ai 20 minuti di percorrenza dai Poli urbani.

Malattie infettive e vaccinazioni

Nel periodo 2015-2019 sono stati notificati dai Servizi Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica delle Asl abruzzesi n° 7656 casi di malattie infettive di cui n° 49 di Classe I, n° 5307 di Classe II, n° 363 di Classe



III, n° 1937 di Classe V (fonte SIMIWEB). Il 92,4 % di tali segnalazioni (pari a 7073 casi) si riferisce a soggetti domiciliati nei comuni della medesima Regione. Di seguito vengono riportate le malattie infettive che hanno fatto registrare, in ciascuna Classe di appartenenza, il maggior numero di casi (Tab.1). In relazione alla gravità dei quadri clinici sostenuti, alle possibili gravi sequele, all'allarme sociale che determinano ed al fatto che alcune di queste forme sono prevenibili con la vaccinazione, si riportano di seguito (Tab.2) i dati relativi alle Malattie Batteriche Invasive (MABI) raccolti dal sistema di sorveglianza SIMIWEB dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel periodo di riferimento 2015-2019 in cui è possibile osservare come in poco meno di 1/5 dei casi, purtroppo, non è stato identificato l'agente eziologico e che le forme prevenibili con la vaccinazione (*Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis* e *Streptococcus pneumoniae*) rappresentano il 62% di tutte le MABI.



Tab.1

Classe di appartenenza delle malattie infettive	N° di casi
Classe I	<ul style="list-style-type: none"> • 33 casi di influenza con isolamento virale • 10 casi di tetano • 6 casi di botulismo
Classe II	<ul style="list-style-type: none"> • 3529 casi di varicella (46,1% di tutte le segnalazioni) • 332 casi di morbillo • 307 di salmonellosi • 300 di scarlattina • 252 di diarrea infettiva
Classe III	319 casi di tubercolosi
Classe VI	<ul style="list-style-type: none"> • 222 casi di infezione da <i>campylobacter jejuni</i> che hanno coinvolto in un unico focolaio gli scolari di alcuni asili e scuole elementari di Pescara • 91 casi di scabbia

Tab.2

MABI da agente non identificato	20
MABI da altri agenti	6
MABI da <i>Escherichia coli</i>	1
MABI da <i>Haemophilus influenzae</i>	5
MABI da <i>Klebsiella pneumoniae</i>	6
MABI da <i>Klebsiella spp</i>	3
MABI da <i>Listeria monocytogenes</i>	5
MABI da <i>Neisseria meningitidis</i>	17
MABI da <i>Streptococcus B</i>	2
MABI da <i>Streptococcus pneumoniae</i>	48
Totale	113

L'offerta vaccinale prevista dal PNPV 2017-19 e ricompresa interamente nei LEA per le classi di età e le categorie a rischio ivi contenute, è stata completamente realizzata in Regione Abruzzo nel corso del 2017 e 2018 (DGR 105/2017). Per quanto concerne la copertura vaccinale al 24° mese si registrano i seguenti dati di copertura regionale (Fonte: Regione/Ministero della salute):

Copertura vaccinale al 24° mese di vita	Anno di riferimento
97,10%	2016
97,4%	2017
96,9%	2018
97,5%	2019
93,09%	2020

Nel 2020 l'emergenza COVID-19 ha avuto un impatto molto elevato sulla popolazione e sui servizi sanitari la cui riorganizzazione, necessaria per favorire la disponibilità e ricollocazione di personale da dedicare alla gestione dell'emergenza, ha avuto un impatto negativo sul regolare svolgimento delle attività vaccinali programmate. In linea con i dati a livello nazionale anche nella Regione Abruzzo la fascia di età che ne ha risentito maggiormente è quella pediatrica.

Ambiente, clima e salute

L'attività di valutazione dell'esposizione a fattori di rischio ambientali per la salute umana si sviluppa attraverso il monitoraggio di matrici ambientali (acque e aria atmosferica) e alla sorveglianza di malattie zoonotiche di interesse veterinario.

Riguardo alle acque sotterranee, nello specifico, sono stati svolti controlli sulla concentrazione di fitofarmaci, valutati in base agli standard fissati dalla Direttiva 2006/118/CE che fissa gli standard per i fitosanitari, e i relativi prodotti di degradazione, per le acque sotterranee. I limiti sono pari a 0,1 µg/l e



0,5 µg/l, rispettivamente per la singola sostanza e per la somma delle sostanze come valori di concentrazioni medie annue. A livello nazionale, per le acque sotterranee i valori di riferimento sono riportati nelle tabelle 2 e 3 dell'Allegato 3 al D.Lgs. 30/09 che recepisce gli Standard europei di qualità per le sostanze attive, e fissa specifici valori Soglia per alcuni fitosanitari prioritari. Nell'anno 2018, su 6292 controlli totali effettuati, 161 (il 2.6 %) hanno dato esito di 'non conformità'.

Riguardo alla qualità dell'aria outdoor, misurato in base alla presenza degli inquinanti maggiormente nocivi per la salute ai sensi del D.Lgs 155/2010, l'esposizione media della popolazione è stata valutata attraverso le stazioni di misurazione di fondo nei siti indicati dal Decreto come "urbani".

Sicurezza Alimentare

Dal punto di vista prettamente sanitario la sicurezza alimentare è intesa come sicurezza igienico-sanitaria degli alimenti e dei mangimi nell'ottica di filiera integrata ambientale.

É dunque di fondamentale importanza applicare le norme sul controllo dell'igiene dei prodotti alimentari e dei mangimi, della salute animale e vegetale e della prevenzione sulla contaminazione degli alimenti da sostanze esterne che possano esporre i consumatori al rischio di tossinfezioni alimentari, senza tralasciare l'etichettatura dei generi alimentari e dei mangimi ed i materiali a contatto con i prodotti alimentari.

Gli alimenti quindi sono garantiti attraverso un sistema complesso e integrato di norme comuni sul controllo ufficiale, in tutto il processo "dal campo alla tavola" e ne viene così assicurata la salubrità in tutte le fasi, dalla produzione, alla trasformazione, conservazione, trasporto, fino alla loro distribuzione.

La legislazione europea obbliga l'industria alimentare a tracciare gli alimenti durante tutta la fase della filiera al fine di consentire, in ogni momento attraverso il rintraccio di lotti specifici di prodotti mediante un sistema di allarme rapido per alimenti e mangimi (RASFF), il ritiro dal commercio per motivi igienico-sanitari e per prevenire la diffusione di agenti patogeni nella popolazione.

Sanità Animale

In Abruzzo vengono regolarmente applicati i piani di controllo, analogamente a quanto avviene in altre regioni italiane, tra i quali, il Piano regionale per la sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori (West Nile Disease e dell'Usutu, Dengue etc.). La presenza del virus West Nile (WNV) è stata segnalata in Europa a partire dal 1958 ed è il virus appartenente al genere Flavivirus più diffuso al mondo. Le persone e gli equidi sono ospiti a fondo cieco e l'infezione decorre in maniera asintomatica nella maggior parte dei casi. Tuttavia, nelle categorie a rischio (persone in età avanzata, soggetti con disturbi immunitari, persone affette da alcune patologie croniche quali tumori, diabete, ipertensione ecc.) l'infezione può manifestarsi con sintomi neurologici talvolta letali. Vengono effettuati controlli su campioni di sangue e sui vettori (Zanzare). A partire dal 2019 sono attivi in Abruzzo 27 siti di cattura dove le attività di raccolta vengono eseguite con cadenza settimanale. Nessuno degli insetti catturati ed esaminati dal laboratorio è risultato positivo al WNV , e due positività all'USUV (dato aggiornato al 2019).

Analisi di contesto

Al fine di poter effettuare un'adeguata analisi di contesto ed individuare gli obiettivi di possibili azioni orientate alla pianificazione della prevenzione, si è ritenuto opportuno fare ricorso all'analisi SWOT



(matrice SWOT), strumento di pianificazione strategica per valutare i punti di forza (Strengths) e di debolezza (Weaknesses), le opportunità (Opportunities) e le minacce (Threats) al piano di prevenzione.

	Fattori positivi	Fattori negativi
Fattori Interni	<p>Punti di forza (S)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilità di professionisti formati e motivati nel Servizio Sanitario Regionale 2. “Atto normativo regionale per la reingegnerizzazione della Governance Sanitaria e Rete Ospedaliera” 3. Avvio di interventi di prevenzione regionali innovativi rivolti alla popolazione generale (gioco d'azzardo, palestre della salute, marked playground scolastici) 4. Gestione tempestiva delle emergenze sanitarie epidemiche 5. Programmazione basata sull'evidenza 	<p>Punti di debolezza (W)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disomogenea organizzazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale sul territorio regionale 2. Mancata attivazione e/o implementazione di alcuni registri epidemiologici riferiti a specifiche malattie 3. Disomogenea implementazione di alcuni sistemi di sorveglianza 4. Limitata disponibilità di sistemi di raccolta di dati socio-demografici e socio-economici ai fini della programmazione di interventi preventivi intersettoriali e socio-integrati 5. Limitato approccio intersettoriale, multidisciplinare e coordinato 6. Scarsa integrazione tra area sanitaria, socio-sanitaria e sociale 7. Scarsa integrazione ospedale - territorio 8. Adeguamento organizzativo legato all'emergenza Covid-19 causa di una ridotta partecipazione alla pianificazione 9. Piano regionale di rientro
Fattori Esterni	<p>Opportunità (O)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evoluzione tecnologica (utilizzo reti, applicazione e piattaforme di lavoro) 2. Costituzione di un qualificato e motivato team di lavoro con compiti di programmazione e coordinamento 3. Maggiore consapevolezza della popolazione generale rispetto ai temi della prevenzione 4. Collaborazione con comunità scientifiche (università e altri enti di ricerca) 	<p>Minacce (T)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frammentazione dei destinatari delle attività 2. Discontinuità e variabilità dei fattori di governance a livello regionale 3. Disomogenea accessibilità ai servizi in relazione alle specifiche caratteristiche del territorio regionale (geomorfologiche, climatiche e di viabilità) 4. Crisi economica 5. Fattori demografici (per es. aumento dell'anzianità della popolazione, bassa natalità) 6. Mancanza di risorse

In primo luogo è stato definito l'obiettivo: **aiutare la popolazione ad orientarsi verso la promozione della salute e la prevenzione.**



Specifica attenzione è stata rivolta alle classi sociali più disagiate, che adottano con maggior frequenza stili di vita non salutari e hanno maggiore difficoltà a modificare i loro comportamenti ed accedere ad interventi di prevenzione e cura.

A seguito della definizione dell'obiettivo, si è analizzato sia l'ambiente interno (facilmente controllabile) con i suoi punti di forza e di debolezza, sia l'ambiente esterno (non controllabile) con le sue opportunità e minacce che potrebbero impattare, positivamente o negativamente, sulla realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione.

A seguito di una fase di brainstorming, finalizzata a strutturare la matrice SWOT, sono emersi due quesiti:

1. Come implementare i punti di forza e ridurre quelli di debolezza?
2. Come sfruttare le opportunità e gestire efficacemente i rischi?

Al fine di raggiungere l'obiettivo finale desiderato, potrebbe essere utile attuare una strategia che possa favorire una sinergia tra i punti di forza dei Servizi e le opportunità offerte dall'ambiente esterno.

Ad esempio, minimizzare i rischi ridistribuendo in maniera equa i carichi di lavoro e potenziare i punti di forza del personale sanitario e tecnico, valorizzandone le diversità individuali ed integrandone le differenze; aumentare la commitment (impegno, attaccamento, cultura partecipativa, organizzativa) del personale delle Aziende Sanitarie Locali, favorendo un clima collaborativo, alla base di una leadership che si ispira alla Lean management, orientata verso la valorizzazione dell'uomo, la crescita professionale e la capacità di lavorare in team. Una strategia "lot of attention people" che potenzia il lavoro a livello individuale in termini di conoscenze, competenze e motivazione dei professionisti, favorirà apprendimento collettivo e il conseguente empowerment della popolazione, consentendo il raggiungimento condiviso dell'obiettivo: promozione della salute e prevenzione

Si evidenzia come opportunità la centralità degli investimenti tecnologici, al fine di potenziare, attraverso l'utilizzo di nuovi strumenti digitali, la prevenzione universale, selettiva e indicata. Inoltre, poter usufruire di strumenti tecnologici aggiornati può costituire la base di una corretta pianificazione e programmazione sanitaria nell'ambito della prevenzione, consentendo più accurate analisi demografico-epidemiologiche, dei bisogni, dei determinanti della salute, della domanda e dell'offerta.

Quanto emerso dal profilo di salute in termini di transizione epidemiologica, cronicità, non autosufficienza, aldilà della continuità assistenziale e della prossimità delle cure, mette in luce l'importanza delle strategie trasversali, intersettoriali e di comunicazione. Tali strategie, sostenute ed implementate attraverso specifici interventi formativi diretti ai diversi stakeholder, referenti istituzionali, nonché a particolari categorie di operatori sanitari, potranno avere un impatto significativo in termini di equità, incidendo in maniera efficace sulle disuguaglianze nell'accesso ai programmi di prevenzione.

L'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie di nuovi canali di comunicazione, come i social media, potrebbe facilitare l'attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione generale ed in particolare dei giovani e degli adulti strategici, contrapponendosi al rischio di diffusione di messaggi errati e/o contraddittori che suggeriscono stili di vita non corretti

**CAPITOLO 2 Struttura del PRP****2.1 Elenco dei Programmi Predefiniti e Liberi del PRP**

PP01	Scuole che promuovono Salute
PP02	Comunità attive
PP03	Luoghi di lavoro che promuovono salute
PP04	Dipendenze
PP05	Sicurezza negli ambienti di vita
PP06	Piano mirato di prevenzione
PP07	Prevenzione in edilizia e agricoltura
PP08	Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
PP09	Ambiente, clima e salute
PP10	Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza
PL11	SCREENING ONCOLOGICI
PL12	MALATTIE INFETTIVE E VACCINAZIONI
PL13	SALUTE MATERNO INFANTILE E RIPRODUTTIVA



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13
MO1OS13	Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute	PP01		PP03										
MO1OS14	Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti	PP01												
MO1OS15	Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione			PP03										
MO1OS16	Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione			PP03										
MO1OS17	Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità		PP02											
MO1OS18	Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane		PP02			PP05				PP09				
MO1OS19	Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità		PP02			PP05								
MO1OS20	Aumentare l'estensione dei programmi di screening oncologico alla popolazione target per ciascuno dei 3 tumori oggetto di screening											PL11		
MO1OS21	Aumentare l'adesione ai programmi di screening oncologico											PL11		
MO1OS22	Identificare precocemente i soggetti a rischio ereditario familiare per tumore della mammella											PL11		



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13
MO2OS01	Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale	PP01		PP03	PP04	PP05								
MO2OS02	Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	PP01		PP03	PP04									
MO2OS03	Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti	PP01		PP03	PP04									
MO2OS04	Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope				PP04									
MO2OS05	Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato	PP01			PP04									
MO2OS06	Offrire programmi finalizzati alla limitazione dei rischi e alla riduzione del danno			PP03	PP04									
MO2OS07	Sensibilizzare sui rischi, le problematiche e le patologie correlate a uso/abuso di sostanze				PP04									
MO3OS01	Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani)	PP01		PP03		PP05								
MO3OS02	Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici	PP01		PP03		PP05								
MO3OS03	Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno nella comunità					PP05								
MO3OS04	Monitorare il fenomeno, inclusa la percezione della popolazione rispetto ai rischi di incidente domestico, mettendo in sinergia i flussi informativi					PP05								
MO3OS05	Promuovere politiche intersectoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente	PP01		PP03	PP04	PP05								



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13
MO3OS06	Migliorare i dati disponibili per la valutazione epidemiologica dell'incidentalità stradale					PP05								
MO4OS01	Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale				PP04		PP06		PP08	PP09				
MO4OS02	Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori						PP06		PP08	PP09				
MO4OS03	Redazione e ricognizione linee di indirizzo (ex art. 2 decreto 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano			PP03			PP06	PP07	PP08					
MO4OS04	Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti						PP06	PP07	PP08					
MO4OS05	Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa						PP06	PP07	PP08					
MO4OS06	Favorire nei giovani l'acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL	PP01		PP03										
MO4OS07	Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la "conservazione attiva" della salute, ovvero verso la Total worker health				PP04				PP08					
MO4OS08	Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health				PP04		PP06	PP07	PP08					
MO4OS09	Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore				PP04		PP06	PP07						



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13
MO4OS10	Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti								PP08	PP09				
MO4OS11	Garantire la funzionalità di OCCAM incrociando i dati sanitari disponibili negli archivi regionali con le storie lavorative INPS								PP08					
MO4OS12	Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattie e decesso								PP08	PP09				
MO4OS13	Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti								PP08	PP09				
MO5OS01	Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05				PP09				
MO5OS02	Promuovere e rafforzare strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA nelle attività di promozione della salute, prevenzione, valutazione e gestione dei rischi per la salute da fattori ambientali, anche per la comunicazione del rischio in modo strutturato, sistematico e integrato									PP09				
MO5OS03	Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)						PP06	PP07	PP08	PP09				



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13
MOSOS04	Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico	PP01		PP03		PP05	PP06	PP07	PP08	PP09				
MOSOS05	Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione								PP08	PP09				
MOSOS06	Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione									PP09				
MOSOS07	Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon							PP07	PP08	PP09				
MOSOS08	Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione,	PP01	PP02	PP03	PP04					PP09				
MOSOS09	Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor	PP01	PP02	PP03						PP09				
MOSOS10	Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche	PP01		PP03		PP05		PP07	PP08	PP09				
MOSOS11	Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle acque attraverso l'adozione dei piani di sicurezza (PSA)									PP09				
MOSOS12	Prevenire e eliminare gli effetti ambientali e sanitari avversi, in situazioni dove sono riconosciute elevate pressioni ambientali, come ad esempio i siti contaminati, tenendo conto delle condizioni socio-economiche nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze									PP09				
MOSOS13	Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti	PP01		PP03						PP09				



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13
MO5OS14	Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute	PP01								PP09				
MO5OS15	Promuovere l'applicazione di misure per ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica, nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria									PP09				
MO6OS01	Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita												PL12	
MO6OS02	Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile												PL12	
MO6OS03	Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)												PL12	
MO6OS04	Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti) in particolare con riferimento all'integrazione vaccino HPV screening.												PL12	
MO6OS05	Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)												PL12	
MO6OS06	Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole												PL12	



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13
MO6OS07	Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive									PP09				
MO6OS08	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C)				PP04								PL12	
MO6OS09	Assicurare il rintraccio dell'alimento per l'attivazione del sistema di allerta al fine del ritiro/richiamo dalla commercializzazione dell'alimento pericoloso o potenzialmente pericoloso										PP10			
MO6OS10	Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cotture e nelle mense per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti) tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari nella ristorazione collettiva			PP03										
MO6OS11	Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti)"			PP03										
MO6OS12	Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da vettori e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti (ivi compresi i servizi SIAN, SIAOA e ospedalieri)									PP09				



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13
MO6OS13	Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti			PP03										
MO6OS14	Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti									PP09				
MO6OS15	Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano									PP09	PP10			
MO6OS16	Monitorare i punti d'entrata ad alto rischio di nuove specie invasive di vettori.									PP09				
MO6OS17	Monitorare l'insorgenza di resistenze agli insetticidi nei vettori									PP09				
MO6OS18	Consolidamento dei sistemi di sorveglianza: sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta (PFA) sorveglianza ambientale												PL12	
MO6OS19	Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST (es. Clamidia, Gonorrea, etc.) sulla popolazione				PP04								PL12	
MO6OS20	Incrementare e favorire strategie parallele, secondo il modello fondato sui CBVCT*, che promuovano l'esecuzione del Test HIV e del counseling nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari				PP04								PL12	
MO6OS21	Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST	PP01		PP03	PP04								PL12	
MO6OS22	Adesione alle Linee Guida e alla normativa vigente per l'attuazione dello screening per HIV, per le altre malattie a trasmissione sessuale (HBV, Sifilide, HCV) e del complesso Torch all'inizio della gravidanza												PL12	
MO6OS23	PrEP - concepire e realizzare protocolli dedicati seguendo le Linee Guida vigenti, su popolazioni adeguatamente selezionate												PL12	



Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL11	PL12	PL13
MO6OS24	Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)										PP10			
MO6OS25	Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario (One Health)									PP09	PP10			
MO6OS26	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici										PP10			
MO6OS27	Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni ministeriali										PP10			
MO6OS28	Sviluppare programmi di Antimicrobial stewardship (AS)										PP10			

2.3 Tabella Azioni per programma

Programma	Azione
PP01	LA STRATEGIA DI COMUNICAZIONE DELLA RETE ABRUZZESE DELLE SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE.
	COSTRUZIONE DELLA RETE ABRUZZESE DELLE SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE.
	PREVENZIONE PRECOCE DELL'OBESITÀ INFANTILE: IMPLEMENTAZIONE DELL'INTERVENTO EUROPEO TOYBOX NELLA SCUOLA DELL'INFANZIA.
	Consolidamento dell'Alleanza Scuola - Sanità - Comunità e realizzazione di un Coordinamento Operativo Regionale Abruzzese per le Scuole che Promuovono Salute.
	IMPLEMENTAZIONE DI BUONE PRATICHE NELLE SCUOLE ABRUZZESI CHE PROMUOVONO SALUTE
	PERCORSI DI FORMAZIONE CONGIUNTA E CONTINUA PER LA DIFFUSIONE DEL MODELLO SCUOLA CHE PROMUOVE SALUTE NELLA REGIONE ABRUZZO
	APPLICARE LENTI DI EQUITÀ NELLE SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE
PP02	Rinnovare gli accordi in essere o creare nuovi Accordi con ANCI, Università, Ufficio Scolastico regionale, CONI ecc. per collaborare alla creazione e diffusione delle comunità attive
	Esercizio fisico e attività sportiva tra persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale e/o mista
	Implementazione programma AFA, EFA
	Realizzazione di un modulo formativo counselling motivazionale breve
	Adesione del Comune alla rete dei comuni in movimento
	Sviluppare azioni di comunicazione per sensibilizzare la popolazione sulla importanza del movimento e sulle opportunità esistenti
PP03	Attività fisica e differenza di genere
	Supporto informativo alle Imprese in tema di REACH e CLP
	RIDURRE I DISORDINI DA CARENZA IODICA
PP04	CORRETTI STILI DI VITA E PROMOZIONE DELLA SALUTE SUI LUOGHI DI LAVORO
	Corso di formazione per Formatori, diretto ad Operatori Sanitari e Sociosanitari delle ASL della Regione, per la realizzazione nella Comunità di intervento efficaci nella prevenzione del tabagismo
	Corso di formazione per l'addestramento al counselling breve su alcol ed altre addiction, rivolto ad operatori Socio-Sanitari delle ASL, ai MMG, Medici di Continuità Assistenziale e ai Medici del Lavoro (modello IPIB-PHEBA)
	Verso luoghi di lavoro liberi dal fumo e consapevoli delle altre problematiche di addiction
	"Liberamondo" Cresci e sogna libero: vivi in-Dipendente
	TEST IT: riduzione del rischio-drug checking e Snap
	promozione e sostegno agli adulti strategici e protagonismo giovanile per la promozione della salute
	Mamma Beve Bimbo Beve: Prevenzione della FASD (Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico)
PP05	"LA CULTURA DELLA SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA DEI MINORI: UN APPROCCIO INFORMATIVO, PARTECIPATO E CONDIVISO"
	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder
	Ottimizzazione dei flussi informativi verso il CAV
	LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI CON PARTICOLARE RIGUARDO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA
PP06	A scuola con il REACH e il CLP... insieme per essere più sicuri
	Riduzione delle disuguaglianze sulla percezione del rischio domestico tra i cittadini stranieri.
	SOVRACCARICO BIOMECCANICO IN AMBITO SOCIO-SANITARIO: FOCUS SULLE RSA
PP07	Verifica di metodi e tecniche di protezione degli organi in movimento delle macchine nel settore metalmeccanico.
	PIANO MIRATO PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEI FOCOLAI DI INFEZIONE DA COVID-19 NEGLI IMPIANTI DI MACELLAZIONE E SEZIONAMENTO CARNI
	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO UTILIZZO (NON CONFORME) MACCHINE AGRICOLE
PP08	Realizzazione di eventi informativi/formativi su REACH e CLP rivolti a specifici settori del mondo produttivo
	Promozione della qualità dell'appropriatezza ed efficacia della Sorveglianza Sanitaria
	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CADUTE DALL'ALTO IN EDILIZIA
	Strategie di intervento attività di controllo/assistenza/vigilanza in edilizia/agricoltura
PP08	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE RISCHIO BIOMECCANICO NELLA LAVORAZIONE DELLE CARNI ("IL PESO DELLE CARNI")
	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO STRESS CORRELATO AL LAVORO
	Sostenere lo sviluppo di competenze di base in materia di gestione delle sostanze e prodotti chimici
	Implementazione dei Flussi Informativi Area Salute e Sicurezza in Ambienti di Lavoro Regione Abruzzo



	Promozione della qualità dell'appropriatezza ed efficacia della Sorveglianza Sanitaria
	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE "STRATEGIE PARTECIPATE DI INTERVENTO PER L'EMERSIONE E PER IL CONTRASTO SPECIFICO AL RISCHIO CANCEROGENO PER I TUMORI DELLA VESCICA"
PP09	CONTROLLO DELLE MALATTIE TRSMESSE DAGLI ALIMENTI, SISTEMA DI ALLERTA E GESTIONE DELLE EMERGENZE PER ALIMENTI E MANGIMI.
	Piano di controllo per le acque potabili
	GESTIONE DELLE EMERGENZE EPIDEMICHE VETERINARIE
	Piano di monitoraggio e controllo delle malattie trasmesse da vettori e Piano controllo della Leishmaniosi
	Controllo delle emissioni odorigene e qualità dell'aria
	Abruzzo in rete per l'ambiente e la salute
	Controllo delle Onde elettromagnetiche e della radioattività ambientale.
	GESTIONE DELLE EMERGENZE NON EPIDEMICHE IN SANITA' PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE
	Programmazione e controllo delle attività in materia di sicurezza chimica per la gestione dei prodotti fitosanitari (REACH e CLP).
	IMPLEMENTAZIONE DEL REGISTRO TUMORI NEGLI ANIMALI
	Sorveglianza e controllo sanitario della fauna selvatica
	Piano per l'identificazione dell'echinococcosi / Idatidosi al macello e nelle altre strutture di custodia degli animali
PP10	Sistema di allerte per gli alimenti, MOCA, mangimi e piano di emergenza
	Monitoraggio regionale della prescrizione antibiotica nel settore sanitario umano e veterinario
	Sorveglianza regionale delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) e resistenti ai carbapenemi (CRE)
	POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITA' DEI SERVIZI VETERINARI RIGUARDANTI L'ANTIMICROBICORESISTENZA
	Implementazione di un Piano regionale integrato di sorveglianza epidemiologica continua delle ICA e degli MDRO
	Aumentare la consapevolezza della Comunità sull'importanza di fare un uso appropriato degli antimicrobici
	Sviluppo di Programmi locali di Antimicrobial stewardship (AS) per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza
PL11	Estensione invito attivo screening mammografico alle fasce di età 45-49 e 70-74 e allo screening al colon retto alla fascia di età 70-74 anni.
	Implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di carcinoma eredo familiare della mammella
	Acquisizione nuovo sistema informatizzato unico regionale
	La formazione degli operatori
	Rafforzamento dei coordinamenti regionali e aziendali di screening
	Implementazione di protocollo di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV (a partire dalla coorte 1997)
	Comunicazione a categoria target (donne italiane e straniere di 25 anni).
PL12	Consolidamento della Sorveglianza regionale delle Paralisi Flaccide Acute (PFA)
	ASSICURARE A LIVELLO REGIONALE L'ATTUAZIONE DEI PIANI DI PREPARAZIONE E RISPOSTA ALLE EMERGENZE INFETTIVE
	STRATEGIA DI "COMBINATION PREVENTION" PER L'UTILIZZO DELLA PROFILASSI FARMACOLOGICA PRE-ESPOSIZIONE (PrEP) NEI SOGGETTI A RISCHIO DI HIV
	REALIZZAZIONE DEL PIANO REGIONALE DI SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE ARBOVIROSI NELL'OTTICA ONE-HEALTH
	SOSTENERE IL PIANO NAZIONALE PER L'ELIMINAZIONE DEL MORBILLLO E DELLA ROSOLIA PER IL CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI ERADICAZIONE
	CAMPAGNA INFORMATIVA SULLE MALATTIE INFETTIVE PREVENIBILI DA VACCINO E SUI BENEFICI E RISCHI CORRELATI ALLA VACCINAZIONE
	CONSOLIDAMENTO E MONITORAGGIO DEL NUOVO SISTEMA DI NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE "PREMAL"
	COMPLETARE E CONSOLIDARE L'INFORMATIZZAZIONE DELL'ANAGRAFE VACCINALE REGIONALE
	CHE NE S'AIDS: INTERVENTI EDUCATIVI RIVOLTI ALLA POPOLAZIONE ADOLESCENZIALE SUL RISCHIO DI TRASMISSIONE DELL'INFEZIONE DA HIV E DELLE ALTRE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE (IST)
	STRATEGIA DELLA "COMBINATION PREVENTION" PER MIGLIORARE L'ACCESSIBILITA' ALLO SCREENING PRO-ATTIVO DELLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE (HIV, HCV, HBV E SIFILIDE)
PL13	Istituzione gruppo di lavoro attività consultoriali
	Implementazione della presa in carico della puerpera da parte dei servizi consultoriali

Scuola

CAPITOLO 3 Programmi Predefiniti

3.1 PP01 Scuole che promuovono Salute

3.1.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP01
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Servizio Prevenzione Sanitaria, Medicina Territoriale DPF
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti - MO3 Incidenti domestici e stradali - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale - MO1-09 Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT - MO1-11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva - MO1-12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale) - MO1-13 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute - MO1-14 Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti - MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui - MO2-03 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti - MO2-05 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni



	<p>di rischio aumentato</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO3-01 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) - MO3-02 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici - MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente - MO4-06 Favorire nei giovani l'acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL - MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, - MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche - MO5-13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti - MO5-14 Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute - MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST
<p>LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - MO5LShh Interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari ed al pubblico volti a promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
<p>LEA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B06 Promozione della sicurezza stradale - B07 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani



	<ul style="list-style-type: none"> - E06 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04 - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica - F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari - F09 Prevenzione delle dipendenze
--	--

3.1.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

La presente sintesi fa riferimento al documento *in extenso* inserito nella cartella 'Documentazione allegata' al quale si rimanda per maggiore completezza.

Nel 2020, la popolazione residente in Abruzzo della fascia di età scolastica e prescolastica ammontava, in numero assoluto, a 30.356 bambini di età 3-5 anni, 66.990 bambini di 6-11 anni, 92.684 adolescenti e giovani adulti di 12-19 anni, tra i quali la proporzione di residenti stranieri è risultata pari, rispettivamente, al 9,3 % (2.822 bambini residenti stranieri), 6,7 % (4.509 bambini) e 6,2 % (5.775 ragazzi). Evidentemente il carico di disuguaglianze di salute, legate al fenomeno dell'immigrazione, sta potenzialmente crescendo nel tempo, come dimostra il cambiamento nella struttura demografica della popolazione abruzzese [Istituto Nazionale di Statistica. Demografia in cifre. Demo.Istat <http://demo.istat.it/>] e anche il numero crescente di permessi di soggiorno che, in Abruzzo, si è attestato nel 2019 al valore di 58.566 con un incremento pari al 15,5% rispetto al decennio precedente [Istat – HFA, 2021]. Questo viene confermato dai dati relativi alle iscrizioni nei successivi livelli di istruzione, in Abruzzo: nell'anno 2019, è risultato di nazionalità straniera l'8,3% degli iscritti alla Scuola dell'Infanzia, l'8,4% alla Scuola Primaria, l'8,0% alla Secondaria di I grado e il 5,5% alla Secondaria di II grado. [Report Infanzia; BES 2020; dati ISTAT, Istruzione e Formazione <https://www.istat.it/it/istruzione-e-formazione?dati;>]

L'accesso alle strutture educative da parte dei bambini in età prescolare (in particolare quelli dai 3 ai 5 anni) risente di variabili socio-economiche come il titolo di studio dei genitori, la loro condizione lavorativa e la nazionalità. In Italia, le famiglie a rischio di povertà o esclusione sociale presentano percentuali di bambini iscritti in strutture educative inferiori di ben undici punti percentuali rispetto alle famiglie che non vivono le stesse difficoltà [Report Infanzia]. In Abruzzo, secondo il report 2016 dell'Istat, il 26,2% dei minori (0-17 anni) viveva in condizioni di povertà relativa, ovvero con livelli di spesa significativamente inferiori alla media, una proporzione più elevata del dato nazionale che si attesta al 22,3 % [Istat Rapporto Povertà 2016] e va considerato un peggioramento delle condizioni economiche, poiché nell'ultimo rapporto Istat disponibile, si registra, in Italia, un aumento della povertà assoluta che, nell'anno della pandemia, ha raggiunto il livello più elevato dal 2005. [Istat



Rapporto Povertà 2020]. Tali disuguaglianze nel potere economico delle famiglie corrispondono statisticamente a fenomeni di deprivazione culturale che investono l'età evolutiva. Secondo l'indice composito sviluppato da ISTAT e Save the Children per misurare la deprivazione culturale e ricreativa dei bambini e ragazzi nel 2016, tale condizione di deprivazione ha colpito una proporzione di bambini e adolescenti abruzzesi (6-17 anni) maggiore della media nazionale (circa due terzi) [Savethechildren.Treccani, 2017].

I dati sulla dispersione scolastica riferiti alla scuola secondaria di I grado e di II grado descrivono il fenomeno come meno frequente in Abruzzo, rispetto alla media nazionale. Tuttavia, anche in esso si ravvede una netta sproporzione tra gli studenti italiani e quelli stranieri: tra questi ultimi la proporzione di dispersi, a livello nazionale, è di sette volte per le medie inferiori e di tre volte per le medie superiori. [Ministero dell'Istruzione, La dispersione scolastica. AA.SS. 2017-2018 e 2018-2019. AA.SS. 2018-2019 e 2019-2020].

Secondo il Rapporto Istat BES 2020, la pandemia, con la conseguente chiusura degli istituti scolastici e il ricorso alla didattica a distanza, o integrata, ha acuito le disuguaglianze già presenti in Italia, dove, nonostante i miglioramenti conseguiti nell'ultimo decennio, il livello di istruzione e di competenze che i giovani riescono a raggiungere dipende ancora in larga misura dall'estrazione sociale, dal contesto socio-economico e dal territorio in cui si vive. Nonostante gli sforzi delle istituzioni scolastiche, dei docenti e delle famiglie, l'8% dei bambini e ragazzi delle scuole di ogni ordine e grado è rimasto escluso da una qualsiasi forma di didattica a distanza e non ha preso parte alle video-lezioni con il gruppo classe, quota che sale al 23% tra gli alunni con disabilità. [BES, 2020]. L'impatto sulle competenze scolastiche emerge dal confronto degli esiti delle prove INVALSI del 2019 e del 2021, che restituisce un quadro preoccupante, soprattutto per le scuole secondarie di primo e di secondo grado, dove le perdite maggiori di apprendimento si registrano in modo molto più accentuato tra gli allievi che provengono da contesti socioeconomico-culturali più sfavorevoli, con percentuali quasi doppie tra gli studenti provenienti da un contesto svantaggiato rispetto a chi vive in condizioni di maggiore vantaggio. [Invalsi, 2021]. In più, il rapporto Invalsi 2021, ha evidenziato una esacerbazione del fenomeno della dispersione scolastica 'implicita' o 'nascosta', vale a dire attribuibile a quei ragazzi che, pur non essendo dispersi in senso formale, escono però dalla scuola senza le competenze fondamentali, quindi, a forte rischio di avere prospettive di inserimento nella società non molto diverse da quelle degli studenti che non hanno terminato la scuola secondaria di secondo grado: essa è passata dal 7% nel 2019 al 9,5% in Italia, e l'Abruzzo, con il 10,2% è tra quelle con valori più elevati [Invalsi, 2021].

Stile di vita e salute nutrizionale nelle fasce dell'età evolutiva.

Non ci sono dati regionali di sorveglianza riferibili allo stato di salute dei bambini in età prescolare (3-5 anni) della Regione Abruzzo, tuttavia, è possibile far riferimento a surveys condotte nell'ambito di attività di ricerca epidemiologica *ad hoc* da parte di istituzioni accademiche regionali. Da queste emergono preoccupazioni rispetto alle abitudini alimentari dei bambini di 3-5 anni, come il mancato consumo della colazione (circa un quinto), il ricorso a bevande e snack non salutari (es. con zuccheri aggiunti e ad alta densità energetica), non diffuso e regolare consumo di frutta e verdura in particolare come possibili spuntini salubri. [Cesarini V, 2021]. Inoltre, è preoccupante l'elevata prevalenza di sovrappeso + obesità (superiore a dati di letteratura) e la diffusa *misperception*, cioè



della percezione distorta (sottostima) da parte delle madri del peso dei propri piccoli (che riguarda circa il 40% delle madri) peraltro statisticamente più frequente tra le madri con eccesso ponderale [Cesarini V. et al., 2019].

La sorveglianza epidemiologica dello studio “OKkio alla Salute” relativa all’anno 2019 ha stimato in Abruzzo un valore di prevalenza di sovrappeso/obesità pari al 35.0% tra i bambini in età scolare (8-9 anni), che risulta non solo più elevato della media nazionale ma, anche, in aumento rispetto alla rilevazione precedente. In peggioramento sono, anche, i dati sulle abitudini alimentari (svolgimento della colazione, consumo di frutta e verdura, ricorso a snack e bevande non salubri) e sulla pratica di attività fisica (in Abruzzo, nel 2019 è risultato ‘inattivo’ il 23,2% di 8-9 anni e solo 2 bambini su 10 si reca a scuola a piedi o in bicicletta). Si è stimato che il 43.7% dei bambini abruzzese guardasse la TV o usasse videogiochi/tablet/cellulare dalle 3 alle 4 ore e il 7% addirittura per almeno 5 ore (dati stabili rispetto alle precedenti rilevazioni). Tali condizioni risultano associati con il livello socio-economico dei genitori (in senso inverso) e con lo stato ponderale di questi (in senso diretto) e anche in questa fascia di età, nella nostra Regione, si rileva il fenomeno della *misperception* del peso dei bambini da parte delle madri (sottostimato) ma anche dell’impegno in attività motorie (sovrastimato) [Okkio alla Salute – Report Regione Abruzzo 2019].

Tra gli adolescenti abruzzesi, secondo l’indagine di sorveglianza HBSC-Abruzzo 2018, lo stato nutrizionale risulta caratterizzato da una prevalenza stimata di sovrappeso pari al 17,8% e di obesità pari al 3,4% (maggiori rispetto al dato nazionale) e da uno scarso consumo di frutta e verdura quotidianamente. Estremamente bassa e in linea con i valori medi nazionali, risulta la proporzione di ragazzi che raggiunge i livelli raccomandati di attività fisica, con rilevante differenza tra maschi (solo il 14,2%) e femmine (solo il 7,1%) e una riduzione progressiva al crescere dell’età. Circa un quarto dei ragazzi trascorre tre ore o più davanti a TV, video, DVD nei giorni scolastici e altrettante giocando al computer, console, tablet, smarphone e altri devices e tale proporzione aumenta nel fine settimana [HBSC.Abruzzo 2018]. Nel 2020, durante la pandemia, l’impegno nella didattica online (4-5 ore di fronte a uno schermo) sembra aver ridotto il tempo dedicato alla tecnologia digitale per attività non scolastiche, forse a causa di un senso di saturazione generale [Mascheroni et al, 2021].

Studi di letteratura, a livello nazionale e internazionale, hanno fatto emergere dati allarmanti sugli effetti della chiusura delle scuole e del lockdown sulla salute fisica di bambini, adolescenti e giovani: riduzione dell’attività fisica, cambiamento delle abitudini alimentari con conseguente aumento della prevalenza dell’obesità [Saulle et al, 2021]

Benessere psico-sociale con particolare riferimento al contesto scolastico.

Dati epidemiologici di tipo clinico e sanitario sui disturbi mentali, il disagio psicologico e socio-ambientale nei minori nella Regione Abruzzo reperibili da fonti ufficiali sono limitati, tuttavia da quelli disponibili, si evidenzia un trend migliorativo regionale negli ultimi anni, per esempio dei tassi di dimissione per disturbi psichici azionii in età pre-adulta (0-17 anni) o di ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici per abuso di alcol in età 0-14 anni. [Istat - HFA]

Riguardo alla sorveglianza dei comportamenti voluttuari inquadabili nelle dipendenze da sostanze psicoattive lo studio HBSC - Abruzzo 2018, mette in luce l’esperienza precoce (fin dagli 11 anni) del fumo che in una proporzione non trascurabile diventa quotidiana al crescere dell’età fino ai



quindici anni (quando il 6,9 % delle femmine e il 7,2% dei maschi fumano ‘tutti i giorni’). Anche l’abitudine di bere alcolici risulta presente già tra i preadolescenti e si amplifica nelle fasce di età successive con una differenza di genere rispetto al consumo giornaliero dichiarato dal 3,4% dei maschi e dallo 0,6% delle femmine quindicenni tra i quali circa la metà dei maschi (il 50,3%) e delle femmine (47,3%) dichiarano di aver fatto negli ultimi 12 mesi l’esperienza di binge drinking (proporzioni più elevate rispetto alla media nazionale). Infine, il 29,7% degli adolescenti maschi di 15 anni e il 18,8% delle femmine di pari età ammette di aver fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita. Emerge poi il rischio della dipendenza da gioco d’azzardo, in particolare di quello ‘problematico’, rispettivamente nel 21,6% e nel 6,5% degli intervistati / intervistate (mediamente in linea con il dato nazionale).

Riguardo al benessere percepito l’11,1% dei ragazzi abruzzesi di età 11-15 anni manifesta un livello di soddisfazione ‘insufficiente’ per la propria vita, il 36,3% del campione abruzzese ha dichiarato problemi di salute fisica o psichica e il 60,5% del campione ha riferito di aver assunto farmaci almeno una volta nell’ultimo mese. I dati sul contesto socio-affettivo familiare mostrano come quasi la metà dei quindicenni (il 46,3%) avesse difficoltà di dialogo con il padre e circa un quarto (il 26,2%) con la madre (tali proporzioni, tuttavia risultano più contenute nelle fasce di età più giovani, undicenni e tredicenni).

Indagini *ad hoc* sul benessere scolastico sono state condotte, in Abruzzo, nel 2010 e nel 2015 su un totale complessivo di 1198 studenti di scuole secondarie di I e di II grado. Gli adolescenti hanno compilato la School Wellbeing Scale di Konu & Rimpela, validata in italiano [D’Aloisio et al, 2016]. In entrambe le rilevazioni, la dimensione del benessere con più elevato punteggio, quindi ‘migliore’ è risultata quella delle relazioni sociali, la peggiore quella delle condizioni fisiche e ambientali della scuola, mentre l’autorealizzazione scolastica si attesta in posizione intermedia ma con differenze di genere significative (peggiore nei ragazzi rispetto ai ragazzi. La seconda indagine, nello specifico, ha fornito dati suggestivi sul fatto che il benessere scolastico possa svolgere un ruolo di mediatore statisticamente significativo della salute in un contesto post-disaster (quale quello post-terremoto nel territorio dell’Aquila) [Scatigna et al, 2018]. In altri termini, dopo un evento emergenziale / disastro, assicurare buone condizioni nell’ambiente scolastico dovrebbe essere una priorità per la salute pubblica per mediare la promozione della salute giovanile. La situazione pandemica ha accelerato questo bisogno, come dimostrato da studi di letteratura sull’impatto della chiusura delle scuole e del lockdown relativamente all’impatto sul benessere psicologico, che evidenziano un peggioramento delle condizioni psicologiche, soprattutto fra gli adolescenti. [Minozzi et al, 2021]

Nell’indagine HBSC-2018, è stato indagato anche l’impatto problematico delle tecnologie digitali e dell’abuso di social media attraverso indicatori validati come la Social Media Disorder Scale: i dati rilevano che mediamente circa il 10% dei ragazzi abruzzesi è interessato da questa condizione con una differenza di genere e maggiore rischio per le ragazze [HBSC, 2018]. Tuttavia, uno studio condotto in Italia per valutare gli esiti sanitari e sociali dell’uso eccessivo di smartphone tra bambini e adolescenti italiani durante la pandemia di COVID-19, ha evidenziato aspetti negativi ma anche positivi nell’uso degli smartphone tra i giovani, per esempio per mantenere le connessioni personali, per le attività scolastiche / di apprendimento, per attività di intrattenimento, fornendo sostegno psicologico e sociale. Comunque, è stato osservato un significativo aumento dell’abuso e della dipendenza. Ciò ha portato a molti casi clinici (sonno, disturbi della vista e muscoloscheletrici), psicologici (distrazione,



modificazione dell'umore, perdita di interesse) e sociale (approccio superficiale all'apprendimento, isolamento). [Serra et al, 2021]

Nonostante tali preoccupazioni, va riconosciuto che la tecnologia è parte integrante della vita dei giovani, essi tendono a non separare le attività 'online' e 'offline' e dunque, anche le attività educative, di prevenzione, devono tener conto di questo nuovo modello di vita e utilizzare nuovi strumenti per sfruttare tali canali di accesso [Sport England, 2014]. Come già riferito, anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel suo Piano di Azione per la Salute Mentale, esplicitamente suggerisce di potenziare l'uso dei social media per le strategie di promozione e prevenzione. [WHO, 2013].

Incidenti domestici e stradali

Il 2020 è segnato, nel complesso, da una drastica riduzione delle vittime per incidenti stradali rispetto al 2019, a seguito del periodo di pandemia da Covid-19 (-24,5%) tuttavia, una nota particolarmente negativa, è rappresentata dall'aumento delle morti tra i bambini. Sono 37 quelli tra 0 e 14 anni che hanno perso la vita in incidenti stradali nel 2020 (35 nel 2019). In particolare, nella classe di età 5-9 anni le vittime salgono da 4 a 10 e nella classe 10-14 anni da 14 a 19. In Abruzzo nel 2019 si erano verificati 78 decessi per incidenti stradali mentre nel 2020 se ne registrano 59, con un tasso di riduzione di -25,3% (tra i meno rilevanti registrati nell'anno della pandemia) [Istat, incidenti stradali 2018-2020]

In Abruzzo, nel 2019, dalle indagini multiscopo ISTAT, i cittadini hanno dichiarato di aver subito 16,1 incidenti domestici negli ultimi tre mesi su 1000 intervistati, un valore superiore alla media nazionale pari a 12,5 su 1000. La distribuzione per regione di residenza della consapevolezza del rischio di infortunio domestico ha fatto emergere un dato allarmante per la nostra regione, poiché il valore più basso si è registrato per l'Abruzzo (3,6%). In letteratura, durante il lockdown si è osservato un aumento degli incidenti domestici nelle fasce di età evolutiva e dei traumi cranici per sospetto abuso/violenza. [Saulle et al, 2021]

La presente sintesi fa riferimento al documento *in extenso* inserito nella cartella 'Documentazione allegata' al quale si rimanda per maggiore completezza.

L'esperienza scolastica può contribuire in modo sostanziale e insostituibile alla salute degli studenti e al loro benessere e a quelli della comunità di appartenenza. Tale assunto è stato al centro di numerose iniziative da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dell'UNICEF, dell'UNESCO, dei Centers for Disease Control and Prevention degli Stati Uniti (CDCs), della International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) di network europei come la rete School for Health in Europe. Un ampio spettro di strategie è stato codificato negli ultimi trent'anni tra cui la più nota è la *Health Promoting School*. Tutte hanno in comune il concetto che le scuole sono efficaci quali ambienti per promuovere la salute nella misura in cui esse sono "in salute" come organizzazioni di per sé, cioè se risulta orientato alla salute e al benessere ogni aspetto della vita scolastica, dalle politiche scolastiche, all'ambiente fisico e sociale, dai metodi e programmi di insegnamento-apprendimento alle relazioni con la comunità e il territorio dove la scuola è inserita, fino alla creazione di collaborazioni costruttive con i Servizi Sanitari e Sociali. Per questo è necessario che le Scuole si impegnino a gestire attivamente la propria specifica titolarità nel governo di tali



determinanti di salute e cioè è stato definito, in Italia, dall'“Approccio globale alla salute”, formalmente recepito a livello istituzionale, in Italia, dall'Accordo Stato Regioni del 17/01/2019 (“Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute”) [Accordo della Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 17/01/2019].

Nella Regione Abruzzo, attualmente è in vigore il Protocollo di Intesa firmato in data 23 luglio 2019, di durata triennale, successivo alla DGR n.327 del 10 giugno 2019 con cui veniva anche recepito l'Accordo Stato Regioni del 17/01/2019 (“Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute”), sopracitato. Nell'ambito di questo Protocollo di Intesa, Regione e Ufficio Scolastico Regionale si impegnano a collaborare per favorire e sostenere lo svolgimento a livello scolastico di programmi volti a garantire interventi di educazione e promozione della salute, siccome previsto dai vigenti Piani regionali della Prevenzione, in particolare il redigendo PRP 2020-2025 (Art.4 comma 3). Inoltre, viene esplicitamente definito, l'impegno a costituire ed attivare un Gruppo di lavoro interistituzionale formato da rispettivi rappresentanti, le cui attività rientrano nei compiti istituzionali.

Stato dell'arte della Promozione della salute a scuola nella Regione Abruzzo: dati da studi di sorveglianza e ad hoc

La Regione Abruzzo, dall'avvio del Programma Nazionale “Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari” approvato dal Governo con Decreto del presidente del Consiglio dei ministri (Dpcm) il 4 maggio 2007 in accordo con Regioni e Province autonome, ha iniziato a partecipare insieme alle altre Regioni, a un lento percorso di collaborazione tra istituzioni diverse. Attività formative centralizzate congiunte tra rappresentanti del settore sanitario e scolastico, l'istituzione di un Tavolo di Lavoro Regionale e la riflessione sulle precedenti azioni di educazione alla salute nella scuola hanno fatto emergere, già all'epoca, alcuni aspetti critici come la frammentarietà degli interventi; l'insufficiente comunicazione di ritorno sui risultati conseguiti; la carente implementazione di buone pratiche; la grande difficoltà di giungere a una valutazione funzionale dei progetti e l'episodicità che li caratterizza.

Tali circostanze, purtroppo, permangono a tutt'oggi, a causa della solo parziale realizzazione delle attività programmate nel precedente Piano della Prevenzione 2014-2018. Infatti, tra le azioni del Programma 2 ‘A Scuola di Salute’, al primo punto era stata inserita la creazione della Rete Abruzzese delle Scuole Promotrici di Salute, con il relativo programma di azioni, che però non è stata ancora realizzata e che sarà oggetto del presente PP1.

A tutti i livelli scolastici, tuttavia, non mancano le iniziative e le collaborazioni intersettoriali ascrivibili all'ambito della promozione della salute, soprattutto sulle tematiche dei corretti stili di vita alimentari e della promozione dell'attività fisica, anche se per alcune di esse con minore frequenza rispetto alla media nazionale.

Nelle Scuole Primarie, come rilevato dall'indagine di sorveglianza OKkio alla Salute del 2019, elevata è stata la proporzione di istituti che hanno inserito attività di educazione nutrizionale curricolari (l'88%) o che si sono attivate per migliorare l'offerta di attività motoria scolastica anche attraverso il coinvolgimento di esperti esterni (il 98,3%). Tuttavia, in misura minore che in altre regioni, sono state attivate iniziative non curricolari, per esempio la distribuzione di frutta o latte o



yogurt (solo il 27,0%), o la possibilità di svolgere attività fisica extracurricolare nell'edificio scolastico anche in orario non scolastico (il 46,5%). Solo il 3.6% delle scuole ha intrapreso iniziative sulla riduzione del consumo di sale. Circa un quarto delle scuole ha dichiarato collaborazioni intersettoriali per la realizzazione di programmi di educazione alimentare, e i Servizi Sanitari della ASL costituiscono un partner privilegiato, a seguire organizzazioni di volontariato (21,2%), Associazioni di agricoltori/allevatori (20,9%) e Comuni (2,7%). Le iniziative di promozione di sane abitudini alimentari e di attività motoria nei bambini coinvolgono attivamente la famiglia solo nel 38% delle scuole campionate. Limitato appare anche il coinvolgimento degli insegnanti in attività formative che, quando effettuate hanno riguardato soprattutto l'alimentazione e, meno, altri aspetti dello stile di vita e del benessere (da una indagine *ad hoc*, in particolare, solo 6 % l'approccio della Scuola Promotrice di salute). [Renzetti et al, 2021]

Nel livello di istruzione secondario, dallo studio HBSC – Abruzzo 2018, emerge come dichiarato dai Dirigenti che nella maggior parte delle scuole sono state adottate 'abituamente' iniziative riguardanti le competenze sul tema attività fisica e sport (86%), per la prevenzione della violenza e del bullismo (79%), sull'abuso di sostanze (53%) e su nutrizione/alimentazione (52%). Circa la metà dei capi di istituto hanno riferito il coinvolgimento degli studenti nello sviluppo di policies scolastiche e la considerazione delle opinioni degli studenti nelle decisioni che competono la scuola.

Nel maggio 2016, fu proposta alle scuole che si accingevano a partecipare al Programma 'A Scuola di Salute' del PRP 2014-2018 della Regione Abruzzo, quale attività preliminare, la compilazione di un questionario di autovalutazione, che permettesse la verifica del livello attuale di aderenza al modello di Scuola Promotrice di Salute delle singole realtà scolastiche e che ad oggi può costituire una esperienza pilota e una base di conoscenza, benché limitata per il presente PP1. Lo strumento utilizzato è il Questionario di Valutazione Rapida, messo a punto dal network europeo School for Health in Europe (SHE - Rapid Assessment Tool) in una traduzione locale, non ufficiale, eseguita all'uopo nel 2016. Risposero complessivamente 27 Istituti con Scuola dell'Infanzia, 30 con Scuola Primaria, 20 con Scuola Secondaria di I grado e 11 con Scuola Secondaria di II grado, alcuni dei quali Comprensivi o Omnicomprensivi, quindi impegnati nella gestione di più livelli di scuola. Riguardo alle policies scolastiche per la salute: solo nel 17,1 % dei casi è risultato che la Scuola avesse del tutto realizzato l'aspetto della produzione di direttive scritte sulla salute e sul benessere di studenti e personale docente e non docente, che comprendono la promozione della salute e del benessere, la prevenzione e la gestione di problemi di salute. Considerando l'orientamento della scuola al tema della salute della propria comunità, solo la metà degli istituti conferma di mettere in atto attività in grado di realizzare completamente l'obiettivo della conoscenza dei livelli di salute fisica, mentale e sociale dei propri studenti e del personale e solo nel 19,5 % dei casi è completamente possibile stimare i comportamenti dello stile di vita anche in relazione a fattori determinanti di background socio-demografico. Passando all'ambiente fisico della scuola, solo nel 26.8% delle scuole i servizi come le aree-gioco, le aule, i bagni, la mensa e i corridoi sono giudicati 'completamente' idonei a una facile fruizione da parte degli studenti, sicuri, puliti e consentono di mantenere un adeguato standard igienico (es. disponibilità di sufficiente sapone per le mani e tovagliette di carta nei bagni) per tutti gli studenti. Allo stesso modo, solo nel 34.2% delle scuole, i servizi come le aree-gioco, le aule, i bagni, la mensa e i corridoi sono appropriati rispetto all'età, al genere e per gli studenti con bisogni speciali.



L'accesso da parte di studenti e personale alle strutture scolastiche per svolgere attività fisica al di fuori dell'orario scolastico, è del tutto realizzato solo nel 32,5% dei casi. In poco più di un quarto delle scuole (26,8%), le strade che portano alla scuola sono state valutate per nulla sicure e articolate da incoraggiare gli studenti a svolgere attività fisica (es. andare in bicicletta o a piedi). Solo nel 12,8% dei casi iniziative di promozione della salute che prevedono la pratica e lo sviluppo delle life skills sono inserite in programmi svolti in orari extrascolastici (es. dopo-scuola) e un counselling psicologico per colloqui a richiesta da parte di studenti è sempre disponibile a scuola nel 36,6% delle scuole e il 17,5% di esse non ha per nulla a disposizione personale specialistico di tipo socio-sanitario che risulti coinvolto in attività di promozione della salute e che lavori a stretto contatto con l'amministrazione scolastica per inserire tematiche di salute nel curriculum. Sul versante dei programmi sul rafforzamento dell'health literacy, i programmi riferiti alla salute mentale erano offerti con minor frequenza rispetto a quelli su comportamenti salubri, in quanto la loro realizzazione risultava pienamente garantita, rispettivamente dal 12,2% vs 48,8% delle scuole. Solo il 9,8% delle scuole prevedeva lo svolgimento regolare di breaks attivi durante le lezioni e negli intervalli. La connessione con la comunità in cui la scuola è inserita emerge come un altro aspetto poco sviluppato, in quanto solo il 14,6% dei referenti valuta del tutto realizzata la partecipazione attiva alla vita della comunità scolastica dei genitori e solo nel 31,7% dei casi le scuole hanno 'del tutto' stabilito delle collaborazioni con partners locali come clubs sportivi, associazioni di giovani, agenzie per la salute, servizi di counselling, servizi di ristorazione, commerciali ecc. Infine, la salute del personale scolastico è risultato un elemento molto critico. Infatti, è stato riconosciuto come la scuola garantisce 'del tutto' al personale: l'offerta di attività formative e di rafforzamento delle proprie capacità finalizzate alla promozione della salute e del benessere della comunità scolastica solo nel 19,5% dei casi; risorse sufficienti a disposizione per fornire al personale scolastico aggiornamenti su tematiche di salute, compresa la promozione della salute mentale solo nel 9,8%; attenzione a promuovere un equilibrio tra lavoro e vita privata del personale, un carico di lavoro ragionevole e garantisce un ambiente aperto alla discussione su problemi di lavoro e stress solo nel 14,6% dei casi; supporto per il personale nel raggiungimento e nel mantenimento di uno stile di vita salubre anche attraverso la creazione di un ambiente favorevole alla salute solo nel 19,5% dei casi.

Progetti attivati nell'ambito del Precedente PRP 2014-2018 e Progetti CCM riferiti alla scuola

1. *"A scuola... di salute" (Sana alimentazione per una scuola in salute)*

Il programma è stato realizzato dalla ASL di Teramo con un accordo di collaborazione con il Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità. Il target del progetto sono gli studenti e gli insegnanti della scuola primaria. Sono stati realizzati, quali prodotti: Corso di formazione a distanza (FAD); prodotto didattico interattivo Stili di vita salutari nei bambini in età scolare. Risorsa realizzata nel 2018 e già utilizzata da circa 700 insegnanti scuola primaria Regione Abruzzo.

2. *"Scuola in Movimento" (Incremento dell'attività motoria nelle classi prime e seconde della scuola primaria).*



Il progetto è stato realizzato sulla base di una intesa tra la Regione Abruzzo, il CONI regionale, l'Ufficio scolastico regionale e le università di Chieti-Pescara e dell'Aquila. L'attività è stata finanziata per 4 anni scolastici consecutivi, dal 2015-16 al 2018-2019. Il progetto ha previsto 2 ore di attività motoria settimanali per gli alunni delle classi prime e seconde, in cui gli insegnanti sono stati affiancati da un diplomato ISEF, o da un laureato in Scienze motorie.

3. *Prevenzione del disagio psicosociale: implementazione del programma Unplugged*

Il programma “Unplugged” è un programma scolastico standardizzato, attuato in diversi paesi europei, basato su un approccio di influenza sociale comprensivo (comprehensive social influence approach), mirato alla prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti.

4. *Progetto CCM – 2019 “Approccio sistemico ed ecologico per la promozione dell'attività fisica nel setting scolastico: Whole Active Health Promoting Schools (WAHPS)”*

Il progetto, di durata biennale (24 mesi a partire dal dicembre 2019) è stato finanziato nell'ambito del Programma della Prevenzione 2019 del Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute. Ha un'articolazione multicentrica con unità operative in quattro regioni: Abruzzo, Lombardia, Emilia-Romagna e Marche e coordinato dalla Regione Abruzzo (ente Partner) e dall'Università degli Studi dell'Aquila che ne ha la responsabilità scientifica.

Il contesto emergenziale dovuto alla pandemia da Covid-19, in particolare l'impatto sulle attività dei soggetti coinvolti nella realizzazione del progetto (scuola e servizio sanitario) ne ha di fatto interrotto lo svolgimento. Sono state svolte attività di tipo gestionale (due riunioni centrali di progetto, una in presenza pre-pandemica e una durante la fase di lockdown). Le UU.OO. della Regione Lombardia, della Regione Emilia-Romagna e della Regione Marche hanno stipulato atti di intesa con Uffici Regionali Scolastici, Enti Locali e Reti di Scuole Promotrici di Salute preliminari alla gestione operativa ed economica del progetto.

Alcune attività preliminari di tipo scientifico – operativo sono state svolte dalla U.O. della Regione Lombardia: la produzione di materiali fruibili dalle scuole, il sostegno ad alcune realtà scolastiche del proprio territorio rispetto agli obiettivi di favorire l'attività motoria degli alunni nel contesto Covid-19 già da novembre 2020 a cui è seguita una webinar nel marzo 2021.

3.1.3 Scheda di programma

3.1.3.1 Descrizione dal PNP

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



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

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

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

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

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

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

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

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



rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.

3.1.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

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

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

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

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

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

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



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

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

3.1.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

Nella Regione Abruzzo, l'esperienza maturata nei decenni trascorsi, in particolare dopo l'avvio Programma Nazionale "Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari" (DPCM del 4/5/2007) ha visto la realizzazione di attività di formazione e interventi specifici, coordinati a livello provinciale e regionale sulla base della collaborazione tra uffici scolastici di livello regionale e provinciale, ASL territoriali e altre istituzioni ed enti (ad es. università, enti di promozione sportiva). Tuttavia essa è stata caratterizzata da una relativa discontinuità temporale e disomogeneità territoriale e dalla mancata realizzazione di un approccio comprensivo e di un lavoro di rete strutturato riguardo alla promozione della salute nel setting scolastico.



I processi che devono essere messi in atto per costruire una Scuola che promuove Salute sono complessi e rendono necessario armonizzare competenze diverse, trovare soluzioni condivise e, quindi, una ampia collaborazione tra gli stakeholders dei diversi settori coinvolti. Sulla base delle esperienze europee e regionali italiane, la creazione di una coesione tra diversi stakeholders che contribuisca all'innesco di un cambiamento di comunità, appare un obiettivo realizzabile.

Tale collaborazione è attualmente formalizzata, nel territorio abruzzese, dal Protocollo di Intesa firmato in data 23 luglio 2019, di durata triennale, successivo alla DGR n.327 del 10 giugno 2019 con cui veniva anche recepito l'Accordo Stato Regioni del 17/01/2019 ("Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute") di ispirazione per il presente PP1. Nell'ambito di questo Protocollo di Intesa, Regione e Ufficio Scolastico Regionale si impegnano a collaborare per favorire e sostenere lo svolgimento a livello scolastico di programmi volti a garantire interventi di educazione e promozione della salute, siccome previsto dai vigenti Piani regionali della Prevenzione, in particolare il redigendo PRP 2020-2025 (Art.4 comma 3). Inoltre, viene esplicitamente definito, l'impegno a costituire ed attivare un Gruppo di lavoro interistituzionale formato da rispettivi rappresentanti, le cui attività rientrano nei compiti istituzionali.

Come illustrato nell'analisi di contesto, l'esperienza abruzzese nei precedenti di Piani di Prevenzione ha evidenziato molti gaps, dal punto di vista organizzativo e operativo, rispetto gli indirizzi di policy integrate pur recepite da atti normativi ufficiali. Pertanto, emerge molto forte la necessità che il Gruppo di Lavoro assuma carattere permanente e più efficacemente operativo, in modo da assicurare una funzione di 'cabina di regia' per la realizzazione del Programma Scuola del PRP 2020-2025 attraverso la realizzazione di un coordinamento esteso e partecipato con tutti i soggetti interessati. Oltre alla designazione dei componenti del *Gruppo di Lavoro Interistituzionale permanente di confronto e monitoraggio delle azioni* il cui coordinamento organizzativo sarà di competenza del Dipartimento Sanità regionale, sarà necessario provvedere alla creazione di uno *staff regionale di programma con funzione tecnico-scientifica e gestionale* (Osservatorio Regionale Abruzzese per la Scuola Promotrice di Salute, ORASPS) composto da esperti di area scientifica, scolastica e sanitaria interno al Gruppo di Lavoro interistituzionale regionale. Tra i primi passi, viene programmata la stesura del "*Manifesto Abruzzese delle Scuole che Promuovono Salute*" che verrà elaborato in condivisione tra partecipanti del settore scolastico (USR, Dirigenti, Insegnanti), settore sanitario e socio - sanitario (Dipartimento Sanità, ASL) ed eventuali altri attori individuati dal lavoro di consultazione in seno al Gruppo Interistituzionale permanente nell'ottica della massima partecipazione.

Quale presupposto e sostanza del Programma Scuola, vengono previsti a livello regionale, percorsi formativi congiunti con l'obiettivo di accompagnare gli operatori sanitari e scolastici, ma anche altri stakeholders, nel processo di apprendimento dell'approccio e della logica della promozione della salute, favorendo anche l'assunzione dei rispettivi compiti e responsabilità per la sua implementazione. Quindi, anche per la formazione, è cruciale il principio della collaborazione intersettoriale, che permetta di costruire il rispetto e la comprensione dei ruoli, dei saperi e dei linguaggi professionali. La formazione propedeutica e permanente dovrà essere finalizzata a consentire la preparazione necessaria per attuare pratiche eque ed inclusive, partendo dall'utilizzo di strumenti e sistemi di valutazione e autovalutazione, fino alla partecipazione all'*health equity assessment*.



Dunque, la scuola dovrà acquisire la titolarità dell'agire per realizzare un ventaglio di azioni a livelli di complessità crescenti: individuale, ambientale e sociale, ispirandosi ai principi di 'buona pratica', trovando spunti per una messa a punto della loro specifica strategia locale nelle buone pratiche già positivamente sperimentate altrove. Questo vuol dire: in primo luogo, seguire un percorso operativo virtuoso, dall'analisi del proprio profilo di scuola, alla formulazione di obiettivi, valutazione, comunicazione e documentazione, tenendo conto della trasferibilità, sostenibilità e delle possibili alleanze nella comunità; in secondo luogo, essere in grado di individuare gli interventi più idonei, già sperimentati e validati o realizzarne con il metodo della ricerca-azione propri ispirati ai principi di best-practice. A livello regionale, viene programmata la stesura e la diffusione, da parte dello staff tecnico-scientifico regionale del *Documento regionale di pratiche raccomandate*. Tra gli interventi a catalogo, saranno inseriti alcuni già individuati sulla base di precedente expertise e/o oggetto di Programmi collegati nel presente Piano Regionale delle Prevenzione (WAHPS, Progetto CCM 2019; TOYBOX; "Attività fisica e differenze di genere", azione equity-oriented del PP2; "Liberamondo" cresci e sogna libero: vivi in-dipendente, del PP4; Corretti stili di vita e promozione della salute sui luoghi di lavoro, del PP3; La cultura della sicurezza negli ambienti di vita dei minori: un approccio informativo, partecipato e condiviso, del PP5; A scuola con il REACH e il CLP... insieme per essere più sicuri del PP9; Promozione della sicurezza nutrizionale e alimentare con particolare riferimento alla ristorazione collettiva e le opportunità di formazione ed educazione sanitaria della comunità scolastica).

L'approccio globale della scuola promotrice di salute è un approccio di setting orientato quindi a definire interventi sistemici per offrire maggiori chances di salute possibile ai soggetti che la vivono. Tuttavia, si tratta di un sistema 'aperto' inserito in un contesto ambientale, fisico, sociale e culturale più ampio (comunità, area geografica, web) che offre sfide ed opportunità nella misura in cui si è in grado di costruire partnerships positive non solo con soggetti e settori esterni alla scuola, ma anche in termini di scambio collaborativo e cooperativo tra i diversi istituti scolastici, in modo formalizzato e strutturato. Nella Regione Abruzzo, la costruzione della Rete, quale organismo formalizzato, non è stata realizzata fino ad ora, nonostante fosse stata inserita nel precedente PRP 2015-2018. Nel presente PRP 2022-2025, si intende stendere e rendere operativo un "Accordo costitutivo della Rete Abruzzese delle Scuole che Promuovono Salute", dando avvio, a tutti gli effetti, alla costruzione della Rete (entro la fine del 2022) e iniziare la raccolta delle adesioni, da parte di un numero crescente di scuole della Regione Abruzzo (pubbliche, paritarie, di ogni ordine) e mirando anche ad aprirsi ad esperienze di livello internazionale, come l'adesione alla rete europea "School for Health in Europe Network Foundation" promosso dalla regione europea della OMS, dal Consiglio e dalla Commissione Europea.

Nella gestione di programmi e organizzazioni, come quelli del presente PP1 e della Rete Abruzzese delle Scuole che Promuovono Salute, caratterizzati da livelli complessi di interazioni interne ed esterne, è opportuno definire obiettivi e una strategia di comunicazione. Una comunicazione efficace in seno alle attività regionali della Rete SPS dovrebbe essere finalizzata a permettere l'individuazione dell'organizzazione in modo immediato, efficace e non equivoco, attraverso la definizione e l'uso corretto della sua precisa denominazione, di un marchio-logotipo, la costruzione di canali comunicativi quali il proprio sito web, proprie pagine su piattaforme di social media, l'utilizzo di news letters per veicolare informazioni di servizio, materiali tecnico-scientifici, reportistica, ecc. diffondendo la conoscenza e fungendo da ispirazione per la diffusione dell'approccio della scuola che promuove salute. Inoltre, la comunicazione dovrebbe essere utile a far conoscere la Rete SPS come



organizzazione di riferimento e preferenziale dai soggetti interessati a stabilire collaborazioni (in primo luogo le scuole, ma anche altri stakeholders) e scambio di idee sulla questione della salute a scuola, nell'influenzare le scelte delle agende politiche sul tema e l'operatività degli enti locali e delle organizzazioni governative anche con azioni di supporto / advocacy. All'interno della Rete, una comunicazione efficace permetterà di condividere le esperienze dei partecipanti di tutti i settori, a gruppi e singoli per incoraggiare e migliorare la qualità dell'attuazione dei programmi. E, infine, comunicando efficacemente sarà possibile incrementare il numero di soggetti partecipanti e allargare l'estensione dei risultati di salute a livello territoriale. Il fulcro del piano di comunicazione, sarà lo sviluppo di una piattaforma web, in coerenza con la strategia precedentemente illustrata, per la digitalizzazione dei processi comunicativi, la raccolta dei dati, la diffusione di materiali.

I fattori che influenzano la salute dei bambini e degli adolescenti sono numerosi e si intersecano a differenti livelli, da quello individuale a quello ambientale e le disuguaglianze sono il risultato di complesse interazioni tra essi, a livello prossimale, intermedio e distale e i fattori sociali interagiscono con i fattori dell'ambiente fisico e comportamentali. Per una riduzione effettiva delle disuguaglianze, la promozione della salute deve contribuire e supportare il processo di cambiamento: si tratta di adottare un approccio 'equity oriented' con metodo e utilizzando strumenti che consentano l'analisi dei processi e dei risultati, attraverso un processo ciclico (ad es. l'Health Equity Audit - HEA). Allo stato attuale, con i dati a disposizione a livello regionale in Abruzzo, dal profilo di salute ed equità descritti in premessa al presente PP1 è stata ricavata una matrice di vulnerabilità / condizioni di rischio che associa fattori di disuguaglianze a specifiche condizioni di salute sociale e fisica utile all'implementazione di un approccio equity-oriented. Tuttavia, non sono presenti indicatori strutturati per l'età evolutiva nei sistemi dati correnti sul complesso di variabili determinanti di disuguaglianze di salute e variabili di esito per l'intera fascia di età evolutiva e per tutte le dimensioni della salute fisica, mentale e sociale. Va detto, però che le scuole hanno, attualmente, sistemi di valutazione interni implementati in modalità informatica e gestiti dall'Ufficio Scolastico Regionale (RAV, PDM, PAI, Invalsi) per la valutazione del sistema educativo di istruzione e di formazione. Questi sistemi potrebbero essere armonizzati con gli strumenti delle Scuole che Promuovono Salute per la rilevazione del Profilo di Salute e il completamento del ciclo HEA, dal micro-livello (i.e. istituto) al macro-livello (i.e. regionale). Il monitoraggio delle attività all'interno della Rete SPS, consentirebbe, in questo modo, la raccolta di indicatori sia sul livello di implementazione di un approccio Equity-Oriented sia la sua efficacia in termini di riduzione delle disuguaglianze di salute nella popolazione scolastica a livello Regionale. Inoltre, si punterà ad applicare strumenti che consentano di valutare predittivamente l'adeguatezza delle pratiche che si stanno adottando rispetto a quanto sono in grado di superare le barriere delle disuguaglianze, a diversi livelli ad esempio, al macro-livello, per stabilire l'adeguatezza dell'orientamento alla equità del programma PP1 del Piano Regionale Abruzzo; al meso-livello, per predire, ad esempio, il superamento delle barriere allo svolgimento di attività fisica sufficiente nei bambini svantaggiati, mediante la pianificazione di interventi a livello locale come la creazione di spazi pubblici per il gioco attivo (marked playground); al micro-livello, per valutare il superamento della vulnerabilità sociale, ad esempio attraverso la rilevazione del numero di scuole dell'infanzia che svolgono un intervento di prevenzione dell'obesità precoce nelle quali vengano raggiunte famiglie straniere. Quest'ultimo fenomeno, l'obesità infantile precoce, è stato individuato un obiettivo prioritario, nel momento storico della crisi innescata dalla diffusione del COVID-19: anche se non sono disponibili dati regionali abruzzesi, la letteratura scientifica nazionale e internazionale rende plausibile un peggioramento in atto dello stato nutrizionale di bambini e adolescenti in seguito



alle misure di confinamento adottate nei due anni scolastici interessati dall'evento pandemico e l'età prescolare rappresenta un periodo ottimale per contrastarlo.

In termini operativi, sono state declinate sette azioni, orientate globalmente a consentire la realizzazione di quanto sopra esposto.

Nella Regione Abruzzo, la Scuola che Promuove Salute è stata riconosciuta come un elemento centrale della vita delle comunità e punto di intersezione di molti obiettivi e azioni che riguardano altri ambiti della prevenzione. Per questo, nel contesto del PRP dell'Abruzzo, le strategie definite nel presente PP1, ovvero la costituzione e la messa a regime della collaborazione strutturata e continua di tipo intersettoriale, la formazione congiunta, la comunicazione, la creazione in modo formalizzato, della Rete Abruzzese delle SPS, la cura per le attività di comunicazione fondate sui processi di digitalizzazione e, infine, l'approccio equity oriented, costituiranno un fondamento per l'avanzamento dei livelli di salute e di benessere della popolazione tutta.

3.1.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

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



FORMAZIONE

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

COMUNICAZIONE

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



EQUITÀ

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

3.1.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP01_OS02	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")
PP01_OS02_IS01	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")
formula	presenza
Standard	disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali
Fonte	Regione
PP01_OS02_IS02	Sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"
formula	presenza
Standard	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022;Disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023
Fonte	Regione
PP01_OS03	Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.
PP01_OS03_IS03	Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute
formula	presenza di 1 Rete regionale di "Scuole che Promuovono Salute" formalizzata da MIUR - USR
Standard	Rete regionale formalizzata entro il 2022
Fonte	MIUR - USR.



PP01_OS01	Diffondere l'adozione dell'“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo
PP01_OS01_IS04	Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete (* Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola)
formula	(N. Istituti scolastici * che aderiscono formalmente alla Rete con impegno a recepire l'“Approccio globale” e a realizzare gli interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”) / (N. Istituti scolastici presenti sul territorio regionale) *100
Standard	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro 2024; almeno il 30% entro il 2025
Fonte	Regione, Anagrafe MIUR (“Scuole in chiaro”)
PP01_OS01_IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate
formula	(N. Scuole* che realizzano almeno 1 intervento di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”) / (N. Scuole presenti sul territorio regionale la cui Direzione Scolastica ha aderito alla Rete) *100 (* Per Scuole si deve intendere il plesso o la tipologia di indirizzo (es. liceo scientifico, liceo tecnologico, istituto agrario, ecc.): quindi nell'anagrafe MIUR i rispettivi codici meccanografici.)
Standard	almeno il 50%, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione, Anagrafe MIUR (“Scuole in chiaro”)
PP01_OS01_IS06	Scuole raggiunte dal Programma - Attuazione dell'intervento Toybox
formula	(N. Scuole dell'infanzia* che realizzano l'intervento ToyBox) / (N. Scuole dell'Infanzia presenti sul territorio regionale la cui Direzione Scolastica ha aderito alla Rete) *100
Standard	almeno il 30%, ogni anno a partire dal 2023
Fonte	Gruppo di lavoro PP1 - Regione Abruzzo

3.1.6 Azioni

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (1 di 7)	Consolidamento dell'Alleanza Scuola - Sanità - Comunità e realizzazione di un Coordinamento Operativo Regionale Abruzzese per le Scuole che Promuovono Salute.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola	



valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico	
OT01IT01	Accordi intersettoriali (a)
OT01IT02	Accordi intersettoriali (b)
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

BACKGROUND

La complessità dei processi che devono essere messi in atto per costruire la Scuola Promotrice di Salute così come definita, presuppone la necessità di armonizzare competenze diverse, di trovare soluzioni condivise e, quindi, una ampia collaborazione tra gli stakeholders dei diversi settori coinvolti. L'intersettorialità è connotata modello di Scuola che Promuove Salute. Essa sarà realizzabile nella misura in cui il settore della scuola, della sanità, della formazione superiore e ricerca scientifica sapranno realizzare una collaborazione concreta, paritaria e virtuosa aprendosi alla comunità. La rilevanza del problema della collaborazione intersettoriale, quale nodo cruciale della Health Promoting School, è sottolineato in documento-guida dell'IUHPE orientato a esaminare i vincoli e le soluzioni [IUPHE, 2013].

Sulla base delle esperienze europee e regionali italiane (regione Lombardia, regione Piemonte, in particolare) è un obiettivo realizzabile la creazione di una coesione tra diversi stakeholders che contribuisca all'innescamento di un cambiamento di comunità.

In Abruzzo, tale collaborazione è attualmente formalizzata dal Protocollo di Intesa firmato in data 23 luglio 2019, di durata triennale, successivo alla DGR n.327 del 10 giugno 2019 con cui veniva anche recepito l'Accordo Stato Regioni del 17/01/2019 ("Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute") di ispirazione per il presente PP1. Nell'ambito di questo Protocollo di Intesa, Regione e Ufficio Scolastico Regionale si impegnano a collaborare per favorire e sostenere lo svolgimento a livello scolastico di programmi volti a garantire interventi di educazione e promozione della salute, siccome previsto dai vigenti Piani regionali della Prevenzione, in particolare il redigendo PRP 2020-2025 (Art.4 comma 3). Inoltre, viene esplicitamente definito, l'impegno a costituire ed attivare un Gruppo di lavoro interistituzionale formato da rispettivi rappresentanti, le cui attività rientrano nei compiti istituzionali.

Come illustrato nell'analisi di contesto, l'esperienza abruzzese nei precedenti di Piani di Prevenzione ha evidenziato molti gaps, dal punto di vista organizzativo e operativo, rispetto gli indirizzi di policy integrate pur recepite da atti normativi ufficiali. Pertanto, emerge molto forte la necessità che il Gruppo di Lavoro assuma carattere permanente e più efficacemente operativo, in modo da assicurare una funzione di 'cabina di regia' per la realizzazione del Programma Scuola del PRP 2020-2025 attraverso la realizzazione di un coordinamento esteso e partecipato con tutti i soggetti interessati.

FASI

L'azione si articolerà nelle seguenti attività:

Fase 1. Incontro preliminari tra rappresentanti istituzionali del Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo (Ufficio Prevenzione e Tutela Sanitaria), dell'Ufficio Scolastico Regionale, ASL abruzzesi e dei



referenti per il lavoro di programmazione del PRP 2020-2025 ai fini dell'avvio del processo partecipato. Saranno condivisi i contenuti e definiti i criteri e i metodi per la designazione dei componenti del Gruppo di Lavoro Interistituzionale permanente di confronto e monitoraggio delle azioni il cui coordinamento organizzativo sarà di competenza del Dipartimento Sanità regionale.

Fase 2. Creazione di uno staff regionale di programma con funzione tecnico-scientifica e gestionale (Osservatorio Regionale Abruzzese per la Scuola Promotrice di Salute, ORASPS) composto da esperti di area scientifica, scolastica e sanitaria interno al Gruppo di Lavoro interistituzionale regionale.

Fase 3. Stesura del “Manifesto Abruzzese delle Scuole che Promuovono Salute” che verrà elaborato in condivisione tra partecipanti del settore scolastico (USR, Dirigenti, Insegnanti), settore sanitario e socio - sanitario (Dipartimento Sanità, ASL) ed eventuali altri attori individuati dal lavoro di consultazione in seno al Gruppo Interistituzionale permanente nell’ottica della massima partecipazione. In tale documento, saranno ripresi i principi, gli obiettivi, l’impostazione strategica e gli indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute previsti dall’Accordo Stato Regioni del 17/01/2019, contestualizzandoli a livello regionale. Esso costituirà il riferimento per la diffusione del modello di Scuola che Promuove Salute tra gli istituti scolastici abruzzesi e la base per la costruzione della “Rete Abruzzese delle Scuole che Promuovono Salute”, offrendo un quadro teorico-culturale e metodologico a cui rifarsi per costruire efficaci programmi di promozione della salute in ambito scolastico. In esso verrà fatto riferimento anche alla sostenibilità degli stili di vita, per esempio attraverso la conoscenza dell’impatto non solo sulla salute ma anche ecologico dell’utilizzo dei prodotti chimici. Le Scuole che aderiranno s’impegheranno a operare sulla base delle indicazioni contenute nel Manifesto, declinandole in base al proprio contesto operativo.

Fase 4. Recepimento con nuovo Protocollo d’Intesa Sanità – Scuola del redigendo “Manifesto Abruzzese delle Scuole che Promuovono Salute”.

Fase 5. Incontri con rappresentanti di enti locali (es. ANCI, province), enti e associazioni di promozione sportiva (CONI, UISP, CSI, AICS, ACSI, ASC, OPES, ecc.), associazioni di categorie produttive (es. produttori alimentari, produttori agricoli, edilizia), associazioni di promozione culturale, di volontariato, di genitori esterni al sistema sanitario. In questi incontri verrà presentato il “Manifesto” e proposta la sottoscrizione di Accordi formali ai fini di sostenere/contribuire alle azioni nell’ambito del PP1. Questo sarà utile per favorire l’approccio di comunità, in particolare per quelle pratiche che richiedano la collaborazione delle istituzioni scolastiche con soggetti esterni (es. municipalità e gestione urbana del piedibus; allestimento di aree marked playgrounds; distribuzione di frutta e verdura nelle scuole) oltre che per consolidare i legami della scuola con il proprio territorio di appartenenza e incoraggiare il coinvolgimento di soggetti significativi nella vita scolastica. In più, sarà utile per quelle pratiche che richiedano competenze carenti tra il personale scolastico, in particolare esperti di scienze motorie, lavoratori dei settori artistico, agricolo, artigianale.

Fase 6. Accordo regionale formalizzato, che preveda il recepimento del “Manifesto”, con almeno un ente/associazione di area motoria-sportiva, con rappresentanti degli enti locali e, eventualmente, con altri dei soggetti succitati esterni al servizio sanitario. Nell’Accordo verrà esplicitamente fatto riferimento al presente PP1 e all’obiettivo della realizzazione delle azioni previste.



RIFERIMENTI

1. International Union for Health Promotion and Evaluation (IUHPE). Facilitare il dialogo tra il settore sanitario e quello scolastico per favorire la promozione e l'educazione alla salute nella scuola. 2013.

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (2 di 7)	IMPLEMENTAZIONE DI BUONE PRATICHE NELLE SCUOLE ABRUZZESI CHE PROMUOVONO SALUTE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.8 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "Pratiche Raccomandate" e/o "Buone Pratiche"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Diffondere l'adozione dell'"Approccio globale alla salute" nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	
OS01IS04	Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete (* Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola)
OS01IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate
OS02 Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")	
OS02IS01	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")
OS02IS02	Sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta
SETTING	scuola

DESCRIZIONE BACKGROUND

L'approccio storico alla salute nel setting scolastico è stato per molti anni quello dell'educazione sanitaria per temi, mediante interventi puntuali, svolti in classe su argomenti come le abitudini voluttuarie (fumo di sigaretta, sostanze psicotrope illegali, alcol, alimentazione, sessualità, sicurezza, attività fisica, ecc.). I metodi, poi, erano centrati sulla figura di esperti di settori (medici, psicologi, figure dell'ambito socio-assistenziale, sportivi, ecc.) senza prevedere la partecipazione attiva nelle fasi di progettazione e realizzazione delle attività da parte degli studenti, delle famiglie e altri soggetti della comunità scolastica. Nel tempo si è sviluppata l'idea che la promozione della salute scolastica è strettamente legata allo sviluppo personale e sociale, anche ai processi di apprendimento scolastico e quanto questi influiscano sulla riflessione e sulla percezione di sé come persona competente, sull'autostima e l'autoconsapevolezza. [Naidoo & Wills, 2009].

Si è sviluppato, quindi, un approccio sistemico (o globale) alla promozione della salute scolastica, dimostratosi più efficace, e basato sulla considerazione dei processi educativi-formativi, degli interventi classicamente intesi e di cambiamenti ambientali e di sviluppo sociale all'interno della scuola. Esso si basa su un modello di educazione alla salute partecipativo e orientato all'azione; sulla comprensione che gli studenti hanno propri concetti di salute e benessere; sullo sviluppo di politiche scolastiche che promuovano la salute e il benessere; sullo sviluppo di un sano ambiente scolastico fisico e sociale; sullo sviluppo di competenze utili per la vita (life skills); sulla creazione di legami efficaci con la famiglia e la comunità; su un utilizzo efficiente dei servizi sanitari nel contesto scolastico; sullo sviluppo della salute e del benessere degli studenti e del personale scolastico. [Fact-sheet #2]. Tale orientamento, può essere tradotto, seguendo il modello Lombardo delle Scuole Promotrici di salute in questi quattro ambiti strategici di intervento [Regione Lombardia, 2020]:

- *sviluppare le competenze individuali*, attraverso l'adozione di un curriculum formativo che comprenda, in modo strutturale, lo sviluppo delle tematiche sulla salute e delle relative competenze, affrontandole in modo integrato e interdisciplinare, attraverso metodologie educative attive che sviluppino competenze alla vita (life skills).
- *qualificare l'ambiente sociale* in termini di sostegno alle persone in difficoltà, di promozione del senso di appartenenza, di miglioramento del clima scolastico e di promozione della cultura della pro-socialità, non solo tra gli studenti, ma anche tra il personale scolastico, a partire dagli insegnanti;
- *migliorare l'ambiente strutturale e organizzativo*, creando e trasformando spazi e servizi favorevoli alla salute (mense scolastiche con offerta di prodotti salutari, palestre, cortili, piedibus ecc.).
- *rafforzare la comunicazione comunitaria* (costruire alleanze positive) curando le relazioni tra gli Istituti scolastici e le famiglie degli studenti e gli individui/gruppi chiave della comunità circostante.

Dunque, la scuola, dovrà acquisire la titolarità dell'agire per realizzare un ventaglio di azioni a livelli di complessità crescenti: individuale, ambientale e sociale, ispirandosi ai principi di 'buona pratica',



trovando spunti per una messa a punto della loro specifica strategia locale nelle buone pratiche già positivamente sperimentate altrove. Questo vuol dire: in primo luogo, seguire un percorso operativo virtuoso, dall'analisi del proprio profilo, alla formulazione di obiettivi, valutazione, comunicazione e documentazione, tenendo conto della trasferibilità, sostenibilità e delle possibili alleanze nella comunità; in secondo luogo, essere in grado di individuare gli interventi più idonei, già sperimentati e validati o realizzarne con il metodo della ricerca-azione propri ispirati ai principi di best-practice.

Le buone pratiche sono interventi/attività/programmi che "in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione", creando le condizioni affinché; operatori, decisori e portatori di interesse possano riflettere e confrontarsi in maniera costruttiva sugli elementi che hanno favorito la buona riuscita di un intervento di prevenzione e promozione della salute. In accordo con tale definizione, "buona pratica" è quindi un intervento che risponde al soddisfacimento di una serie di criteri comunemente condivisi, sintetizzabili in: fondamento teorico, etica provata efficacia (teorica e pratica); approccio partecipativo e collaborativo; rispondenza ai bisogni dei destinatari; disponibilità di risorse; efficienza e sostenibilità [Dors https://www.dors.it/bp_home.php ; Dors, 2011]

Per quanto riguarda il processo di modellizzazione la letteratura indica che una pratica è ritenuta efficace solo se è capace di individuare modelli per l'azione convenzionalmente ritenuti idonei dagli stessi addetti ai lavori, agendo quindi sul piano del dover essere apprezzato per utilità e fattibilità funzionale. [Regione Lombardia, 2014]

Esistono revisioni, raccolte, database di buone pratiche nell'ambito della promozione della salute a livello internazionale (JANPA, CHRODIS, ecc.) e nazionale (Pro.Sa) che consentono di individuare interventi/attività/programmi che le scuole possono implementare, in particolare rispetto alla adozione dell'approccio Health Promoting School, alla creazione di Reti, a tematiche specifiche (es. attività fisica, nutrizione, benessere mentale, ecc.).



FASI

L'azione si articolerà nelle seguenti attività:

Fase 1. Stesura e produzione, da parte dello staff tecnico-scientifico regionale (l'Osservatorio Regionale Abruzzese per la Scuola Promotrice di Salute, ORASPS, vedi Azione 1.1 – PP1) del "Documento regionale di pratiche raccomandate". Il documento, ispirato ai principi richiamati nel "Manifesto Abruzzese delle Scuole che Promuovono Salute" sarà composto da due parti:

1. *'Come diventare una Scuola che Promuove Salute'* nel quale saranno illustrati i passaggi da compiere a livello di istituto per realizzare l'approccio globale della SPS. In particolare, secondo il modello proposto dalla Rete School for Health in Europe SHE [SHE, 2013], verranno descritte le cinque fasi, ognuna delle quali contiene una serie di indicazioni e azioni da seguire per l'individuazione e l'implementazione di attività, interventi e strumenti: a) Avviare il processo; b) Valutare la situazione di partenza; c) Pianificare le azioni; d) Passare all'azione; e) Monitorare e valutare.

Tali fasi saranno ispirate ai seguenti criteri di buona pratica, come definito nei documenti programmatori di altre Regioni italiane [Regione Lombardia, 2013]:

- **Analisi.** Realizzare un'attività di analisi attraverso il metodo del profilo di salute della scuola, contribuendo a implementare il sistema informatico scolastico (i.e. RAV, PDM, PAI, Invalsi) gestito dall'Ufficio Scolastico Regionale;
 - **Obiettivi.** Formulare obiettivi smart (specifici, misurabili, raggiungibili, realistici e delimitati nel tempo) alla luce delle prove di efficacia presenti in letteratura e inseriti in un contesto teorico coerente;
 - **Valutazione.** Delineare e realizzare un'adeguata attività di valutazione dei programmi, sia rispetto all'impatto che rispetto al processo;
 - **Comunicazione.** Adottare sistemi di comunicazione dei programmi che siano chiari, efficaci ed accessibili;
 - **Documentazione.** Avere cura di provvedere ad una buona attività di documentazione (scritta, fotografica, audio-video) dei programmi realizzati;
 - **Trasferibilità.** Tenere conto della trasferibilità dei programmi avendo cura di valutare con attenzione le condizioni di contesto;
 - **Sostenibilità.** Stimare e adottare programmi che rispondano a requisiti di sostenibilità rispetto alle risorse a disposizione, ai tempi di realizzazione e ai vincoli esistenti;
 - **Alleanze.** Ideare e realizzare programmi con la collaborazione e l'alleanza operativa delle Aziende Sanitarie Locali e di altri soggetti sociali organizzati della comunità (enti locali, associazioni, cooperative, etc.).
2. *'Catalogo tematico delle buone pratiche'* nel quale verranno raccolte proposte validate nelle diverse aree tematiche, attingendo dalle banche accreditate, in primo luogo la banca Pro.Sa. Tra gli interventi a catalogo, saranno inseriti quelli già definiti quali azioni specifiche del presente PP1 e di altri Programmi Predefiniti:



- a. *WAHPS* (Progetto CCM 2019);
- b. *TOYBOX* (PP1, Azione 1.7);
- c. "*Attività fisica e differenze di genere*" (Azione Equity-Oriented del PP2). Il collegamento a tale azione del PP2 è in risposta a quanto rilevato nel Profilo di equità del presente PP1, cioè la necessità di superare le disuguaglianze di genere rintracciate rispetto allo stile di vita, in particolare attività fisica e sedentarietà, sia riferite alla popolazione studentesca (ragazze adolescenti inattive) che al personale scolastico di genere femminile; tale collegamento permetterà di promuovere la conoscenza dell'approccio della medicina di genere, nell'ottica della prevenzione e della promozione della salute.
- d. *Salute Orale per l'età evolutiva*, intervento rivolto alla scuola dell'infanzia, selezionato tra le buone pratiche della Banca Pro.Sa e già validato nella Regione Piemonte. Le attività prevedono incontri di formazione rivolti alle insegnanti di scuola primaria (materne ed elementari), la distribuzione di materiale informativo riprodotto a partire dai modelli del Ministero della Salute e relativi alla campagna 'I Denti Kit' attraverso le sedi ASL, gli Ambulatori dei PLS, le scuole). In una seconda fase saranno organizzate visite odontoiatriche gratuite finalizzate a uno screening precoce della carie su classi 'filtro' (per esempio, le terze elementari);
- e. "*Liberamondo*" *cresci e sogna libero: vivi in-dipendente* (PP4);
- f. *Corretti stili di vita e promozione della salute sui luoghi di lavoro* (PP3);
- g. *La cultura della sicurezza negli ambienti di vita dei minori: un approccio informativo, partecipato e condiviso* (PP5);
- h. *A scuola con il REACH e il CLP... insieme per essere più sicuri* (PP9). In particolare, questa ultima pratica consiste nell'utilizzo della piattaforma online di formazione predisposta dal Ministero della Salute (<https://www.reach.gov.it/node/1385>), indirizzata ai docenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado e ai loro studenti e finalizzata a aumentare la consapevolezza sul rischio per la salute correlato all'uso dei prodotti chimici, alla acquisizione dell'approccio REACH e del sistema di etichettatura CLP e all'impatto dell'utilizzo dei prodotti chimici caratterizzanti gli stili di vita sull'ambiente (eco-sostenibilità).
- i. Promozione della sicurezza nutrizionale e alimentare con particolare riferimento alla ristorazione collettiva e le opportunità di formazione ed educazione sanitaria della comunità scolastica. Sarà rafforzata la collaborazione con i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, nell'ambito dell'intervento '*Ridurre i disordini da carenza iodica*', che prevede il



recepimento di linee guida sulla presenza di sale iodato nelle mense scolastiche, anche tramite monitoraggio dei rilevamenti tramite software dedicato.

Le buone pratiche tematiche saranno proposte alle scuole evidenziando gli ambiti strategici nei quali esse agiscono (i.e. sviluppare le competenze individuali, qualificare l'ambiente sociale, migliorare l'ambiente strutturale e organizzativo, rafforzare la comunicazione comunitaria) e declinandone in questo modo tutti gli aspetti operativi e valutativi.

Il catalogo sarà aggiornato annualmente anche sulla base dei bisogni emergenti (di salute pubblica, percepiti, profilo di salute degli istituti). Esso sarà uno strumento utile a livello locale per le ASL. Le scuole saranno invitate a realizzare un numero definito di pratiche (es. 1-2 pratiche ogni biennio) e si impegneranno ad aggiornare con regolarità i propri indirizzi d'azione sulle base di evidenze e Buone Pratiche che si renderanno disponibili.

Il materiale sarà reso disponibile sulla piattaforma regionale abruzzese delle SPS, insieme alle altre risorse a supporto delle ASL, delle Scuole e degli attori tutti del Programma PP1 (atti di intesa e altri documenti istituzionali, Manifesto delle SPS Abruzzesi, strumenti di monitoraggio, aggiornamenti sulle attività di formazione, reportistica, link utili, forum, struttura e attività della Rete delle SPS, ecc.).

Fase 2. Allestimento di un sistema di ricognizione delle pratiche / interventi / azioni in atto nelle scuole abruzzesi.

Esso utilizzerà la piattaforma regionale abruzzese per la raccolta dei dati tramite moduli di inserimento online e schede standardizzate strutturate sulla base della classificazione delle pratiche e dei criteri di valutazione definiti a livello europeo e nazionale (https://www.retepromozionesalute.it/bd2_ipertesto.php).

Inizialmente, il sistema permetterà di monitorare la situazione baseline delle scuole e, successivamente, permetterà di monitorare il grado di realizzazione e implementazione delle buone pratiche secondo quanto proposto dal “Documento regionale di pratiche raccomandate” del presente PP1 / PRP 2020-2025.

Il monitoraggio sarà condotto in modo armonizzato e connesso con le azioni di formazione, comunicazione e costruzione della Rete Abruzzese delle SPS.

Fase 3. Produzione e diffusione di reports periodici.

Entro la fine del 2022 il gruppo tecnico-scientifico produrrà il primo report sulla progettazione baseline delle scuole abruzzesi e, a partire dal 2023, saranno prodotti report annuali sul livello di realizzazione del PRP 2020-2025. In particolare, saranno monitorati i dati per valutare, nel contingente di scuole della Regione Abruzzo, la diffusione delle pratiche raccomandate, il livello di recepimento del modello di SPS basato sull' ‘Approccio globale’, di adesione e sviluppo della Rete regionale SPS.



RIFERIMENTI

1. Naidoo J & Wills J. Foundations of Health Promotion. Baillière Tindall. 2009.
2. Regione Lombardia et al. Scuole che promuovono Salute. Rete SPS Regione Lombardia. Documento di Progetto - 2020. Fonte: Banca Pro.Sa. https://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=5614
3. School for Health in Europe (SHE). Promozione della salute nelle scuole: evidenze per azioni efficaci. Fact-sheet #2 https://www.dors.it/documentazione/testo/201709/SHE-Factsheet-2-IT_def.pdf
4. Dors – Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute. Buone Pratiche. https://www.dors.it/bp_home.php
5. Dors - Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute. Buone Pratiche cercasi. La griglia di valutazione Dors per individuare le buone pratiche in prevenzione e promozione della salute. 2011.
6. Regione Lombardia et al. La scuola che “fa bene”. L’esperienza della Rete delle Scuole che Promuovono Salute in Lombardia. Opuscolo. Maggio 2014.
7. School for Health in Europe (SHE). Manuale online per la Scuola. 2013. https://www.dors.it/documentazione/testo/201901/Manuale_Scuola_SHE_ITA.pdf
8. Regione Lombardia. “La Carta d’Iseo” Indirizzi Metodologici della Rete delle Scuole che Promuovono Salute. Febbraio 2013. https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/e4d8000a-fbca-4fdb-8012-5daadf40d145/Documento_ISEO_20_feb20131_def--2-.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-e4d8000a-fbca-4fdb-8012-5daadf40d145-m7iJURk.

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (3 di 7)	PREVENZIONE PRECOCE DELL’OBESITÀ INFANTILE: IMPLEMENTAZIONE DELL’INTERVENTO EUROPEO TOYBOX NELLA SCUOLA DELL’INFANZIA.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Diffondere l’adozione dell’“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l’adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell’ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	
OS01IS05	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate
OS03 Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.	



OS03IS03	Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

BACKGROUND

La prevalenza dell'obesità neonatale, infantile e adolescenziale sta crescendo in tutto il mondo [WHO, 2016]. Studi recenti mostrano come la tendenza a diventare obesi si manifesti fin dall'età di 6 mesi. [McCormick et al, 2010]. I dati che riguardano l'obesità in età evolutiva sono preoccupanti. Il numero di bambini e adolescenti obesi (dai 5 ai 19 anni) in tutto il mondo è aumentato di dieci volte negli ultimi quattro decenni. In soli 15 anni, dal 2000 al 2015, si è avuto un incremento di quasi 11 milioni. E nel 2019, 38 milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni erano in sovrappeso o obesi [WHO, 2017].

Anche se non sono disponibili dati regionali abruzzesi, la letteratura scientifica nazionale e internazionale rende plausibile un peggioramento in atto dello stato nutrizionale di bambini e adolescenti in seguito alle misure di confinamento adottate nei due anni scolastici interessati dall'evento pandemico [Saulle et al, 2021].

L'età prescolare rappresenta un periodo ottimale per contrastare l'insorgenza dell'obesità, *in primis* perché i modelli alimentari e quelli relativi all'attività fisica vengono stabiliti durante questa fase di sviluppo, e poi perché in questa fase i genitori hanno un maggiore controllo sull'ambiente quotidiano dei bambini rispetto all'età scolare e agli anni dell'adolescenza. Infatti, gli attuali interventi di trattamento dell'obesità infantile rivolti all'età prescolare sono generalmente multicomponenti e mirano ad indurre modifiche comportamentali delle abitudini familiari con focus la dieta e l'attività fisica [Kuhl et al., 2012].

Per la prima volta, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato nell'aprile 2019 le proprie Linee-Guida per l'attività fisica, il comportamento sedentario e il sonno per i bambini di età inferiore ai 5 anni, su richiesta della Commissione Internazionale per la Lotta all'Obesità Infantile (Commission for Ending Childhood Obesity). Esse si basano sulla revisione condotta per le rispettive linee guida Canadesi e Australiane e su un approccio cosiddetto '24-hour movement behaviours', cioè sulla proporzione di tempo che nell'arco delle 24 ore deve essere dedicato all'attività fisica, al comportamento sedentario e al sonno [WHO, 2019].

La Commissione Europea ha finanziato uno studio randomizzato controllato per la prevenzione dell'obesità in età infantile precoce, nell'ambito del Settimo Programma Quadro, il ToyBox-study (<http://www.toybox-study.eu/>). Si tratta di uno studio valutativo di un intervento multicomponenti, implementato nella Scuola dell'Infanzia, che coinvolge le famiglie, finalizzato alla prevenzione precoce dell'obesità e che assicura la crescita e lo sviluppo ottimale. Esso è stato eseguito in sei paesi europei: Belgio, Bulgaria, Germania, Grecia, Polonia e Spagna.

Il progetto ToyBox è stato realizzato da parte del gruppo di ricerca coordinato dal Prof. Y. Manios della Harokopio University di Atene (Grecia).



Il progetto è iniziato nel 2012 con la raccolta dei dati baseline e la parte operativa è stata svolta per un intero anno scolastico (2012-2013) alla fine del quale è avvenuta la raccolta dei dati di follow-up per la verifica dei risultati [Manios et al., 2014]. Sono stati reclutati in tutta Europa più di 7,000 bambini ed è stato inserito nel database Europeo JANPA come buona pratica.

I risultati di impatto dell'intervento ToyBox sono stati riportati in numerose pubblicazioni che ne hanno esaminato i diversi aspetti (modifica dei diversi comportamenti, valutazione costo-beneficio, ruolo dei diversi attori coinvolti). Il ToyBox-study è stato incluso nella Cochrane review del 2019 [Brown et al., 2019].

L'Università degli Studi dell'Aquila, dal 2018 a tutto il 2020, ha realizzato la validazione trans-culturale dell'intervento Toybox, rendendolo di fatto disponibile per l'implementazione nel contesto italiano. Complessivamente, le attività di ricerca hanno coinvolto 10 istituti scolastici, in 6 province del Nord, Centro e Sud Italia, arruolando, complessivamente 704 bambini e i relativi genitori e 92 insegnanti. Nonostante alcuni limiti nei metodi e nei contenuti e la modalità di implementazione in quarantena, lo studio ha evidenziato la pertinenza, la riproducibilità e il buon gradimento dell'intervento presso i destinatari, e, quale risultato di tipo operativo, ha reso disponibile per il contesto culturale italiano un intervento di prevenzione efficace. [Cesarini V, 2021]

FASI

L'azione si articolerà nelle seguenti attività:

Fase 1. Inserimento dell'Intervento ToyBox nel "Documento regionale di pratiche raccomandate".

Fase 2. Proposta di partecipazione agli Istituti con Scuola dell'Infanzia partecipanti alle attività formative del PP1, mediante scheda di adesione (disponibile e compilabile online sulla piattaforma della Rete SPS).

Fase 3. Formazione degli insegnanti. L'intervento ToyBox prevede sedute di formazione degli insegnanti nelle quali sono stati presentati i materiali per l'intervento e sono state date informazioni su come implementarlo nella propria realtà scolastica (due giorni). Tali sedute formative sono state condotte sulla base di un protocollo standardizzato e utilizzando delle unità formative strutturate.

Fase 4. Distribuzione del materiale didattico (manuali insegnanti e materiali per le famiglie) in forma cartacea e digitale.

Fase 5. Realizzazione dell'intervento. Il programma prevede una calendarizzazione flessibile, che si snoda in 24 settimane di attività (6 per ognuno dei quattro comportamenti, consumo di snack, consumo di bevande, attività fisica e comportamento sedentario) e che si svolge in un anno scolastico. L'intervento prevede quattro livelli di azione, tre direttamente nel setting scolastico e uno per i genitori/tutori dei bambini finalizzato a indurre cambiamenti nell'ambiente sociale e fisico in cui il bambino vive.

- Livello 1. Gli insegnanti devono attuare dei cambiamenti permanenti nella classe e nella scuola, al fine di creare un ambiente di supporto all'esecuzione dei quattro comportamenti



target (ad esempio installare una stazione di fornitura dell'acqua e realizzare il "Magico Piatto dello Snack", finalizzati a favorire il consumo di acqua e di snack salutari; creare degli spazi sicuri per favorire il movimento dei bambini).

- Livello 2. Gli insegnanti fanno attività di promozione dei quattro comportamenti in modo regolare sulla base di una periodizzazione temporale quotidiana in classe, basata sul coinvolgimento di tutta la classe (per esempio ricordare tutti i giorni ai bambini di bere acqua regolarmente, fare piccoli breaks attivi due volte nella mattina e due volte nel pomeriggio, organizzare un break quotidiano per il consumo di snack salutari, eseguire due sessioni di educazione motoria alla settimana della durata di 45 minuti ciascuna).
- Livello 3. Gli insegnanti implementano delle attività interattive in classe, finalizzate alla partecipazione di tutta la classe, per un minimo di 1 ora alla settimana (ad esempio esperimenti, storie che hanno come protagonista il cangurino-mascotte del progetto nelle quali i bambini possono eseguire gli stessi movimenti dei personaggi descritti nel racconto, ecc.). Gli insegnanti saranno anche istruiti a usare il pupazetto-marionetta e a seguire loro stesse i quattro comportamenti target in modo da aumentare gli effetti dell'intervento attraverso il metodo del *role modelling*.
- Livello 4. I genitori/tutori dei bambini sono incoraggiati e vengono dati loro consigli attraverso materiali semplici e fruibili (newsletters, tip cards e posters). Questi materiali mirano a trasferire i messaggi chiave dell'intervento ai genitori e a concentrarsi sugli obiettivi comportamentali in parallelo con le attività scolastiche.) per attuare anch'essi cambiamenti ambientali rilevanti nell'ambiente domestico, per agire loro stessi come modelli di ruolo ed implementare i comportamenti desiderabili insieme ai loro bambini.

Fase 6. Monitoraggio per la valutazione di processo *in itinere* e post-intervento mediante strumenti di rilevazione già valutati nella fase di validazione trans-culturale per l'adattamento al contesto italiano.

RIFERIMENTI

1. Brown T, Moore TH, Hooper L, Gao Y, Zayegh A, Ijaz S, Elwenspoek M, Foxen SC, Magee L, O'Malley C, Waters E, Summerbell CD. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Jul 23;7(7):CD001871. doi: 10.1002/14651858.CD001871.pub4. PMID: 31332776; PMCID: PMC6646867.
2. Cesarini V. Prevenzione precoce dell'obesità infantile: validazione trans-culturale dell'intervento europeo ToyBox nel setting della scuola dell'infanzia (Aprile 2021). PhD Dissertation reperibile al sito <http://hdl.handle.net/11697/169131>.
3. Kuhl ES, Clifford LM, Stark LJ. Obesity in preschoolers: behavioral correlates and directions for treatment. *Obesity (Silver Spring)*. 2012 Jan;20(1):3-29. doi: 10.1038/oby.2011.201. Epub 2011 Jul 14. Erratum in: *Obesity (Silver Spring)*. 2012 Sep;20(9):1955. PMID: 21760634.
4. Manios Y. Designing and implementing a kindergarten-based, family-involved intervention to prevent obesity in early childhood: the Toy-Box-study. *World Obesity, obesity reviews*. 2014; 15 (Suppl. 3), 5–13.



5. McCormick DP, Sarpong K, Jordan L, Ray LA, Jain S. Infant obesity: are we ready to make this diagnosis? J Pediatr. 2010 Jul;157(1):15-9. doi: 10.1016/j.jpeds.2010.01.028. Epub 2010 Mar 24. PMID: 20338575.
6. Saulle R, Minozzi S, Amato L, Davoli M. Impatto del distanziamento sociale per covid-19 sulla salute fisica dei giovani: una revisione sistematica della letteratura [Impact of social distancing for covid-19 on youths' physical health: a systematic review of the literature.]. Recenti Prog Med. 2021;112(5):347-359. doi:10.1701/3608.35872.
7. WHO (2017). Tenfold increase in childhood and adolescent obesity in four decades: new study by Imperial College London and WHO. From <https://www.who.int/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who> accessed 11 August 2020.
8. WHO. (2016). Ending Childhood Obesity. From <https://www.who.int/end-childhood-obesity/en/>.
9. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: World Health Organization; 2019.

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (4 di 7)	PERCORSI DI FORMAZIONE CONGIUNTA E CONTINUA PER LA DIFFUSIONE DEL MODELLO SCUOLA CHE PROMUOVE SALUTE NELLA REGIONE ABRUZZO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.4 Formazione congiunta “operatori sanitari e sociosanitari e settore Scuola”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole dell'“Approccio globale alla salute”; di cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.	
OT02IT03	Formazione congiunta “Scuola – Sanità” per la condivisione del modello Scuole che Promuovono Salute
OT03 Garantire opportunità di formazione a Dirigenti, Insegnanti, altro personale della Scuola, amministratori locali, agenzie educative e altri stakeholder	
OT03IT04	Formazione operatori sanitari, socio-sanitari, insegnanti e altri stakeholder
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE BACKGROUND

L'importanza della formazione nella diffusione del modello della Scuola che Promuove Salute è stata ribadita fin dai primi documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nei quali, già, si faceva riferimento alla formazione del 'personale scolastico', cioè non solo gli insegnanti, ma anche lo staff gestionale nel complesso (es. dirigenti, personale amministrativo e altro). [WHO, 1997]

Gli atteggiamenti e le conoscenze degli insegnanti sono fattori chiave nella loro motivazione a lavorare con contenuti relativi alla salute. La formazione degli insegnanti contribuisce a formare la loro identità di educatori della persona nella sua interezza, tanto quanto il loro ruolo di esperti in una singola materia [SHE, Fact Sheet #2]. Per un insegnante che ha molte priorità nel lavoro scolastico (l'alfabetizzazione linguistica o numerica; le competenze scientifiche e artistiche; i contenuti delle scienze storiche e sociali; ecc.) e che, di fatto, si procura i mezzi per realizzare tutto ciò, non è facile acquisire la consapevolezza del proprio contributo nella promozione della salute. Questo perché si tratta di un obiettivo la cui responsabilità si trova all'intersezione tra il dominio pubblico (scuola, comunità) e privato (genitori, famiglia) e che coinvolge aspetti comportamentali a loro volta determinanti da fattori culturali e decisioni personali. Quindi primo scopo della formazione per gli insegnanti nella promozione della salute, dovrebbe essere quello di aiutarli ad avere una visione chiara della loro missione e dei limiti 'etici'. Prima ancora di dar loro degli strumenti metodologici, la formazione dovrebbe essere indirizzata ad aiutarli a costruire una identità professionale nella visione della scuola che promuove salute [Jourdan et al, 2008].

Studi di letteratura storici hanno l'efficacia della formazione, in particolare degli insegnanti, nella implementazione di programmi di educazione sanitaria [Ross & Nelson, 1989]. Più di recente, nell'ottica globale della *health promoting school*, una revisione sistematica ha dimostrato un aumento a breve termine dei contenuti relativi i problemi di salute da parte degli insegnanti in formazione, un rafforzamento generale della autoefficacia da parte di essi rispetto al loro compito di educare alla salute e di individuare e sostenere studenti con problemi di salute specifici. La formazione farebbe aumentare la fiducia degli insegnanti sul proprio ruolo nella promozione della salute di bambini e adolescenti. Tuttavia, non ci sono studi valutati con corretto disegno epidemiologico sull'impatto della formazione in termini di outcomes di salute sugli studenti. Dalla stessa revisione, inoltre, benché nella maggior parte delle esperienze la formazione è stata generalmente considerata accettabile e adeguata dagli insegnanti, permane, da parte loro, la percezione di inadeguatezza e la convinzione di non avere ancora abbastanza conoscenze per affrontare questioni di salute sensibili, in particolare all'esordio della loro carriera. [Sheperd et al, 2015].

Nel sistema scolastico italiano, la legge 107 del 2015 definisce la formazione del personale della scuola come "obbligatoria, permanente e strategica" e la riconosce come opportunità di effettivo sviluppo e crescita professionale, per una rinnovata credibilità sociale di contributo all'innovazione e alla qualificazione del sistema educativo [MIUR, <https://www.miur.gov.it/web/guest/corsi-di-formazione-per-docenti>].

Nel recente passato, è stato elaborato dal MIUR il Piano Nazionale per la Formazione dei Docenti 2016-2019, dove essa veniva prospettata in regime di continuità e nel quale venivano esplicitati alcuni principi strategici per l'approccio della *Health Promoting School*. Per esempio: la collaborazione a livello territoriale, per la costruzione di filiere formative efficaci e di reti cooperative per lo sviluppo di



azioni coordinate; la formazione allargata anche ai dirigenti e per il resto del personale; la promozione di modalità di formazione in grado di coinvolgere diverse figure nello stesso “spazio formativo”, proprio per stimolare quella collaborazione che migliora e rafforza la scuola e la sua comunità. [MIUR, Piano per la formazione dei docenti 2016-2019 https://www.istruzione.it/allegati/2016/Piano_Formazione_3ott.pdf]

Nell’ottica della promozione della salute, anche per la formazione, è cruciale il principio della collaborazione intersettoriale, che permette di costruire il rispetto e la comprensione dei ruoli, dei saperi e dei linguaggi professionali. Nella interazione scuola-sanità rimangono ancora molte sfide, ostacoli di tipo attitudinale, come, ad esempio, la tendenza di un gruppo professionale a definire i ruoli di altri professionisti in maniera più restrittiva rispetto alla realtà. È necessario prendere tempo per capire e rispettare tutti i partners nei rispettivi ruoli e, in questa ottica, uno degli ostacoli è il fatto che i saperi professionali e i termini associati hanno diverse sfumature di significato a seconda dei settori. Parole come curriculum, intervento, promozione della salute, alfabetizzazione alla salute (health literacy), sono esempi di termini chiave che non hanno necessariamente un significato condiviso tra le professioni della istruzione e della sanità. Occorre, quindi, condividere ed esplorare i significati al fine di eliminare le incomprensioni e le barriere alla comunicazione e alla creazione di reti. [SHE, Fact Sheet #3] Per questo motivo, la formazione deve avere una organizzazione congiunta, quale luogo di apprendimento condiviso e scambio reciproco di visione, obiettivi, di linguaggi, di metodi e di contenuti tra i diversi attori di diversi settori. In essa stessa dovrebbe essere contemplato l’obiettivo di esercitare anche le competenze di cooperazione nei gruppi di lavoro, di attività che coinvolgano la comunità, di comunicazione all’esterno del proprio setting di lavoro. [WHO, 1997]

Infine, accanto a una forte dimensione di advocacy attraverso il coinvolgimento della società civile, degli amministratori e dei dirigenti scolastici, la formazione del personale scolastico, sanitario e altro è cruciale nell’ottica della riduzione delle disuguaglianze di salute. La formazione propedeutica e permanente deve consentire la preparazione necessaria per attuare pratiche eque ed inclusive, partendo dall’utilizzo di strumenti e sistemi di valutazione e autovalutazione, fino alla partecipazione all’*health equity assessment*. Esse devono essere parte di una strategia coerente, inserita in una rinnovata visione dell’identità professionale dei professionisti (in particolare degli insegnanti), che generi coerenza tra i diversi mandati, bisogni e aspettative. [SHE, Fact Sheet #4]

FASI

L’azione si articolerà nelle seguenti attività:

Fase 1. Organizzazione di un percorso formativo congiunto rivolto a dirigenti scolastici, docenti referenti delle scuole e degli uffici scolastici regionale e provinciali, operatori delle quattro ASL “In Abruzzo, la Scuola che Promuove Salute”. L’obiettivo sarà quello di condividere e contestualizzare i principi, le strategie e i metodi della promozione della salute alla base del modello globale delle scuole che promuovono salute. Il percorso, realizzato nell’anno 2022, sarà organizzato in tre moduli:

1. il primo di carattere scientifico – metodologico illustrativo del modello, in cui si farà riferimento ai documenti ufficiali e alla letteratura scientifica alla base della *Health Promoting School* (documenti della IUHPE, della WHO, le Dichiarazioni delle Conferenze Europee sulla Scuola che Promuove Salute di Vilnius 2009, di Odense 2013, di Mosca 2019).



Sarà presentato il network europeo School for Health in Europe (SHE) e i materiali di lavoro predisposti dai suoi componenti a supporto dell'azione delle Scuole: Fact-sheets (Factsheet #1 - State of the art: health promoting schools in Europe; Factsheet #2 - School health promotion: evidence for effective action; Factsheet #3 - Effective networks and partnerships for health promotion in schools; Factsheet #4 - School health promotion – Evidence for effective action on inequalities; Factsheet #5 - Health promoting schools in Europe - State of the art; Factsheet #6 - Health literacy in schools - State of the art; Factsheet #7 - Mental health promotion in schools), strumenti di progettazione e autovalutazione (SHE School Manual 2.0; Online questionnaire - SHE rapid assessment tool;), approfondimenti per insegnanti (Health Promoting Schools and Social Inequalities; Key concepts and activities: Learning about health and health promotion in schools). Saranno riportate anche le esperienze delle Regioni italiane che hanno maturato un percorso consolidato con particolare riferimento alla costruzione di reti SPS (Regione Lombardia, Regione Piemonte, Regione Marche, ed es.).

2. il secondo modulo formativo avrà un carattere partecipativo e operativo: verrà approvata la stesura del 'Manifesto abruzzese delle Scuole che Promuovono Salute, verranno definiti i criteri e il processo in cinque fasi, secondo il modello SHE, per il riconoscimento ai singoli istituti scolastici dello status di Scuola che Promuove Salute, compresi gli strumenti di Strumenti di autovalutazione e di Health Equity Assessment, verranno condivise le modalità per la comunicazione e le azioni da advocacy. In questo modulo si utilizzeranno diverse modalità di formazione (focus group, gruppi tecnici, nominal group technique, brainstorming, world caffè) per discutere e rielaborare, in forma originale e contestualizzata i documenti. Sarà dato avvio alle attività di comunicazione pubblica e la condivisione, per esempio, attraverso la creazione di pagine social (Facebook, Instagram, Twitter).
3. Il terzo modulo sarà centrato sulla illustrazione del concetto di 'Buone pratica' e prove di efficacia nella realizzazione degli interventi. Verranno illustrati i contenuti teorici e presentata la banca nazionale Pro.Sa. In questo modulo, verrà presentato il modello life skills e le diverse applicazioni ai programmi di prevenzione e promozione della salute scolastica già realizzati. Nello specifico, il LifeSkills Training (LST), programma educativo validato scientificamente, dimostratosi in grado di ridurre a lungo termine il rischio di comportamenti di abuso e violenti attraverso il rafforzamento delle abilità intra e interpersonali. Si tratta di uno strumento molto utile e concreto per gli insegnanti. Il LST program può anche rappresentare una risorsa per la programmazione per competenze e per l'integrazione tra apprendimento e promozione della salute. Può, infine, essere un programma a cui collegare le diverse aree della promozione della salute garantendo la scientificità delle azioni.

Fase 2. Organizzazione di un percorso per operatori sanitari, sociosanitari, insegnanti e altri stakeholder, sui programmi/azioni/interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate" (AZIONE 3). Tale percorso prevederà almeno un evento formativo per ognuno degli anni di vigenza del PRP 2020-2025 a partire dal 2022, con produzione di strumenti per l'implementazione a livello locale. In collaborazione con le azioni PP2, PP4, PP5 e in connessione con le Azioni 'Implementazione WAHPS' e 'Toy-box' del presente PP1. Anche in questo percorso verrà illustrata la banca Pro.Sa con attività pratiche sul suo corretto utilizzo.



I percorsi formativi illustrati, avranno l'obiettivo di accompagnare gli operatori sanitari e scolastici nel processo di apprendimento dell'approccio e della logica della promozione della salute, favorendo anche l'assunzione dei rispettivi compiti e responsabilità per la sua implementazione.

RIFERIMENTI

1. Jourdan D, Samdal O, Diagne F, Carvalho GS. The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promot Educ.* 2008;15(3):36-38. doi:10.1177/1025382308095657.
2. MIUR, Piano per la formazione dei docenti 2016-2019 https://www.istruzione.it/allegati/2016/Piano_Formazione_3ott.pdf; <https://www.slideshare.net/miursocial/piano-per-la-formazione-dei-docenti-il-documento>
3. Ross JG & Nelson G. The role of teacher and other factors in fidelity and proficiency. Presented at the 63rd Annual Convention, American School Health Association, 19 October 1989, Chicago, IL.
4. School for Health in Europe (SHE). Fact Sheet #2 Promozione della salute nelle scuole: evidenze per azioni efficaci, 2015. <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/fact-sheets/she-factsheet-2-italy.pdf>
5. School for Health in Europe (SHE). Reti e partnership efficaci per la promozione della salute nelle scuole. Fact-sheet #3, 2015 <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/fact-sheets/she-factsheet3-italian.pdf>
6. School for Health in Europe (SHE). Scuola che promuove salute – Evidenze per un'azione efficace sulle disuguaglianze. Fact-sheet #4 https://www.dors.it/documentazione/testo/201709/SHE-Factsheet-2-IT_def.pdf
7. Shepherd J, Pickett K, Dewhirst S, et al. Initial teacher training to promote health and well-being in schools – A systematic review of effectiveness, barriers and facilitators. *Health Education Journal.* 2016;75(6):721-735. doi:10.1177/0017896915614333.
8. World Health Organisation. Promoting Health Through Schools. Report of WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO Technical Report Series, 870. Geneva, 1997.



PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (5 di 7)	COSTRUZIONE DELLA RETE ABRUZZESE DELLE SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.3 Attività di formazione, accompagnamento, co-progettazione con altri Settori per avvio/sviluppo di Reti di setting che “promuovono salute” (scuole, comuni, luoghi di lavoro, ambienti sanitari, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS03 Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.	
OS03IS03	Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;scuola



DESCRIZIONE BACKGROUND

L'approccio globale della scuola promotrice di salute è un approccio di setting orientato quindi a definire interventi sistemici per offrire maggiori chances di salute possibile ai soggetti che la vivono. Tuttavia, si tratta di un sistema 'aperto' inserito in un contesto ambientale, fisico, sociale e culturale più ampio (comunità, area geografica, web) che offre sfide ed opportunità nella misura in cui si è in grado di costruire partnerships positive.

Si definisce 'rete' un qualsiasi insieme di individui o organizzazioni che siano connesse tra di loro. Le connessioni possono essere formali (strutturali) o maggiormente orientate ai processi, come il lavoro strategico o la definizione di obiettivi condivisi. Possono essere attivate da individui, agenzie o organizzazioni con un interesse comune e formalizzate con accordi scritti (tra enti diversi, tra soggetti dello stesso settore, tra gruppi di persone) oppure possono essere sviluppate in modo informale, come per esempio tra una scuola e un ente locale e questo rappresenta un valore effettivo nel tempo. In entrambi i casi, i partner mirano a raggiungere obiettivi che non sarebbero in grado di raggiungere da soli, lavorando insieme e condividendo competenze e risorse. [SHE Fact Sheet #3]

Nell'ambito del modello 'globale' della scuola che promuove salute il "fare rete" rimanda alla collaborazione intersettoriale con il settore sanitario (in particolare con le Aziende sanitarie locali), alla cooperazione "fra" i diversi istituti scolastici (a livello provinciale e regionale) e alla sinergia operativa "con" diversi attori della comunità territoriale (enti locali, associazioni, cooperative, imprese, fondazioni, gruppi di volontariato, società sportive, sindacati, aziende) Per lavorare con metodo servono sia teorie che pratiche e le reti rappresentano la scommessa di ospitare sotto lo stesso tetto intelligenze riflessive (in grado di comprendere i fenomeni prima di agire), insieme a intelligenze operative (che sanno costruire azioni che influenzano i fenomeni stessi). [Regione Lombardia, 2014]

L'attivazione, lo sviluppo e il mantenimento di una rete, secondo la psicologia di comunità, si fonda su tre processi cardine: creazione del senso di appartenenza (Membership), facilitazione del coinvolgimento (Involvement) la promozione dell'impegno attivo e dell'alleanza nell'azione (Commitment). L'intreccio virtuoso di questi processi produce una progressiva assunzione di responsabilità dei soggetti rispetto all'obiettivo, rende possibile il massimo grado di collaborazione e aumenta l'empowerment collettivo. [Regione Lombardia, 2014]

Uno snodo cruciale del processo evolutivo dell'appartenenza è rappresentato dagli accordi di reciprocità che si stipulano. La negoziazione di queste aspettative è uno dei processi cruciali nell'avvio ed è solo alla fine di questa fase che è possibile stabilire "chi fa parte" della rete. Per questo, nello sviluppo di una Rete delle Scuole che Promuovono Salute, il processo di inclusione dovrebbe essere formalizzato con specifiche procedure di adesione, com'è tipico di una istituzione complessa come la Scuola. [Regione Lombardia, 2014]. A questo deve seguire un processo graduale di costruzione dell'appartenenza e partecipazione attiva, che coinvolgono in prima istanza i soggetti che assumono un ruolo di coordinamento e leadership (per esempio le scuole 'capofila') ma che devono essere trasmessi a tutti gli attori per garantire un soddisfacente e produttivo impegno nella rete. Tali dinamiche risentono di diversi fattori, che possono agire positivamente o negativamente, considerando che le azioni di ogni componente in una rete può avere conseguenze per tutti coloro che sono all'interno del sistema, come le caratteristiche personali dei membri, la specificità del tema



(salute), la forma organizzativa della rete, lo stile di leadership. [SHE Fact Sheet #3; Regione Lombardia, 2014].

Un approccio di rete nell'ambito dei programmi di promozione della salute è stato dimostrato apportare notevoli benefici, come il sostegno reciproco, il rafforzamento del senso di comunità, la valorizzazione del capitale sociale (es. familiare, parentale, associativo, comunitario), una maggiore predisposizione ad affrontare azioni complesse con maggiore flessibilità (come nel caso della scuola altamente sistemiche e soggette alla mutevolezza dei bisogni), di mettere in campo azioni ad ampio spettro, di rafforzare l'empowerment, di garantire trasparenza, accessibilità e inclusività, e, infine, di raggiungere risultati di elevata efficacia degli interventi/progetti/azioni [Regione Lombardia, 2014].

In Europa, dal 1992 è attiva una rete consolidata di Coordinatori Nazionali, la Rete Europea delle Scuole che Promuovono Salute (School for Health in Europe, SHE). Essa si impegna a rendere la promozione della salute a scuola una parte integrante dello sviluppo di politiche nei settori di istruzione e sanità europei; fornisce una piattaforma per professionisti europei interessati; è supportata da tre organismi europei (l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, Il Consiglio d'Europa e la Commissione Europea). [SHE, Fact Sheet #3].

Il Modello della Scuola che Promuove Salute alla base del presente PP1, a tutti gli effetti, rielabora in forma originale e contestualizzata i criteri e le evidenze di efficacia individuati dal network SHE e vede nella partecipazione alla Rete Europea un elemento di rafforzamento da parte delle Reti Regionali e locali che negli anni sono state costruite e sviluppate in Europa [SHE, Fact Sheet #3].

Nella Regione Abruzzo, la costruzione della Rete, quale organismo formalizzato, sarà, dunque, finalizzata a:

1. contribuire alla realizzazione concreta dell'approccio globale alla salute oggetto del Protocollo regionale di Intesa Scuola – Sanità del 23/07/2019 che ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 17/01/2019 (“Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute”);
2. sostenere e rinforzare la diffusione di interventi/attività/azioni riconosciute quali buone pratiche nelle scuole abruzzesi;
3. aderire al livello europeo dello “School for Health in Europe Network Foundation” promosso dalla regione europea della OMS, dal Consiglio e dalla Commissione Europea.

FASI

L'azione si articolerà nelle seguenti attività:

Fase1. Atto costitutivo. In occasione del primo e del secondo modulo di formazione congiunta Scuola – Sanità (Azione 2 del presente PP1), sarà proposta e discussa con i partecipanti, in particolare, con i Dirigenti scolastici, la bozza di “Accordo costitutivo della Rete Abruzzese delle Scuole che Promuovono Salute” che verrà poi sottoscritto dai dirigenti favorevoli, dando a tutti gli effetti avvio alla costruzione della Rete (entro la fine del 2022). L'accordo individuerà i compiti e le responsabilità della rete stessa e dei suoi organismi gestionali, specificherà le condizioni di adesione da parte dei nuovi istituti, indicherà le strategie di intervento e le modalità di comunicazione e di condivisione delle risorse.



Seguendo il modello adottato in altre regioni italiane, nell'Accordo, saranno definiti [Regione Lombardia, 2020; Regione Lombardia, 2012; Regione Lombardia, 2014]:

- la struttura organizzativa (coordinamento regionale, cabina di regia regionale, scuola capofila regionale, assemblea provinciale, scuole capofila provinciali);
- le azioni a livello di rete cioè networking, coordinamento, cooperazione, collaborazione, (es. scambio di informazioni, costituzione di gruppi di lavoro specifici per tematiche e funzioni, co-progettazione, condivisione di risorse, ecc.);
- le azioni a livello di istituto (buone pratiche riferite agli ambiti strategici previsti dal modello - sviluppare le competenze individuali, qualificare l'ambiente sociale, migliorare l'ambiente strutturale e organizzativo, rafforzare la collaborazione comunitaria);
- le modalità di adesione alla Rete.

Fase 2. Raccolta delle adesioni. Tutte le scuole della Regione Abruzzo potranno aderire alla Rete (pubbliche, paritarie, di ogni ordine). L'adesione sarà effettuata tramite la piattaforma regionale, attraverso i seguenti passaggi:

- l'iscrizione alla rete, che potrà essere richiesta da ogni scuola attiva in tema di salute attraverso una domanda on-line sul sito della rete, fornendo i dati richiesti. Farà seguito una fase di predisposizione, facilitata da un'azione di affiancamento e momenti informativi realizzati a livello provinciale e durante la quale saranno eseguiti i necessari passaggi formali (delibere dei Collegi dei docenti e dei Consigli di Istituto). Le scuole si impegneranno a rispettare i requisiti previsti dall'accordo e a costituire un gruppo di lavoro interno dedicato.
- l'adesione formalizzata, che prevede la sottoscrizione dell'Accordo di rete, a seguito delle delibere degli organi collegiali dell'istituto.
- La raccolta delle adesioni sarà a cura della Scuola capofila regionale; questa relazionerà al Coordinamento regionale e alle Scuole capofila provinciali le adesioni alla Rete con una frequenza almeno trimestrale.
- L'organizzazione a livello provinciale, nel tempo potrà consolidare e ottimizzare i rapporti con le locali Aziende Sanitarie (in Abruzzo coincidenti con i territori provinciali). Questo potrà facilitare i rapporti e renderli strutturati e continui includendo anche i rappresentanti degli Uffici Scolastici Provinciali e della scuola capofila provinciale. L'auspicio è che si possa rafforzare la collaborazione ASL – scuole, permettendo alla rete locale (provinciale) di divenire il riferimento organizzativo e lo strumento di governance territoriale di tutte le progettualità, anche promosse da partner diversi, che afferiscono all'area della promozione della salute nelle scuole [Regione Lombardia, 2020; Regione Lombardia, 2013; Regione Lombardia, 2014].



RIFERIMENTI

1. Regione Lombardia et al. Scuole che promuovono Salute. Rete SPS Regione Lombardia. Documento di Progetto - 2020. Fonte: Banca Pro.Sa. https://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=5614
2. School for Health in Europe (SHE). Reti e partnership efficaci per la promozione della salute nelle scuole. Fact-sheet #3, 2015 <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/fact-sheets/she-factsheet3-italian.pdf>
3. Regione Lombardia et al. La scuola che “fa bene”. L’esperienza della Rete delle Scuole che Promuovono Salute in Lombardia. Opuscolo. Maggio 2014.
4. Regione Lombardia. “La Carta d’Iseo” Indirizzi Metodologici della Rete delle Scuole che Promuovono Salute. Febbraio 2013. https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/e4d8000a-fbca-4fdb-8012-5daadf40d145/Documento_ISEO_20_feb20131_def--2-.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-e4d8000a-fbca-4fdb-8012-5daadf40d145-m7iJURk.

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (6 di 7)	LA STRATEGIA DI COMUNICAZIONE DELLA RETE ABRUZZESE DELLE SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.6 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Costruire strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder	
OT04IT05	Comunicazione per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;scuola



DESCRIZIONE BACKGROUND

La promozione della salute, così come definita nei documenti programmatici si fonda sulla comunicazione – relazione tra soggetti diversi (istituzioni, enti, singoli cittadini) e sull'integrazione di diverse azioni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce come principi essenziali alla base della corretta comunicazione nell'ambito delle sue attività i seguenti: la comunicazione deve essere accessibile, realizzabile, credibile e affidabile, rilevante, tempestiva, e comprensibile. Tali principi, inoltre, devono riflettersi nell'intera gamma di materiali e attività: messaggi sui social media; schede informative web, articoli, commenti, infografiche, Q&A; contenuti intranet per il personale dell'organizzazione; conferenze stampa, comunicati stampa e media advisory; video; visibilità e attività di sensibilizzazione ecc. [WHO, 2017]

Nella gestione di programmi e organizzazioni, come quelli del presente PP1 e della Rete Abruzzese delle Scuole che Promuovono Salute, caratterizzati da livelli complessi di interazioni interne ed esterne, è opportuno definire obiettivi e una strategia di comunicazione. Di ispirazione può essere considerata la SHE Communication Strategy elaborata dalla "School for Health in Europe Network Foundation" [SHE, 2019].

Una comunicazione efficace in seno alle attività regionali della Rete SPS dovrebbe essere finalizzata a permettere l'individuazione dell'organizzazione in modo immediato, efficace e non equivoco, attraverso la definizione e l'uso corretto della sua precisa denominazione, la costruzione di canali comunicativi quali il proprio sito web, proprie pagine su piattaforme di social media, l'utilizzo di news letters per veicolare informazioni di servizio, materiali tecnico-scientifici, reportistica, ecc. diffondendo la conoscenza e fungendo da ispirazione per la diffusione dell'approccio della scuola che promuove salute.

Inoltre, la comunicazione dovrebbe essere utile a far conoscere la Rete SPS come organizzazione di riferimento e preferenziale dai soggetti interessati a stabilire collaborazioni (in primo luogo le scuole, ma anche altri stakeholders) e scambio di idee sulla questione della salute a scuola, nell'influenzare le scelte delle agende politiche sul tema e l'operatività degli enti locali e delle organizzazioni governative anche con azioni di supporto / advocacy.

All'interno della Rete, una comunicazione efficace permetterà di condividere le esperienze dei partecipanti di tutti i settori, a gruppi e singoli per incoraggiare e migliorare la qualità dell'attuazione dei programmi.

E, infine, comunicando efficacemente sarà possibile incrementare il numero di soggetti partecipanti e allargare l'estensione dei risultati di salute a livello territoriale.

FASI

L'azione si articolerà nelle seguenti attività:

Fase 1. Stesura di un documento sulla strategia di comunicazione della Rete Abruzzese delle Scuole che Promuovono Salute e individuazione di un referente/segreteria regionale (plausibilmente



all'interno della Cabina Regionale della Rete PSP) per la comunicazione. Il piano sarà condiviso in seno agli organismi del PP1 e della Rete e prevederà la definizione dei seguenti elementi:

1. Nome dell'organizzazione ed eventuale acronimo
2. Slogan che sintetizzi la mission del Programma e della Rete
3. Marchio-logotipo che permetta di identificare visivamente la Rete e utilizzato in modo coerente e costante in tutti i prodotti e le circostanze che lo richiederanno. Insieme al logo della Rete sarà riportato anche il logo della Regione Abruzzo.
4. I gruppi target della comunicazione:
 - a. Primariamente:
 - i. i membri della Rete (gruppo regionale inter-settoriale PP1, organi regionali e provinciali della Rete, scuole afferenti alla Rete);
 - b. Secondariamente:
 - i. tutti i membri della comunità scolastica (studenti, personale e genitori) delle scuole abruzzesi.
 - ii. referenti dei servizi sanitari e socio-sanitari;
 - iii. responsabili politici, sviluppatori di programmi, professionisti che a qualche titolo lavorano con le scuole che promuovono salute.
 - iv. esponenti del mondo scientifico-accademico
 - v. popolazione generale.
5. Contenuti della comunicazione in relazione al target: documenti di policy; documenti tecnici / manuali relativi all'approccio, alle buone pratiche; report sui risultati; pubblicazioni scientifiche; informazioni di tipo organizzativo (es. formazione, adesione alla rete, iniziative pubbliche); strumenti concreti da utilizzare nell'educazione sanitaria e storie/casi di buone pratiche nelle scuole che promuovono salute; pubblicazioni scientifiche.
6. Responsabilità (gestione del piano di comunicazione, portavoci, ecc.)
7. Canali comunicativi 'propri' della Rete:
 - a. @mail con account dedicato
 - b. Newsletters (4 ogni anno dal 2023)
 - c. Sito web principale e siti web secondari (es. provinciali)
 - d. Social media (pagine su Facebook, Twitter, LinkedIn)
 - e. Riunioni (gruppi di coordinamento regionale e provinciale; cabina di regia regionale; gruppo tecnico-scientifico regionale)
 - f. Conferenze pubbliche
 - g. Materiale promozionale della Rete (roll up mobili da portare a conferenze o altri luoghi in cui ha un desiderio strategico di far conoscere l'organizzazione; volantini, cartoline e altri documenti da portare a conferenze, riunioni e visite promuovere la Rete).
 - h. Comunicazioni e partecipazione a iniziative SHE
8. Pubblicazioni e materiali multimediali: Manifesto, Manuali, Cataloghi, Report periodici, Pubblicazioni scientifiche, Podcast.



Fase 2. Sviluppo di una piattaforma web, in coerenza con la strategia precedentemente illustrata, per la digitalizzazione dei processi comunicativi, la raccolta dei dati, la diffusione di materiali, attraverso l'individuazione di fornitori di servizi di Web-designer e Webmaster.

Fase 3. Produzione e diffusione di strumenti / materiali:

- Manifesto Abruzzese delle Scuole che Promuovono Salute (2022)
- Documento regionale di pratiche raccomandate – 1. *‘Come diventare una Scuola che Promuove Salute’* (2022)
- Documento Regionale di pratiche raccomandate – 2 *‘Catalogo tematico delle buone pratiche’* che sarà aggiornato annualmente anche sulla base dei bisogni emergenti (di salute pubblica, percepiti, profilo di salute degli istituti) (2022);
- Reports periodici. Entro la fine del 2022 il gruppo tecnico-scientifico produrrà il primo report sulla progettazione baseline delle scuole abruzzesi e, a partire dal 2023, saranno prodotti report annuali sul livello di realizzazione del PP1. In particolare, saranno monitorati i dati per valutare, nel contingente di scuole della Regione Abruzzo, la diffusione delle pratiche raccomandate, il livello di recepimento del modello di SPS basato sull' *‘Approccio globale’*, di adesione e sviluppo della Rete regionale SPS.

Fase 4. Iniziative pubbliche di comunicazione / diffusione dei risultati. Le modalità e il timing saranno concordati con i gruppi intersettoriale regionale e con la cabina di regia della Rete regionale e saranno armonizzati con le Azioni 1.2., 1.3 e 1.4 del PP1. Saranno l'occasione di restituire agli attori del programma e di rendere noti alle comunità di cui fanno parte il percorso realizzato e i risultati valutabili sul piano del processo e degli outcomes intermedi e finali di salute raggiunti:

- Iniziative di comunicazione/diffusione dei risultati da svolgersi annualmente dal 2023 al 2025 (webinar, conferenze stampa, invio agli enti dei settori coinvolti)
- Convegno pubblico di presentazione della Rete Abruzzese, delle risorse ad essa connesse con la diffusione dei risultati ottenuti (2025).

RIFERIMENTI

1. World Health Organization. Strategic Communications. Framework for effective communications. Geneva. 2017. <https://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf>
2. Pederson U & Schulz A (SHE Secretariat). SHE Communication Strategy. Ref. Ares (2019) 3485234 - 28/05/2019
<https://ec.europa.eu/research/participants/documents/downloadPublic?documentIds=080166e5c470dada&appld=PPGMS#:~:text=The%20SHE%20communication%20strategy%20is,strategy%20to%20reach%20this%20goal.&text=Therefore%2C%20communication%20must%20be%20considered,is%20responsible%20for%20the%20communication.>



AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP01
TITOLO AZIONE (7 di 7)	APPLICARE LENTI DI EQUITÀ NELLE SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.7 Attività di “Ricerca –Azione” finalizzata a processi partecipati, HEA, ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT05 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
OT05IT06	Lenti di equità
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

BACKGROUND

I fattori che influenzano la salute dei bambini e degli adolescenti sono numerosi e si intersecano a differenti livelli, da quello individuale a quello ambientale e le disuguaglianze sono il risultato di complesse interazioni tra essi, a livello prossimale, intermedio e distale e i fattori sociali interagiscono con i fattori dell’ambiente fisico e comportamentali. Di fatto, tutte queste determinanti hanno un impatto sullo sviluppo generale dei bambini, di breve e anche di lungo periodo: esse riguardano non solo la crescita fisica, ma anche la capacità di apprendere abilità sociali, emotive, comportamentali, di pensiero e comunicative di cui i ragazzi avranno bisogno nella vita.

Dal punto di vista educativo, le dimensioni da considerare sono due: in primo luogo, creare le condizioni per uno sviluppo ottimale attraverso azioni sull’ecosistema di vita dei bambini, per esempio le condizioni di vita, come l’ambiente fisico e sociale e l’accesso a servizi appropriati; in secondo luogo, fornire a tutti i bambini un’educazione che sia adatta ai loro bisogni qualunque siano le loro condizioni personali o sociali. L’obiettivo è fornire ad ognuno i mezzi per farsi carico della propria salute in modo autonomo e responsabile.

Sia gli scarsi risultati scolastici che molti fattori esterni quali lo status socioeconomico, sono forti predittori di un basso livello d’istruzione nell’età adulta. Inoltre, le scuole possono amplificare le disuguaglianze sociali poiché i bambini provenienti da classi sociali svantaggiate hanno meno probabilità di avere successi accademici. La questione non è solo come le scuole possano mitigare le disuguaglianze legate ai fattori sociali, ma anche a quali condizioni è possibile limitare o addirittura eliminare l’effetto di amplificazione della scuola sulle disuguaglianze [SHE, Fact Sheet #4].

L’UNESCO considera l’equità come un impegno dei sistemi educativi e propone approcci per valutarla alla luce dell’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. Nel 2018 è stato, infatti, pubblicato un manuale ispirato ai SDGs e all’istruzione 2030 e progettato l’analisi e il monitoraggio dell’equità nell’istruzione e dei progressi verso gli obiettivi nazionali. [UNESCO, 2018]



Per una riduzione effettiva delle disuguaglianze, la promozione della salute deve contribuire e supportare il processo di cambiamento: il network School for Health in Europe, ha pubblicato una sintesi delle conoscenze sulle buone pratiche per assicurare l'inclusione e l'equità attraverso la programmazione nelle scuole che promuovono salute [SHE, Fact Sheet #4].

Si tratta di adottare un approccio 'equity oriented' con metodo e utilizzando strumenti che consentano l'analisi dei processi e dei risultati, attraverso un processo ciclico, come quello dell'Health Equity Audit (HEA) che si basa sui tre seguenti passaggi:

1. Osservare i fenomeni indossando le cosiddette 'lenti dell'equità' che hanno l'obiettivo di rintracciare le eventuali differenze nelle stratificazioni dell'esposizione, vulnerabilità o specifiche condizioni di rischio;
2. Stabilire quali possono essere le barriere e gli ostacoli che alcune popolazioni incontreranno e il tipo di programmi o interventi che potrebbero essere necessari per minimizzare tali barriere. Questo processo può essere condotto a tutti i livelli modificando il tipo di domande in relazione al proprio mandato o al proprio ruolo (es. programmatori regionali, operatori sanitari, insegnanti, ricercatori, ecc.), mantenendo sempre fisso l'obiettivo che è quello di arrivare a distribuire le risorse in maniera proporzionale ai bisogni, non sempre in maniera omogenea (assessment e sorveglianza; ricerca; trasferimenti di conoscenza; valutazione di piani / programmi);
3. Utilizzare strumenti, come le cosiddette 'griglie di osservazione' applicabili a diversi livelli; macro-livello (cioè nazionale o regionale), meso-livello (cioè locale); micro-livello (cioè di singolo intervento) per valutare le azioni messe in atto allo scopo di ridurre le disuguaglianze [Ministero della Salute, Regione Lombardia, 2018].

Riguardo al punto (1), non sono presenti indicatori strutturati per l'età evolutiva nei sistemi Coesdi e Comodi né fonti dati correnti / sistemi di sorveglianza per l'età evolutiva sulle variabili determinanti di disuguaglianze di salute e variabili di esito per l'intera fascia di età e per tutte le dimensioni della salute fisica, mentale e sociale.

Allo stato attuale, tuttavia, con i dati a disposizione a livello regionale in Abruzzo, dal profilo di salute ed equità descritti in premessa al presente PP1 è stata ricavata la seguente matrice di vulnerabilità / condizioni di rischio che associa fattori di disuguaglianze a specifiche condizioni di salute sociale e fisica utile all'implementazione di un approccio equity oriented (Tabella 1):

Tabella 1 Matrice fenomeni / dimensioni derivante dal Profilo di salute ed equità per la definizione di azioni equity – oriented nel Programma PP1 della Regione Abruzzo

	Accesso al ciclo di istruzione	Abbandono scolastico	Livelli di att.fisica / sedentarietà	Sovrappeso / Obesità	Consumo di frutta e verdura
Stato di povertà assoluta e relativa	P	S	I - P		
Livello di Istruzione genitori	P	S	I - P - S	I - P	I - P



Genere - studenti			I - P - S		
Genere - personale scolastico			tutte		
Cittadinanza - status straniero	P	S	I - P		I - P

I = Infanzia

P = Primaria

S = Secondaria

Va detto, però che le scuole hanno, attualmente, sistemi di valutazione interni implementati in modalità informatica e gestiti dall'Ufficio Scolastico Regionale: RAV, Rapporto di Autovalutazione / Rendicontazione Sociale; PDM, Piano di Miglioramento, PAI Piano Annuale per l'Inclusione, Invalsi per la valutazione del sistema educativo di istruzione e di formazione. Questi sistemi potrebbero essere armonizzati con gli strumenti delle SPS per la rilevazione del Profilo di Salute, al fine di migliorare il passaggio al punto (1) per l'applicazione delle Lenti dell'Equità e il completamento del ciclo HEA, dal micro-livello (i.e. istituto) al macro-livello (i.e. regionale). Il monitoraggio delle attività all'interno della Rete SPS, consentirebbe, in questo modo, la raccolta di indicatori sia sul livello di implementazione di un approccio Equity-Oriented sia la sua efficacia in termini di riduzione delle disuguaglianze di salute nella popolazione scolastica a livello Regionale.

Riguardo, invece, i passaggi (2) e (3), è auspicabile individuare strumenti che consentano di valutare predittivamente l'adeguatezza delle pratiche che si stanno adottando rispetto a quanto sono in grado di superare le barriere delle disuguaglianze: in questo modo si potranno orientare le scelte degli attori a tutti i livelli verso quegli interventi / azioni / programmi su cui investire risorse. Uno di questi strumenti è l'HEAT (Health Equity Audit Toolkit) messo a punto dall'ente Public Health England, struttura governativa della Gran Bretagna (<https://www.gov.uk/government/publications/health-equity-assessment-tool-heat>). Si tratta di una griglia composta da alcuni items (5, nella versione short e 7 nella versione full) con domande che permettono di valutare quanto la pratica è equity-oriented e quali suggerimenti per migliorare l'orientamento [Allegato 1 - HEAT].

Nel presente Programma PP1, tale griglia di osservazione, potrebbe essere applicata:

- al macro-livello, per stabilire l'adeguatezza dell'orientamento alla equità del programma PP1 del Piano Regionale Abruzzo con interventi di formazione congiunta degli stakeholders, di creazione di flussi dati strutturati con variabili di interesse per le disuguaglianze in età evolutiva; inserimento delle griglie di osservazione nel Documento regionale di pratiche raccomandate, quale strumento a disposizione delle scuole nella pianificazione di istituto equity-oriented;
- al meso-livello, per predire, ad esempio, il superamento delle barriere allo svolgimento di attività fisica sufficiente nei bambini svantaggiati, mediante la pianificazione di interventi a livello locale come la creazione di spazi pubblici per il gioco attivo (marked playground);



- al micro-livello, per valutare il superamento della vulnerabilità sociale, ad esempio attraverso la rilevazione del numero di scuole dell'infanzia che svolgono un intervento di prevenzione dell'obesità precoce nelle quali vengano raggiunte famiglie straniere.

FASI

Alla luce di quanto esposto, l'azione si articolerà nelle seguenti attività:

Fase 1. Formazione congiunta sull'approccio HEA negli eventi formativi (Azione 2 del PP1).

Fase 2. Costituzione di un Gruppo di Lavoro 'HEA' nel Gruppo di Coordinamento della Rete Abruzzese delle SPS. Nello specifico il Gruppo collaborerà alla realizzazione delle azioni equity oriented trasversali agli altri Programmi del PRP, in particolare del PP2 (Azione Equity Oriented '*Attività Fisica e differenze di genere*').

Fase 3. Validazione trans-culturale della griglia HEAT – PHE UK (Allegato 1)

Fase 4. Inserimento della griglia HEAT nel Documento regionale delle buone pratiche per favorire le scelte equity oriented da parte degli istituti scolastici sulla base dei rispettivi profili (Azione 3 del PP1).

Fase 5. Creazione di una base dati e di un sistema di raccolta strutturato sui determinanti di disuguaglianza a livello di istituto nella popolazione scolastica. Essi deriveranno dalla armonizzazione dei flussi dati dell'USR (RAV, PDM, PAI, Invalsi) con lo strumento di autovalutazione per la stesura del Profilo di Salute della scuola e sarà funzionale al ciclo HEA nel PP1.

Fase 6. Monitoraggio dell'adozione del ciclo HEA nelle scuole della Rete Abruzzese delle SPS e inserimento dei risultati nei report periodici di valutazione (Azioni 3 e 5 del PP1)

RIFERIMENTI

1. Ministero della Salute, Regione Lombardia. Contrastare le disuguaglianze e promuovere equità nei programmi di prevenzione: strumenti, pratiche e alleanze dell'esperienza lombarda. Progetto CCM "Equity audit nei piani regionali di prevenzione in Italia". Prima edizione aprile 2018. Pubblicazione realizzata nell'ambito del Progetto "Equity audit nei piani regionali di prevenzione in Italia", finanziato dal Ministero della Salute - CCM. Anno 2014 https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/7eb47913-a93e-4606-b22b-d6d3c008b439/Health_Equity_pdf_stampa.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-7eb47913-a93e-4606-b22b-d6d3c008b439-mhvjJs5
2. School for Health in Europe (SHE). Scuola che promuove salute – Evidenze per un'azione efficace sulle disuguaglianze. Fact-sheet #4 https://www.dors.it/documentazione/testo/201709/SHE-Factsheet-2-IT_def.pdf
3. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Handbook on Measuring Equity in Education. 2018 ISBN 978-92-9189-227-3. Ref: UIS/2018/ED/TD/1 © UNESCO-UIS 2018.



MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative.
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1) Formazione congiunta sull'approccio HEA negli eventi formativi del PP1. 2) Costituzione di un Gruppo di Lavoro 'HEA' nel Gruppo di Coordinamento della Rete Abruzzese delle SPS. 3) Validazione trans-culturale della griglia HEAT – PHE UK 4) Inserimento della griglia HEAT nel Documento regionale delle buone pratiche per favorire le scelte equity oriented da parte degli istituti scolastici sulla base dei rispettivi profili. 5) Creazione di una base dati e di un sistema di raccolta strutturato sui determinanti di disuguaglianza a livello di istituto nella popolazione scolastica. Essi deriveranno dalla armonizzazione dei flussi dati dell'USR (RAV, PDM, PAI, Invalsi) con lo strumento di autovalutazione per la stesura del Profilo di Salute della scuola e sarà funzionale al ciclo HEA nel PP1. 6) Monitoraggio dell'adozione del ciclo HEA nelle scuole della Rete Abruzzese delle SPS e inserimento dei risultati nei report periodici di valutazione.
ATTORI COINVOLTI	Gruppo di coordinamento regionale per le Scuole che Promuovono Salute, Rete delle SPS, Insegnanti e Dirigenti Scolastici, Ufficio Scolastico Regionale.
INDICATORE	<p>Adozione dell'approccio equity-oriented nelle scuole che promuovono salute della Regione Abruzzo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Adozione dell'HEA • • • Standard Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022 • Fonte Gruppo di lavoro PP1 - Regione Abruzzo



3.2 PP02 Comunità attive

3.2.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP02
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Servizio Prevenzione Sanitaria, Medicina Territoriale DPF
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale - MO1-10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia - MO1-17 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità - MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane - MO1-19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità - MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute - MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, - MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1LSk Sviluppo di programmi finalizzati alla riduzione del rischio per MCNT e alla presa in carico delle persone affette da patologia, per una gestione integrata e sistemica della cronicità, attraverso: interventi volti a promuovere competenze e comportamenti salutari nelle persone sane e malate e loro caregiver (health



	<p>literacy, empowerment ed engagement),offerta di counseling individuale anche in contesti opportunistici, per il contrasto del tabagismo e del consumo rischioso e dannoso di alcol e la promozione di sana alimentazione e attività fisica,attivazione di interventi strutturati di esercizio fisico,attivazione di procedure e percorsi preventivi e terapeutico-assistenziali integrati con interventi per le persone già affette da patologia, anche considerando le situazioni di multipatologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO1LSI Sviluppo di programmi intersettoriali per ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un’ottica di salute pubblica - MO5LSI Partecipazione a Tavoli tecnici inter istituzionali sulle tematiche dell’Urban health e promozione delle Urban health Strategies - MO5LSm Interventi di formazione sull’adozione di strategie e interventi per sviluppare la salute costruendo ambienti favorevoli, indirizzati ai Dipartimenti di prevenzione e agli Ordini professionali coinvolti - MO5LSn Partecipazione e supporto alla definizione dei piani urbani di mobilità sostenibile (PUMS), ponendo particolare attenzione alla promozione della pedonabilità e la ciclabilità per un’utenza allargata - MO5LSo Promozione di interventi per incrementare la walkability dell’ambiente urbano e promuovere la mobilità attiva nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro
<p>LEA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l’attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale “Guadagnare salute” (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F05 Promozione dell’attività fisica e tutela sanitaria dell’attività fisica

3.2.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

La pratica di adeguata e regolare attività fisica è in grado di agire come fattore protettivo nei confronti di molte patologie ad incidenza elevata nella popolazione, quali malattie cardiovascolari, in particolare coronaropatia e ipertensione arteriosa, osteoartriti ed osteoporosi. E’ ampiamente dimostrato che la pratica sportiva, in particolare nei bambini e adolescenti ma anche nella popolazione adulta, consente di attuare processi di socializzazione, identificazione e strutturazione del carattere, migliora l’autostima ed accresce le competenze relazionali interpersonali, serve ad acquisire una ampia serie di competenze e abilità che non riguardano solo la motricità, ma che sono utilissime per la vita futura.



La sorveglianza epidemiologica dello studio “OKkio alla Salute” relativa all’anno 2019 ha stimato in Abruzzo un valore di prevalenza di sovrappeso/obesità pari al 35.0% tra i bambini in età scolare (8-9 anni), che risulta non solo più elevato della media nazionale ma, anche, in aumento rispetto alla rilevazione precedente. In peggioramento sono, anche, i dati sulla pratica di attività fisica (in Abruzzo, nel 2019 è risultato ‘inattivo’ il 23,2% di 8-9 anni e solo 2 bambini su 10 si reca a scuola a piedi o in bicicletta). Si è stimato che il 43.7% dei bambini abruzzese guardasse la TV o usasse videogiochi/tablet/cellulare dalle 3 alle 4 ore e il 7% addirittura per almeno 5 ore (dati stabili rispetto alle precedenti rilevazioni). Tali condizioni risultano associati con il livello socio-economico dei genitori (in senso inverso) e con lo stato ponderale di questi (in senso diretto) e anche in questa fascia di età, nella nostra Regione, si rileva il fenomeno della *misperception* del peso dei bambini da parte delle madri (sottostimato) ma anche dell’impegno in attività motorie (sovrastimato) [Okkio alla Salute – Report Regione Abruzzo 2019].

Tra gli adolescenti abruzzesi, secondo l’indagine di sorveglianza HBSC-Abruzzo 2018, estremamente bassa e in linea con i valori medi nazionali, risulta la proporzione di ragazzi che raggiunge i livelli raccomandati di attività fisica, con rilevante differenza tra maschi (solo il 14,2%) e femmine (solo il 7,1%) e una riduzione progressiva al crescere dell’età. Circa un quarto dei ragazzi trascorre tre ore o più davanti a TV, video, DVD nei giorni scolastici e altrettante giocando al computer, console, tablet, smarphone e altri devices e tale proporzione aumenta nel fine settimana [HBSC.Abruzzo 2018]. Nel 2020, durante la pandemia, l’impegno nella didattica online (4-5 ore di fronte a uno schermo) sembra aver ridotto il tempo dedicato alla tecnologia digitale per attività non scolastiche, forse a causa di un senso di saturazione generale [Mascheroni et al, 2021].

Studi di letteratura, a livello nazionale e internazionale, hanno fatto emergere dati allarmanti sugli effetti della chiusura delle scuole e del lockdown sulla salute fisica di bambini, adolescenti e giovani: riduzione dell’attività fisica, cambiamento delle abitudini alimentari con conseguente aumento della prevalenza dell’obesità [Saulle et al, 2021]

La Regione Abruzzo, dall’avvio del Programma Nazionale “Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari” approvato dal Governo con Decreto del presidente del Consiglio dei ministri (Dpcm) il 4 maggio 2007 in accordo con Regioni e Province autonome, ha iniziato a partecipare insieme alle altre Regioni, a un lento percorso di collaborazione tra istituzioni diverse. Attività formative centralizzate congiunte tra rappresentanti del settore sanitario e scolastico, l’istituzione di un Tavolo di Lavoro Regionale e la riflessione sulle precedenti azioni di educazione alla salute nella scuola hanno fatto emergere, già all’epoca, alcuni aspetti critici come la frammentarietà degli interventi; l’insufficiente comunicazione di ritorno sui risultati conseguiti; la carente implementazione di buone pratiche; la grande difficoltà di giungere a una valutazione funzionale dei progetti e l’episodicità che li caratterizza.

Tali circostanze, purtroppo, permangono a tutt’oggi, a causa della solo parziale realizzazione delle attività programmate nel precedente Piano della Prevenzione 2014-2018. A tutti i livelli scolastici, tuttavia, non mancano le iniziative e le collaborazioni intersettoriali ascrivibili all’ambito della promozione della salute, soprattutto sulle tematiche dei corretti stili di vita alimentari e della promozione dell’attività fisica, anche se per alcune di esse con minore frequenza rispetto alla media nazionale.



Nelle Scuole Primarie, come rilevato dall'indagine di sorveglianza OKkio alla Salute del 2019, elevata è stata la proporzione di istituti che si sono attivate per migliorare l'offerta di attività motoria scolastica anche attraverso il coinvolgimento di esperti esterni (il 98,3%). Tuttavia, in misura minore che in altre regioni, sono state attivate iniziative non curricolari, o la possibilità di svolgere attività fisica extracurricolare nell'edificio scolastico anche in orario non scolastico (il 46,5%). Le iniziative di promozione e di attività motoria nei bambini coinvolgono attivamente la famiglia solo nel 38% delle scuole campionate. Limitato appare anche il coinvolgimento degli insegnanti in attività formative che, quando effettuate hanno riguardato soprattutto l'alimentazione e, meno, altri aspetti dello stile di vita e del benessere (da una indagine *ad hoc*, in particolare, solo 6 % l'approccio della Scuola Promotrice di salute). [Renzetti et al, 2021]

Nel livello di istruzione secondario, dallo studio HBSC – Abruzzo 2018, emerge come dichiarato dai Dirigenti che nella maggior parte delle scuole sono state adottate 'abituamente' iniziative riguardanti le competenze sul tema attività fisica e sport (86%).

Dall'indagine HBSC 2018 (Health Behaviour in School-Aged Children), in Abruzzo, tra gli adolescenti (11-15 anni) l'attività fisica praticata è inferiore agli standard raccomandati dalle linee guida internazionali: meno di 1 adolescente su 10 (8,5%) la pratica regolarmente almeno sei giorni a settimana o fa un'attività fisica così intensa da sudare; all'opposto, sempre 1 adolescente su 10 non la pratica mai. Le femmine svolgono complessivamente meno sport rispetto ai coetanei maschi e la pratica di attività fisica tende a ridursi con l'aumentare dell'età. Confrontando i dati attuali con quelli relativi all'indagine 2014 non si evidenziano sostanziali modifiche nei comportamenti degli adolescenti riguardo l'attività fisica.

La sedentarietà è correlata al crescere dell'età, nelle donne rispetto agli uomini, aumenta in ragione inversa del livello di istruzione, delle difficoltà economiche e fra gli stranieri. Le azioni di sostegno all'attività fisica dovranno tenere conto di queste variabili nella loro attuazione, ma deve essere preso in considerazione in tutte le Azioni del programma.

In base ai risultati del sistema di sorveglianza PASSI (2016-2019), in Abruzzo solo un terzo delle persone 18-69enni (30%) ha uno stile di vita attivo, in quanto conduce un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata/intensa raccomandata; la stessa quota (30%) è classificabile come parzialmente attivo in quanto pratica attività fisica in quantità inferiore alle raccomandazioni. Circa 4 soggetti su 10 è completamente sedentario (39%); questa stima corrisponde a circa 340.000 persone nella fascia di età 18-69 anni che in Abruzzo sono sedentari. La sedentarietà è ugualmente diffusa nei due sessi, ed è maggiore nella popolazione con un basso livello d'istruzione e molte difficoltà economiche.

Nelle persone con 65 anni e più l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto in là con l'età e con difficoltà nei movimenti. Per questo, la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia a seconda delle condizioni generali di salute e dell'età.



Nella Sorveglianza PASSI d'Argento si è adottato un metodo di valutazione dell'attività fisica (Physical Activity Score in Elderly: PASE) che tiene conto delle diverse esigenze della popolazione con 65 anni e più e considera oltre alle attività sportive, quelle ricreative (ginnastica e ballo), e i lavori di casa pesanti o il giardinaggio. In Abruzzo, si rileva che tra le persone con 65 anni e più con deambulazione autonoma e che hanno risposto da soli al questionario, circa il 39% è sedentario, valore simile rispetto a quello rilevato per il Pool nazionale di ASL.

La sedentarietà aumenta con l'avanzare dell'età, ed è maggiore tra le donne, in chi ha un basso livello di istruzione o molte difficoltà economiche e tra coloro che vivono da soli.

In Abruzzo la prevalenza della sedentarietà nella popolazione adulta, si è mantenuta praticamente costante dal 2008 (40%) al 2019 (41%) (Passi 2016-2019) e lo stesso negli ultra 64enni nei quali si è passati dal 38% del 2016 al 40% del 2019 (Passi d'Argento 2016-2019). Inoltre, solo il 28% degli adulti 18-69 anni ed il 24% degli anziani ultra 64enni che si sono recati dal medico hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica (Passi 2016-2019; PdA 2016-2019).

L'emergenza sanitaria causata dal COVID-19, e le misure non farmacologiche di prevenzione e controllo per fronteggiarla, hanno determinato in alcuni casi una limitazione del movimento e dell'attività fisica e una sedentarietà (es. smart working, didattica a distanza), riducendo le occasioni di attività fisica e sportiva in forma libera e strutturata.

Dai dati ottenuti dal Sistema di Sorveglianza PASSI per il quadriennio 2016-19, si evince come l'Abruzzo abbia una percentuale di soggetti sedentari superiore alla media nazionale. Inoltre si deduce che la sedentarietà è prevalente tra le fasce di età più avanzate e tra i soggetti con il più basso livello di istruzione. Ciò dimostra come queste popolazioni debbano essere il target per interventi di prevenzione basati sugli stili di vita e sulla attività fisica.

In Abruzzo il 38,5% degli anziani sono sedentari. La sedentarietà aumenta con l'età, è più frequente nelle donne e in chi ha un basso livello di istruzione, ha molte difficoltà economiche e vive da solo. La percentuale degli anziani sedentari nelle varie asl abruzzesi varia dal 30% di ASL al 45% di PE e TE.



Figura 47 Popolazione sedentaria (Fonte: Indagine PASSI 2016-2019)

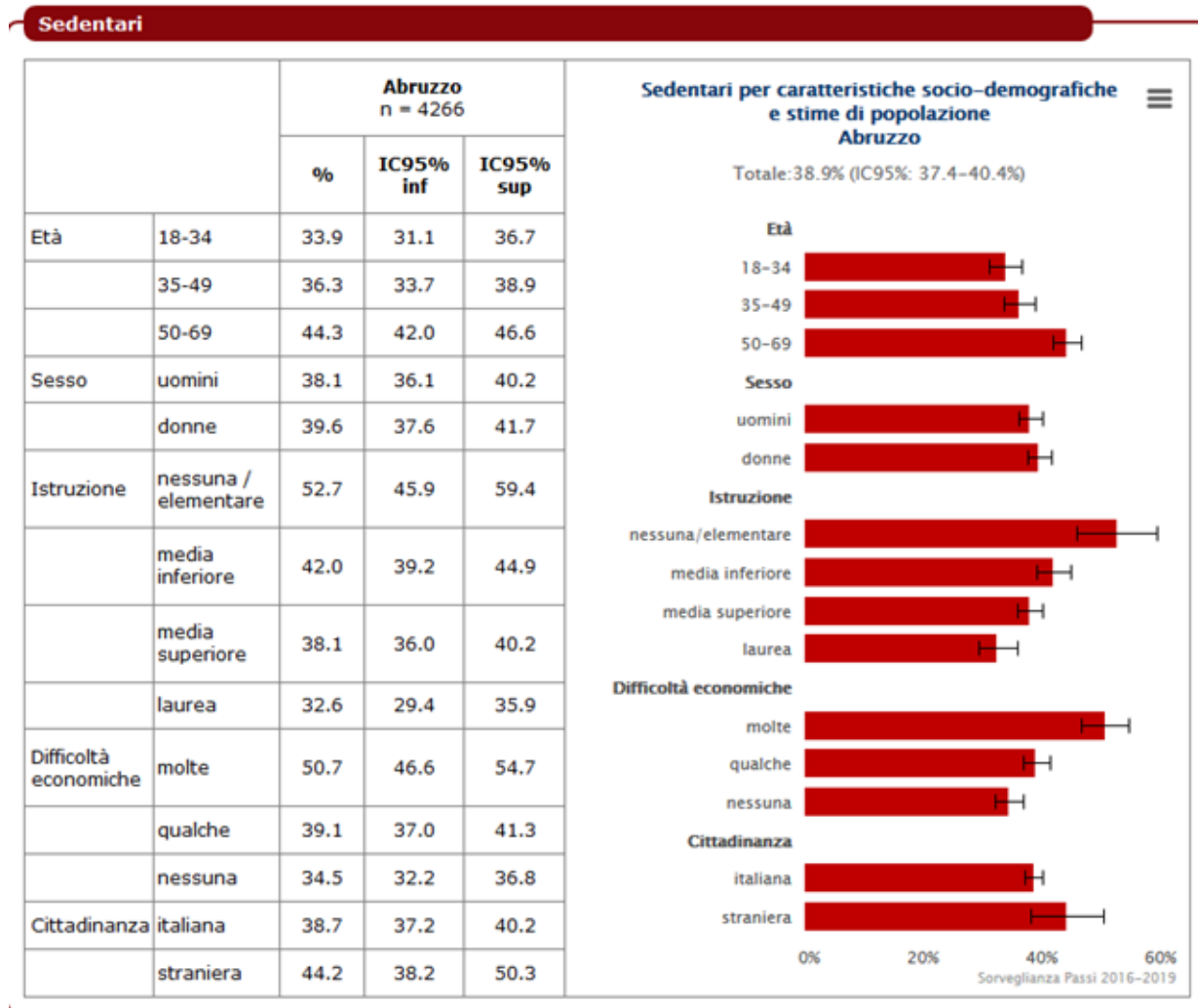
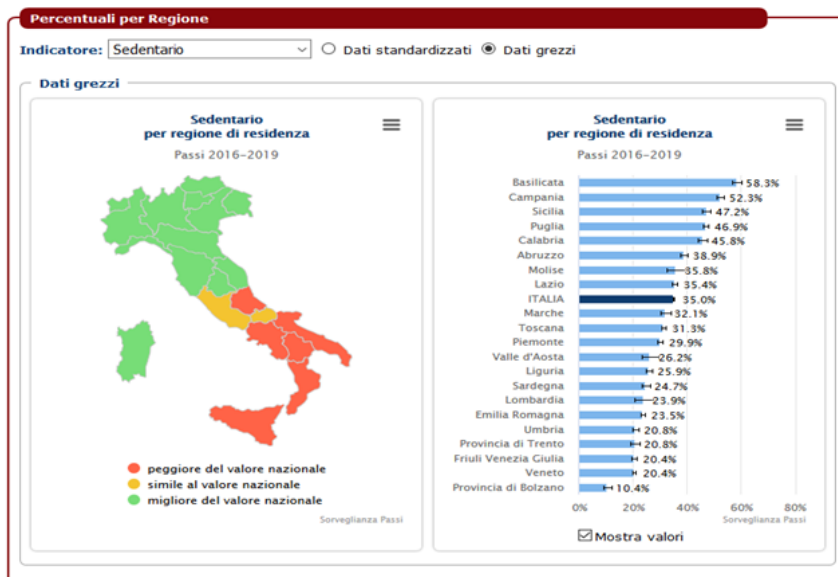



Figura 52 Regioni a confronto sulla sedentarietà (Fonte: Indagine PASSI)


La Regione Abruzzo nell'ambito del precedente PRP ha avviato esperienze nella promozione del movimento nella comunità. Sono stati sviluppati interventi per la promozione dell'attività motoria nelle diverse fasce di età, Pedibus e gruppi di cammino seppur in maniera non omogenea presso tutto il territorio regionale.

Per tutta la durata del precedente PRP è stato avviato il progetto denominato "Scuola in Movimento" (*Incremento dell'attività motoria nelle classi prime e seconde della scuola primaria*). Il progetto è stato realizzato sulla base di una intesa tra la Regione Abruzzo, il CONI regionale, l'Ufficio scolastico regionale e le università di Chieti-Pescara e dell'Aquila. L'attività è stata finanziata per 4 anni scolastici consecutivi, dal 2015-16 al 2018-2019. Il progetto ha previsto 2 ore di attività motoria settimanali per gli alunni delle classi prime e seconde, in cui gli insegnanti sono stati affiancati da un diplomato ISEF, o da un laureato in Scienze motorie.

Il Programma Comunità attive intende dare attuazione ad una strategia regionale basata su due pilastri principali:

- da un lato l'avvio di un approccio multisettoriale e globale di contrasto al problema della sedentarietà, basato sull'attivazione di reti e alleanze tra soggetti, istituzionali e non, che a vario titolo sono coinvolti sul tema. Si tratta di un approccio che mira a sostenere la creazione di ambienti favorevoli alla salute e lo sviluppo di una mobilità attiva e sostenibile. Questo approccio è coerente con la Strategia Nazionale di cui al documento di indirizzo per la pianificazione urbana in un'ottica di salute Pubblica-Urban Health di cui all'Accordo Stato regioni del 22 settembre 2021 Rep. Atti 1277/CU
- dall'altro lato, si intende consolidare gli interventi e i percorsi sociosanitari che, in linea con quanto indicato dalle "Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione" (Accordo Stato-Regioni del 7 marzo 2019), e "Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione



delle raccomandazioni per le differenti fasce di età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie nei diversi gruppi di popolazione "(Accordo Stato Regioni del 3 novembre 2021/CSR 219) mirano ad aumentare i livelli di attività fisica. Si tratta di interventi già avviati con il precedente PRP che includono, ad esempio, la prescrizione dell'attività fisica adattata e la formazione degli operatori sanitari per la promozione di uno stile di vita sano e attivo ed il counselling breve per l'adesione a sani stili di vita. Nel PRP 2020-2025 si intende consolidare e portare a compimento questi interventi, puntando all'equità, al superamento delle disuguaglianze e all'inclusione dei soggetti vulnerabili.

3.2.3 Scheda di programma

3.2.3.1 Descrizione dal PNP

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

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

Tali strategie, pertanto, sono finalizzate a:

- ② coinvolgere il più ampio e qualificato numero di *stakeholder*, riconoscendo identità e ruoli diversi, con particolare riguardo agli enti locali (Comuni e municipalità) quali *super-setting* in cui gli altri convergono;
- ② favorire una programmazione condivisa fin dall'inizio dei processi, con chiarezza degli obiettivi e delle responsabilità, costruendo convergenze programmatiche e alleanze di scopo su obiettivi condivisi;
- ② rafforzare l'attenzione sulle disuguaglianze, non solo di natura economica e sociale, ma anche in relazione ad aree di residenza, livelli di istruzione, genere, fragilità e disabilità;
- ② incentivare interventi di formazione comune rivolti ai professionisti di tutti i settori coinvolti, per lo sviluppo di adeguate competenze, per comprendere e condividere le motivazioni dell'agire di tutti i soggetti coinvolti;
- ② sensibilizzare la popolazione sull'importanza di uno stile di vita attivo e dello sport come strumento per il benessere psico-fisico;
- ② coinvolgere le persone e le comunità per favorire l'acquisizione di autonomia e proattività nella gestione della salute e del benessere (*engagement*).



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

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

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

3.2.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

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

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

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



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

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

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

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

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

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

3.2.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

In seguito ai dati emersi dal profilo di salute e dai precedenti Piani Regionali di Prevenzione, la Regione Abruzzo coglie in questo Nuovo Piano l'opportunità di creare una vera collaborazione intersettoriale tra quanti del pubblico e dell'associazionismo sono attivi nei territori, nell'ambito della prevenzione e promozione della salute rispetto alla pratica dell'attività fisica e del movimento.

L'intento del programma è dare sistematicità e integrazione alla pluralità di interventi già in essere e proposti nel territorio, nell'obiettivo di creare ambienti che promuovono la salute. In particolare, nell'ambito del programma, al fine di dare attuazione alla creazione di Comunità attive, si lavorerà con i Comuni, per promuovere un approccio alla lotta alla sedentarietà e alla promozione del movimento, con l'obiettivo di estendere in maniera più capillare le buone pratiche.

Per implementare queste azioni la metodologia utilizzata sarà quella della programmazione partecipata con l'organizzazione di tavoli multi professionali intersettoriali anche in sinergia con altri programmi del Piano Regionale Prevenzione (PP1 "scuole che promuovono salute", PP9 "Ambiente, clima e salute").

Per sostenere tale approccio è strategica la creazione della Rete regionale dei Comuni in movimento, rete che verrà formalizzata con accordi regionali e locali. L'adesione alla rete impegna il Comune ad attuare una strategia multicomponente e multi target per la lotta alla sedentarietà indirizzata a tutta la popolazione (bambini e ragazzi, adulti, anziani). All'interno della strategia la comunità può realizzare attività di rigenerazione degli spazi urbani, esperienze regionali di promozione del movimento già consolidate nel precedente Piano della Prevenzione (Pedibus, gruppi di cammino ecc..)



oppure possono essere realizzati interventi specifici locali già sperimentati, possibilmente avallati dall'Azienda ULSS.

Particolare attenzione sarà posta alla promozione dell'attività motoria o la prescrizione dell'esercizio fisico nelle categorie a rischio per presenza di patologie croniche o difficilmente raggiungibili per condizioni sociali ed economiche svantaggiate, in modo tale da garantire equità e contrasto alle disuguaglianze di salute. Tutte le attività saranno avviate in un contesto di miglioramento della comunicazione fra gli attori coinvolti e con i cittadini, la formazione trasversale e adeguata di tutto il personale, sanitario o meno, coinvolto nella promozione della salute, il raggiungimento della popolazione di qualsiasi età e status socio-economico, la rigenerazione di spazi verdi e urbani da dedicare al movimento.

La Regione dAbruzzo si impegna a:

- predisporre un accordo con ANCI, con la finalità di condividere delle linee di azione comuni a tutto il territorio per la promozione di stili di vita attivi;
- attivare la Rete dei Comuni in movimento e promuovere l'adesione dei Comuni alla stessa, mediante la sottoscrizione di una "carta dei Comuni in movimento" contenente le proposte regionali di pratiche raccomandate da mettere in atto per promuovere l'attività fisica e rigenerare gli spazi verdi urbani al fine di renderli fruibili dai cittadini;
- creare un logo per la Rete dei Comuni in movimento e predisporre strumenti per la divulgazione dei contenuti del PRP e la sensibilizzazione dei diversi attori coinvolti nell'attuazione del programma;
- offrire moduli formativi congiunti, rivolti agli operatori di diversi servizi, sul counseling motivazionale breve e sugli stili di vita salutari;
- offrire una formazione specialistica per i Laureati in scienze motorie al fine di portare conoscenza sui benefici preventivi e terapeutici dell'esercizio fisico nelle patologie croniche, uniformare il linguaggio relativamente all'ambito dell'esercizio fisico e sopperire alle attuali carenze formative del percorso universitario;
- attivare e promuovere iniziative di movimento rivolte a persone con fragilità fisiche e mentali;
- avviare un sistema di monitoraggio regionale sulle azioni definite.



3.2.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

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

FORMAZIONE

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

COMUNICAZIONE

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



EQUITÀ

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

3.2.5 Obiettivi e indicatori specifici

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

3.2.6 Azioni

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (1 di 7)	Sviluppare azioni di comunicazione per sensibilizzare la popolazione sulla importanza del movimento e sulle opportunità esistenti
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.11 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	



OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT05 Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder	
OT05IT04	Comunicazione ed informazione
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Ai Comuni che aderiranno alla Rete dei Comuni in movimento che decidono di investire nella salute fisica e della qualità dell'ambiente che li circonda verrà rilasciato un logo apposito che li renda facilmente identificabili come Comuni che promuovono il movimento.

I Comuni provvederanno a comunicare alla popolazione l'avvenuta adesione sensibilizzando i cittadini sull'importanza di essere fisicamente attivi.

Si prevede altresì almeno una volta l'anno la promozione sul territorio regionale di giornate a tema o specifiche iniziative (pedibus, gruppi di cammino), per la promozione di determinate iniziative realizzate sul territorio per agevolare la pratica di attività fisica per le diverse fasce di età.

Nell'ambito della prescrizione dell'esercizio fisico si intende sviluppare strumenti di comunicazione sui benefici dell'esercizio fisico, in particolare per i soggetti affetti da malattie croniche e produrre degli strumenti per aumentare la conoscenza delle palestre della salute.

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (2 di 7)	Rinnovare gli accordi in essere o creare nuovi Accordi con ANCI, Università, Ufficio Scolastico regionale, CONI ecc. per collaborare alla creazione e diffusione delle comunità attive
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti	



locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità;), il contrasto alla sedentarietà; e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità;scuola;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Al fine di collaborare alla creazione delle comunità attive si prevede il rinnovo della Regione Abruzzo degli Accordi già esistenti o la stipula di nuovi accordi con ANCI, Università, Ufficio Scolastico regionale, CONI ecc. per collaborare alla creazione e diffusione delle comunità attive supportandole nel diffondere la cultura dell'importanza del movimento in tutte le categorie di popolazione.

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (3 di 7)	Realizzazione di un modulo formativo counselling motivazionale breve
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.3 Formazione al "Counseling motivazionale breve"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Organizzare percorsi di formazione al counseling breve per gli operatori del SSN coinvolti	
OT04IT03	Formazione sul counseling breve
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Nel corso dei precedenti Piani della Prevenzione regionali si è andato strutturando un assetto formativo centrato sulla strategia del counselling breve, inserito nell'aggiornamento dei LEA, e supportato dall'evidenza scientifica quale buona pratica per agire sui comportamenti a rischio. Con il nuovo Piano si ritiene indispensabile rendere questo strumento trasversale a tutti i setting sanitari. L'approccio seguito sarà quello implementato dal Progetto CCM 2019 "Azioni centrali a supporto della realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione", ossia il Modello Transteorico del Cambiamento nella gestione dei comportamenti a rischio legati a stress, fumo, alcol e consumo problematico di altre



sostanze psicoattive, disturbi del comportamento alimentare, sedentarietà, alla base della pratica di minimal advice e intervento motivazionale breve.

L'azione, in continuità con quanto effettuato negli scorsi Piani di Prevenzione regionali, mira alla sensibilizzazione e formazione del personale sanitario delle Asl della Regione su tutti i fattori di rischio, per la gestione dei comportamenti a rischio legati a stress, fumo, alcol e consumo problematico di altre sostanze psicoattive, disturbi del comportamento alimentare, sedentarietà. Tale approccio è centrato in particolare sull'intervento breve, visti i dati delle sorveglianze (PASSI; PASSI D'ARGENTO), che continuano ad evidenziare una bassa attenzione degli operatori nei confronti degli utenti con i quali vengono in contatto.

La finalità dell'azione è quella di offrire strumenti che gli operatori sanitari possano utilizzare sia nei contatti opportunistici che organizzati, per aumentare la cosapevolezza negli individui rispetto ai citati determinanti di salute.

La modalità didattica adottata sarà prevalentemente tramite FAD.

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (4 di 7)	Adesione del Comune alla rete dei comuni in movimento
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.3 Supporto ai Settori responsabili di "ambienti organizzati" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per favorire stile di vita attivo (pause attive, Pedibus, Playground, Gruppi di cammino, Scale per la salute, Bike to work, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità); il contrasto alla sedentarietà; e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

I Comuni interessati a far parte della Rete potranno procedere alla sottoscrizione della Carta dei Comuni in movimento e aderire al gruppo di coordinamento "Salute in Tutte le Politiche" con gli Enti e



Associazioni coinvolti, con l'identificazione di un referente per ogni Azienda/Ente coinvolto. Tale gruppo individuerà, all'interno della Carta dei Comuni in movimento gli obiettivi e le attività più adatte al proprio territorio, integrandole con quanto già eventualmente esistente, facendo inserire tali attività all'interno della programmazione aziendale degli Enti/ associazioni coinvolte. Il Comune che sottoscrive l'adesione alla Rete dovrà adottare almeno 3 attività tra le pratiche raccomandate proposte, o alternative equivalenti già in essere relative alla promozione dell'attività motoria, e almeno un progetto di rigenerazione urbana, in modalità intersettoriale con altri enti/associazioni. Infine, il Comune fornirà all'Azienda Asl annualmente i dati di monitoraggio relativi alle attività implementate.

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (5 di 7)	Esercizio fisico e attività sportiva tra persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale e/o mista
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.2 Attivazione protocolli di collaborazione tra Servizi sociosanitari finalizzati a migliorarne l'integrazione
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità), il contrasto alla sedentarietà; e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Come è noto, la persona disabile che riesce a praticare regolarmente l'esercizio fisico e attività sportiva riesce a migliorare notevolmente la capacità psico-fisica e le capacità relazionali. Lo sport in tutte le sue forme - sia agonistico che amatoriale, sia individuale che di squadra - per una persona con disabilità è fondamentale per potenziare uno sviluppo equilibrato del corpo, migliorare la capacità di



deambulazione e la massa muscolare. L'attività sportiva, inoltre, nella persona con disabilità tende a migliorare resistenza, velocità e forza, andando a influire positivamente sul ritmo cardiaco e respiratorio.

L'azione intende implementare l'accesso all'attività motoria da parte delle persone con diverse tipologie di disabilità. L'azione prevede le seguenti principali linee di attività:

- definizione di indicazioni operative per l'implementazione di un programma che comporti l'identificazione di percorsi praticabili alla popolazione disabile per svolgere una sufficiente quantità di attività fisica imperniati sui Servizi di Medicina dello Sport in collaborazione con i servizi di Riabilitazione, Neurologia, Neurochirurgia, Ortopedia, Fisiatria, DSM etc. Il documento, condiviso con le principali associazioni di persone con disabilità, contiene indicazioni operative include il Piano di monitoraggio e valutazione degli interventi e indicazioni per il coinvolgimento delle risorse delle comunità locali (es. enti locali, Terzo settore, etc.);
- Realizzazione di interventi di formazione/aggiornamento volti alla promozione stili di vita sani nella popolazione disabile per MMG, PLS, insegnanti, *caregiver*, personale palestre/società sportive;
- Promozione della prescrizione sanitaria dell'esercizio fisico nei casi in cui risulti appropriata;
- Implementazione di interventi per l'esercizio fisico e/o attività sportiva da parte delle persone con disabilità nelle ASL della Regione Abruzzo;
- Sensibilizzazione al tema quantità e qualità giusta di esercizio fisico e sport (quando possibile) in soggetti portatori di disabilità, sanitari, famiglie, insegnanti, allenatori e dirigenti sportivi;

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (6 di 7)	Implementazione programma AFA,EFA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.9 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", reportistica, ecc.
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	



CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

L'efficacia dell'esercizio fisico nel percorso di trattamento di numerose patologie croniche è ormai un fatto indiscusso. Esso è in grado di migliorare diversi *outcome* di salute, come qualità di vita e/o sopravvivenza di persone con patologie del sistema cardiovascolare, dimetaboliche, oncologiche, delle vie respiratorie, malattie neurodegenerative, osteoporosi, articolari, etc. La pratica dell'esercizio fisico da parte di persone affette da queste patologie, inoltre, contribuisce a mantenere la sostenibilità del sistema socio-sanitario riducendo le re-ospedalizzazioni, il consumo di farmaci e la necessità di assistenza domiciliare. L'adozione dell'esercizio fisico richiede strategie capaci di modificare i comportamenti, e modelli organizzativi che guardano oltre i confini del sistema sanitario e parlano alle comunità e ai luoghi di vita.

Nell'ambito del precedente PRP la Det.DPF010/15 del 28 febbraio 2018 ha istituito il gruppo di lavoro regionale per elaborare linee guida regionali per la promozione dell'esercizio fisico attraverso la creazione della rete delle palestre territoriali al fine di fornire indirizzi sulla costruzione di percorsi per la promozione dell'attività fisica nelle persone affette da patologie croniche, attraverso l'integrazione e la realizzazione di programmi intersettoriali, *in primis* i programmi di prescrizione dell'Attività Fisica Adattata (AFA), che includono partnership tra sistema sanitario e soggetti pubblici e privati del territorio, azioni di comunicazione ai cittadini e agli operatori sanitari e la realizzazione di momenti di counselling individuale sull'esercizio fisico. In tal senso, essa dà attuazione a quanto introdotto nei Livelli Essenziali di Assistenza rispetto alla promozione di percorsi di attività fisica strutturata in gruppi a rischio (punto F5 dell'allegato 1 al DPCM 17 febbraio 2017 LEA). L'azione mira a costruire un modello organizzativo di riferimento, in cui collocare i percorsi per la "prescrizione" dell'esercizio per persone con patologie croniche, anche alla luce delle limitazioni imposte dall'emergenza sanitaria da COVID-19. Il modello mette in connessione il sistema sanitario con le realtà che operano nell'ambito dell'esercizio fisico, anche al di fuori del sistema sanitario stesso, istituendo la rete delle Palestre sicure individuando i servizi per la promozione dell'attività fisica (es. medicina dello sport, etc.) come luogo in cui possono essere svolti controlli periodici, finalizzati a definire protocolli di esercizio personalizzati, da svolgere in autonomia o supervisionati anche in ambiente non sanitario, per le persone che ne abbiano la necessità. Con DGR 700 del 18 settembre 2018 sono state già approvate le linee guida regionali per la promozione dell'esercizio fisico attraverso la creazione di una rete di palestre territoriali-Palestre della salute e Palestre Sicure.

L'azione prevede la realizzazione delle seguenti linee di attività:

- Aggiornamento del tavolo di lavoro multidisciplinare ed intersettoriale di cui alla Det. DPF010/15 del 28 febbraio 2018 per la implementazione di:
 - un programma di Attività Fisica adattata (AFA) ;
 - un programma di Esercizio Fisico Adattato (EFA) rivolto a portatori di patologie cardiovascolari e metaboliche dove l'esercizio fisico prescritto impatti positivamente sulla funzione cardiorespiratoria e metabolica del soggetto;
 - indicazione regionali circa le caratteristiche minime che devono possedere le Palestre della salute a supporto dei percorsi di promozione/prescrizione dell'attività fisica, anche



in collaborazione con istituzioni pubbliche (Corsi di Laurea in Scienze Motorie, CONI, Enti Promozione Sportiva);

- un sistema di monitoraggio dell'attività di prescrizione dell'attività fisica che consenta di mettere in rete i diversi punti prescrittivi tra di loro e con le sedi di somministrazione delle attività.
- Definizione corsi di formazione per il personale delle Palestre della Salute anche in collaborazione con rappresentanze (Corsi di Laurea Scienze Motorie, CONI, Enti Promozione Sportiva, Direzione regionale competente) ;
- Sensibilizzazione e formazione dei MMG sull'argomento AFA e EFA, realizzazione rete tra Servizi di Medicina dello Sport delle ASL insistenti sul territorio, MMG e altri servizi specialistici del territorio.
- Comunicazione ai soggetti a rischio per il miglioramento dell'*Health literacy* sui benefici dell'attività fisica nelle MCNT.
- Implementazione degli interventi, monitoraggio e valutazione con le modalità e tempi previsti.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP02
TITOLO AZIONE (7 di 7)	Attività fisica e differenza di genere
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.4 Ciclo HEA di un Servizio Sociosanitario (es. Consultori, Screening, Materno-Infantile, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	
OS01IS02	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE



L'adozione di un approccio di genere inteso come cambiamento culturale e di prospettiva, è uno strumento importante per garantire al meglio l'appropriatezza degli interventi di prevenzione, contribuire a rafforzare la centralità della persona.

E' dimostrato che l'attività fisica è un importante fattore protettivo nella prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT). In termini di sanità pubblica, il contrasto alla sedentarietà è un obiettivo importante per la promozione della salute. Secondo l'OMS, l'inattività fisica è responsabile ogni anno di un milione di decessi (circa il 10% del totale) e di 8,3 milioni di anni persi al netto della disabilità (Disability adjusted life years, Daly). Gli obiettivi del Piano d'azione globale sull'attività fisica 2018-2030 dell'OMS, che prevede di ridurre del 15% la prevalenza dell'inattività fisica negli adulti entro il 2030, mirano alla realizzazione di programmi e interventi efficaci attraverso un approccio intersettoriale e integrato.

Le "Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione" diffuse dal ministero della Salute a marzo 2019 hanno l'obiettivo principale di «fornire elementi di policy di sistema e di indirizzo sulle azioni necessarie per incentivare l'attività fisica, puntando all'equità, al superamento delle disuguaglianze e all'inclusione dei soggetti vulnerabili».

Come anche sottolineato nel rapporto Istisan 18/9 "Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica e le ricadute sulla collettività", la promozione dell'attività fisica è finalizzata non solo a migliorare il benessere psicofisico dei cittadini, ma anche a ridurre il burden economico sul Servizio sanitario nazionale (SSN). I costi diretti sanitari correlati alle quattro patologie principali associate all'inattività fisica (tumore della mammella e del colon-retto, diabete di tipo 2, coronaropatia) ammontano a 1,6 miliardi di euro annui; si stima che aumentando i livelli di attività fisica praticata dalla popolazione si otterrebbe un risparmio per il SSN di oltre 2,3 miliardi di euro per prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali, trattamenti ospedalieri e terapie farmacologiche evitate.

Le donne, in base ai dati a disposizione, svolgono meno attività fisica e sono globalmente più sedentarie rispetto agli uomini. In linea con queste osservazioni e tenendo conto delle differenze di genere nei tassi di mortalità e morbilità, è stata inserita la presente azione orientata all'equità nell'ambito del PPO2 (programma predefinito comunità attive), che prevede l'adozione di un approccio di genere su cui investire risorse per incentivare e sostenere il movimento nel genere femminile. Tale azione implica un approccio di genere per promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo.

Donne e uomini hanno una differente suscettibilità alle malattie e sono diversi per quanto riguarda il mantenimento di una condizione di salute. Le donne sono più longeve degli uomini: secondo i dati ISTAT del 2017, la vita media delle donne è di 84,9 contro gli 80,6 anni degli uomini. Tuttavia, se si considerano gli anni di vita trascorsi in buona salute, il vantaggio a favore delle donne diminuisce considerevolmente, traducendosi in anni di malattia e disabilità, principalmente a causa di patologie cardiovascolari, osteoarticolari e neurodegenerative. Le donne si ammalano dunque di più e sviluppano il doppio di disabilità rispetto agli uomini, di conseguenza consumano più farmaci e sono più esposte alle reazioni avverse causate dai medicinali. Tra le donne si riscontrano inoltre peggiori condizioni di salute mentale, con differenze più marcate tra gli anziani ed i più giovani. Tale fenomeno è noto in letteratura come "paradosso della sopravvivenza e della salute uomo-donna": le donne sono



più malate, ma gli uomini muoiono prima". Le donne sono ulteriormente svantaggiate rispetto agli uomini perché più facilmente soggette a disoccupazione, difficoltà economiche e violenze fisiche e psicologiche.

Le nuove linee guida 2020 OMS a supporto delle politiche e dei programmi di promozione dell'attività fisica e di contrasto alla sedentarietà sono indirizzate a ridurre la prevalenza dell'inattività fisica e la strategia dell'Unione Europea per la parità di genere 2020-2025 riconosce i rischi genere-specifici per la salute, indicando come una costante attività fisica possa ridurre la morbilità e la mortalità cardiovascolare da danno coronarico e ictus, la pressione arteriosa e la dislipidemia, e possa proteggere dall'insorgenza della sindrome metabolica e del diabete di tipo 2, dei tumori della mammella, dell'endometrio, del colon e del polmone.

L'Italia è uno dei paesi con il tasso di inattività più alto: oltre il 72% della popolazione non fa mai sport. Se si considera la quota di persone che non svolge nemmeno tipi di attività fisica "informali", come andare al lavoro in bicicletta, fare giardinaggio o dedicarsi a un ballo, la percentuale sale al 75%. In particolare, come sottolineato nel documento pubblicato nel 2019 dall'Istituto Superiore di Sanità con le linee d'indirizzo sull'attività fisica, le donne, in particolare le più anziane, hanno minori opportunità di essere fisicamente attive e sono quindi in una situazione di svantaggio rispetto agli uomini: mentre gli uomini totalmente inattivi sono il 69%, le donne salgono al 79%. Tra i motivi più spesso imputati quali cause, ci sono la mancanza di tempo (40%), la demotivazione e la mancanza di interesse (20%), oltre all'impossibilità fisica (14%) e al costo (7%).

Le donne praticano quindi meno attività fisica. Inoltre le ragazze smettono prima di praticare attività fisica rispetto ai maschi, soprattutto quelle particolarmente vulnerabili per problemi legati alla propria immagine corporea o per mancanza di supporto sociale che le sostenga nell'impegnarsi nell'attività fisica.

L'Italia detiene la quarta posizione in Europa per il gap più elevato tra maschi e femmine nel seguire lo stile di vita salutare prescritto dalla OMS, con i 150 minuti di attività fisica settimanali raccomandati. Eppure le donne sembrano avere una maggiore cura del proprio benessere e del proprio corpo, e mediamente un numero minore di donne è in sovrappeso rispetto agli uomini. Inoltre, le donne fumano meno e bevono meno alcolici degli uomini. Per quanto riguarda invece l'attività fisica svolta, le donne, sebbene apparentemente più attente alla salute, si dedicano meno degli uomini allo sport e sono più sedentarie, soprattutto tra le classi più disagiate e con titolo di studio più basso, come dimostrano i dati Istat del 2016, che segnalano una differenza di inattivi del 10% tra uomini e donne. A partire dai 65 anni quasi la metà della popolazione si dichiara sedentaria. I più sedentari sono gli over75, fra i quali oltre il 68% dichiara di non praticare sport né attività fisica nel tempo libero. In tutte le fasce di età le donne sono più sedentarie degli uomini. In particolare tra gli ultrasettantacinquenni si dichiarano sedentari il 57,9% degli uomini e il 75,8% delle donne.

L'obiettivo di contrastare la sedentarietà si potrebbe quindi più facilmente realizzare attraverso la riduzione della disparità di genere, secondo un approccio strategico intersettoriale, life-course e per setting, per sviluppare interventi di promozione dell'attività fisica integrata nella vita quotidiana, basato su una programmazione condivisa che coinvolge operatori sanitari, decisori e tutti gli stakeholders coinvolti a vario titolo nella promozione dell'attività fisica.



L'intervento di promozione della salute rivolto alle donne dovrebbe ricercare strategie di incentivazione genere specifiche, dal momento che le motivazioni sono diverse da quelle degli uomini. Per esempio, il 47% delle donne dichiara di non praticare alcuna forma di attività fisica a causa degli impegni familiari, soprattutto la cura dei figli e della casa.

L'importanza di promuovere uno stile di vita attivo in tutta la popolazione secondo un approccio di genere, ha assunto un significato ancora più importante nel corso della pandemia di COVID-19, che tra le altre cose ha anche comportato una sedentarietà forzata, soprattutto tra le donne.

Saranno di seguito valutati i dati relativi alle differenze di genere rispetto all'attività fisica in tutte fasce di età rilevati in Abruzzo.

I dati della sorveglianza OKkio relativi alla pratica del movimento nei bambini di 8 anni in Abruzzo, rilevata indagando l'attività di gioco di movimento all'aperto per almeno un'ora e l'attività fisica strutturata, evidenziano che i maschi giocano all'aperto più delle femmine (Fig. 1), anche se la percentuale di femmine non attive (21,7%) è inferiore rispetto ai maschi (24,9%), mentre non c'è differenza significativa tra maschi e femmine per quanto riguarda l'attività fisica strutturata praticata.

I dati HBSC all'attività fisica moderata (almeno 60 minuti al giorno tutti i giorni) degli adolescenti in Abruzzo, rilevano come le femmine siano più sedentarie rispetto ai maschi. Il 9.3% delle femmine dichiara di non praticare mai attività fisica, rispetto al 5.3% dei maschi (Fig. 2).

Considerando la banca dati CoEsDi (Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze), che indica quali fattori di rischio hanno un peso maggiore e quali di essi sono più influenzati dalle differenze socioeconomiche presenti nella popolazione, si può stimare di quanto si potrebbe ridurre l'esposizione ai fattori di rischio se si potessero eliminare le disuguaglianze sociali, consentendo di comprendere su quali fattori di rischio potrebbe essere conveniente agire al fine di ottenere il maggiore effetto di riduzione delle disuguaglianze sociali nella salute.

I dati Coesdi documentano la presenza in Abruzzo di 197.514 uomini sedentari e 244.378 donne sedentarie tra i 30 e i 74 anni. Anche attraverso questa banca dati si rileva che in Abruzzo la prevalenza di sedentarietà è maggiore tra le donne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età, ma in particolare nelle fasce di età 55-64 e 65-74 anni (Fig. 3), evidenziando una netta disuguaglianza di genere. Dai valori del PAF (Population Attributable Fraction) si evince come la sedentarietà maschile, in particolare nelle fasce di età 30-44 e 45-54, sia maggiormente dovuta a una disuguaglianza socio-economica, mentre per le donne la disuguaglianza socio-economica influisce maggiormente nella fascia 55-64 anni.

Eliminando le disuguaglianze, nella fascia di età tra i 55 e i 64 anni potrebbe essere evitata una proporzione di donne sedentarie maggiore rispetto agli uomini (22.3% vs 7.6%) (Fig 4).

Eliminando la differenza di genere, la fascia più sedentaria è quella 65-74 ma è anche la meno influenzata dalla disuguaglianza socio-economica, seguita da quella tra i 55 e i 64 anni. La disuguaglianza socio-economica è invece maggiore fra i più giovani (soprattutto 30-44enni ma anche 45-54enni (Fig. 5).

La banca dati CoMoDi (Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze) consente di stimare di quanto si potrebbe ridurre la mortalità generale se si potessero annullare le disuguaglianze sociali



nell'esposizione ai fattori di rischio. I grafici proposti da CoMoDi riportano sulle ascisse l'impatto del fattore di rischio sulla mortalità generale o RA (Rischio Attribuibile), cioè il rischio di mortalità attribuibile all'esposizione al fattore di rischio espresso in valore percentuale. Sulle ordinate è invece riportato il contributo delle disuguaglianze (PAF%) che rappresenta la riduzione percentuale di morti che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze.

I dati CoMoDi relativi all'Abruzzo evidenziano un rischio di mortalità attribuibile all'esposizione al fattore sedentarietà maggiore per le donne. La riduzione percentuale di morti che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze è più elevata per i maschi nella fascia 30-54 anni, mentre nella fascia di età 55-64 anni la riduzione di mortalità risulterebbe nettamente maggiore per le donne (Fig. 6).

Il numero di morti attribuibili al fattore di rischio su 100.000 abitanti che si potrebbero evitare se si annullassero le disuguaglianze sociali è maggiore tra gli uomini solo nella fascia di età 65-74 (Fig. 7).

In base ai dati forniti dalle sorveglianze di popolazione PASSI e PASSI d'Argento, dedicate rispettivamente alla popolazione adulta (18-69 anni) e anziana (ultra 65enni), le persone classificate come "sedentarie", che cioè non praticano alcuna attività fisica nel tempo libero né svolgono un lavoro pesante, sono in Italia il 37%, con un chiaro gradiente geografico a sfavore delle Regioni meridionali. In particolare in Abruzzo il 40.3% della popolazione è sedentaria, quindi il dato è peggiore del valore nazionale. La sedentarietà è più frequente all'avanzare dell'età (dal 32% fra i 18-34enni, al 41% fra i 50-69enni), fra le persone con uno status socioeconomico più svantaggiato per difficoltà economiche o basso livello di istruzione, e fra le donne. Nel tempo, la quota di sedentari aumenta, particolarmente nelle Regioni meridionali. Tale andamento in crescita della sedentarietà è presumibilmente anche conseguenza delle misure di contenimento adottate per il contrasto alla pandemia di COVID-19. L'attenzione degli operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche, è inoltre bassa.

La percentuale di donne in Abruzzo che riferisce un buono stato di salute è inferiore rispetto agli uomini (65% vs 75%). A livello regionale viene confermata quindi la maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nelle donne, così come nelle classi d'età più avanzate, nelle persone affette da patologie severe, e quelle con basso livello d'istruzione e con difficoltà economiche (Fig. 8).

In Abruzzo la percentuale delle donne che riferisce molte difficoltà economiche è maggiore nella classe di età 50-69 anni rispetto alle classi di età più giovani (Fig. 9).

I dati PASSI relativi al periodo 2008-11 evidenziano come il 41.4% delle persone adulte in Abruzzo è completamente sedentario. La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche (Fig. 10).

PASSI d'Argento consente di valutare l'attività fisica negli ultra 65enni, attraverso uno strumento specifico, il Pase "Physical Activity Scale for elderly", che "quantifica" i livelli di attività fisica raggiunta dagli ultra 65enni considerando anche le attività comunemente svolte da persone di questa età. In sintonia con i valori medi del Pase, la quota di sedentari ultra65enni in Abruzzo è maggiore fra le donne, cresce al crescere dell'età (raggiunge il 64% dopo gli 85 anni), ed è maggiore tra chi ha difficoltà economiche, basso livello di istruzione e vive solo, con un trend in aumento della quota dei sedentari nel biennio 2019-2020 rispetto ai precedenti.



L'azione mira ad attivare e promuovere strategie finalizzate a diminuire la sedentarietà della popolazione femminile in Abruzzo, favorendo ed incrementando la partecipazione delle donne ai programmi e alle offerte di attività fisica, al fine di contribuire al controllo delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e di ridurre le complicanze

Strategia:

- Costituzione di un gruppo di lavoro dedicato
- Individuazione dei fattori di “iniquità” che rappresentano un ostacolo per il genere femminile all’adesione e partecipazione alle varie proposte di attività fisica e movimento, sia mediante analisi dei dati desunti dalla letteratura che attraverso raccolta e valutazione dei dati locali
- Definizione delle azioni di contrasto
- Inserimento delle azioni di contrasto individuate nel documento di indirizzo regionale sull’attività fisica

Analisi e valutazione della declinazione delle raccomandazioni individuate nei vari documenti di programmazione regionale

Monitoraggio dell'attuazione e valutazione dell'impatto delle azioni adottate e declinate dai diversi attori coinvolti

- Verifica di risultato, in termini di efficacia, sostenibilità e diffusione, delle azioni messe in campo e realizzate
- Verifica e valutazione dell’impatto delle azioni applicate mediante sistemi regionali di sorveglianza e rendicontazione

Fonti, Riferimenti bibliografici e Risorse utili

De Mei B. et al. Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica e le ricadute sulla collettività. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018 - Rapporti ISTISAN 18/9

Bull F.C. et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. DOI: 10.1136/bjsports-2020-102955

Di Pietro L. et al. Advancing the global physical activity agenda: recommendations for future research by the 2020 WHO physical activity and sedentary behavior guidelines development group. doi: 10.1186/s12966-020-01042-2

Report “Misure del benessere equo e sostenibile dei territori” 2018. [https://www.istat.it/it/files//2018/06/nota-stampa BES-province.pdf](https://www.istat.it/it/files//2018/06/nota-stampa_BES-province.pdf)



ISTAT - BES 2018. https://www.istat.it/it/files/2018/12/Bes_2018

Le pagine di Guadagnare salute dedicate all'attività fisica. https://www.epicentro.iss.it/attivita_fisica/pdf/18_9_web_rev.pdf

Oksuzyan A. et al. Men: Good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clin Exp Res* 2008;20:91-102

Sito Medicina di genere: una medicina a misura di ogni persona – ISSalute. <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/m/medicina-di-genere#bibliografia>

Dati Eurostat 2017 sull'attività fisica. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0025_IT.html

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

“Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione” (pdf 1,8 Mb). Ministero della Salute, marzo 2019. <https://it.readkong.com/page/ministero-della-salute-6849037>

“Linee di indirizzo sull'attività fisica 2021. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie” https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5693_1_file.pdf

“Movimento, sport e salute: l'importanza delle politiche di promozione dell'attività fisica e le ricadute sulla collettività”. Rapporto Istisan 18/9. Ministero della Salute, ISS, CONI. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17

Ding D. Surveillance of global physical activity: progress, evidence, and future directions. *The Lancet Global Health* 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30381-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30381-4)

Luque-Casado A. et al. Understanding Behavioral Regulation Towards Physical Activity Participation: Do We Need a Paradigm Shift to Close the Gender Gap? *Sustainability* 2021, 13, 1683; <https://doi.org/10.3390/su13041683>

La sedentarietà in Italia: l'analisi dell'ISTAT. <https://www.anifeurowellness.it/la-sedentarieta-in-italia-lanalisi-dellistat/>



L'epidemiologia per la sanità pubblica. Istituto Superiore di Sanità.
<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita>

“Patologie croniche nella popolazione residente in Italia secondo i dati PASSI e PASSI d’Argento”
<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-cronicita>

Quaderni del Ministero della Salute: Il genere come determinante di salute.
http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_publicazioni_2490_allegato.pdf

Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2021 “PASSI e PASSI d’Argento e la pandemia COVID-19”. Versione del 9 marzo 2021, https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+5_2021

OKKIO alla SALUTE - Promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria.
OKKIO <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019>

Health Behaviour in School-aged Children. <http://www.hbsc.org/>

CoEsDi – Contributo all’Esposizione delle Disuguaglianze.
<https://www.dors.it/tooldis/coesdi/indicatori.php>

CoMoDi - Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze.
<https://www.dors.it/tooldis/comodi/indicatori.php>



Figura 1

Bambini che hanno giocato all'aperto e/o fatto sport il giorno precedente le rilevazioni (%)

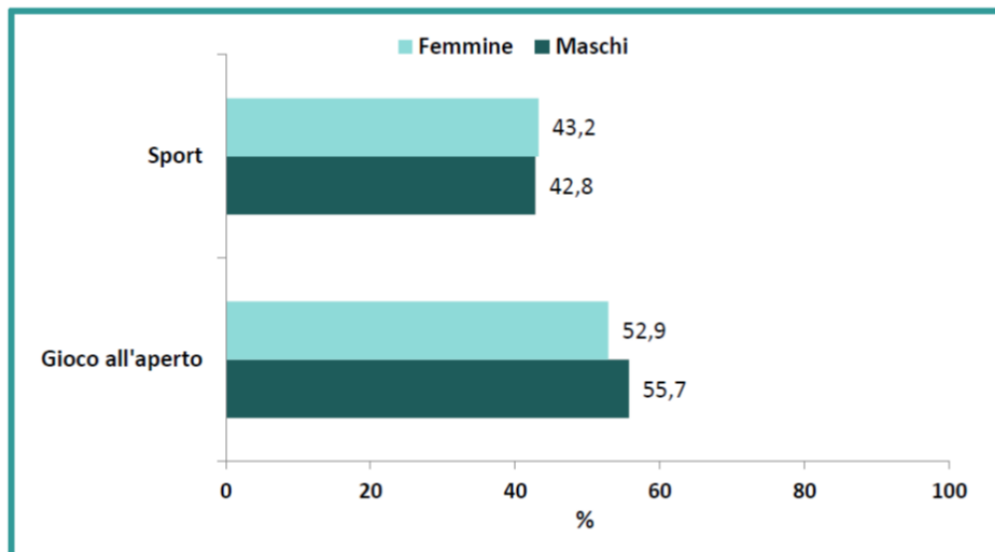




Figura 2

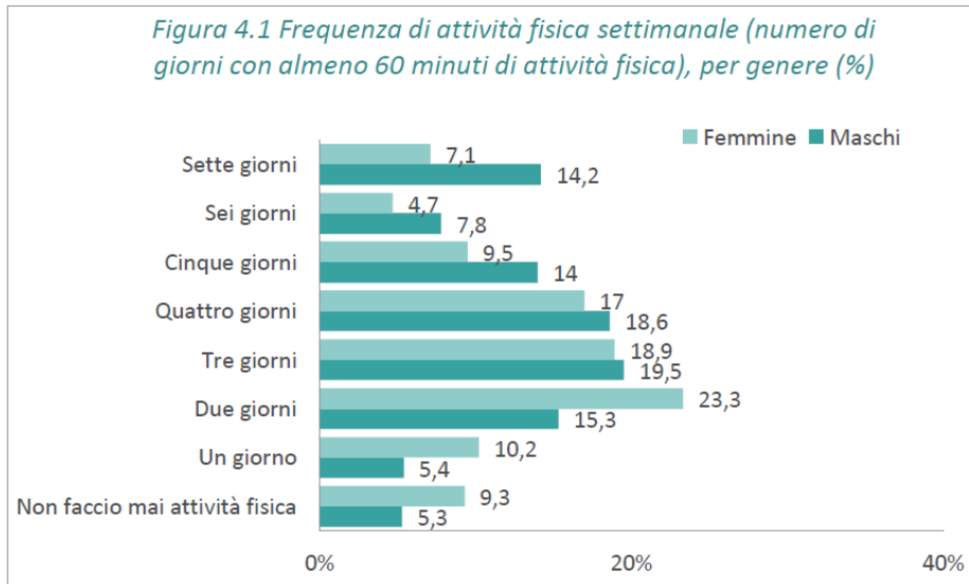




Figura 3

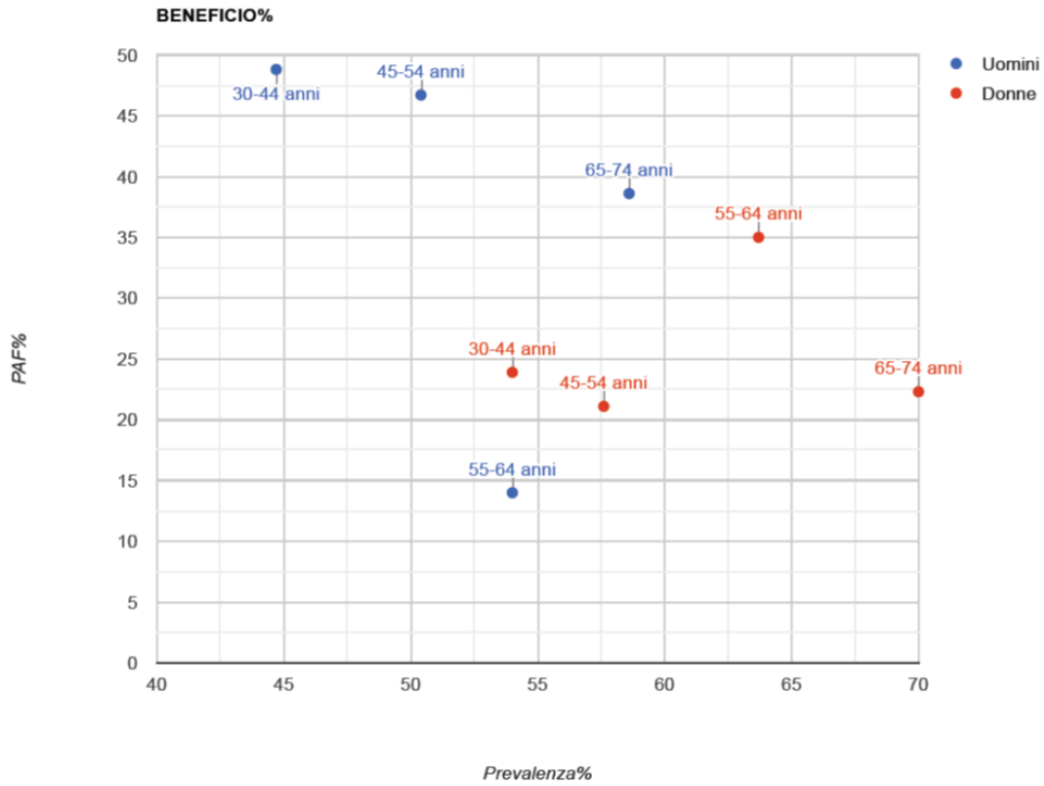




Figura 4

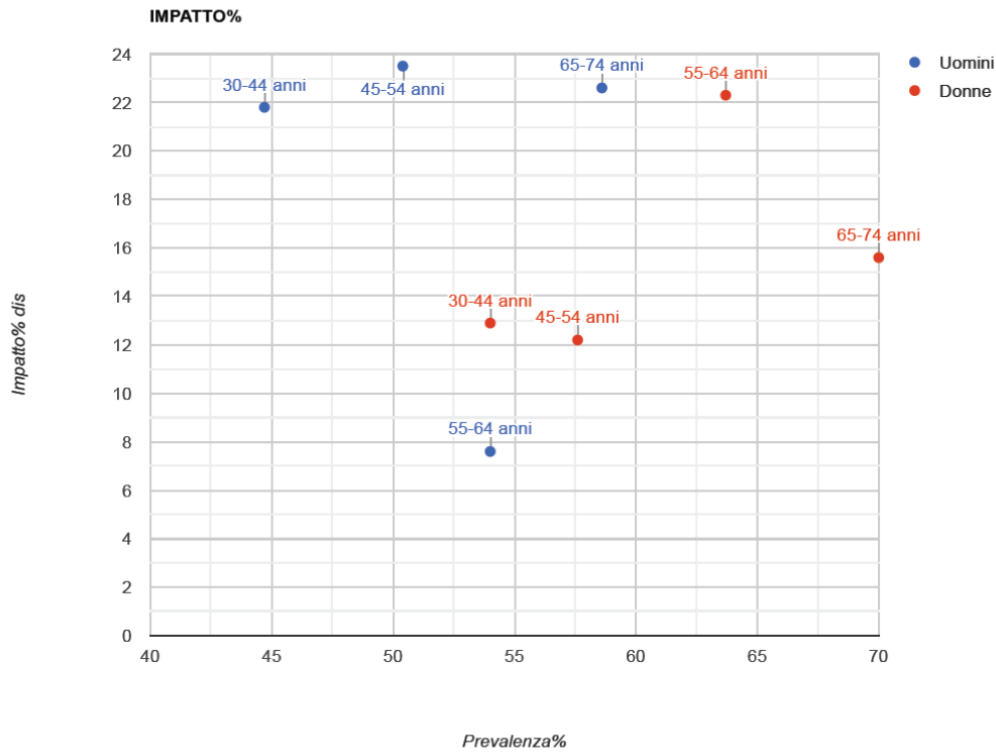




Figura 5

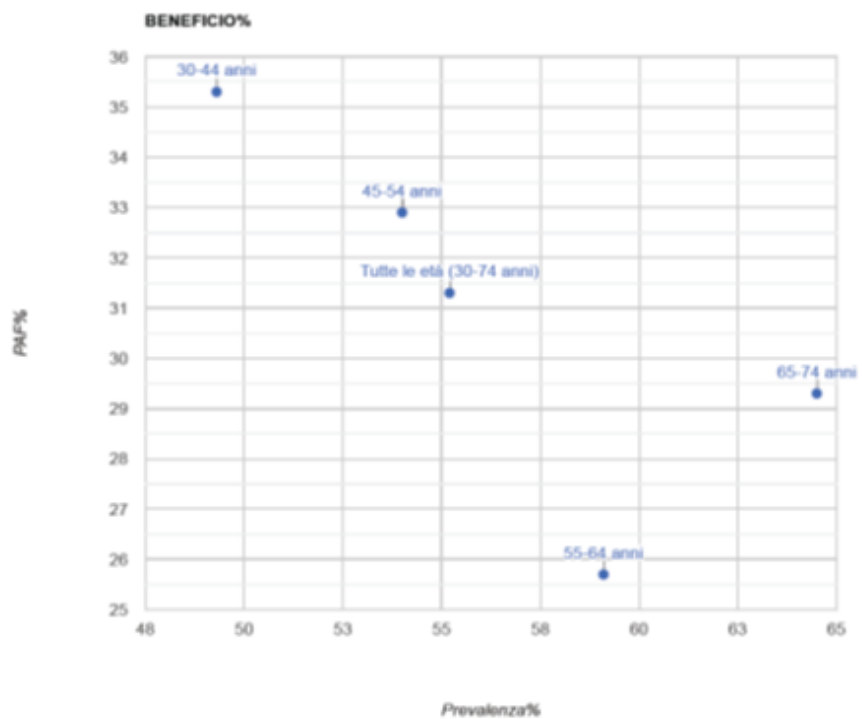




Figura 6

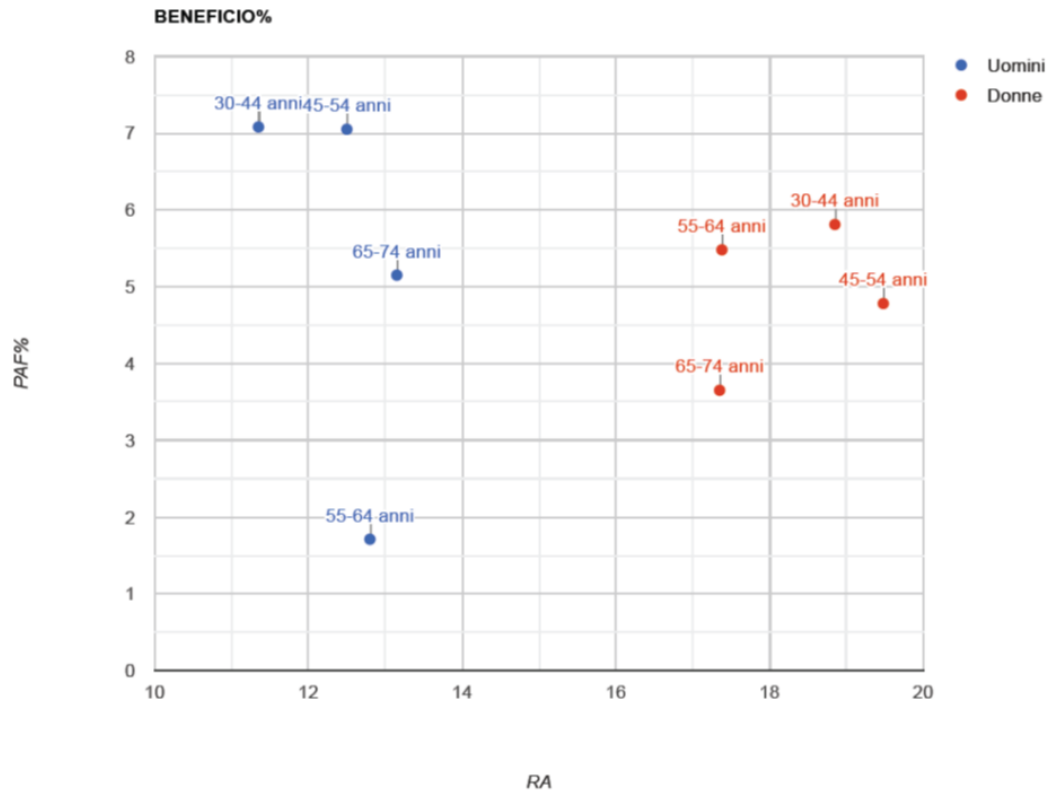




Figura 7

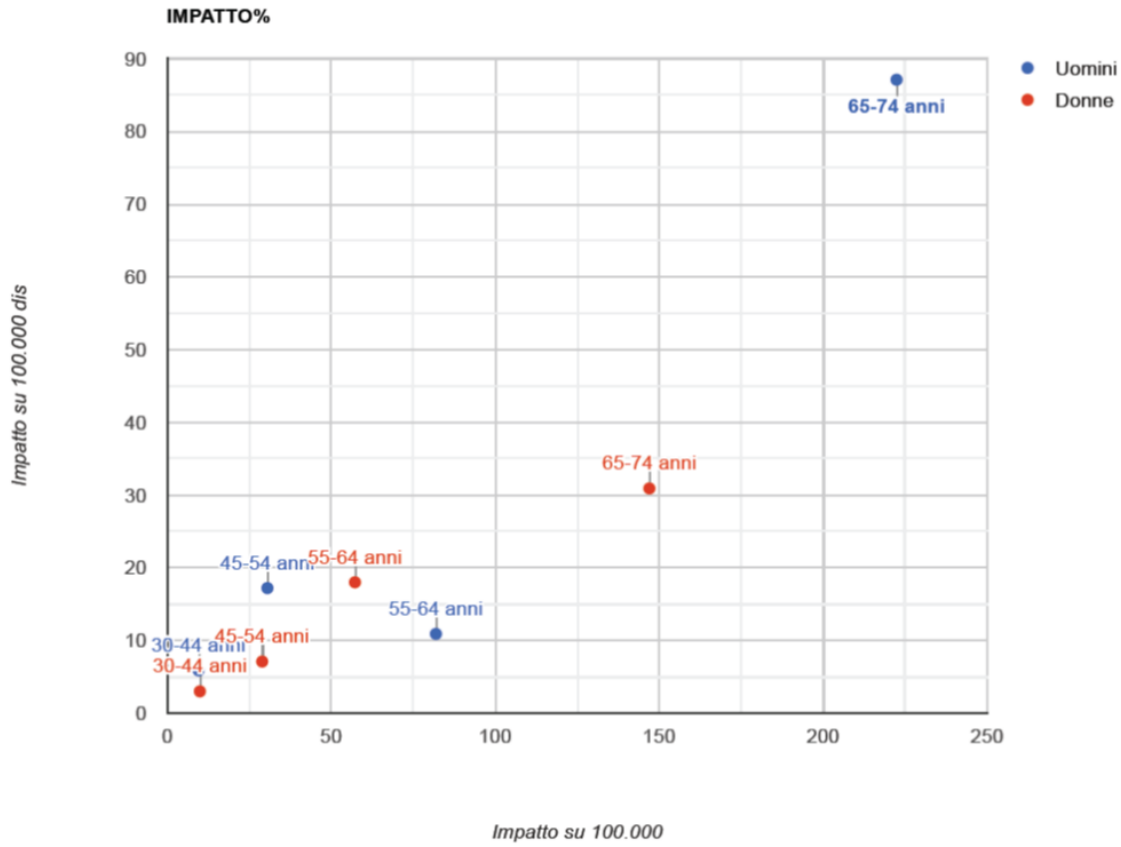
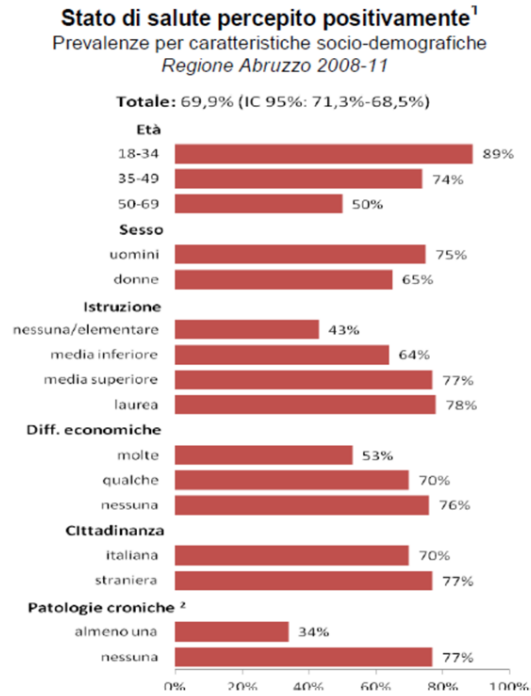




Figura 8



¹ persone che si dichiarano in salute buona o molto buona

² almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie, malattie croniche del fegato.



Figura 9

**% di intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche
per sesso e classi di età**
Abruzzo - PASSI 2008-11

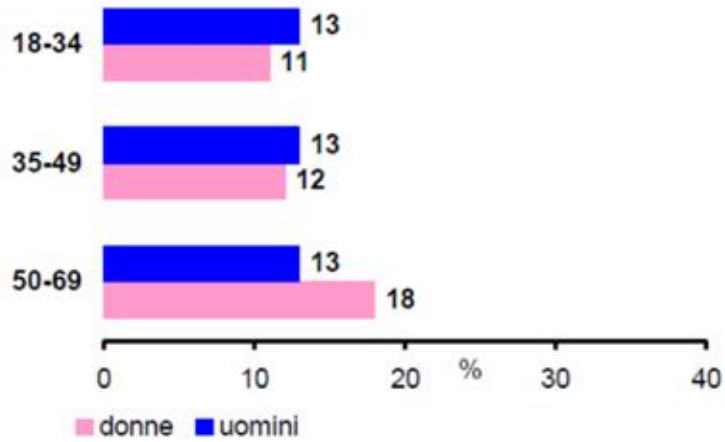
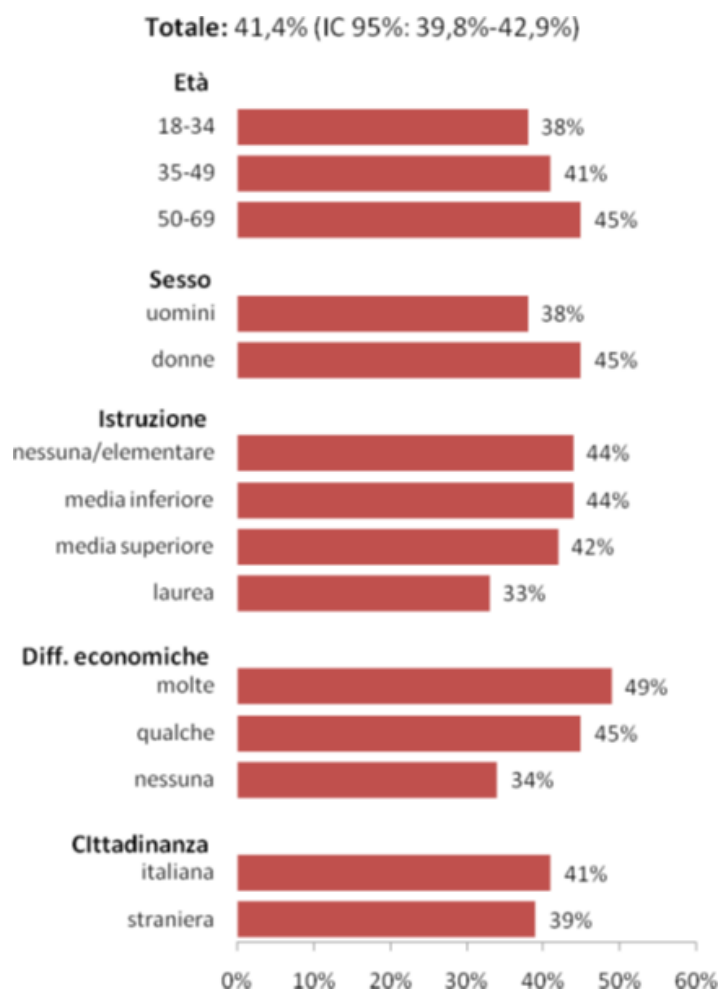




Figura 10



MONITORAGGIO DELL’AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Promuovere l'attività fisica con orientamento di genere (nella popolazione femminile)
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL’OBIETTIVO	L'azione parte dalla definizione di indicazioni regionali condivise dalle asl sugli interventi per l'attività fisica/motoria per il superamento dei fattori di iniquità quale ostacolo per il genere femminile all'adesione e partecipazione alle varie proposte di



	attività fisica e movimento.
ATTORI COINVOLTI	Soggetti interni a SSR: Direzioni Generali, ASR, Dipartimenti di Prevenzione, Cure primarie, ecc, Soggetti esterni al SSR:Università, associazioni, Organizzazioni Sportive (CONI,UISP) ecc.
INDICATORE	<p>Presenza indicazioni regionali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula:Numero di documenti di programmazione relativi alle raccomandazioni per il contrasto alle differenze di genere nell'attività fisica e nel movimento/numero totale di documenti di programmazione prodotti • StandardOrientamento dei documenti di programmazione secondo un'ottica di genere affinché inseriscano e prevedano azioni di contrasto alle differenze di genere per quanto riguarda l'accesso all'attività fisica e al movimento • FonteRegione



3.3 PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute

3.3.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP03
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Servizio Prevenzione Sanitaria, Medicina Territoriale DPF
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti - MO3 Incidenti domestici e stradali - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-01 Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale - MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale - MO1-11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva - MO1-12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale) - MO1-13 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute - MO1-15 Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione - MO1-16 Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione - MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale



	<ul style="list-style-type: none">- MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui- MO2-03 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti- MO2-06 Offrire programmi finalizzati alla limitazione dei rischi e alla riduzione del danno- MO3-01 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani)- MO3-02 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici- MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente- MO4-03 Redazione e ricognizione linee di indirizzo (ex art. 2 decreto 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano- MO4-06 Favorire nei giovani l'acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL- MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute- MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico- MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione,- MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor- MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche- MO5-13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti- MO6-10 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cottura e nelle mense per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti) tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari nella ristorazione collettiva- MO6-11 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti)"- MO6-13 Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative
--	---



	<p>per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST
<p>LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - MO1LSc Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, articolato in azioni di documentata efficacia, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico (a partire dalla scuola dell'infanzia), per la promozione della salute fisica e mentale - MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: <ul style="list-style-type: none"> - ,contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina, contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol, riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà, contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile, riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato, aumento del consumo di frutta e verdura, - prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) - MO1LSe Sviluppo di conoscenze e competenze (empowerment -life skill) di tutti i componenti della ristorazione collettiva (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholders (famiglie, lavoratori, pazienti, etc) sull'importanza della sana alimentazione per prevenire le complicanze di numerose patologie croniche, ridurre lo spreco alimentare e ridurre l'impatto ambientale correlato all'alimentazione - MO1LSf Implementazione di programmi di controllo ufficiale degli alimenti, con specifiche previsioni: per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti, per il controllo della disponibilità di sale iodato punti vendita e ristorazione collettiva, per la verifica delle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari - MO1LSH Implementazione e sviluppo di programmi di formazione degli addetti alla preparazione/distribuzione di alimenti - MO2LSa Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico, per la promozione della salute - MO2LSb Sviluppo di programmi intersettoriali per accrescere le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza degli individui, nei contesti di vita e di lavoro, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili - MO2LSd Miglioramento dell'integrazione e del coordinamento intersettoriale tra programmi e azioni per la riduzione della domanda e dell'offerta di sostanze psicotrope - MO2LSe Attivazione di interventi intersettoriali e coordinati tra le diverse istituzioni (Servizi sanitari, Forze dell'Ordine, Autorità per il rilascio delle



	<p>licenze commerciali) per garantire il rispetto della normativa vigente</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO3LSa Sviluppo di programmi per la promozione di corretti stili vita con particolare riguardo all'attività fisica e al corretto utilizzo dei farmaci nell'anziano - MO3LSd Implementazione di percorsi di interoperabilità fra i servizi coinvolti - MO3LSf Promozione di stili di vita corretti nella popolazione con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate - MO3LSg Azioni di prevenzione per i guidatori professionisti - MO3LSH Informazione/comunicazione sul rischio di incidente stradale correlato a comportamenti a rischio - MO4LSm Rafforzamento della collaborazione scuola/aziende/istituzioni soprattutto finalizzate alla gestione dello studente in Alternanza scuola lavoro - MO5LSc Programmare e realizzare interventi di controllo trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato - MO5LSo Promozione di interventi per incrementare la walkability dell'ambiente urbano e promuovere la mobilità attiva nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro - MO2LSm Offerta di interventi di counseling breve nei contesti della medicina di base e in quelli lavorativi e in altri contesti adeguati
<p>LEA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B06 Promozione della sicurezza stradale - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - E06 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04 - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica - F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari - F09 Prevenzione delle dipendenze



3.3.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Il concetto di Promozione della Salute nei contesti occupazionali (Workplace Health Promotion o WHP), ispirandosi ai principi generali del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i. e della responsabilità sociale, presuppone che un'azienda non solo attui tutte le misure per prevenire infortuni e malattie professionali, ma sia promotrice attraverso la collaborazione di soggetti istituzionali e delle parti sociali, di cambiamenti del contesto e dell'organizzazione del lavoro affinché gli ambienti lavorativi divengano favorevoli all'adozione consapevole ed alla diffusione di stili di vita salutari, concorrendo alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità con il documento "Healthy workplaces: a model for action" ha proposto un modello generale di intervento. Un'azienda che promuove salute si impegna a costruire, attraverso un processo partecipato, una realtà lavorativa che favorisca il benessere e l'adozione consapevole di stili di vita salutari. La promozione della salute nei luoghi di lavoro si prefigge di tutelare e migliorare la sicurezza, la salute e il benessere di tutti i lavoratori combinando i seguenti fattori: il miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro, l'incoraggiamento della partecipazione attiva dei lavoratori a tutto il processo riguardante la promozione della salute, la possibilità di compiere scelte salutari e l'incoraggiamento dello sviluppo individuale.

Il luogo di lavoro incide direttamente sulla salute degli individui, perché in esso le persone trascorrono la maggior parte del loro tempo. L'ambiente di lavoro può influenzare i comportamenti volti al raggiungimento del benessere dalla persona con azioni favorevoli o ostacolanti. La promozione dei corretti stili di vita, come ad esempio il contrasto all'abitudine tabagica, potrà ridurre anche gli effetti dannosi sinergici da esposizione professionale ad agenti chimici/tossici/cancerogeni (non ultimo radiazioni ionizzanti e non ionizzanti). In particolare, nelle strutture sanitarie che espongono potenzialmente a rischi chimici e fisici suscettibili di potenziamento degli effetti cancerogeni da parte degli stessi agenti. È pertanto strategico definire percorsi virtuosi attraverso i quali raggiungere e coinvolgere i lavoratori (compresi gli eventuali studenti in alternanza scuola-lavoro, coinvolgendo le scuole nei programmi di promozione), ad esempio:

- diffondendo informazioni e conoscenze sull'importanza di uno stile di vita salutare sui diversi temi, tra cui alimentazione, attività fisica, alcol, fumo, attraverso, ad esempio, materiale informativo e momenti di counseling individuale o di gruppo;
- offrendo scelte che promuovano un'alimentazione sana nelle mense aziendali, nei distributori automatici, nei punti di ristoro esterni all'azienda;
- favorendo opportunità di praticare attività fisica attraverso spostamenti casa/lavoro attivi, uso delle scale, realizzazione, durante le pause, di esercizi di mobilità, gruppi di cammino.

Le ricadute positive degli impegni destinati ad offrire ai lavoratori opportunità per migliorare la propria salute, riducendo i fattori di rischio generali e in particolare quelli maggiormente implicati nella genesi delle malattie croniche, possono essere molteplici e estremamente significativi. I risultati di studi scientifici (es: Rongen et al., 2013, Geneay 2013; Aneni 2014; Verweij LM et al., 2011, Soler RE et al., 2010) dimostrano che gli interventi di WHP, attraverso azioni multifattoriali, possono produrre un miglioramento dello stato di salute dei lavoratori. Nella maggior parte degli studi clinici controllati randomizzati (confronto delle condizioni di salute di gruppi composti da lavoratori inclusi in programmi di WHP, con quelle in gruppi di controllo formati da colleghi esclusi dalla sperimentazione), ha documentato effetti positivi (es: peso corporeo, assetto glicometabolico e dislipidemico, pressione arteriosa, miglioramento del livello di salute percepita etc.) tra i lavoratori che hanno partecipato a



programmi aziendali di promozione della salute sul lavoro. Conseguentemente sono state documentate evidenze di riduzione del rischio di insorgenza di patologie croniche, quali malattie cardiovascolari, diabete, obesità, alcuni tipi di tumore e malattie osteo-articolari. Gli ambienti di lavoro sono inoltre settings privilegiato per programmi di promozione dei corretti stili di vita rivolti ai lavoratori e finalizzati all'equità sociale e di salute, considerata l'alta concentrazione di persone di varia identità socio demografica, su cui pesano maggiormente molte disuguaglianze di salute e che spesso sono difficilmente raggiungibili con altri canali. In tal modo si può incidere in modo significativo sulla riduzione delle disuguaglianze di tipo socio-economico e/o socio-culturale che possono ostacolare comportamenti salutari.

Agire sul miglioramento dello stile di vita della popolazione adulta che lavora permette anche di moltiplicare l'azione preventiva in ambito familiare e amicale con forti ricadute nella comunità, favorendo la possibilità di migliorare il benessere psicofisico della popolazione di tutte le fasce d'età. In particolare, la promozione dello svolgimento dell'attività fisica potrà incidere favorevolmente sul rischio da incidenti domestici correlati alla sedentarietà. Parallelamente, la promozione dei comportamenti sicuri e degli stili di vita corretti produrranno ricadute positive sul rischio da incidenti stradali.

Alcuni contributi scientifici (Kuoppala et al. 2008; Schröer et al. 2014, Goetzel et al. 1996; Aldana 2001) mostrano come le azioni di WHP portino ad un maggiore benessere organizzativo e ad una crescita degli indici di produttività delle aziende. A livello aziendale sul piano sociale ed economico si riducono le assenze per malattie, infortuni e relativi costi associati, si favoriscono la socializzazione e l'aggregazione, la fidelizzazione e la soddisfazione del dipendente.

Incidere efficacemente sui processi di invecchiamento attivo e in buona salute crea condizioni di supporto ed inclusione dei lavoratori più anziani, affetti da malattie croniche, fragili o con disabilità. Contemporaneamente è favorita la gestione e il reinserimento di tali lavoratori valorizzandone il capitale umano e migliorando l'impatto economico e sociale. Le ricadute positive delle pratiche WHP saranno: miglioramento organizzazione del lavoro, clima aziendale, livello di soddisfazione, crescita senso di appartenenza, motivazione al lavoro e produttività, ottenimento riconoscimento di "Luogo di lavoro che promuove salute" (ricaduta di immagine positiva sul mercato).

I luoghi di lavoro che aderiscono alla Rete iniziano un percorso che prevede la realizzazione di buone pratiche efficaci nel campo della promozione della salute. In molte Regioni Italiane le Aziende che si impegnano a realizzare buone pratiche nel campo della promozione della salute dei lavoratori hanno costituito una rete regionale, collegandosi anche alla Rete Europea ENWHP (Network Europeo per la Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro).

Molti dei fattori di rischio e delle patologie croniche prevenibili con i corretti stili di vita proposti con il WHP variano notevolmente tra uomini e donne, gruppi di età e strati socioeconomici. A titolo esemplificativo tra le donne sono meno diffusi il consumo di alcol "a maggior rischio" e l'abitudine al fumo (ma la proporzione di donne fumatrici di età inferiore ai 50 anni è notevolmente aumentata negli ultimi decenni). I sedentari, ossia coloro che non svolgono né uno sport né attività fisica sono il 35,6% della popolazione italiana (dati ISTAT anno 2020), quota che sale al 39,5% fra le donne e si attesta al 31,5% fra gli uomini. La prevalenza di patologie cardiovascolari nella donna è inferiore rispetto all'uomo durante l'età fertile e tende ad eguagliare l'uomo con la menopausa, ma la mortalità per eventi coronarici è superiore nelle donne rispetto agli uomini. Il progetto prevederà pertanto un approfondimento ed un orientamento mirato alla medicina di genere, al fine di ottimizzare gli interventi sulla base di tali evidenze epidemiologiche.



In regione Abruzzo i fumatori tra i 18 e 69 anni che hanno cercato di smettere di fumare sono passati dal 32,7 % (anno 2010) al 36,3 % (anno 2019), dato che evidenzia un trend in crescita, in controtendenza con il dato nazionale che ha visto la percentuale ridursi dal 38,4 % (anno 2010) al 36,1 % (anno 2019).

Le persone tra i 18 e 69 anni con consumo abituale di alcol elevato è leggermente aumentato, passando in Regione dal 1,8 % (anno 2010) al 2,1 % (anno 2019), contrariamente al dato nazionale che ha mostrato un andamento in calo: 3,7 % (anno 2010) vs 2,8 % (anno 2019). Sono in particolare aumentati in Abruzzo il consumo binge (fino all'ubriacatura), che è passato da 6,7 % (anno 2010) al 8,7 % (anno 2019) così come le persone con consumo a rischio: 12,1 % (anno 2010) vs 14,8 % (anno 2019) mentre il dato nazionale è rimasto stabilmente alto (16,8/16,9).

In Abruzzo le persone tra i 18-69 anni sedentarie (x100) sono aumentate dal 35,4 (anno 2010) al 38,9 (2019), confermando un trend nazionale (31,0 anno 2010 vs 35,0 anno 2019), sebbene in modo molto più marcato. Parallelamente si è ridotta la percentuale delle persone tra i 18-69 anni attive (x100) passate da 32,7 (anno 2010) a 30,4 (anno 2019) in linea con il trend nazionale anch'esso in discesa (33,2 anno 2010 vs 31,1 anno 2019).

Il dato regionale relativo alle persone tra i 18-69 anni che consumano almeno 3 dosi giornaliere di frutta o verdura (x100), ha indicato un aumento (dal 6,8 nel 2010 al 41,7 nel 2019), sebbene l'incremento sia stato minore rispetto a quello nazionale ove si passati nel medesimo periodo dal 9,5 al 48,8.

Confrontando l'anno 2010 con il 2018, in Abruzzo i tassi standardizzati di mortalità (per 10000) per le donne da malattie cardiovascolari, hanno registrato un lieve incremento (26,4 vs 26,9) in controtendenza con il dato nazionale che è stato invece in calo (25,6 vs 24,2). I tassi standardizzati di mortalità (per 10000) per gli uomini da malattie cardiovascolari hanno invece mostrato un trend in discesa (38,5 vs 34,2) seppure inferiore rispetto al dato nazionale (35,8 vs 32).

Le criticità che necessariamente devono essere superate per la completa attuazione di quanto previsto all'interno del presente programma sono legate ai seguenti fattori:

- Carenza di personale Servizi PSAL rispetto ai volumi di attività richiesti
- Necessità di coordinamento da parte del Comitato ex art. 7 D.Lgs 81/08, data l'importanza strategica all'interno di ogni programma per la realizzazione delle varie azioni.
- Mancanza di sistemi informativi di gestione univoca sul territorio regionale delle attività istituzionali dei servizi PSAL.
- Carenza della Governance dei flussi informativi.
- Carenza di strumenti fruibili per l'aggiornamento professionale, tecnico e scientifico (es. norme UNI, accesso ai testi di aggiornamento normativo ed alla letteratura scientifica di riferimento).
- Necessità di approfondimenti ed aggiornamenti formativi degli operatori dei Servizi.
- Aderenza delle parti sociali, datoriali e degli altri portatori di interesse alle iniziative di coinvolgimento.



3.3.3 Scheda di programma

3.3.3.1 Descrizione dal PNP

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

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

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

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

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

3.3.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

La promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP) è stata identificata dall'OMS come una delle strategie efficaci nell'ambito delle politiche di promozione della salute^{1,2}. Numerose evidenze sostengono che l'implementazione di WHP può produrre potenziali benefici sia in termini di



salute, sia di diminuzione delle assenze dal lavoro^{3,4}. Altri studi hanno segnalato la presenza di possibili effetti positivi di programmi WHP sul fenomeno del “presentismo”⁵.

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

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

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

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

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

1. WHO European Office. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*.
2. WHO. *Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners*. 2010 Ginevra
3. Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. (2009). *Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence 2000–2006. IGA Report 13e*. Available from: www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_13e_effectiveness_workplace_prevention.pdf
4. Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. *Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness*. *Am J Prev Med*. 2013 Apr;44(4):406-15. doi: 10.1016/j.amepre.2012.12.007. Review



5. *Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Côté P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. BMC Public Health. 2011 May 26; 11:395. doi: 10.1186/1471-2458-11-395. Review.*
6. *Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Feb 26;2:CD003440. doi: 10.1002/14651858.CD003440.pub4. Review.*
7. *Making your workplace drug-free a kit for employers, Division of Workplace Programs, Center for substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, DHHS Publication n. SMA07-4230, <http://workplace.samhsa.gov/pdf/workplace-kit.pdf>*
8. *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice Geneva, International Labour Office, 1996, http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_PUBL_9221094553_EN/lang--en/index.htm*
9. *ILO, Samsha e Bennet, Team Awareness, EMCDDA):*
10. *Bennett, J. B., Lehman, W. E. K., & Reynolds, G. S. (2000). Team awareness for workplace substance abuse prevention: The empirical and conceptual development of a training program. Prevention Science, 1(3), 157-172.*
11. *Bennett, J., Bartholomew, N., Reynolds, G., & Lehman, W. (2002). Team Awareness facilitator manual. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.*
12. *Samsha. (2014). factsheet - Why you should care about having a drug-free workplace, 10–11. b. [http://www.uniquebackground.com/images/forms/why_you_should_care_fs \[1\].pdf](http://www.uniquebackground.com/images/forms/why_you_should_care_fs [1].pdf)*
13. *ENWHP. “Promuovere un ambiente di lavoro salutare per lavoratori con patologie croniche: una guida alle buone pratiche “. 2014. Traduzione italiana a cura di Regione Lombardia e Dors Regione Piemonte. Disponibile da: <http://www.promozionesalute.regione.lombardia.it>*
14. *Commissione delle Comunità Europee (2011). Libro verde sulla tutela dei consumatori nell'Unione Europea. Enterprise Publications, Bruxelles*
15. *Dors, Regione Piemonte “Promuovere salute nel luogo di lavoro Evidenze, modelli e strumenti” https://www.dors.it/documentazione/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf*
16. *Ontario Workplace Coalition. The Comprehensive Workplace Health Model. <https://owhc.ca/>*
17. *<https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/setting/luoghi-di-lavoro>*
18. *<http://chrodis.eu/good-practice/lombardy-workplace-health-promotion-network-italy/>*
19. *https://ec.europa.eu/eip/ageing/repository/search/lombardia_en*
20. *Rongen A et al. Workplace Health Promotion. A meta-analysis of effectiveness. Am J Prev Med 2013; 44 (4): 406–415*

3.3.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

Le aziende che aderiscono alla Rete WHP in una prima fase dovranno iscriversi attraverso una piattaforma regionale, iniziando il percorso di accreditamento e di avvio del programma. Esse dovranno rispettare i requisiti previsti dal programma WHP e avviando al loro interno interventi



ritenuti "buone pratiche" nel campo della health promotion e dello sviluppo sostenibile ottengono l'accreditamento come "Azienda che promuove Salute". Le aziende accreditate si identificano come aziende "health promoting workplace". L'ASL rilascerà un attestato di "Luogo di lavoro che promuove salute" - Rete WHP ai luoghi di lavoro che hanno messo in atto una o più "pratiche raccomandate". Le aziende che aderiscono al programma si impegnano a costruire, attraverso un processo partecipativo, un contesto che favorisce l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute. Viene sottolineato il ruolo strategico del datore di lavoro nella attivazione dei processi e interventi, in sinergia con le figure della prevenzione aziendale RSSP, RLS, medico competente. Quest'ultimo diviene figura centrale nell'orientare i lavoratori verso scelte e comportamenti favorevoli alla salute e nel contrastare stili di vita dannosi (quali l'abitudine al fumo, l'abuso di alcol e di altre sostanze, l'alimentazione non corretta, la sedentarietà, etc.).

Da queste sinergie il percorso si svilupperà partendo da ruolo "responsabile" del datore di lavoro nel processo di analisi di contesto di ciascun ambiente (luogo di lavoro) attraverso lo strumento del profilo di salute e di equità che orienta le priorità di azione. Inoltre la condivisione delle motivazioni "sanitarie" alla base del programma (prevenzione della cronicità e benessere) verrà conciliata con gli interessi del datore di lavoro/lavoratori (responsabilità sociale d'impresa, produttività).

Le attività previste nei progetti e negli interventi di WHP devono, inoltre, tener conto e adattarsi alla natura del lavoro, alle condizioni di salute e sicurezza necessarie, alle dimensioni dell'azienda, alle necessità e alle condizioni fisiche dei lavoratori. La pianificazione di progetti di promozione della salute nei luoghi di lavoro richiede quindi conoscenze e competenze multisettoriali e multidisciplinari (sanitarie, socio-politiche, economiche) e si basa sulla cooperazione, coinvolgimento e l'impegno di tutti i soggetti direttamente coinvolti (datori di lavoro, medici competenti, lavoratori, parti sociali etc.).

Temi principali e destinatari individuati

	Temi	Setting	Destinatari finali
WHP	-Alimentazione -Sale -Sovrappeso/obesità -inattività/ sedentarietà -Alcol -Fumo -Droghe/Gioco d'azzardo patologico	Ambienti di lavoro Scuole	professionisti del settore pubblico professionisti del settore privato Operatori scolastici Operatori settore alimentare Adulti Lavoratori



3.3.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

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

FORMAZIONE

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

COMUNICAZIONE

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

EQUITÀ

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



3.3.5 Obiettivi e indicatori specifici

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



3.3.6 Azioni

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (1 di 3)	RIDURRE I DISORDINI DA CARENZA IODICA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.2 Supporto ai Settori responsabili di un "ambiente organizzato" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per favorire una alimentazione salutare (miglioramento/orientamento di capitolati d'appalto di mense - ristorazione collettiva- e vending, di spuntini/merende, di bar interni, di ristorazione pubblica)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	
OS02IS01	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere ("Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")
OS02IS02	Disponibilità di un sistema di monitoraggio regionale per la rilevazione della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili"
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Garantire opportunità di formazione dei professionisti sanitari e medici	
OT02IT02	Formazione dei Medici Competenti al counseling breve
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro



DESCRIZIONE

Razionale e descrizione del progetto **Ridurre i disordini da carenza iodica.**

Sulla Iodoprofilassi un recente rapporto Istisan (periodo 2017-2020) mette a disposizione dati nazionali e regionali sull'andamento della campagna di prevenzione delle patologie da carenza iodica tramite l'utilizzo del sale iodato.

Con la Legge n. 55 del marzo 2005 "Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica" viene stabilito a livello nazionale un importante strumento legislativo volto a ridurre la frequenza dei disordini derivanti della carenza di iodio. Ad oggi infatti il nostro Paese risulta in una condizione di carenza nutrizionale di iodio che, seppure non severa, determina ancora un'alta frequenza di gozzo e di altri disordini correlati.

La normativa prevede una serie di misure finalizzate a promuovere il consumo di **sale arricchito di iodio (30 mg/kg)** su tutto il territorio nazionale, quali la presenza obbligatoria di sale iodato nei punti vendita, la fornitura del sale comune soltanto su specifica richiesta dei consumatori, l'uso di sale arricchito di iodio nella ristorazione collettiva e la possibilità di utilizzazione nella preparazione e nella conservazione dei prodotti alimentari.

Per ciò che riguarda i dati di vendita fino ad oggi raccolti riportati dall'ISS nel rapporto Istisan 2015-2019, si evince chiaramente che il **sale iodato** venduto presso la grande distribuzione è pari al **65% di tutto il sale venduto.**

L'uso consapevole del sale è più frequente fra le donne (63% vs 52% negli uomini), nelle persone più mature di età (raggiunge il 66% fra i 50-69enni vs 45% fra i 18-34enni), fra i residenti con cittadinanza italiana (58% vs 48%) e in chi non ha difficoltà economiche (60% vs 53% di chi ne riferisce molte). Anche l'istruzione ha un ruolo importante e, se si escludono le persone con al più la licenza elementare (quota peraltro molto bassa, intorno al 5%, e perlopiù riferita a classi di età più avanzate, fra le quali è proprio l'età a giocare un ruolo maggiore), gli individui più istruiti hanno generalmente un'attenzione maggiore all'impiego di sale nell'alimentazione. Chiaro anche il gradiente geografico per cui si osservano quote più elevate di soggetti adulti che riportano un'attenzione al consumo di sale fra i residenti nelle Regioni del Nord (61% vs 53% dei residenti nel Meridione). Queste associazioni sono confermate anche dall'analisi multivariata.

Fra le persone con almeno una patologia cronica, e in particolare tra chi ha una diagnosi di ipertensione arteriosa o di insufficienza renale (per le quali la riduzione del consumo di sale diventa strumento di controllo della malattia), la percentuale di chi ne fa un uso consapevole risulta più alta (75%), ma non raggiunge i livelli attesi. Malgrado l'esiguo numero di donne in gravidanza nel campione, in questo sottogruppo di popolazione la percentuale di attenzione al consumo di sale è significativamente maggiore (69%) rispetto alla popolazione femminile di riferimento, in età fertile ma non in gravidanza (57%).

L'aggiornamento dei dati di vendita di sale iodato ha mostrato un aumento della vendita di sale iodato che nel 2017 (ultimo dato disponibile) arrivava al 65% di tutto il sale venduto presso la grande distribuzione (Figura 1a). Tale dato è in linea con i dati di utilizzo di sale iodato nelle famiglie dei bambini reclutati per lo studio che, nel periodo 2015-2019, è risultato essere mediamente del 63% con un range che va dal 49% al 79% nelle diverse regioni e nei diversi periodi in cui sono stati rilevati i



dati (50-56% nel 2015; 63-79% nel periodo 2016-2019). Questi dati sono coerenti con i risultati del sistema di sorveglianza PASSI, descritto più avanti in questo volume, i cui dati, raccolti nel quadriennio 2016-2019, mostrano che il 71,5% delle oltre 130.000 persone intervistate fa uso di sale iodato. Il risultato particolarmente significativo è quello riguardante l'utilizzo di sale iodato nelle mense scolastiche. Grazie al lavoro capillare dei medici del territorio operanti nei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) delle regioni analizzate, il 78% nelle 998 scuole ispezionate nel 2017 utilizzava sale iodato e in alcune regioni, quali la Toscana e la Sicilia, si raggiungeva rispettivamente il 90% e il 97% (Figura 2). Questo dato è particolarmente importante se si pensa che per molti bambini il pasto principale è rappresentato proprio da quello che si effettua a scuola.

La **Regione Abruzzo** è da sempre considerata una Regione ad endemia gozzigena lieve-moderata. Diversi studi hanno consentito di confermare una condizione di carenza iodica lieve-moderata nella Regione Abruzzo.

Le attività proposte (aumento della vendita di sale iodato nella grande distribuzione, l'aumento dell'impiego del sale iodato nelle mense scolastiche e la sensibilizzazione della popolazione sul consumo di sale iodato) sono sostenibili nel tempo, in quanto le attività per la sensibilizzazione sono incluse nei corsi di formazione agli alimentaristi previsti da specifica normativa regionale e finalizzati all'ottenimento del relativo attestato. Il rilevamento presso gli esercizi di vendita è previsto in corso di controlli ufficiali programmati con semplice adeguamento di verbale ispettivo.

La verifica delle mense scolastiche sarà effettuato durante il controllo ufficiale programmato dalle ASL. (SIAN)

L'utilizzo di sale iodato nella ristorazione pubblica e specificatamente quella scolastica permette la disponibilità di iodio tramite la dieta a tutta la popolazione che fruisce di pasti in tali contesti.

La vendita di sale iodato in evidenza in tutti gli esercizi anche nelle periferie e nelle zone socio economiche più svantaggiate permette l'accesso pure alle persone che per basso livello di istruzione non avrebbero scelto l'acquisto di sale iodato.

La definizione dell'azione si attua con un percorso che prevede:

- Controllo delle mense scolastiche attraverso sopralluogo della ASL e compilazione dell'apposita check list (monitoraggio dei dati sul sistema SIVRA/SINVSA) - Controllo del 25% delle mense ogni anno, correttamente riportato sul campo note in fase di registrazione su SIVRA2.
- Controllo della grande distribuzione (Supermercati, Ipermarket, ecc.) attraverso sopralluogo della ASL e compilazione dell'apposita check list (monitoraggio dei dati sul sistema SIVRA/SINVSA) - Verifica di almeno il 10% degli operatori presenti in banca dati per anno, correttamente riportata sul campo note in fase di registrazione su SIVRA2.
- Controllo di almeno 40 corsi per gli alimentaristi a cura della ASL per la parte riguardante il sale iodato. - Rendicontazione cartacea annuale a cura della ASL.



PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (2 di 3)	Supporto informativo alle Imprese in tema di REACH e CLP
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.10 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	
OS01IS04	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute	
OT03IT03	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	comunità;ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

La presente azione intende rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di gestione del rischio chimico attraverso la realizzazione di una pagina web informativa, da attivare sul sito della Regione Abruzzo, rivolta ai portatori di interesse, costantemente aggiornata; essa avrà lo scopo di divulgare informazioni inerenti i rischi per la salute umana e per l'ambiente legati l'impiego delle sostanze chimiche.

In particolare sul sito verranno inserite le seguenti indicazioni relative a:

- percorsi di alta formazione disponibili sul territorio nazionale (Master REACH, Scuole di Specializzazione in valutazione e gestione del rischio chimico)
- eventi, convegni regionali ed extra-regionali
- raccolta di materiale infografico
- link di interesse nazionali ed europei relativi alla gestione di sostanze chimiche.

La progettazione delle attività, finalizzate alla realizzazione dell'azione, verrà affidata a un Gruppo tecnico di lavoro, anche intersettoriale, a valenza regionale, con il coinvolgimento del referente regionale ed esperti REACH.



AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP03
TITOLO AZIONE (3 di 3)	CORRETTI STILI DI VITA E PROMOZIONE DELLA SALUTE SUI LUOGHI DI LAVORO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.13 Altro (specificare)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	
OS01IS03	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Verranno predisposte le seguenti attività per raggiungere le finalità del presente programma.

- Costituzione del Gruppo di Lavoro Regionale coordinato dalla Regione formato da componenti di ciascuna Asl, condiviso negli ambiti di confronto tavoli ex art.7 D.Lgs.81/08, con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati:

verranno sviluppate collaborazioni intersettoriali coinvolgendo associazioni, datori di lavoro, sindacati. Vi sarà un coinvolgimento strategico delle scuole e degli operatori del settore alimentare permetterà di orientare il progetto su una linea preventiva mirata alle scuole, e di costruire una collaborazione con il settore alimentare con un focus specifico sul tema della corretta alimentazione iposodica e di promozione dell'uso del sale iodato. Verranno definiti tavoli di lavoro dedicati con i diversi stakeholder (Parti Sociali, associazioni di categoria e sindacali, organismi paritetici, INAIL) insieme a figure della prevenzione, università, aziende per condividere un modello di Rete sostenibile, anche al fine di garantire la tutela della salute dei consumatori e del loro diritto all'informazione nonché a migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione. Verranno definiti modelli di Rete declinabili nei diversi territori regionali sia per le grandi aziende sia per le piccole/medie imprese e che si ispiri anche ad altri modelli di Reti già in essere in altre regioni, aumentando così sinergie e collaborazioni tra più ambiti. Si procederà al confronto efficace su metodi, strumenti, buone pratiche, messa a sistema e validazione di un modello condiviso per la diffusione della cultura della WHP. Si approfondiranno i principali fabbisogni dei problemi di salute che possono essere contrastati con interventi di prevenzione e promozione con obiettivi chiari e condivisi. I bisogni di salute verranno analizzati indossando le lenti dell'equità. In particolare nella redazione di ogni pratica raccomandata si terrà conto delle differenze di genere, culturali e religiose delle lavoratrici e



lavoratori, italiani e stranieri, al fine di aumentare la compliance dei lavoratori nell'applicazione delle buone pratiche.

Gli interventi da mettere in atto, suggeriti alle aziende, suddivisi per aree tematiche, saranno: di provata efficacia o buone pratiche ENWHP e/o buone prassi -art.2 D. Lgs. 81/2008-, sostenibili (nel tempo), intersettoriali, multifattoriali e multicomponente.

Pratiche “raccomandate” perché selezionate sulla base di criteri di “Buona Pratica” :

- Efficacia pratica e teorica, in quanto tratte da evidenze di letteratura e documentazione validata di “Buona Pratica” (Pro.SA, Joint Action, ecc.)
- Trasferibilità, in quanto già adottate e rese strutturali da un gran numero di luoghi di lavoro
- Sostenibilità, in quanto non impegnano il datore di lavoro in termini di risorse economiche e si caratterizzano per poter essere strutturate nella organizzazione in maniera duratura
- Valutabilità, in quanto sono individuate le singole azioni attese, intrapresa nell’ambito del processo di carattere partecipato, che possono essere misurate con indicatori specifici per osservare il percorso di miglioramento attivato dal Programma
- Intersettorialità, determinata implicitamente dalle azioni che richiedono l’attivazione di collaborazioni con soggetti di altri settori, sia della comunità locale in cui si colloca il “luogo di lavoro” quali Enti Locali, Sistema Sanitario, Associazioni, sia di fornitori quali gestori di mense, bar interni, etc.
- Equità, in quanto le Pratiche devono essere contestualizzate in coerenza con quanto emerso dal “profilo di salute ed equità” e quindi applicate così da contrastare le disuguaglianze che potrebbero determinarsi nella loro adozione.

- Formazione

Definiti i temi del programma (fumo, alcol, alimentazione e attività fisica etc.) verranno avviati corsi di formazione per operatori ASL per sviluppare conoscenze e competenze per la promozione di stili vita salutari negli ambienti di lavoro ivi comprese le conoscenze per assicurare la tutela della salute dei consumatori e per documentare lo stato di nutrizione della popolazione lavorativa. Gli aspetti di competenza specifica sulle malattie trasmissibili con gli alimenti ed il controllo alimentare saranno demandati a figure dei Servizi I.A.N. che verranno coinvolti nei gruppi di lavoro (formazione Personale Sanitario/ASL ed OSA). Attraverso una progettazione e realizzazione partecipata del percorso formativo, gli operatori sanitari e sociosanitari coinvolti acquisiranno maggiori conoscenze e competenze su:

-i modelli teorici di riferimento, evidenze e buone pratiche per lo sviluppo di programmi di prevenzione finalizzati alla promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali della cronicità nel setting “luoghi di lavoro”;



- i processi, metodi e strumenti del programma Whp;
- le strategie per supportare il processo locale di implementazione del programma;
- le malattie trasmissibili con gli alimenti, etichettatura e composizione degli alimenti/allergeni.

Corsi per datori di lavoro, RSPP, RLS e medici competenti sui temi della promozione della salute nei luoghi di lavoro e sui contenuti del progetto, sull'approccio motivazione alla partecipazione da parte dei lavoratori.

Predisposizione degli strumenti a supporto dei medici competenti (schede individuale per la promozione della salute).

Formazione dei Medici Competenti al counseling breve

-Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili").

Verrà predisposto un documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili, i cui principali interventi di promozione della salute saranno:

-promozione di una alimentazione corretta (es: Alimentazione nelle mense aziendali: 1) introduzione dell'offerta esclusiva di pane con ridotto contenuto di sale, frutta e verdura non sostituibile con altri dessert; utilizzo esclusivo di sale iodato; disponibilità di pane integrale 2) introduzione dell'iniziativa Codice Colore nella mensa aziendale per orientare le scelte e gli abbinamenti dei piatti da parte dei lavoratori in base agli aspetti qualitativi); 3) diffusione e promozione, nelle mense aziendali, di materiale informativo riguardante la composizione degli alimenti/informazioni nutrizionali e presenza di eventuali allergeni nei piatti/cibi;

-contrasto al consumo di tabacco (es: Attività del Medico Competente su minimal advice e counselling motivazionale per smettere di fumare);

-promozione dell'attività fisica, mobilità sostenibile (es: promozione dell'uso della bicicletta per raggiungere la sede di lavoro; realizzazione di Gruppi di cammino aziendali);

-contrasto alle dipendenze da alcol, sostanze stupefacenti e gioco d'azzardo (es: Attivazione di un percorso di informazione e formazione finalizzata ad aumentare conoscenza e consapevolezza dei rischi legati ai comportamenti additivi);

-promozione del benessere e conciliazione famiglia-lavoro.

- COMUNICAZIONE



Predisposizione di una piattaforma regionale per garantire l'iscrizione e l'adesione delle aziende:

Attività info/formative nelle aziende sulla promozione della salute su temi specifici.

Iniziative e mezzi di comunicazione, materiali divulgativi, contesti nei quali veicolare i messaggi, tempi, criteri di monitoraggio e valutazione.

Predisporre una piattaforma regionale dedicata al WHP che permetta il percorso di supporto completo alle aziende dall'iscrizione all'accREDITAMENTO.

Presentazione e condivisione del progetto, in tutte le province, con le parti sociali e con i medici competenti.

Le aziende che aderiscono alla Rete WHP in una prima fase dovranno attraverso iscriversi attraverso una piattaforma regionale, iniziando il percorso di accREDITAMENTO e di avvio del programma. Esse dovranno rispettare i requisiti previsti dal programma WHP e avviare al loro interno interventi ritenuti "buone pratiche" nel campo della health promotion e dello sviluppo sostenibile ottengono l'accREDITAMENTO come "Azienda che promuove Salute".

Le aziende accREDITATE si identificano come aziende "health promoting worplace".

Le aziende che aderiscono al programma si impegnano a costruire, attraverso un processo partecipativo, un contesto che favorisce l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute.

Viene sottolineato il ruolo strategico del datore di lavoro nella attivazione dei processi e interventi, in sinergia con le figure della prevenzione aziendale RSSP, RLS, medico competente. Quest'ultimo diviene figura centrale nell'orientare i lavoratori verso scelte e comportamenti favorevoli alla salute e nel contrastare stili di vita dannosi (quali l'abitudine al fumo, l'abuso di alcol e di altre sostanze, l'alimentazione non corretta, la sedentarietà, etc.).

Da queste sinergie il percorso si svilupperà partendo da ruolo "responsabile" del datore di lavoro nel processo di analisi di contesto di ciascun ambiente (luogo di lavoro) attraverso lo strumento del profilo di salute e di equità che orienta le priorità di azione. Inoltre la condivisione delle motivazioni "sanitarie" alla base del programma (prevenzione della cronicità e benessere) verrà conciliata con gli interessi del datore di lavoro/lavoratori (responsabilità sociale d'impresa, produttività). Il processo partecipato di lettura e analisi critica dei diversi aspetti dell'ambiente di lavoro rilevanti per salute ed equità dal punto di vista fisico, organizzativo, sociale, relazionale, ecc., permetterà di individuare criticità e risorse per avviare il percorso di miglioramento.

Le attività previste nei progetti e negli interventi di WHP devono, inoltre, tener conto e adattarsi alla natura del lavoro, alle condizioni di salute e sicurezza necessarie, alle dimensioni dell'azienda, alle necessità e alle condizioni fisiche dei lavoratori.

La pianificazione di progetti di promozione della salute nei luoghi di lavoro richiede quindi conoscenze e competenze multisettoriali e multidisciplinari (sanitarie, socio-politiche, economiche) e si basa sulla



cooperazione, coinvolgimento e l'impegno di tutti i soggetti direttamente coinvolti (datori di lavoro, medici competenti, lavoratori, parti sociali etc.).

Al raggiungimento dei progetti le aziende vengono accreditate come "azienda che promuove salute" ricevendo il logo "health promoting workplace".

Per entrare nella Rete WHP Abruzzo verrà predisposto una modulistica on line sul sito della Regione con adesione gratuita da parte delle aziende.

-Attività di orientamento metodologico e organizzativo da parte degli operatori ASL

Il processo di diffusione e sviluppo del programma è sostenuto dalla attività di orientamento metodologico e organizzativo da parte degli operatori ASL, che si concretizza in:

-Supporto metodologico alla costituzione del gruppo di lavoro interno alle Aziende aderenti, composto dal datore di lavoro o delegato con poteri decisionali, RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, Settore Risorse Umane (e altri soggetti eventualmente individuati)

-Supporto alle aziende nella analisi di contesto/profilo di salute interno e nella valutazione delle priorità in relazione alle "Pratiche Raccomandate" dal Programma

-Supporto informativo finalizzato al raccordo tra Medico competente/Azienda e strutture/offerte SSR (CTT, Screening, SERT, Centri IST/MTS, Consultori, Ambulatori dietologici, ecc.) del territorio

Promozione processi di comunicazione e di rete per diffondere e dare sostenibilità alle pratiche

Attività di monitoraggio e di valutazione: accompagnamento teorico metodologico alle aziende per la progettazione, la realizzazione e la valutazione di interventi/progetti di WHP messi in atto dalle aziende.

L'ASL rilascerà un attestato di "Luogo di lavoro che promuove salute" - Rete WHP ai luoghi di lavoro che hanno messo in atto una o più "pratiche raccomandate".

Fonti Bibliografiche

Aldana, S. G. (2001). "Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature". *American Journal of Health Promotion*. 15 (5): 296-320.

Aneni, E. C., Roberson, L. L., Maziak, W., Agatston, A. S., Feldman, T., Rouseff, M., Nasir, K. (2014). "Asystematic review of internet-based worksite wellness approaches for cardiovascular disease riskmanagement: outcomes, challenges & opportunities". *PloS one*, 9 (1): e83594.

Cook, R. F., Billings, D. W., Hersch, R. K., Back, A. S., & Hendrickson, A. (2007). "A field test of a web-based workplace health promotion program to improve dietary practices, reduce stress, and increase physical activity: randomized controlled trial". *Journal of medical Internet research*, 9(2).



Cremaschini, M., Moretti, R., Brembilla, G., Zottola, G., Franchin, D., Noventa, A., & Barboglio, G. (2011). "The role of the factory doctor in the health promotion of workers: the experience of the "WHPBergamo" network". *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 34 (3): 434-436.

Jung, J., Nitzsche, A., Ernstmann, N., Driller, E., Wasem, J., Stieler-Lorenz, B., & Pfaff, H. (2011). "The relationship between perceived social capital and the health promotion willingness of companies: a systematic telephone survey with chief executive officers in the information and communication technology sector". *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(3): 318-323.

Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). "Leadership, job well-being, and health effects—a systematic review and a meta-analysis". *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(8):904-915.

Lucini, D., Riva, S., Pizzinelli, P., & Pagani, M. (2007). "Stress Management at the Worksite. Reversal of Symptoms Profile and Cardiovascular Dysregulation". *Hypertension*, 49(2): 291-297.

Pescud, M., Teal, R., Shilton, T., Slevin, T., Ledger, M., Waterworth, P., Rosenberg, M. (2015). "Employers' views on the promotion of workplace health and wellbeing: a qualitative study". *BMC public health*, 15(1): 642.

Piras, E. M., Purin, B, Stenico, M., Forti, S. (2009). "Prototyping a personal health record taking social and usability perspectives into account." *International Conference on Electronic Healthcare*. Springer Berlin Heidelberg, 35-42

- Making your workplace drug-free a kit for employers, Division of Workplace Programs, Center for substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, DHHS Publication n. SMA07-4230, <http://workplace.samhsa.gov/pdf/workplace-kit.pdf>

-Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice Geneva, International Labour Office, 1996, http://www.ilo.org/global/publications/ilobookstore/order-online/books/WCMS_PUBL_9221094553_EN/lang--en/index.htm

-ILO, Samsha e Bennet, Team Awareness, EMCDDA):

-Bennett, J., Bartholomew, N., Reynolds, G., & Lehman, W. (2002). *Team Awareness facilitator manual*. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.

-Samsha. (2014). factsheet - Why you should care about having a drug-free workplace, 10–11. b. [http://www.uniquebackground.com/images/forms/why_you_should_care_fs \[1\].pdf](http://www.uniquebackground.com/images/forms/why_you_should_care_fs[1].pdf)

-ENWHP. "Promuovere un ambiente di lavoro salutare per lavoratori con patologie croniche: una guida alle buone pratiche ". 2014. Traduzione italiana a cura di Regione Lombardia e Dors Regione Piemonte. Disponibile da: <http://www.promozionesalute.regione.lombardia.it>.

-Commissione delle Comunità Europee (2011). *Libro verde sulla tutela dei consumatori nell'Unione Europea*. Enterprise Publications, Bruxelles



MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	DI Contrasto delle disuguaglianze generate da adozione di stili di vita scorretti attraverso azioni mirate all'interno del setting occupazionale
STRATEGIA PER RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	IL Predisposizione e diffusione di materiale informativo ed azioni di formazione mirata relativa alle tematiche in questione rivolta ai diversi portatori di interesse, al fine di aumentare la consapevolezza dell'importanza di adottare stili di vita corretti per il superamento delle disuguaglianze generate da determinanti comportamentali, con particolare riferimento alla maggiore vulnerabilità dei fumatori a determinati fattori di rischio occupazionali. Individuazione del setting lavorativo come destinatario dell'azione per il raggiungimento di parte della popolazione in età lavorativa, altrimenti difficilmente raggiungibile, con ricadute positive in ambiente di vita e di lavoro.
ATTORI COINVOLTI	Datori di Lavoro, RSPP, RLS/RLST Operatori ASL Medici competenti Associazioni di categoria
INDICATORE	Iniziative di promozione, documentazione, ecc. finalizzate a favorire l'adesione da parte degli attori coinvolti ai programmi WHP <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Presenza/assenza • Standard presenza di iniziative per i diversi target nel corso del quinquennio di vigenza del PRP • Fonte
OBIETTIVO RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	DI Contrasto delle disuguaglianze generate da adozione di stili di vita scorretti attraverso azioni mirate all'interno del setting occupazionale
STRATEGIA PER RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	IL Predisposizione e diffusione di materiale informativo ed azioni di formazione mirata relativa alle tematiche in questione rivolta ai diversi portatori di interesse, al fine di aumentare la consapevolezza dell'importanza di adottare stili di vita corretti per il superamento delle disuguaglianze generate da determinanti comportamentali, con particolare riferimento alla maggiore vulnerabilità dei fumatori a determinati fattori di rischio occupazionali. Individuazione del setting lavorativo come destinatario dell'azione per il raggiungimento di parte della popolazione in età lavorativa, altrimenti difficilmente raggiungibile, con ricadute positive in ambiente di vita e di lavoro.
ATTORI COINVOLTI	Datori di Lavoro, RSPP, RLS/RLST Operatori ASL Medici competenti Associazioni di categoria
INDICATORE	Adesione delle aziende coinvolte nei programmi di sensibilizzazione alla lotta al fumo all'interno dei programmi WHP <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero di aziende aderenti che realizzano almeno un intervento di contrasto al consumo di tabacco rispetto al numero di aziende che hanno aderito al programma WHP • Standard 20% di aziende -aderenti al programma WHP- che hanno realizzato interventi di contrasto al consumo di tabacco • Fonte Regione



3.4 PP04 Dipendenze

3.4.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP04
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Servizio Prevenzione Sanitaria, Medicina Territoriale DPF
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti - MO3 Incidenti domestici e stradali - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-02 Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori - MO1-03 Promuovere la salute nei primi 1000 giorni - MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui - MO2-03 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti - MO2-04 Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope - MO2-05 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato - MO2-06 Offrire programmi finalizzati alla limitazione dei rischi e alla riduzione del danno - MO2-07 Sensibilizzare sui rischi, le problematiche e le patologie correlate a uso/abuso di sostanze - MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente - MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale



	<ul style="list-style-type: none"> - MO4-07 Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la “conservazione attiva” della salute, ovvero verso la Total worker health - MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un’ottica di Total worker health - MO4-09 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore - MO5-01 Implementare il modello della “Salute in tutte le politiche” secondo gli obiettivi integrati dell’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute - MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, - MO6-08 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C) - MO6-19 Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST (es. Clamidia, Gonorrea, etc.) sulla popolazione - MO6-20 Incrementare e favorire strategie parallele, secondo il modello fondato sui CBVCT*, che promuovano l’esecuzione del Test HIV e del counseling nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari - MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1LSa Sviluppo di programmi di promozione della salute riproduttiva e pre-concezionale e di prevenzione nei primi 1000 giorni, al fine di garantire le migliori condizioni di “partenza” ai nuovi nati - MO1LSb Attivazione di percorsi di promozione della salute e sani stili di vita familiari per genitori di bambini 0-36 mesi - MO1LSc Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, articolato in azioni di documentata efficacia, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico (a partire dalla scuola dell’infanzia), per la promozione della salute fisica e mentale - MO2LSa Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico, per la promozione della salute - MO2LSb Sviluppo di programmi intersettoriali per accrescere le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza degli individui, nei contesti di vita e di lavoro, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili - MO2LSc Iniziative da attivare nei luoghi in cui si svolgono attività sportive, mirate ad accrescere la consapevolezza sui rischi correlati al consumo di alcol,



	<p>supportando le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza dei giovani, con particolare riguardo ai minorenni.</p> <ul style="list-style-type: none">- MO2LSd Miglioramento dell'integrazione e del coordinamento intersettoriale tra programmi e azioni per la riduzione della domanda e dell'offerta di sostanze psicotrope- MO2LSe Attivazione di interventi intersettoriali e coordinati tra le diverse istituzioni (Servizi sanitari, Forze dell'Ordine, Autorità per il rilascio delle licenze commerciali) per garantire il rispetto della normativa vigente- MO2LSH Adozione di standard minimi di qualità nell'area della prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope, della riduzione del rischio, del trattamento, della riabilitazione e dell'integrazione sociale- MO2LSi Diffusione tra i professionisti degli strumenti per applicare interventi di prevenzione efficaci- MO2LSj Sviluppo di programmi volti al coordinamento tra servizi sanitari, servizi sociali, scuola e associazioni al fine di attivare percorsi di identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato- MO3LSf Promozione di stili di vita corretti nella popolazione con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate- MO3LSg Azioni di prevenzione per i guidatori professionisti- MO3LSH Informazione/comunicazione sul rischio di incidente stradale correlato a comportamenti a rischio- MO4LSa Perfezionamento dei sistemi e degli strumenti di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, anche attraverso lo sviluppo del SINP- MO4LSo Promozione dell'adozione da parte delle imprese di buone prassi ex art. 2 comma 1 lettera v D. Lgs 81/08- MO4LSr Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)- MO5LSa a. Promozione e realizzazione di interventi di advocacy e di integrazione nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) attraverso: elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, produzione di rapporti sulle attività integrate in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute, stipula di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92, istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/ intersettoriali/ interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health- MO5LSi Partecipazione a Tavoli tecnici inter istituzionali sulle tematiche dell'Urban health e promozione delle Urban health Strategies- MO5LSm Interventi di formazione sull'adozione di strategie e interventi per sviluppare la salute costruendo ambienti favorevoli, indirizzati ai Dipartimenti di prevenzione e agli Ordini professionali coinvolti- MO5LSn Partecipazione e supporto alla definizione dei piani urbani di mobilità
--	--



	<p>sostenibile (PUMS), ponendo particolare attenzione alla promozione della pedonabilità e la ciclabilità per un'utenza allargata</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO5LSo Promozione di interventi per incrementare la walkability dell'ambiente urbano e promuovere la mobilità attiva nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro - MO6LSg Offerta dei test HCV, HBV e HIV alle popolazioni a rischio e della vaccinazione anti HBV - MO6LSs Offerta dei test di screening delle IST sulla popolazione target - MO2LSk Sviluppo di protocolli operativi di prevenzione indicata con orientamento ai servizi e coinvolgimento del territorio per soggetti all'esordio di problemi di abuso e dipendenza (per es. adolescenti e famiglie) o in particolari condizioni di vita (per es. gravidanza) - MO2LSI Potenziamento dell'offerta, da parte dei Servizi per le Dipendenze Patologiche, di interventi di prevenzione selettiva e di riduzione dei rischi e del danno (es. Drop in, Unità di strada), in collaborazione con altri Servizi sanitari, Enti locali e Terzo settore - MO2LSm Offerta di interventi di counseling breve nei contesti della medicina di base e in quelli lavorativi e in altri contesti adeguati - MO2LSn <p>Programmi integrati e intersettoriali volti a rafforzare la collaborazione tra i Servizi per le dipendenze, gli altri Servizi sanitari, i Servizi sociali, il Terzo settore, le Associazioni di auto mutuo aiuto</p>
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale - F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F09 Prevenzione delle dipendenze - art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche



3.4.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Indice dei contenuti

- I. ***Introduzione***
- II. ***Il quadro socio-demografico e socio-economico della regione***
- III. ***Stato di salute regionale***
- IV. ***Stili di vita e fattori di rischio***
- V. ***Abitudine al fumo***
- VI. ***Consumo di alcol***
- VII. ***Uso di sostanze stupefacenti***
- VIII. ***Gioco d'azzardo***
- IX. ***Uso di internet ed altri dispositivi***
- X. ***Offerta sul territorio***
- XI. ***Conclusioni***

I. Introduzione

Il trattamento delle Dipendenze in Italia appare ancorato, in alcune realtà, a modelli e strategie nate negli anni '70-'80 per aiutare gli eroinomani. Un sistema siffatto fatica oggi a reclutare e ad intervenire su soggetti con problematiche correlate all'uso di altre sostanze e/o alle Dipendenze comportamentali. Pertanto, tra gli operatori che si occupano di questa area emerge, con sempre maggior forza, la necessità di sviluppare interventi di prevenzione sulla popolazione, mirati all'attivazione di abilità personali e sociali, che si connotano come fattori protettivi, per lo sviluppo delle patologie fisiche e psichiche correlate ai comportamenti di addiction. Gli stessi, infatti, assumono le caratteristiche di una vera e propria disabilità che conduce ad una estrema disuguaglianza.

L'Osservatorio Europeo sulle droghe riconosce che il trattamento sanitario della Dipendenza da solo non è sufficiente a prevenire l'esclusione sociale degli utenti sottolineando come, al fine di migliorare l'integrazione, sia fondamentale non subordinare l'intervento sociale a quello sanitario ma combinarli fin dalle prime fasi del trattamento. Oltre a tale aspetto gioca un ruolo essenziale, nel ridurre i fenomeni correlati alle Dipendenze e il conseguente rischio di emarginazione, un'attività di prevenzione focalizzata sia sulle potenzialità delle capacità personali, sia sul contesto culturale ed ambiente di vita dell'individuo.

Nella formulazione delle azioni proposte nella prevenzione delle Dipendenze è necessario quindi porre attenzione ai determinanti ambientali e sociali e a quelli individuali che incidono sulla salute e il benessere soggettivo.

Dopo aver effettuato un'analisi del contesto sociodemografico ed economico della regione per la costruzione delle attività progettuali ci siamo basati sui flussi dati provenienti dall'ISTAT, da ESPAD Italia 2019, dalla relazione annuale del Dipartimento Politiche Antidroga e dalle indagini PASSI. Le



dimensioni di disuguaglianza, rispetto all'abitudine al fumo e sul consumo di alcol, sono state ricavate da Co.Es.Di. e Co.Mo.Di. (www.dors.it/tooldis).

II. Il quadro socio-demografico e socio-economico

Tabella 1. Caratteristiche demografiche della popolazione. Abruzzo e Italia. 2010-2020

Demografia	Abruzzo		Italia	
	2010	2020	2010	2020
Struttura demografica				
Abitanti	1.326.015	1.293.941	59.948.497	59.641.488
Età media	44.1	46.5	43.4	45.7
Popolazione ≥ 65 anni (%)	21.4	24.3	20.4	23.2
Popolazione ≥ 85 anni (%)	2.7	3.6
Indice di vecchiaia (x 100)	163.3	198.5	144.4	179.4
Indice di dipendenza (x 100)	52.6	57.5	52.6	56.7
Fecundità				
Numero medio di figli per donna	1.34	1.16	1.44	1.24
Età media al parto	31.6	32.6	31.2	32.2
Dinamica di popolazione				
Numero di nati	11081	8.500 (2019)	549.794	417.614 (2019)
Numero di deceduti	14.227 (2011)	14612 (2019)	593.427 (2011)	634417 (2019)
Tasso di natalità	8.8	6.4	9.4	6.8
Tasso di mortalità (x 1.000)	10.7	12.6	9.8	12.6
Saldo migratorio totale (x 1.000)	+4.3	-0.5	+4.7	-0.7
Saldo migratorio con estero (x 1.000)	3.6	1.0	+4.7	1.3
Stranieri residenti (x 100)	5.2%	6.5%	6.4%	8.4%

Fonti Dati: Demo.istat.it, Health for All Italy



- La popolazione residente in Abruzzo nel 2020 secondo i dati ISTAT è pari a 1.293.941 (48,82% uomini e 51,18% donne). Tra le provincie quella di Chieti è per numerosità ed ampiezza del territorio più ampia delle altre. Gli stranieri rappresentano il 6,5% della popolazione residente nella regione di cui il 53% donne.
- Dal 2004 in Abruzzo si registra un tasso di natalità in costante decremento che determina, grazie anche al miglioramento delle aspettative di vita, un rapido processo di invecchiamento della popolazione.
- Il tasso di mortalità, da 10,8/1000 ab. nel 2014 sale a 11,3/1000 ab. al 2019 mantenendosi superiore alla media nazionale.
- L'indice di vecchiaia della popolazione abruzzese (rapporto tra ampiezza popolazione di 65 anni e più e quella con meno di 14 anni) presenta valori superiori alla media italiana nell'arco temporale 2014-2019 mostrando una distribuzione territoriale disomogenea: L'Aquila (204,78) e Chieti (204,28), seguite da Teramo (187,67) e Pescara (181,65).
- L'Abruzzo è una regione a bassa densità territoriale con 123 abit. per Km² in contrapposizione con la media nazionale di 201 ab. per Km². Il 34% della popolazione si concentra in piccoli comuni o zone rurali e solo il 9,1% vive in città.
- La conformazione morfologica del territorio è caratterizzata da aree molto diverse tra loro, quali la zona montana e quella marina, comportano peculiari criticità prevalentemente legate alle difficili vie di comunicazione che incidono sui tempi di percorrenza e dunque sul tempestivo accesso alle cure in alcune aree.

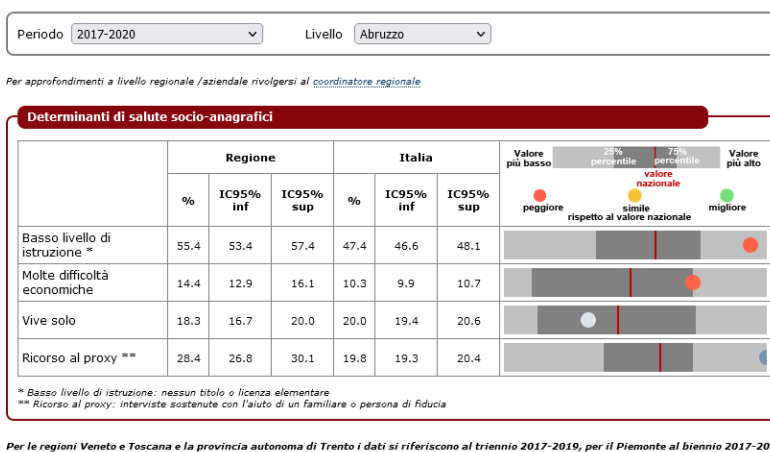
**Tabella 2.** Caratteristiche socio-economiche della popolazione. Abruzzo e Italia. 2010-2020

Indicatori socio-economici	Abruzzo		Italia	
	2010	2020	2010	2020
Persone con almeno la licenza media superiore 25-64 anni (x 100)	90.9%	96.2%	88.4%	95.1%
Tasso di disoccupazione (x 100)	8.7%	9.3	8.4	9.2
Tasso di disoccupazione giovanile (x 100)	29.5	29.3	27.9	29.4
Famiglie in povertà relativa (x 100)	14.3	10.4	9.6	10.1
Densità abitativa (per 100 m ²)	2.7	2.5 (2019)	2.7	2.6 (2019)
Famiglie mono componente (x 100)	28.0	32.6	28.4	32.9
Popolazione ≥ 65 anni che vive sola (x 100)	53.3 (Ripartizione Mezzogiorno)	50.9 (Ripartizione Mezzogiorno)	48.5	48.4
Occupati agricoltura (x 100)	3.9	3.7	3.8	4.0
Occupati industria (x 100)	29.6	29.5	28.6	26.4
Occupati servizi (x 100)	66.5	66.8	67.6	69.6

- Il livello di istruzione mostra una prevalenza di popolazione con titolo di studio di diploma di scuola media secondaria di secondo grado o di qualifica professionale (37,1%). Il 26,5% ha conseguito la licenza di scuola media mentre il 15,8% possiede la licenza elementare. Le persone con almeno una laurea (titolo terziario e superiore) sono il 15,7%. Le persone analfabete rappresentano lo 0,7% della popolazione di 9 anni e più mentre gli alfabeti privi di titolo di studio sono il 4,3%. Tra il 2011 e il 2019 il livello dell'istruzione nella regione Abruzzo è migliorato, in linea con quanto si registra a livello nazionale.
- Il tasso di occupazione della popolazione abruzzese nel periodo 2014-2019 mostra valori più bassi rispetto alla media nazionale. Nel 2019 il tasso di occupazione, ad esempio, è stato pari a 43,61 contro una media nazionale del 44,93.
- Prendendo in considerazione gli indicatori di povertà individuale l'Abruzzo presenta valori più alti rispetto a quelli nazionali: nel 2019 l'incidenza di povertà relativa individuale regionale è



pari al 17,8 % contro una media nazionale del 14,7 %. L'indice di Gini (misura della disuguaglianza su scala da 0 –uguaglianza assoluta- ad 1 –concentrazione massima-) in relazione al reddito di lavoro presenta valori più bassi rispetto a quelli nazionali. L'indice di grave deprivazione materiale (percentuale di persone che vivono in famiglie che sperimentano 4 tra 9 sintomi di disagio (essere in arretrato con i pagamenti, riscaldare adeguatamente la propria abitazione, affrontare spese impreviste, fare una settimana di ferie l'anno...) posiziona la regione su livelli più alti rispetto alla media nazionale (ISTAT anno 2018).



III. Stato di salute

Tabella 3. Salute e bisogni della popolazione. Abruzzo e Italia. 2010-2020

Indicatori generali stato di salute	Abruzzo		Italia	
	2010	2020	2010	2020
Tasso di mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)	4.52	3.02 (al 2018)	3.16	2.88 (al 2018)
Speranza di vita alla nascita: uomini	79.1	80.0	79.3	79.7
Speranza di vita alla nascita: donne	84.4	85.0	84.3	84.4
Speranza di vita a 65 anni: uomini	18.2	18.6	18.2	18.2
Speranza di vita a 65 anni: donne	22.0	22.2	21.7	21.6
Speranza di vita in buona salute a 65 anni uomini	5.9	6.6	6.6	7.9
Speranza di vita in buona salute a 65 anni donne	6.0	6.5	5.5	6.9



Dati Health for All - Italia	Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia
UOMINI	2010	2018	2010	2018
Tasso std mortalità M	103.57	98.97	103.04	100.2
Tasso mortalità std malattie infettive M	0.99	1.56	1.65	2.06
Tasso mortalità std tumori M	30.65	29.8	34.93	32.6
Tasso mortalità std malattie sistema circolatorio M	38.48	34.18	35.76	32.03
Tasso mortalità std malattie apparato respiratorio M	8.6	9.16	8.14	9.09
Tasso mortalità std malattie apparato digerente M	4.52	4.59	4.11	3.71
Tasso mortalità std malattie ghiandole endocrine,nutrizione,metabolismo M	3.98	4.16	3.96	4.16
Tasso mortalità std traumatismi,avvelenamenti M	5.58	5.1	4.78	4.54
Tasso mortalità std suicidio,autolesione M	1.15	0.79	1.04	0.93
Tasso mortalità std disturbi psichici M	2.02	2.12	1.85	2.77
DONNE				
Tasso std mortalità F	64.02	67.04	65.88	69
Tasso mortalità std malattie infettive F	0.83	1.19	1.12	1.57
Tasso mortalità std tumori F	16.11	17.12	19.03	19.32
Tasso mortalità std malattie sistema circolatorio F	26.41	26.86	25.62	24.22
Tasso mortalità std malattie apparato respiratorio F	2.89	4.09	3.56	4.91
Tasso mortalità std malattie apparato digerente F	2.88	2.57	2.72	2.5
Tasso mortalità std malattie ghiandole endocrine,nutrizione,metabolismo F	3.44	3.02	3.23	3.22
Tasso mortalità std traumatismi,avvelenamenti F	2.55	2.58	2.24	2.25
Tasso mortalità std suicidio,autolesione F	0.3	0.19	0.25	0.26
Tasso mortalità std disturbi psichici F	2.03	2.6	1.94	3.09

- La percezione dello stato di salute è un indicatore delle condizioni di salute della popolazione. In Abruzzo, nel 2019, la percentuale di persone che si considerano in buona salute nel 2019 è pari al 66,6%, al di sotto della media nazionale. Le persone con almeno una malattia cronica sono pari al 43,3% superiori alla media nazionale di circa tre punti. Quelle con almeno due malattie croniche risultano il 23,8% sopra la media nazionale (21,1%)



IV. Stili di vita e fattori di rischio

Tabella 4. Fattori di rischio evitabili della popolazione. Abruzzo e Italia.

Stili di vita	Abruzzo		Italia	
	2010	2020	2010	2020
Fumo				
Fumatori ≥14 anni (x 100)	21.8	17.8	22.8	18.6
Ex fumatori ≥14 anni (x 100)	23.1	22.0	23.4	23.3
	Pool 2011-2014	Pool 2011-2014	Pool 2017-2020	Pool 2017-2020
Fumatori 18-69 anni che hanno cercato di smettere nell'ultimo anno (x 100)	32.7	34.6	38.4	35.3
Persone che ritengono rispettato il divieto di fumare nei luoghi pubblici (x 100)	91.7	90.3	89.7	92.3
Persone che ritengono rispettato il divieto di fumare nei luoghi di lavoro (x100)	92.2	93.6	91.4	94.2
Alcol				
Persone 18-69 anni con consumo di alcol abituale elevato (x 100)	1.8	1.9	3.7	2.5
Persone 18-69 anni con consumo di alcol prevalentemente fuori pasto (x 100)	5.8	7.1	8.0	8.1
Persone 18-69 anni con consumo "binge" (x 100)	6.7	7.6	8.8	9.0
Persone 18-69 anni con consumo a rischio (x 100)	12.1	13.9	16.9	16.2
Persone 18-69 anni con guida sotto l'effetto dell'alcol (x 100)	8.2	8.1 (2016- 2019)	8.6	7.1 (2016- 2019)
Prevalenza di ragazzi di 15 anni per Binge drinking (x100)	46.0 (2010)	39.0 (2010)	50.3 (2018)	43.4 (2018)
Prevalenza di ragazze di 15 anni per Binge drinking (x100)	33.0 (2010)	31.0 (2010)	47.3 (2018)	37.1 (2018)
Abitudini alimentari				
Bambini 8-9 anni in sovrappeso (x 100)	28.3	23.4 (2019)	22.9	20.4 (2019)
Bambini 8-9 anni obesi (x 100)	12.5	8.8 (2019)	11.1	6.9 (2019)
	Pool 2011-2014	Pool 2011-2014	Pool 2017-2020	Pool 2017-2020
Persone 18-69 anni in sovrappeso (BMI tra 25 e 29,9) (x 100)	33.0	33.0	31.7	31.6
Persone 18-69 anni obese (BMI > 30) (x 100)	10.2	11.4	10.2	10.8
Persone 18-69 anni che consumano 5 porzioni giornaliere di frutta o verdura (x 100)	6.8	9.5	5.7	9.2
Attività fisica				
Persone 18-69 anni sedentarie (x 100)	35.4	40.3	31.0	36.6
Persone 18-69 anni attive (x 100)	32.7	28.7	33.2	30.7

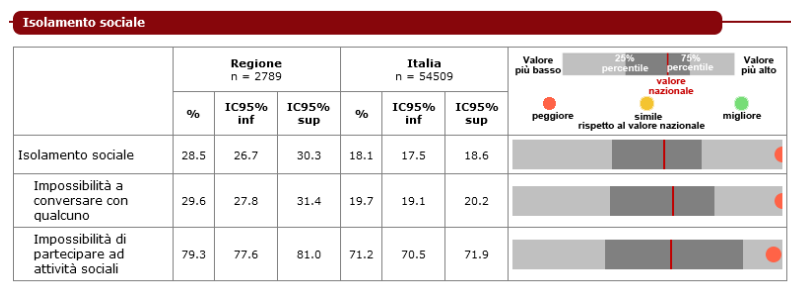


Isolamento sociale

L'isolamento sociale può incidere notevolmente sulla qualità della vita e oltre a condizionare gli aspetti della vita di relazione, può compromettere le attività quotidiane e il soddisfacimento delle principali necessità. Per stimare il rischio di isolamento sociale fra le persone ultra 65enni, la sorveglianza PASSI d'Argento fa riferimento sia alla frequentazione di punti di incontro e aggregazione (come il centro anziani, la parrocchia, i circoli o le associazioni culturali o politiche) che il solo fare quattro chiacchiere con altre persone e si considera rischio di isolamento sociale la persona che in una settimana normale non ha svolto nessuna di queste attività. La condizione della popolazione abruzzese presa in esame evidenzia un valore percentuale peggiore rispetto a quello nazionale.

Periodo Livello

Per approfondimenti a livello regionale /aziendale rivolgersi al [coordinatore regionale](#)



Calcolo delle misure di impatto delle disuguaglianze sociali sui fattori di rischio comportamentale

Abruzzo, 30-74 anni

FATTORE DI RISCHIO	Prevalenza%	PAF%
Alcol abituale	25,3	13,2
Alcol a rischio	7,7	27,2
Fumatori	25	12,2
Forti fumatori	6,7	32,9
Sedentari	55,2	31,3
No 5 F&V a day	93	3,5
No 3 F&V a day	41,9	20,3
Poche F&V	15	24,3
Troppe carni	50,4	-5,6
Troppi grassi	6,7	37,2
Sovrappeso	52,9	23,2
Obesi	13,7	47

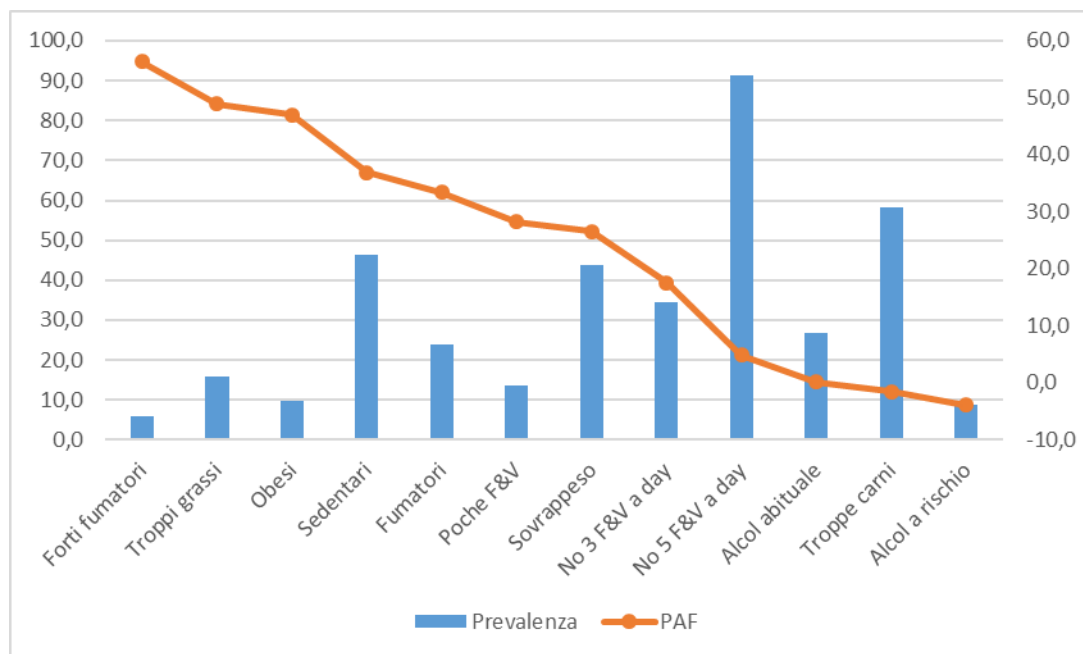


Tabella 1. Fattori di rischio e relativo impatto sulla salute in Abruzzo. Fonti: CoEsDi e CoMoDi.

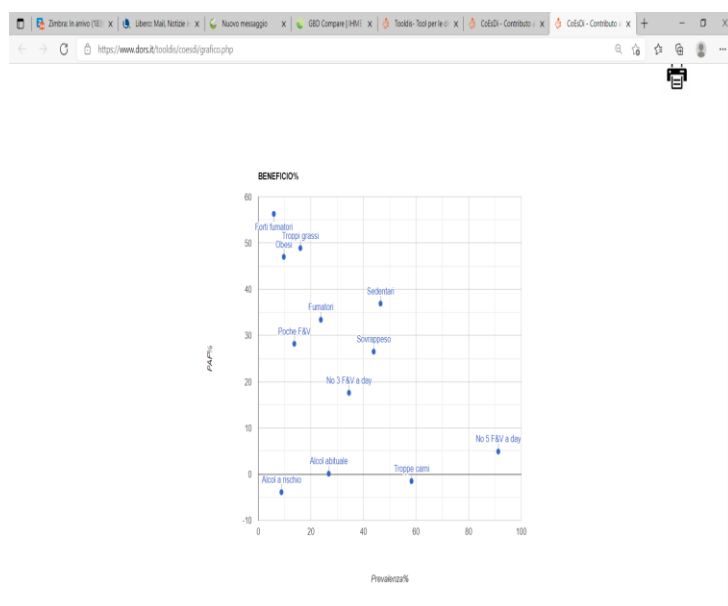
Fattore di Rischio	CoEsDi			CoMoDi		
	Preval. %	PAF%	N. Sogg. dis	RA	PAF%	N. Morti dis
Alcol abituale	25,3	13,2		7	1,1	37
Alcol a rischio	7,7	27,2				
Fumatori	25	12,2		23,6	1,4	48
Forti fumatori	6,7	32,9				
Sedentari	55,2	31,3		14,6	4,5	150
No 5 F&V a day	93	3,5				
No 3 F&V a day	41,9	20,3		1,5	0,3	11
Poche F&V	15	24,3				
Troppe carni	50,4	-5,6				
Troppi grassi	6,7	37,2				
Sovrappeso	52,9	23,2		12,5	3,4	114
Obesi	13,7	47				



Figura 3. Prevalenze e PAF per ordine di impatto delle disuguaglianze sui fattori di rischio



Rielaborazione su fonte CoEsDi



La centralità degli stili di vita nel determinare lo stato di salute è una delle importanti acquisizioni del moderno approccio alla promozione della salute di cui devono tener conto la ricerca socio-sanitaria, le azioni politiche e i programmi di educazione. Per questo motivo il Sistema Sanitario Nazionale



supporta i programmi di sorveglianza al fine di monitorare gli stili di vita della popolazione per poter pianificare azioni e piani di advocacy tra i diversi attori coinvolti e valutarne l'efficacia.

A livello regionale e nazionale, si osserva come **un'ampia parte di popolazione presenti fattori di rischio modificabili**. Gli elementi fondamentali da considerare per la valutazione dello stile di vita sono: le abitudini alimentari, l'attività fisica, alcol e fumo. Per ciò che concerne la nostra area di interesse, maggiore attenzione sarà posta all'abitudine al fumo e al consumo di alcol.

V. Abitudine al fumo

Il fumo viene considerato "la prima causa di morte facilmente evitabile" responsabile di 8 milioni di decessi l'anno fino al 2030 (Oms). Oltre al tabacco la sigaretta contiene più di 4000 sostanze chimiche che si sprigionano per effetto della combustione alcune delle quali con un forte potere cancerogeno (es. catrame). Il fumo di sigaretta rappresenta il principale fattore di rischio per i tumori (tumori della cavità orale, alla faringe e all'esofago, tumori polmonari), è responsabile di altre patologie non neoplastiche dell'apparato respiratorio come la BPCO ed è un importante fattore di rischio per patologie cardiovascolari; ha inoltre un impatto negativo sul sistema riproduttivo sia dell'uomo che della donna riducendo la fertilità.

Il tasso di fumatori in Abruzzo, colloca la regione al quarto posto tra quelle italiane con la percentuale di fumatori più elevata (26,9%), dopo Umbria, Lazio e Sicilia. I fumatori tra i 18 e 69 anni che hanno cercato di smettere di fumare sono passati dal 32,7 % (anno 2010) al 36,3 % (anno 2019), dato che evidenzia un trend in crescita, in controtendenza con il dato nazionale che ha visto la percentuale ridursi dal 38,4 % (anno 2010) al 36,1 % (anno 2019). Il tasso dei fumatori varia dal 20% al 32% e decresce con l'età, nelle donne e al crescere del livello di istruzione. La maggiore differenza si nota al cambiare delle difficoltà economiche. Secondo lo studio HBSC - Abruzzo 2018, si evidenzia l'esperienza precoce (fin dagli 11 anni) del fumo che diventa quotidiana al crescere dell'età fino ai quindici anni (quando il 6,9 % delle femmine e il 7,2% dei maschi fumano 'tutti i giorni').

Rispetto al dato nazionale l'Abruzzo si colloca a metà classifica in termini di percentuale di iter visitati che dichiarano di aver ricevuto il consiglio da parte degli operatori sanitari di smettere di fumare (PASSI 2016-2019)

VI. Consumo di alcol

Il consumo di alcol sta assumendo un'importanza sempre maggiore in quanto i trend del consumo sono in aumento, soprattutto tra i giovani. Il consumo di alcol è associato a diverse malattie non trasmissibili (cirrosi epatica, tumori, malattie cardiovascolari, malattie neuropsichiatriche). Inoltre, risulta un'importante causa di traumi (incidenti stradali, infortuni sul lavoro, violenza). L'esposizione durante la gravidanza aumenta il rischio di difetti alla nascita. Il danno causato dall'alcol si estende alle famiglie e alla società con forti ripercussioni sul piano sanitario, sociale ed economico (WHO, 2018).

Nel 2017 si stima che il 4,3% di tutti i decessi in Italia sono attribuibili al consumo di alcol con delle differenze significative tra i generi (M=7,4%; F=1,2%) mentre il 4,1% (M=6,6%; F=1,5%) dei DALY è alcol-correlabile (GBD, 2017).



Nel periodo 2016-2019 nella regione Abruzzo l'8,7% degli intervistati è classificato come consumatore binger. Il consumo binge è più frequente tra i giovani, prevalentemente gli uomini e, rispetto al 2010 appare comunque in diminuzione (10,9% vs 8,00%) (PASSI 2016-2019). Sempre nello stesso periodo, il 14,8% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto, consumatore binge e/o consumatore abituale. Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani con una differenza di genere rispetto al consumo giornaliero dichiarato dal 3,4% dei maschi e dallo 0,6% delle femmine quindicenni tra i quali circa la metà dei maschi (il 50,3%) e delle femmine (47,3%) dichiarano di aver fatto negli ultimi 12 mesi l'esperienza di binge drinking (proporzioni più elevate rispetto alla media nazionale). Prevale un'istruzione superiore/laurea, assenza di difficoltà economiche. Rispetto al consumo alcolico a maggior rischio vi sono differenze statisticamente significative confrontando le Asl regionali: Asl Lanciano-Vasto-Chieti 22,6%, Asl Teramo 4,9%

Inoltre in occasione dell'Alcol Prevention Day 2021 (14 maggio) c'è l'occasione per focalizzare l'attenzione sui dati raccolti dalle Sorveglianze di popolazione PASSI (18-64enni) e PASSI d'Argento (ultra 65enni) nel periodo marzo-dicembre 2020 (periodo della pandemia da Covid-19) rispetto ai consumi di bevande alcoliche, che hanno evidenziato quanto segue:

Nel periodo pandemico, il 57% degli adulti di età 18-64 anni ha dichiarato di aver consumato alcol nei 30 giorni precedenti l'intervista. Complessivamente il 17% degli intervistati ha fatto un consumo di alcol a maggior rischio per la salute, per quantità e modalità di assunzione: il 3% ne ha fatto un consumo abituale elevato superando le soglie di consumo medio giornaliero indicate dalle linee guida internazionali, l'8% risulta un *binge drinker* e un altro 9% ha consumato prevalentemente alcol fuori pasto. Il consumo di alcol a rischio resta una prerogativa delle classi socialmente più avvantaggiate, per reddito o per istruzione, residenti nel Nord Italia ed è maggiore fra gli uomini. Nel corso di dieci anni, a partire dal 2008, si è osservato un lento ma continuo aumento del consumo di alcol a maggior rischio, da attribuire prevalentemente al *binge drinking* e al consumo prevalentemente/esclusivamente fuori pasto. Dal 2018 si inizia a intravedere un'inversione di tendenza che viene confermata anche dai dati nel periodo pandemico: la quota di *binge drinkers* scende dal 9,5% del 2019 all'8,2% del 2020, e la quota di consumo prevalentemente fuori pasto scende dal 9,4% all'8,6%. Si tratta di variazioni modeste ma significative (anche correggendo per le variabili socio-demografiche associate).

Popolazione anziana

I dati PASSI d'Argento raccolti durante il periodo pandemico mostrano che il 45% degli ultra 65enni consuma abitualmente alcol, il 24% ne riferisce un consumo moderato, sotto la soglia indicata dalle linee guida, il 21% ne fa un consumo "a rischio" per la salute (2 o più Unità Alcoliche giornaliere, la definizione di UA viene riportata più avanti nel testo), e il 55% dichiara di non consumare abitualmente bevande alcoliche. Il consumo di alcol, come per il resto della popolazione adulta, resta prerogativa delle classi socialmente più avvantaggiate, per reddito o per istruzione, oltre che degli uomini e dei residenti nel Nord Italia. Tra marzo e dicembre 2020, nella popolazione ultra 65enne si è registrato un incremento del 6% della quota complessiva di persone che riferisce di consumare alcol (39% a marzo-dicembre 2019 e 45% a mar-dic 2020). Questo aumento è totalmente attribuibile all'aumento del consumo moderato nelle donne, passato dal 17% del 2019 al 25% del 2020 (dal 20% al



30% delle donne con alto livello di istruzione; dal 15% al 21% fra le donne con basso livello di istruzione).

Consumo binge per regione di residenza

Passi 2016–2019



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

VII. Uso di sostanze stupefacenti

I comportamenti di consumo a rischio di sostanze stupefacenti ed il progressivo abbassamento dell'età di prima assunzione, confermato da tutte le ricerche epidemiologiche, rappresentano un fenomeno di forte crescita negli ultimi anni in Italia ed ha un impatto rilevante sulla salute pubblica.

La relazione europea sulla droga del 2018 afferma che oggi il problema della droga in Europa sta attraversando una fase particolarmente dinamica, per l'elevata disponibilità di stupefacenti sul mercato – alla fine del 2016 l'European Monitoring Centre for drugs and Drugs addiction – monitorava più di 620 nuove sostanze psicoattive apparse sul mercato europeo; aumento e modalità di assunzione a maggior rischio quali policonsumo, anche in età precoci



Negli ultimi anni è stato riscontrato il calo dell'età del primo utilizzo di droghe. Unione Europea e Nazioni Unite pertanto invitano ad impegnarsi su una prevenzione precoce (early detection) chiedendo di anticipare l'inizio delle attività di prevenzione già nell'età della scuola primaria, con programmi dedicati che possano parlare efficacemente ai ragazzi e contrastare l'insorgere delle dipendenze. Nel 2019 il 34,4% di quelli abruzzesi di età compresa fra 15 e 19 anni, ha utilizzato almeno una sostanza illegale (oppiacei, cocaina, stimolanti, allucinogeni o cannabis) nel corso della propria vita. Se per il consumo di sostanze legali le prevalenze abruzzesi sono pari o di poco inferiori a quelle nazionali, rispetto al gioco d'azzardo e al consumo di sostanze illegali il dato abruzzese supera, anche se di poco, le prevalenze nazionali, soprattutto per l'uso di eroina, di NPS, di allucinogeni. Dal 2015 al 2019 la prevalenza di studenti abruzzesi che dichiarano il consumo di almeno una sostanza illegale, dopo l'incremento registrato nel 2017 per tutte le tipologie di consumo (nella vita, nell'anno e nell'ultimo mese) risulta stabile.

L'uso delle sostanze, infatti, diventa sempre più precoce comportando così una significativa interferenza sui processi di sviluppo e maturazione cerebrale in una fase di vita in cui si vanno consolidando diverse funzioni neuropsichiche legate all'apprendimento, alla motivazione e soprattutto al coordinamento dei sistemi di gratificazione. Tutte le sostanze stupefacenti sono psicoattive e, anche a basse dosi, interferiscono con la maturazione cerebrale. L'interferenza creata da queste sostanze, in un sistema cerebrale in piena maturazione oltre che determinare danni fisici, è alla base del rinforzo di credenze legate alla percezione dell'essere nel mondo. Percezioni memorizzate dall'individuo che creano una distorsione cognitiva strettamente vincolata al modo di "sentire" "pensare" condizionando un comportamento disfunzionale che non solo danneggia il proprio stato di salute ma condiziona le relazioni con i familiari e il gruppo dei pari nonché l'impegno e l'acquisizione di competenze scolastiche con evidente ripercussione negativa sullo stato di salute e di emarginazione sociale.

VIII. Gioco d'azzardo

Dall'indagine GAPS 2019 si evince che il 72% della popolazione regionale di età compresa tra i 18 e gli 80 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita, con una prevalenza che risulta superiore a quella nazionale (62%). I giocatori a rischio minimo risultano essere 10% ed il 5% a rischio moderato/severo. Nel complesso a livello regionale oltre 1 giocatore ogni 7 risulta a rischio. La distribuzione territoriale dei profili di rischio rivela prevalenze di gioco a rischio moderato/severo più elevate nella provincia di Teramo (5,5%) e in quella di Chieti (5,4%) mentre L'Aquila si attesta al 5%, Pescara al 4,7%.

Il 48% degli studenti abruzzesi ha giocato d'azzardo almeno una volta nel corso della propria vita (erano il 49% nell'anno 2018) e il 46% lo ha fatto nei 12 mesi antecedenti la somministrazione del questionario, in particolare gli studenti di genere maschile (nella vita: M= 60%; F= 35%; nell'ultimo anno: M= 57%; F= 33%) e gli studenti maggiorenni (nella vita: Minorenni= 43%; Maggiorenni= 56%; nell'ultimo anno: Minorenni= 41%; Maggiorenni= 52%).

Rispetto alla distribuzione sul territorio, l'Aquila è la provincia che riporta la maggiore prevalenza per il gioco nella vita (49%) e Chieti per il gioco nell'anno (46%). Non si riscontrano comunque particolari



differenze tra le diverse province: i ragazzi e i maggiorenni giocano più delle ragazze e degli studenti minorenni.

IX. Uso di internet e dispositivi

Nell'indagine HBSC-2018, è stato indagato l'impatto problematico delle tecnologie digitali e dell'abuso di social media attraverso indicatori validati come la Social Media Disorder Scale: i dati rilevano che mediamente circa il 10% dei ragazzi abruzzesi è interessato da questa condizione con una differenza di genere e maggiore rischio per le ragazze [HBSC, 2018]. Tuttavia, uno studio condotto in Italia per valutare gli esiti sanitari e sociali dell'uso eccessivo di smartphone tra bambini e adolescenti italiani durante la pandemia di COVID-19, ha evidenziato aspetti negativi ma anche positivi nell'uso degli smartphone tra i giovani, per esempio per mantenere le connessioni personali, per le attività scolastiche / di apprendimento, per attività di intrattenimento, fornendo sostegno psicologico e sociale. Comunque, è stato osservato un significativo aumento dell'abuso e della dipendenza. Ciò ha portato a molti casi clinici (sonno, disturbi della vista e muscoloscheletrici), psicologici (distrazione, modificazione dell'umore, perdita di interesse) e sociale (approccio superficiale all'apprendimento, isolamento). [Serra et al, 2021]

Nonostante tali preoccupazioni, va riconosciuto che la tecnologia è parte integrante della vita dei giovani, essi tendono a non separare le attività 'online' e 'offline' e dunque, anche le attività educative, di prevenzione, devono tener conto di questo nuovo modello di vita e utilizzare nuovi strumenti per sfruttare tali canali di accesso [Sport England, 2014]. Come già riferito, anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel suo Piano di Azione per la Salute Mentale, esplicitamente suggerisce di potenziare l'uso dei social media per le strategie di promozione e prevenzione. [WHO, 2013].

X. Offerta dei Servizi

Il Sistema Sanitario Nazionale, attraverso Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) delle Aziende Sanitarie Locali, gli enti del Terzo Settore e il mondo del volontariato e dell'associazionismo si articola in: servizi ambulatoriali per le dipendenze, servizi semi-residenziali/diurni, residenziali e specialistici; servizi a bassa soglia, centri drop-in, unità mobili e servizi di pronta accoglienza.

Nella nostra regione il sistema dei Servizi si articola in:

1. Servizi ambulatoriali per le Dipendenze che consta di 11 Ser.D.. Non esistono servizi ambulatoriali privati, né servizi (pubblici o privati) strutturati all'interno del carcere. Negli istituti penitenziari, tuttavia, operano 8 equipe multiprofessionali dei Ser.D.
2. Servizi Semiresidenziali/Diurni, Residenziali e specialistici:
 - i. Nove Strutture del privato sociale che gestiscono 16 sedi operative di cui 8 presso la ASL di Lanciano-Vasto-Chieti; 5 nella ASL di Pescara e 3 nella ASL di Teramo. Nel territorio di competenza della ASL de L'Aquila non vi sono Strutture riabilitative



- i. Un Centro Diurno pubblico con 8 posti di natura semiresidenziale presso la ASL de l'Aquila

3. Servizi a bassa soglia, centri drop-in, unità mobili e servizi di pronta accoglienza

In Abruzzo **non** esistono Servizi a bassa soglia pur se dalla rilevazione condotta dal Gruppo Interregionale Dipendenze emerge il bisogno dell'erogazione di prestazioni di case management, counselling psicosociale, screening dei disturbi psichiatrici, trattamento di utenti comorbili, trattamenti farmacologici sostitutivi e di inserimento in comunità terapeutiche. Del tutto assenti le attività di pill testing/drug checking, rivolte alla riduzione dei rischi correlati all'assunzione di sostanze stupefacenti di natura "incerta o sconosciuta" ed i KIT Sniffo Sicuro.

XII. **Conclusioni**

Sulla base dei dati ricavati dai flussi informativi regionali e Nazionali, considerando i suggerimenti derivanti dalla letteratura e dalle buone prassi esistenti, abbiamo tentato di elaborare un profilo di salute ed equità identificando i gruppi più ad alto rischio di vulnerabilità al fine di poter orientare i nostri interventi con azioni a sostegno di un cambiamento tale da contrastare le iniquità nella popolazione. Le nostre azioni, nella consapevolezza di una disomogeneità territoriale, non solo in termini di bisogni della popolazione ma anche e soprattutto legati alla insufficiente offerta dei Servizi, hanno preso in considerazione tali criticità rinforzando l'intersectorialità, attraverso la trasversalità delle azioni, implementando programmi di comunicazione, formazione ed informazione al fine di meglio rispondere ai bisogni della popolazione.

Le fonti utilizzate

StrADa

https://www.dors.it/strada_catalogo.php

Demo Istat

<http://demo.istat.it/>

I.Stat

<http://dati.istat.it>

Censimento Permanente della Popolazione

<http://dati-censimentipermanenti.istat.it/?lang=it>

Sorveglianza PASSI

<http://www.epicentro.iss.it/passi/>

Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione

https://www.inmp.it/pubblicazioni/Atlante_mortalit%C3%A0.pdf

Indice di deprivazione Rosano et al

https://epiprev.it/articoli_scientifici/aggiornamento-e-revisione-dell-indice-di-deprivazione-italiano-2011-a-livello-di-sezione-di-censimento

CoEsDi e CoMoDi



<https://www.dors.it/tooldis/index.php>

ANALISI DI CONTESTO AREA DIPENDENZE

Al fine di poter effettuare un'adeguata analisi di contesto ed individuare gli obiettivi di possibili azioni orientate alla pianificazione della prevenzione nell'area delle Dipendenze, si è ritenuto opportuno fare ricorso all'analisi SWOT (matrice SWOT), strumento di pianificazione strategica per valutare i punti di forza (Strengths) e di debolezza (Weaknesses), le opportunità (Opportunities) e le minacce (Threats) al piano di prevenzione area Dipendenze.

	Fattori positivi	Fattori negativi
Fattori Interni	<p>Punti di forza (S)</p> <ol style="list-style-type: none"> All'interno dei Servizi presenza di personale sanitario e tecnico multidisciplinare altamente formato e motivato a realizzare attività di prevenzione sulle Dipendenze Periodico e costante espletamento di formazione specifica sulle Dipendenze e di corsi di aggiornamento professionale per tutti gli operatori delle quattro ASL Avvio di interventi di prevenzione sulle dipendenze e promozione di stili di vita sani Avvio, durante il periodo di lock-down causa SarS-Cov 2, di Servizi di Assistenza tramite il ricorso a tecnologie innovative (Telemedicina) 	<p>Punti di debolezza (W)</p> <ol style="list-style-type: none"> Eccessivi carichi di lavoro per il personale in Servizio nei SerD delle diverse A.S.L. con carenza di personale sanitario e socio-educativo Difficoltà di realizzare attività e progetti in rete con altre U.O.C., Dipartimenti e altre Istituzioni pubbliche per realizzare attività di prevenzione intersettoriali Difficoltà nella divulgazione di attività di informazione e sensibilizzazione sulla prevenzione delle Dipendenze per carenza di figure professionali specializzate in comunicazione all'interno delle aziende sanitarie Disomogeneità, all'interno dei Ser.D delle quattro Aziende Sanitarie regionali, nella presenza di figure professionali esperte e/o specificamente dedicate per la realizzazione di interventi di prevenzione e promozione della



		<p>salute e dei corretti stili di vita</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Assenza, su tutto il territorio, di unità mobili necessarie per la riduzione del danno 6. Disomogeneità nell'utilizzo di software aggiornati nelle quattro ASL area Dipendenze, pertanto i flussi dei dati non rispondono in modo adeguato e uniforme al bisogno informativo dei Servizi 7. Carezza nei Servizi territoriali di spazi adeguati al fine di diversificare gli interventi di prevenzione-diagnosi e cura per specifici target
<p>Fattori Esterni</p>	<p>Opportunità (O)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evoluzione tecnologica (utilizzo reti, applicazione e piattaforme di lavoro) 2. Maggiore consapevolezza della popolazione generale rispetto ai temi della prevenzione 	<p>Minacce (T)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La comunicazione/pubblicità effettuata attraverso i mass media dai portatori di interessi economici per favorire il consumo di alcool e del tabacco nonché l'incentivazione dei comportamenti sull'uso del gioco di azzardo 2. Discontinuità e variabilità dei fattori di governance a livello regionale 3. Disomogenea accessibilità ai Servizi in relazione alle specifiche caratteristiche del territorio regionale (geomorfiche, climatiche e di viabilità) 4. Crisi economica 5. Mancanza di risorse



In primo luogo è stato definito l'obiettivo: ***aiutare la popolazione ad orientarsi verso la promozione della salute e la prevenzione in particolare nell'area delle Dipendenze***

Specificata attenzione è stata rivolta alle classi sociali più disagiate, che adottano con maggior frequenza stili di vita non salutari e hanno maggiore difficoltà a modificare i loro comportamenti ed accedere ad interventi di prevenzione e cura.

A seguito della definizione dell'obiettivo, si è analizzato sia l'ambiente interno (facilmente controllabile) con i suoi punti di forza e di debolezza, sia l'ambiente esterno (non controllabile) con le sue opportunità e minacce che potrebbero impattare, positivamente o negativamente, sulla realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione nell'area delle Dipendenze

A seguito di una fase di brainstorming, finalizzata a strutturare la matrice SWOT, sono emersi due quesiti:

1. Come implementare i punti di forza e ridurre quelli di debolezza?
2. Come sfruttare le opportunità e gestire efficacemente i rischi?

Al fine di raggiungere l'obiettivo finale desiderato, potrebbe essere utile attuare una strategia che possa favorire una sinergia tra i punti di forza dei Servizi e le opportunità offerte dall'ambiente esterno.

Ad esempio, minimizzare i rischi ridistribuendo in maniera equa i carichi di lavoro e potenziare i punti di forza del personale sanitario e tecnico, valorizzandone le diversità individuali ed integrandone le differenze; aumentare la commitment (impegno, attaccamento, cultura partecipativa, organizzativa) del personale delle U.O.C. Ser.D, favorendo un clima collaborativo, alla base di una leadership che si ispira alla Lean management, orientata verso la valorizzazione dell'uomo, la crescita professionale e la capacità di lavorare in team. Una strategia "lot of attention people" che potenzia il lavoro a livello individuale in termini di conoscenze, competenze e motivazione dei professionisti, favorirà apprendimento collettivo e il conseguente empowerment della popolazione, consentendo il raggiungimento condiviso dell'obiettivo: promozione della salute e prevenzione

Si evidenzia come opportunità la centralità degli investimenti tecnologici, al fine di potenziare, attraverso l'utilizzo di nuovi strumenti digitali, la prevenzione universale, selettiva e indicata nell'area delle Dipendenze. Inoltre, poter usufruire di strumenti tecnologici aggiornati può costituire la base di una corretta pianificazione e programmazione sanitaria nell'ambito della prevenzione, consentendo più accurate analisi demografico-epidemiologiche, dei bisogni, dei determinanti della salute, della domanda e dell'offerta.

Quanto emerso dal profilo di salute in termini di transizione epidemiologica, cronicità, non autosufficienza, aldilà della continuità assistenziale e della prossimità delle cure, mette in luce l'importanza delle strategie trasversali, intersettoriali e di comunicazione. Tali strategie, sostenute ed implementate attraverso specifici interventi formativi diretti ai diversi stakeholder, referenti istituzionali, nonché a particolari categorie di operatori sanitari, potranno avere un impatto significativo in termini di equità, incidendo in maniera efficace sulle disuguaglianze nell'accesso ai programmi di prevenzione.



Strategie intersettoriali e di comunicazione efficaci sono anche alla base dell'implementazione di interventi di riduzione del danno.

L'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie di nuovi canali di comunicazione, come i social media, potrebbe facilitare l'attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione generale ed in particolare dei giovani e degli adulti strategici, contrapponendosi al rischio di diffusione di messaggi errati e/o contraddittori che suggeriscono stili di vita non corretti perché mirati ad incentivare i consumi di alcool, tabacco e i comportamenti di gioco d'azzardo.

3.4.3 Scheda di programma

3.4.3.1 Descrizione dal PNP

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

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

- il riconoscimento e la valorizzazione della dimensione culturale della prevenzione per orientare e contrastare le reali caratteristiche di fenomeni, assai differenti nelle loro specifiche manifestazioni ma altrettanto omogenei per le dimensioni di vulnerabilità, i fattori di rischio e lo sfondo socioculturale in cui si innestano, riconoscendone la complessità in relazione ai modelli culturali e sociali dominanti rispetto al "consumo" stesso;
- il coinvolgimento e il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali per garantire un sistema di intervento complessivo che consideri e permetta la sinergia costante e continuativa di tutte le risorse umane, professionali, tecniche, organizzative e sociali (oltre che finanziarie) necessarie per una prevenzione efficace che non deleghi il compito di prevenire la diffusione dei fenomeni di consumo esclusivamente al sistema socio-sanitario;
- la partecipazione e la mobilitazione delle risorse e delle capacità presenti all'interno della popolazione di riferimento per permettere che giovani e adulti siano maggiormente responsabilizzati verso i comportamenti di consumo e abuso di sostanze nei propri contesti di vita e per la tutela della propria salute;
- la promozione e l'adozione di programmi basati sulle evidenze di efficacia adattando modalità e contenuti ai contesti e ai destinatari degli interventi, migliorando le capacità e le competenze di programmatori, progettisti e operatori del settore.

Più specificatamente, il Programma punta a:



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

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

3.4.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

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

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



L'utilità e l'efficacia di un approccio intersettoriale e multilivello è stata verificata da ampi studi⁶⁻⁷. Il lavoro a rete dà l'opportunità di influenzare le politiche attraverso: lo sviluppo di partnership e di relazioni sociali utili allo scopo, l'organizzazione di commissioni e la facilitazione della mobilitazione della comunità. Infine, sono da preferire programmi di prevenzione orientati – sia dal punto di vista strategico sia di contenuto - da un approccio promozionale, che perseguono (*capacity building*) la costruzione di capacità individuali e collettive, declinando anche in questo specifico settore del *know how* di “ricerca e sviluppo” (ad es. in ottica previsionale) proprio di altri campi della moderna produzione di servizi⁸⁻⁹.

In particolare, nelle aree urbane, dove l'uso di sostanze legali e illegali si associa a fenomeni di illegalità e tensione sociale, le ricerche¹⁰⁻¹¹ evidenziano l'opportunità di sviluppare interventi preventivi mirati ad attivare le risorse della comunità al fine di promuovere la coesione sociale e potenziare il capitale sociale¹²⁻¹³.

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

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

-

1. David V. McQueen, Matthias Wismar, Vivian Lin, Catherine M. Jones, Maggie Davies, *Intersectoral Governance for Health in All Policies, Structures, actions and experiences*, World Health Organization 2012, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies Spoth R, Greenberg M, *Am J Community Psychol* (2011) 48:106–119,
2. EDDRA (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>), Nrepp – SAMSHA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices: CMCA program link: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=117>, <https://www.lifeskillstraining.com/>, <http://www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia/>, <http://www.strengtheningfamiliesprogram.org/>
4. EDPQS (<http://prevention-standards.eu/>),
5. <http://www.prosper.ppsi.iastate.edu/>
6. John Kania & Mark Kramer, 2011, *Collective Impact*, Stanford social innovation review, http://c.ymcdn.com/sites/www.lano.org/resource/dynamic/blogs/20131007_093137_25993.pdf
7. Glenn Laverack “*Health Promotion Practice. Building Empowered Communities*”. Ed. McGraw Hill, Berkshire England, 2007



8. *Tavolo Tecnico Regionale prevenzione dipendenze di Regione Lombardia, Linee guida regionali popolazione generale, 2008*
9. *Aresi G., Marta E., Una ricerca-intervento in un quartiere ad alta concentrazione di locali notturni: attivare il territorio per attivare bisogni e risorse, Psicologia della Salute n. 3/2014, Franco Angeli.*
10. *Hayward K. and Hobbs D., Beyond the binge in "booze Britain": market-led liminalization and the spectacle of binge drinking, The British Journal of Sociology, 58 (3), 2007.*
11. *Network conference on reducing youth drinking by law enforcement, Atti, Rotterdam, 27-28 Ottobre 2001. Link: <http://www.stap.nl/nl/nieuws/conference-2011.html>*
12. *<http://www.yli.org>*
13. *Manual: Set of standards to improve the health and safety of recreational night life venues, IREFREA, European Union Project, Novembre 2011. Link:*
14. *http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou%5CSource%5CActivities%5CEXASS%5CGuide_SaferNightLife_en.pdf*
15. *NEWIP (Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project) Standards European Project. Link: www.safernightlife.org*
16. *G.Burkhardt, EMCDDA, Evaluation Indicators for Prevention in Recreational Settings. Outcome and recommendations of an expert survey for the related meeting at the EMCDDA, 2003.*
17. *EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), Recreational drug use: a key EU challenge, Drugs in focus, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 2002.*
18. *EMCDDA, Outreach work among drug users in Europe: concepts, practice and terminology, Insights n.2, 2002*
19. *EMCDDA, Data-collection at Low-threshold services for Drug Users: Tools, Quality and Coverage, 2002*
20. *EMCDDA, Harm reduction: evidence, impact and challenges, Monography, 2010.*
21. *Ministero della Sanità, Linee guida sugli interventi di riduzione del danno, 1999. Roma; P. Meringolo, 2001*

3.4.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

L'elaborazione del Piano Predefinito per quanto concerne l'area delle Dipendenze è frutto di un lavoro congiunto, in un'ottica di collaborazione e cooperazione, dei rappresentanti delle quattro Aziende Sanitarie presenti sul territorio abruzzese. Prezioso, inoltre, il partecipato confronto di professionisti di altre aree che con il gruppo di lavoro hanno condiviso la trasversalità delle azioni proposte. In una prima fase di revisione, approfondimento ed integrazione dell'Analisi di contesto, si sono resi subito evidenti i bisogni dell'utenza e l'offerta presente sul territorio. Il territorio esprime disomogeneità rispetto la tipologia di consumo, l'utenza, i bisogni e le risorse disponibili.

In coerenza con la vision ed i principi del piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, sono state proposte Azioni che si basano su approcci multidisciplinari, intersettoriali e coordinati, in un'ottica di promozione della salute *life course* e per *setting* che favoriscono l'empowerment degli individui e delle comunità, coinvolgendo i principali contesti di vita (scuole, famiglia e luoghi di lavoro), nonché le figure chiave dei MMG, PLS e Medici del Lavoro. Questi ultimi si connotano come nodi fondamentali



della rete di prevenzione e promozione di stili di vita sani e della crescita dei cittadini nella loro conoscenza e consapevolezza riguardo la salute e ciò che la minaccia.

Le Azioni proposte abbracciano tutte le fasi del ciclo vitale e intendono promuovere il benessere dei cittadini fin da prima del concepimento. A tal proposito si è pensato di rivolgere l'azione equity oriented *“Mamma beve bimbo beve: prevenzione della FASD”* all'esposizione prenatale all'alcol che, come ormai risulta da numerosi studi e ricerche in ambito internazionale, può avere gravi conseguenze sullo sviluppo dell'embrione, del feto e del bambino. Proseguendo, l'attenzione si è focalizzata su una fase di vita molto delicata (infanzia/pre-adolescenza/adolescenza) in cui azioni di prevenzione universale e selettiva possono agire sui cosiddetti fattori protettivi al fine di rendere più resilienti bambini e ragazzi esposti agli stressor della vita quotidiana.

Abbiamo, pertanto, sviluppato due proposte: la prima dal titolo *“Liberamondo cresci e sogna libero: vivi in-dipendente”* in cui verrà proposto un Gioco-App in grado di esplorare ambiente e dinamiche che sappiano rispondere ai bisogni sociali, emotivi, mentali e motivazionali delle nuove generazioni, assicurando il potenziamento delle abilità per la vita (life skills). La validità del gioco App e la sua ricaduta sugli utenti finali sarà valutata attraverso uno studio clinico controllato randomizzato. In linea con il Piano Nazionale Scuola Digitale e della Sanità Digitale, si vuole creare un ecosistema digitale in grado di incentivare e rinforzare in bambini e ragazzi scelte di stili di vita salutari.

Nella seconda azione *“Formazione e partecipazione degli adulti strategici e protagonismo giovanile per la promozione della salute nelle scuole”* verranno formati, nelle Scuole secondarie di I e II grado, docenti e familiari degli alunni sulle tematiche della promozione alla salute e della prevenzione delle dipendenze, al fine di potenziare la loro capacità di promuovere benessere. Alcuni giovani, opportunamente selezionati, parteciperanno invece ad attività di peer education che permetteranno loro di approfondire specifiche tematiche di salute e accrescere le loro life skills. I ragazzi, a seguito di una fase di formazione, saranno impegnati nella realizzazione di materiale informativo da divulgare ai loro coetanei.

Il piano di prevenzione è stato orientato anche verso uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di numerose patologie (neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie): il fumo di tabacco. Saranno due le azioni a questo dedicate:

- *“Corso di formazione per formatori, diretto ad operatori sanitari e sociosanitari delle ASL della Regione, per la realizzazione nella Comunità di interventi efficaci nella prevenzione del tabagismo”*
- *“Verso luoghi di lavoro liberi dal fumo e consapevoli delle altre problematiche di addiction”*

Il primo intervento formativo è diretto ai dipendenti sanitari, al fine di diffondere competenze nella prevenzione del tabagismo. Tale intervento si inquadra anche in un'ottica di "conservazione attiva" della Salute dei lavoratori delle Aziende Sanitarie della Regione, secondo i principi della Total Worker Health.

Con il secondo intervento si è voluto entrare nei luoghi di lavoro al fine di promuovere una cultura aziendale libera dai problemi di addiction con una particolare attenzione al tabagismo e al fumo passivo.

L'azione legata al Drug Checking (DC) *“Test it: riduzione del rischio-drug checking e SNAP”* ha come obiettivo quello di monitorare i mercati illegali delle sostanze a livello territoriale, contribuendo così a rinforzare il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) nei casi di identificazione di sostanze pericolose. Tale progetto prevede l'utilizzo di unità mobili e/o punti fissi di DC, da posizionare in prossimità dei luoghi di divertimento, in grado di procedere ad un'analisi clinica della sostanza e



fornire all'avventore informazioni e counselling specifico focalizzato sulle esigenze e bisogni individuali. I DC permetteranno di effettuare anche screening gratuiti su HIV; HBV; HCV e Sifilide.

Nell'ultima proposta si è dato spazio alla formazione degli operatori socio-sanitari sui comportamenti additivi, in particolare quelli legati all'uso di alcol, con l'azione dal titolo: *"Corso di formazione per l'addestramento al counselling breve su alcol ed altre addiction, rivolto ad operatori socio-sanitari delle ASL, ai MMG, Medici di Continuità Assistenziale e ai Medici del Lavoro (Modello IPiB-PHEBA)"*. Gli "interventi brevi" sul consumo rischioso e dannoso di alcol hanno dimostrato di avere un alto grado di efficacia e un ottimo rapporto costi-benefici. Essi consentono di intercettare, attraverso l'identificazione precoce, persone che spesso sono poco consapevoli di trovarsi in una classe di rischio e, grazie alla tempestività della diagnosi, nell'ambito di un intervento "breve" (della durata di 5-10 minuti), si può facilitare e stimolare un cambiamento. L'intervento, favorendo un maggiore coordinamento tra Servizi socio-sanitari, consente di attivare percorsi per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato e di facilitare l'eventuale presa in carico da parte dei Servizi preposti.

Con tali elaborati il gruppo di lavoro ha tentato di declinare nella realtà territoriale, il programma predefinito proposto dal Ministero della Salute, rivolgendosi all'intera popolazione, accompagnandola, nell'arco delle diverse fasi di vita, con interventi mirati di promozione della salute, prevenzione e riduzione del danno.

La maggior parte delle Azioni proposte non si rivolge direttamente all'utente finale, ma chiama in causa figure chiave, quali adulti significativi, peer-educator, insegnanti, datori di lavoro ed altri attori come i MMG, PLS, Medici del Lavoro e Medici di Continuità Assistenziale, operatori sanitari e socio-sanitari. Questa modalità operativa consente di raggiungere un elevato numero di beneficiari e copre le diverse aree della prevenzione utilizzando un approccio evidence based con spunti innovativi, tenendo conto delle realtà territoriali e aggirando, almeno in parte, la problematica della disomogenea distribuzione delle risorse.

3.4.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

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



FORMAZIONE

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

COMUNICAZIONE

PP04_OT06	Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva
PP04_OT06_IT05	Comunicazione ed informazione
formula	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP04_OT07	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale
-----------	--



	impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate
PP04_OT07_IT06	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.4.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP04_OS01	Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative
PP04_OS01_IS01	Sistema di monitoraggio regionale
formula	Attivazione e implementazione di un sistema di monitoraggio, con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi
Standard	Progettazione /adattamento entro il 2022; Disponibilità e utilizzo entro il 2023
Fonte	Regione
PP04_OS02	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting
PP04_OS02_IS02	Copertura (target raggiunti dal Programma)
formula	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano Programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in setting extra scolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo) /n° Aziende Sociosanitarie del territorio*100
Standard	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024
Fonte	Regione
PP04_OS03	Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo
PP04_OS03_IS03	Copertura (target raggiunti dal Programma)
formula	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato)/(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100



Standard	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024
Fonte	Regione
PP04_OS04	Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato
PP04_OS04_IS04	Copertura (target raggiunti dal Programma)
formula	$(N \text{ Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di riduzione dei rischi e del danno rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi}) / (n^\circ \text{ Aziende Sociosanitarie del territorio}) * 100$
Standard	almeno il 50% entro il 2023 , almeno l'80% entro il 2025
Fonte	Regione
PP04_OS05	Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA
PP04_OS05_IS05	Copertura (target raggiunti dal Programma)
formula	$(N \text{ Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio}) / (n^\circ \text{ Aziende Sociosanitarie del territorio}) * 100$
Standard	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2025
Fonte	Regione

3.4.6 Azioni

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (1 di 7)	Corso di formazione per Formatori, diretto ad Operatori Sanitari e Sociosanitari delle ASL della Regione, per la realizzazione nella Comunità di intervento efficaci nella prevenzione del tabagismo
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e "azioni raccomandate e sostenibili", con approccio life course differenziato per genere e per setting	
OS02IS02	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio	
OT01IT01	Accordi intersettoriali



OT06 Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva	
OT06IT05	Comunicazione ed informazione
OT07 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	
OT07IT06	Lenti di equità
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

L'abitudine al fumo di tabacco rappresenta uno dei maggiori problemi di sanità pubblica essendo uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di numerose patologie (neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie).

I medici e gli altri operatori sanitari hanno un ruolo di primo piano nel contrasto al tabagismo, ma anche nella sua diffusione: è stato osservato che medici ed infermieri fumatori tendono ad essere più restii ad affrontare la problematica del fumo dei loro pazienti, come anche nel raccomandare metodi per smettere di fumare. Essi, inoltre, rappresentano un modello ed un esempio sia per i loro pazienti che per i cittadini, pertanto, le loro abitudini al fumo hanno, di fatto, un impatto significativo nella prevenzione del tabagismo.

Uno studio pubblicato a giugno 2021 (1), condotto sui dati 2014-2018 del sistema di sorveglianza PASSI, ha approfondito il tema della prevalenza di fumatori tra medici e operatori sanitari non medici in Italia. I risultati hanno confermato la consistente tendenza alla diminuzione della prevalenza di fumatori tra i medici, mentre ha evidenziato che tra gli operatori sanitari non medici questa resta più alta e appena in lenta riduzione. Nello specifico, nel gruppo dei medici la prevalenza del fumo è del 16,0%, inferiore, quindi, a quella dei lavoratori di altri settori che è del 28,6%. Si evidenziano differenze connesse a caratteristiche demografiche: le donne fumano meno degli uomini, i medici ultracinquantenni fumano meno dei più giovani, i medici del Nord fumano meno di quelli del Sud Italia. All'interno del gruppo degli operatori sanitari non medici, invece, la prevalenza si attesta al 25,3%, non vi sono differenze connesse all'età e/o al genere, ma risente di variabili socio economiche: un miglior livello di istruzione ed una migliore condizione economica risultano essere fattori protettivi. In questo studio, il gruppo degli operatori sanitari non medici, includendo al suo interno infermieri, operatori socio sanitari, nonché i tecnici tra i quali chimici, biologi e fisici, risulta essere non omogeneo dal punto di vista socio-economico e tra quelli con basso livello di istruzione i tassi di prevalenza possono superare il 30%. La categoria che rappresenta la quota maggiore è quella degli infermieri ed in questo sottogruppo di particolare interesse è il dato che le donne fumano quanto gli uomini.

Risulta pertanto particolarmente importante ed urgente, come sottolinea l'Istituto Superiore di Sanità *"migliorare la competenza del personale sanitario sui danni del fumo di tabacco, i meccanismi della dipendenza, il ruolo dell'industria del tabacco, le politiche di controllo e sui metodi per smettere di fumare"*.

Da considerare inoltre che esistono diverse modalità di intervento a supporto di coloro che decidono di smettere di fumare. Le principali tipologie spaziano dal counselling alla farmacoterapia, nelle loro



varie forme, dalle terapie di gruppo alle tecniche di condizionamento, al self-care, al self-help, all'agopuntura, all'ipnosi fino a programmi residenziali in cliniche private. Tutte queste tecniche sono state studiate attraverso la ricerca ed hanno prodotto risultati differenti (2).

Attualmente in Italia esistono vari tipi di trattamento di gruppo promossi e condotti oltre che dalle istituzioni sanitarie anche da Associazioni di volontariato. Negli ambulatori o Centri Antifumo i gruppi rappresentano l'approccio favorito e maggiormente vantaggioso in termini di costo/beneficio.

I percorsi di gruppo si differenziano in parte per il tipo di approccio o per il numero di partecipanti o per la durata complessiva, ma tutti sembrano sviluppare progressivamente una componente assimilabile all'auto-mutuo-aiuto (AMA), al sostegno reciproco tra i partecipanti, che segue alle fasi iniziali maggiormente improntate alla componente pragmatica cognitivo-comportamentale.

Il Gruppo AMA, una volta avviato, prosegue il percorso di crescita personale e comunitario, con l'autoprotezione della salute e la promozione di stili di vita sani.

La presente Azione, in coerenza con le considerazioni sopra esposte ed in continuità con le azioni messe in campo nell'ambito del precedente Piano Regionale della Prevenzione, si rivolge direttamente agli operatori sanitari e sociosanitari delle ASL della Regione Abruzzo, ai MMG e ai PLS, fumatori e non fumatori, che vogliono approfondire il tema dei rischi legati al fumo di tabacco.

L'intervento opera attraverso una metodologia di tipo esperienziale e persegue i seguenti obiettivi:

- formare e sensibilizzare un gruppo di formatori in ciascuna ASL abruzzese, al fine di trasmettere comportamenti e competenze per realizzare efficacemente corsi di breve durata (12,5 ore) rivolti a chiunque abbia l'intenzione di smettere di fumare;
- favorire la nascita sul territorio di gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto (AMA) specifici, condotti da persone opportunamente formate, in grado di moltiplicare su larga scala le strategie apprese;
- favorire l'interruzione dall'abitudine al fumo negli operatori sanitari e sociosanitari fumatori che partecipano al corso, a tutela della loro stessa salute e in vista di una conseguente maggiore efficacia nel contrasto del tabagismo nella sua veste di operatore.

L'intervento necessita, per la sua realizzazione, di una fase preliminare nella quale, un numero congruo di operatori socio-sanitari (almeno venti) afferenti ai Ser.D. e ai Centri anti-fumo pubblici e privati della Regione, vengano formati nella metodologia dell'intervento.

Il corso e i Gruppi AMA sono riproducibili e diffusibili su larga scala, con un ottimo rapporto costi/benefici e con risparmio di risorse umane.

Nel nostro intervento, nei programmi di gruppo per smettere di fumare che verranno avviati dagli operatori sanitari e sociosanitari opportunamente formati, i fumatori (preferibilmente con i propri familiari) si incontrano in gruppo, in modo e con cadenza strutturata, per condividere gli stessi problemi e le stesse esperienze con altri fumatori e per apprendere nuove abilità.

I corsi di gruppo per la disassuefazione dal fumo di tabacco permettono di: analizzare le motivazioni dei comportamenti dei componenti del gruppo, offrire un'opportunità per un apprendimento sociale, generare una esperienza emotiva, fornire informazioni e insegnare nuove abilità attivando le potenzialità di ciascuno.

L'attivazione dei programmi di gruppo per smettere di fumare da parte degli operatori sanitari e sociosanitari formati, potrà anche essere mirata a gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro



famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri, persone portatrici di specifiche problematiche di salute) o a rischio aumentato. In tal senso, gli operatori sanitari e sociosanitari che hanno frequentato il Corso di Formazione per Formatori, nell'ambito delle competenze dei Servizi Sanitari nei quali operano, potranno, ove possibile, promuovere corsi per smettere di fumare diretti alla specifica tipologia di utenza che ad essi afferrisce.

L'Azienda Sanitaria, nell'implementare questo intervento formativo, diretto in un primo momento ai propri dipendenti, anche fumatori, mentre opera in vista della prevenzione del tabagismo, della tutela e promozione della salute nei confronti dei cittadini-utenti, agisce anche in direzione della tutela e promozione della Salute dei propri stessi dipendenti, in un'ottica di "conservazione attiva" della Salute dei lavoratori, secondo i principi della Total Worker Health.

1. ["Smoking prevalence among healthcare workers in Italy, PASSI surveillance system data, 2014-2018"](#) (Ann Ist Super Sanità 2021 | Vol. 57, No. 2: 151-160).
2. Cormons V., 2001, trad. Cessazione dal fumo interventi e strategie. Centri Studi EBN. Best practice vol. 5, Issue3, ISSN 1329 -1874).
3. Centro di educazione alla salute, Servizio Regionale di Documentazione, Regione Veneto (2004), "Corsi per smettere di fumare", Padova.
4. AA.VV. (2008), Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups pregnant women and hard to reach communities, NICE public health guidance 10 - NHS. February
5. Orlandini D. et al. (2010), Trattamento di gruppo per smettere di fumare, Regione Veneto, "Programma Regionale per la Prevenzione delle patologie fumo-correlate", Venezia
6. (Stead L.F., Lancaster T., 2005, Group behaviour therapy programmes for smoking cessation, Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD001007.pub2. DOI: 10.1002/14651858. CD001007. pub2 Public Health Service).

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (2 di 7)	"Liberamondo" Cresci e sogna libero: vivi in-Dipendente
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e "azioni raccomandate e sostenibili", con approccio life course differenziato per genere e per setting	
OS02IS02	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
OT06 Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e	



consapevolezze che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva	
OT06IT05	Comunicazione ed informazione
OT07 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	
OT07IT06	Lenti di equità
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;scuola;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'OMS definisce la "dipendenza patologica" come "condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione".

Negli ultimi anni il concetto di Dipendenza patologica si è allargato anche alle c.d. Dipendenze comportamentali o Dipendenze senza sostanza (gioco d'azzardo, internet addiction, sex addiction, shopping compulsivo...) che si instaurano sulla base di comportamenti ritenuti normali ed accettabili.

Le dipendenze implicano rischi per l'individuo e la società e possono comportare gravi interferenze nella crescita sana e nello sviluppo psico-fisico e sociale dei bambini e dei ragazzi.

La facilità con la quale è possibile reperire le sostanze o agire comportamenti a rischio di addiction richiedono azioni di prevenzione a tutela dei giovani precoci, capillari e diffuse sul territorio.

I comportamenti di consumo a rischio di tabacco, sostanze stupefacenti ed alcol e il progressivo abbassamento dell'età di prima assunzione, confermato da tutte le ricerche epidemiologiche, rappresentano un fenomeno di forte crescita negli ultimi anni in Italia ed ha un impatto rilevante sulla salute pubblica.

La relazione europea sulla droga del 2018 afferma che oggi il problema della droga in Europa sta attraversando una fase particolarmente dinamica, per l'elevata disponibilità di stupefacenti sul mercato – alla fine del 2016 l'European Monitoring Centre for drugs and Drugs addiction – monitorava più di 620 nuove sostanze psicoattive apparse sul mercato europeo; aumento e modalità di assunzione a maggior rischio quali policonsumo, anche in età precoci

Negli ultimi anni è stato riscontrato il calo dell'età del primo utilizzo di droghe. Unione Europea e Nazioni Unite pertanto invitano ad impegnarsi su una prevenzione precoce (early detection) chiedendo di anticipare l'inizio delle attività di prevenzione già nell'età della scuola primaria, con programmi dedicati che possano parlare efficacemente ai ragazzi e contrastare l'insorgere delle dipendenze.



In Italia negli ultimi anni si è registrato un progressivo aumento del consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti. Secondo le stime dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità, nel 2017 si continua a registrare un aumento nei consumi pro-capite e nei principali indicatori di rischio tra i consumatori di bevande alcoliche, che si attestano a oltre 35 milioni. Prevalente è il consumo a rischio di alcol, che riguarda circa 475.000 ragazzi e ragazze al di sotto dei 16 anni, tra i quali è rilevabile anche una certa percentuale di binge drinkers, adolescenti che bevono grandi quantità di alcol in poche ore con il preciso obiettivo di ubriacarsi.

Le ricerche hanno mostrato che le campagne di prevenzione sono più efficaci se rivolte a gruppi ristretti soprattutto a gruppi di giovani particolarmente vulnerabili (prevenzione selettiva), coinvolgendo contemporaneamente i loro genitori e gli insegnanti. In tal senso la famiglia, la scuola, insieme alle altre istituzioni pubbliche, sono attori fondamentali per realizzare incisive attività di prevenzione.

L'uso didattico dei giochi digitali si è mostrato efficace e utile ai fini educativi e pertanto è possibile ipotizzare che lo siano anche nell'ambito della prevenzione. Il gioco è in grado di determinare un cambiamento nei comportamenti, di favorire la trasmissione di conoscenze attraverso la crescita personale, l'interazione, l'acquisizione delle life skills (competenze psico-sociali) in ambito personale e sociale (come sostenuto dall'OMS).

In questo quadro generale, tale progetto si propone di sviluppare, diffondere e migliorare le conoscenze e competenze di tutti i componenti della collettività favorendo l'integrazione e la collaborazione tra i vari soggetti istituzionali, sociali e culturali presenti a livello territoriale (prevenzione universale).

Macro-finalità

- Mettere a disposizione un medium tecnoludico rispondente ai criteri di sostenibilità, economicità, efficienza ed efficacia, in termini di costo e di potenzialità per il radicamento strutturale del progetto, creando valore aggiunto per la comunità e un sistema che resti a disposizione degli utenti e degli stakeholder anche in futuro, che sia sempre aggiornabile per promuovere nuove azioni di prevenzione e consentire ad esempio la partecipazione di ulteriori partner.
- Creare un sistema trasferibile, di facile fruizione, di qualità nei processi partecipati con le persone e le organizzazioni all'interno del territorio (orientati all'empowerment e capacity building dei cittadini e dei soggetti responsabili delle politiche nei diversi setting), capace di garantire un effetto positivo in termini di equità, generando un alto livello di copertura della popolazione target dell'intervento (rispondendo alla necessità di intraprendere azioni evidence based, secondo PNP 2020-2025).
- Fornire uno strumento concreto capace di parlare direttamente ai minori e sostenere le finalità della L.R. 7 dicembre 2020, n.37 in materia di interventi per la prevenzione e i trattamenti delle dipendenze patologiche ed altre disposizioni



- Realizzare un ecosistema digitale che possa rafforzare in modo organico e sinergico le azioni e l'attuazione delle politiche di prevenzione delle dipendenze tra i giovani in età scolare (con particolare riferimento alla fascia di età compresa tra i 7 e i 14 anni).
- Programmare attività di promozione della salute come escursioni in bicicletta, camminate nella natura, mindfulness anche con il coinvolgimento di associazioni sportive.
- Parlare ai ragazzi per informarli e sensibilizzarli in modo efficace sulla prevenzione e la promozione di benessere attraverso un approccio ludico che garantisca una correttezza informativa e un impatto positivo sulla loro crescita psico-sociale.
- Diffondere informazioni basate sulla ricerca scientifica in merito agli effetti delle dipendenze sulla salute fisica e psichica.
- Promuovere in generale stili di vita corretti e sani senza dipendenze programmando attività di promozione della salute come escursioni in bicicletta, camminate nella natura, mindfulness anche con il coinvolgimento di associazioni sportive.
- Dotare gli insegnanti di uno strumento didattico da utilizzare a scuola per promuovere l'attività di prevenzione nelle classi e offrire supporto ai genitori su come affrontare il tema delle dipendenze con i propri figli.
- Proporre ai giovani materiali informativi appositamente studiati e progettati.
- Effettuare uno studio clinico controllato randomizzato per analizzare l'efficacia presunta dello strumento Gioco-App. Gli indicatori di efficacia saranno verificati attraverso le performance osservate nelle prove predisposte all'interno dello strumento dell'App e tramite la somministrazione di questionari standardizzati per la valutazione del miglioramento della resilienza.

Approccio

Utilizzo del gioco per apprendere ed acquisire consapevolezza su temi complessi che caratterizzano le vicende quotidiane e con le quali il bambino/ragazzo prima o poi dovrà confrontarsi.

Sfruttare le leve narrative delle storie (metafore e simbolismi) per introdurre i temi in modo non traumatico, fornendo strumenti per affrontare le sfide della vita reale in modo più sicuro.

Usare il racconto e il motivo ludico per favorire la crescita dei fattori protettivi (life skills) e favorire lo sviluppo della socializzazione.

Caratteristiche

Sarà realizzato un videogioco nella tipologia platformer 3D, fruibile da diversi dispositivi e in diverse modalità (desktop e mobile) + Android e IOS



Il gioco prevede la realizzazione di un mondo costituito da diversi villaggi, ogni villaggio corrisponderà a vari livelli di gioco, ogni livello permetterà di acquisire informazioni e di affrontare un tipo di dipendenza (es. alcol, tabagismo...). Senza aver appreso le informazioni presenti nel livello precedente, non si potrà avanzare nei livelli successivi. Il gioco potrà prevedere piccole variazioni di linguaggio per la fascia di età 7-10 anni e 11-14 anni. L'App potrà contenere una chat di gioco per favorire l'interattività, sottoposta a parental control. Sarà possibile giocare insieme: docenti, genitori e ragazzi potranno condividere gli apprendimenti e le informazioni divertendosi e aiutandosi nell'affrontare i nuovi e diversi livelli di gioco.

Tipologia di attività ludiche contemplate nel videogioco

- Gioco di "simulazione" (sperimentazione e scelta di strategie).
- Gioco di ruolo (essere altro da sé e sperimentare in modo non rischioso, comportamenti e atteggiamenti diversi dai propri fino ad una scelta funzionale).
- Gioco come strumento conoscitivo e spazio di verifica virtuale di situazioni e comportamenti connessi alle dipendenze per apprendere nozioni sulla legislazione e sulle caratteristiche del Disturbo.

Cosa impareranno i ragazzi

- Riconosceranno e sapranno porre e proporre dei comportamenti e stili di vita sani al fine di evitare le dipendenze.
- Sapranno che le dipendenze riguardano l'assunzione di sostanze legali o l'adozione di comportamenti dannosi, che chi ne soffre perde il controllo sulle proprie abitudini trasformandole in patologia, ma che può uscirne.
- Capiranno che esistono vulnerabilità, fattori di rischio e fattori protettivi e/o contesti in grado di aiutare chi sperimenta problemi o ha bisogno di aiuto per non cadere nel vortice della dipendenza e/o liberarsi da esse.
- Acquisiranno consapevolezza sui rischi e sui danni derivanti dalle dipendenze.

Cosa potranno fare gli insegnanti, i genitori e/o gli altri operatori coinvolti nelle campagne di prevenzione

- Utilizzare i livelli di gioco come unità didattiche per parlare delle dipendenze.
- Utilizzare il gioco per parlare con i propri figli delle dipendenze, confrontarsi sul tema e mettersi in ascolto di eventuali disagi/problematiche.
- Scambiare materiale informativo tramite spazi dedicati all'interno del gioco-App.
- Condividere un'esperienza formativa con i ragazzi utilizzando un linguaggio a loro familiare.
- Affrontare il tema delle dipendenze, organizzando attività correlate al gioco in modo sinergico e facendo rete (anche a livello virtuale).

Struttura del gioco

- Sarà costruito un mondo 3D, popolato da diversi villaggi.



- Su questo mondo, da un universo parallelo, alcuni antagonisti (ad es. personificazioni dell'alcol, del tabacco, della sostanza stupefacenti...) inviano elementi di disturbo, oggetti nocivi e pericolosi per le persone in modo palese o attraverso artifici e inganni. Questi elementi creano disagio ed emozioni che interferiscono con una vita quotidiana sana e felice.
- Ci saranno diversi villaggi. Ogni villaggio tratterà una singola dipendenza. Le avventure dei "protagonisti" in ogni villaggio saranno costruite secondo le dinamiche della dipendenza che si prenderà in oggetto (ad es. se si trattasse del villaggio invaso dall'antagonista "alcol" ci si imbatte in situazioni/sintomi e reazioni simili a quelle provocate da chi ha un disturbo da uso di alcol).
- Non ci si imbatte solo in oggetti di disturbo/nocivi e in pericoli, ma s'incontreranno anche aiutanti e si avranno vantaggi o riconoscimenti per aver evitato il pericolo o aver compreso che si era di fronte ad un inganno.
- Lo scopo del gioco è proprio imparare a ri-conoscere i pericoli che arrivano nel mondo 3D per evitarli e per aiutare anche gli altri a difendersi da situazioni spiacevoli. Non si avvanzerà di livello se il bambino/ragazzo non avrà appreso ciò che gli è stato insegnato durante il livello precedente.
- Il gioco avrà come protagonista una mascotte che camminerà attraverso il mondo selezionato nell'intento di realizzare delle azioni di vario tipo.
- I livelli di gioco saranno organizzati in modo da poter corrispondere ad unità didattiche e l'App, attraverso vari chioschi che rappresenteranno scuola/famiglia/istituzioni presenti nel gioco, permetterà a docenti e famiglie di condividere materiale didattico/educativo.
- Il gioco permetterà di competere cooperando. Si potrà giocare autonomamente o in gruppo ed apprendere dai vari livelli in modo sinergico e confrontandosi costantemente con i "grandi". Tale modalità permetterà anche di mettere in relazione i vari istituti scolastici e/o stakeholder che vorranno utilizzare l'applicazione, ipotizzando un riconoscimento per quelli che saranno più performanti. Una volta lanciato il gioco, si garantirà la possibilità di registrazione per i bambini/ragazzi i quali saranno chiamati ad indicare la scuola/l'associazione/l'organismo di appartenenza. Superando vari livelli, tutti i giocatori accumuleranno dei punti che andranno automaticamente a sommarsi con quelli degli altri giocatori appartenenti allo stesso Istituto. In tal modo sarà possibile stilare una classifica finale tra ragazzi e tra Istituti e prevedere un sistema premiante o dei riconoscimenti per i più virtuosi.
- Il progetto rappresenterà una buona prassi non solo come misura a tutela delle generazioni future, ma anche per il grado di accessibilità, inclusione, trasferibilità, partecipazione, interattività, modernità e sostenibilità garantita.
- L'App potrà essere affiancata da uno sportello digitale che funga da repository dei materiali, di strumenti e metodi informativi ed educativi pronti per l'uso anche a disposizione di altri progetti regionali, enti e anche delle famiglie con vademecum, linee guida e numeri di contatto per richiedere assistenza in caso di situazioni particolarmente delicate.
- Sarà uno strumento perfettamente integrato con altre iniziative promosse nell'ambito della prevenzione delle dipendenze.



Bibliografia

- Anderson, C.A., Dill, K.E., *Video games and aggressive thoughts, feelings, and behavior in the laboratory and in life*, «Journal of Personality and Social Psychology», n° 78, 2000, pp. 772–790. L'articolo è consultabile anche online all'indirizzo <http://web.clark.edu/mjackson/anderson.and.dill.html>
- Anderson, C.A., Bushman, B.J., *Effects of violent video games on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological arousal, and prosocial behavior: A metaanalytic review of the scientific literature*, «Psychological Science», n° XII, 2001, pp. 353–359. L'articolo è consultabile anche online all'indirizzo <http://www.soc.iastate.edu/sapp/VideoGames1.pdf>
- Anderson, C.A., Buckley, K., Gentile, D.A., *Violent video game effects on children and adolescents: Theory, research, and public policy*, New York, Oxford University Press, 2007
- Castells, M., *The Information Age: Economy, Society and Culture: Vol. 1 – The Rise of the Network Society*, Oxford, Blackwell Publishers Ltd, 1996 (Castells, M., *La nascita della società in rete*, Milano, Università Bocconi, 2002)
- Ceccherelli, A., *Oltre la morte. Per una mediologia del videogioco*, Napoli, Liguori, 2007
- Coccimiglio C., Riolo M., *La pratica video ludica, arte, tecnica, gioco e apprendimento*, Bricks, n. 8, dicembre 2018
- Debray, R., *Introduction à la médiologie*, Paris, PUF, 2000
- Johnson, S.B., *Everything Bad Is Good for You: How Today's Popular Culture Is Actually Making Us Smarter*, New York, Riverhead Books, 2006. (Johnson, S.B., *Tutto quello che fa male ti fa bene. Perché la televisione, i videogiochi e il cinema ci rendono più intelligenti*, Milano, Mondadori, 2006)
- Felini, D. (a cura di), *Video game education. Studi e percorsi di formazione*, Milano, Unicopli 2012
- Gardner, H., *Cinque chiavi per il futuro*, Feltrinelli 2011
- Gentile, D.A., Khoo, A., Lim, C.G., Swing, E.L., *Video game playing, attention problems, and impulsiveness: Evidence of bidirectional causality*, «Psychology of Popular Media Culture», I (1), 2012, pp. 62-70.
- McGonigal, J., *Reality is Broken: Why Games Make Us Better and How They Can Change the World*, New York, Penguin, 2011. (McGonigal, J., *La Realtà in Gioco. Perché i giochi ci rendono migliori e come possono cambiare il mondo*, Milano, Apogeo, 2011).
- Pescarin S. *Videogames, Ricerca, Patrimonio Culturale*, Franco Angeli 2020
- Pozzi M. *Raccontare la storia con il videogioco narrativo*, Bricks, n. 8, dicembre 2018
- Prensky, M., *Don't Bother Me Mom – I'm Learning!*, St. Paul, Paragon House, 2006 (Prensky, M., *Mamma, non rompere: sto imparando! Come i videogiochi preparano tuo figlio ad avere successo nel 21° secolo!*, Milano, Multiplayer.it, 2007)
- Thomas, D., «Messages and Mediums: Learning to Teach With Videogames». In *Beyond Fun: Serious Games and Media* (a cura di D. Davidson), ETC Press, 2008. Il saggio è consultabile online all'indirizzo <http://www.etc.cmu.edu/etcpres/node/202>
- Valleur, M., Matysiak, J.C., *Sexe, passion et jeux vidéo. Les nouvelles formes d'addiction*, Paris, Flammarion, 2003 (Valleur, M., Matysiak, J.C., *Sesso, passione e videogiochi. Le nuove forme di dipendenza*, Torino, Bollati Boringhieri, 2004).



Sitografia

- Barseghian, T., *Ten Surprising Truths about Video Games and Learning*, 2011 (<http://blogs.kaed.org/mindshift/2011/02/ten-surprising-truths-about-video-games-and-learning/>)
- Di Pasqua, E., *Altro che maggiore «elasticità»: il multitasking «fa male»*, 2009 (http://www.corriere.it/salute/09_agosto_25/multitasking_fa_male_cd63c3b4-916c-11de-b01b-00144f02aabc.shtml)
- Di Pasqua, E., *Tv in sottofondo, un rischio per i bambini*, 2012 (http://www.corriere.it/salute/12_aprile_23/televisione_bambini_dipasqua_212a2d52-8d33-11e1-a0b5-72b55d759241.shtml)
- Fulco, I., *Teaching with Games: I videogiochi entrano a scuola*, 2006 (http://www.lastampa.it/cmstp/rubriche/stampa.asp?ID_blog=30&ID_articolo=1099)
- Gee, J.P., *10 Truths About Books and What They Have to Do With Video Games*, 2011 (<http://www.jamespaulgee.com/node/52>)
- Gee, J.P., Halverson, R., Shaffer, D.W., & Squire, K.R., *Video games and the future of learning*, 2004 (<http://www.academicolab.org/resources/gappspaper1.pdf>)
- Kalning K., *For disabled, video games can be a lifesaver*, 2009 (http://www.msnbc.msn.com/id/30116040/ns/technology_and_science-games/t/disabled-video-games-can-be-lifesaver/)
- Kirriemuir, J.K., & McFarlane, A., *Use of Computer and Video Games in the Classroom*. Paper presented at the Level Up Digital Games Research Conference, Netherlands, Utrecht, 2003 (<http://internet-safety-primary-education.wikispaces.com/file/view/10.1.1.101.6469%5B1%5D.pdf>)
- Mann, D., *Video Games and TV: Do They Make Kids Smarter?*, 2005 (<http://www.webmd.com/parenting/features/video-games-tv-do-they-make-kids-smarter?>)
- Portnow, J., *The Power of Tangential Learning*, 2008 (<http://www.edge-online.com/opinion/power-tangential-learning>)
- The Positive and Negative Effects of Video Games* (<http://www.raisesmartkid.com/3-to-6-years-old/4-articles/34-the-good-and-bad-effects-of-video-games>)
- Gentile cites positive, negative effects of video games in Nature Reviews article* (<http://www.news.iastate.edu/news/2011/dec/NatureVG>)
- <https://www.miur.gov.it/scuola-digitale>
- <https://www.agendadigitale.eu/scuola-digitale/videogiochi-e-tecnologie-a-scuola-perche-lintegrazione-e-cruciale-e-come-realizzarla/>
- <https://digitalessino.imparadigitale.it/>
- <https://www.imparadigitale.it/>
- <https://www.raiscuola.rai.it/educazionecivica/articoli/2021/01/Usodeigiochidigitali-nella-scuola-primaria-9d6eb80f-f08a-463a-93c1-a1971d6e8741.html>
- http://www.aesvi.it/cms/view.php?cms_pk=2898&dir_pk=902
- <https://www.informaweb.it/it/coding-pensiero-computazionale/giocare-con-minecraft-bambini-utile-didattica-per-imparare>
- <https://elearningindustry.com/5-advantages-games-for-learning>
- <https://www.schellgames.com/>
- <http://www.gamification.it/gamification/gamification-larte-dellimparare-divertendosi/>
- <http://rivista.scuolaad.it/n06-2012/videogiochi-e-apprendimento-tra-medium-e-messaggio-considerazioni-sull%E2%80%99uso-didattico-dei-videogiochi>



<https://www.agendadigitale.eu/scuola-digitale/didattica-cosi-i-videogame-accendono-l'apprendimento/>
<https://www.direfareinsegnare.education/didattica/gaming-e-gamification-come-il-gioco-puo-aiutare-la-didattica/>
<https://adiscuola.it/pubblicazioni/giochi-e-apprendimento/>
<https://tuttosuivideogiochi.it/approfondisci/la-capacita-dei-videogiochi-di-insegnare-.kl>
<https://www.erickson.it/it/mondo-erickson/articoli/giocare-per-apprendere/>
<https://percorsiconibambini.it/stemlab/2020/04/08/gaming-educazione-gioco-ragazzi/>
<https://www.orizzontescuola.it/videogiochi-e-apprendimento-giocare-imparando-imparare-giocando/>
<https://www.erickson.it/it/mondo-erickson/articoli/relazione-videogiochi-apprendimento/>

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (3 di 7)	promozione e sostegno agli adulti strategici e protagonismo giovanile per la promozione della salute
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.6 Formazione operatori settore Scuola (Insegnanti, Dirigenti Scolastici, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting	
OS02IS02	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità; di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
OT02 Garantire opportunità; di formazione e aggiornamento professionale a Decisori, Policy maker, Amministratori locali, altri Stakeholder, Operatori di tutte le Agenzie e Organizzazioni educative e sociali presenti nel territorio	
OT02IT02	Formazione (A)
OT06 Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva	
OT06IT05	Comunicazione ed informazione
OT07 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	
OT07IT06	Lenti di equità
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;scuola;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Il formare, sulle tematiche della promozione della salute e sulla prevenzione delle dipendenze patologiche, ha efficacia se, come descritto nella letteratura scientifica e dall'OEDT:

- avviene attraverso percorsi esperienziali
- il percorso sia di almeno 6/10 sessioni e ripetuto negli anni
- vengano applicate strategie motivazionali
- l'approccio tenga conto dei diversi contesti d'intervento (cfr approccio ecologico) senza snaturarli o interferire con essi (es. gli interventi a scuola non devono interrompere l'attività didattica)
- avviene attraverso strategie di ricerca azione
- sia partecipativa, il target definisce e partecipa al percorso (es. peer education)
- sia circolare e trasversale (vengono così coinvolti tutti i target/cittadini)

Come riportato dal Piano Nazionale di Prevenzione “E' essenziale definire strategie integrate, che possano da una parte potenziare le abilità di vita (life-skills) dell'individuo, dall'altra intervenire sull'ambiente di vita. La scuola e i luoghi di aggregazione giovanile rappresentano contesti fondamentali nei percorsi di crescita ed acquisizione di adeguate competenze di vita attraverso il confronto tra pari e l'interazione con adulti di riferimento”.

Costruire una rete tra soggetti del territorio atta a favorire progettualità fondate sulle buone prassi e sulle evidenze scientifiche appare sempre più un'esigenza improrogabile. Questa azione si propone di promuovere salute e prevenire sia le dipendenze patologiche da sostanze che quelle comportamentali perseguendo determinati obiettivi specifici, come riportato dal Programma predefinito PP4 (Dipendenze), “Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari centrati su metodologie *evidence based* (quali *life skills education* e *peer education*)”. L'idea è quindi quella, da un lato, di sostenere e potenziare gli adulti strategici attraverso percorsi esperienziali in cui vengono anche affrontati i temi relativi ad alcune strategie di promozione del benessere e di prevenzione dei comportamenti a rischio (es. uso di droghe e comportamenti additivi) e dall'altra di attivare insieme ai giovani studenti/e non, percorsi di peer education, all'interno dei quali, oltre ad attività formative/informative sui comportamenti salutari e sui comportamenti che mettono a rischio la salute, verrà data la possibilità, ai partecipanti di elaborare strategie comunicative per condividere con gli altri pari il risultato del loro percorso e le competenze “health literacy” raggiunte (n.b. come da letteratura scientifica e dall'OEDT per promuovere la salute non è utile se non controproducente, parlare, trattare argomenti inerenti il disagio e la patologia).

I “potenziati/empowered” peer leader, non solo competenti rispetto alla salute ed alle strategie per raggiungerla e mantenerla, saranno portatori di messaggi “nuovi” con un “punto di vista” più strategico e motivante tra i pari.

Le strategie di comunicazione verranno elaborate con il supporto dei professionisti dei servizi e dai diversi adulti strategici che parallelamente faranno percorsi a loro dedicati.

I luoghi saranno quelli di vita dei giovani e degli adulti di riferimento (eventi sportivi, eventi artistici, feste, ecc...).

Come indicato nel PP4 (Dipendenze) la strategia proposta ricade sul territorio regionale per promuovere “la partecipazione e la mobilitazione delle risorse e delle capacità presenti all'interno della popolazione di riferimento per permettere che giovani e adulti siano maggiormente



responsabilizzati verso i comportamenti di consumo e abuso di sostanze nei propri contesti di vita e per la tutela della propria salute”.

Questa azione appare integrata coerentemente con gli obiettivi del Programma Predefinito “ Scuola che promuove la salute”.

Per peer education s’intende una metodologia d’intervento in cui alcune persone, che hanno svolto un percorso di tipo esperienziale opportunamente formate, cioè i peer educators, intraprendono iniziative educative di vario tipo con altre persone, loro pari quanto età, condizione lavorativa, genere, status, background culturale o esperienze vissute (United Nations Population Found e Family Health International 2005). La peer education è una modalità educativa che può considerarsi elettiva per quanto concerne la promozione della salute specialmente per gli interventi rivolti ai giovani; è infatti dimostrato che attraverso l’interazione tra pari è più facile modificare/sostenere conoscenze, atteggiamenti, credenze ed introdurre nuovi comportamenti in una direzione più sana. La similarità percepita con i pari rende questi ultimi non solo gli interlocutori privilegiati, ma anche dei veri e propri agenti di cambiamento (Rogers, 2003). La peer education favorisce anche l’Health Literacy in quanto sia i peer educators e sia i pari a cui essi si rivolgono aumenteranno la loro capacità di conoscere e sapersi orientare rispetto alla tutela della salute e ciò potrebbe ridurre anche l’aspetto delle disuguaglianze nella salute.

In un’ottica di intersectorialità sarà opportuno che tale azione sia costruita in sinergia tra più attori possibili ad esempio favorendo la costituzione di reti tra pubblico e privato sociale e sostenendole nel tempo per garantire la continuità, l’equità e l’uniformità delle azioni come consigliato nel PP4 (Dipendenze).

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (4 di 7)	Verso luoghi di lavoro liberi dal fumo e consapevoli delle altre problematiche di addiction
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L’ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.4 Supporto ai Settori responsabili di “ambienti organizzati” (setting) nella adozione di “pratiche raccomandate” per la creazione di “setting libero dal fumo”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Diffondere modelli di intervento intersectoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting	
OS02IS02	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare collaborazioni intersectoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio	
OT01IT01	Accordi intersectoriali
OT06 Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezza che favoriscano l’adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi	



organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva	
OT06IT05	Comunicazione ed informazione
OT07 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	
OT07IT06	Lenti di equità
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

I dati del sistema di sorveglianza PASSI, relativi al periodo 2016-2019, evidenziano che, in Italia, nella fascia d'età tra i 18-69 anni, i non fumatori sono il 57%, cioè la maggioranza, le persone che hanno smesso di fumare sono il 18%, mentre i fumatori sono il 25%, cioè una persona su quattro. L'abitudine al fumo è più diffusa fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche) e negli uomini, mentre la distribuzione territoriale vede quote più alte di fumatori in alcune Regioni del Centro-Sud, tra le quali l'Abruzzo. La nostra regione, infatti, la percentuale di fumatori nella fascia di età considerata, si attesta al 26,9%, superiore quindi alla media nazionale.

È necessario tenere in considerazione anche i rischi legati all'esposizione al fumo passivo, cioè l'inalazione involontaria di fumo di tabacco presente nell'ambiente e delle sostanze cancerogene, tossiche e nocive per la salute.

La maggior parte della popolazione adulta trascorre gran parte della propria giornata al lavoro, pertanto è gli interventi di prevenzione dei danni da fumo di tabacco possono, escludere interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro. Il posto di lavoro è una delle sedi dove è possibile intervenire sia per evitare esposizione a fumo passivo, sia per favorire una maggiore conoscenza dei danni, sia per promuovere la disassuefazione dal fumo, oltre che limitare il numero di sigarette consumato.

Nell'ambiente di lavoro è possibile promuovere cambiamenti al fine di supportare le modifiche comportamentali.

Una review del 2012 (Fichtenberg) ha mostrato che gli ambienti di lavoro liberi da fumo sono associati ad una riduzione del consumo di sigarette e una riduzione dell'abitudine al fumo; questi valori combinati determinano una riduzione del consumo di sigarette del 29%, una riduzione dei sintomi respiratori e una riduzione delle infiammazioni bronchiali con decremento delle giornate di malattia.

La presente Azione si propone di favorire l'elaborazione di politiche aziendali sul fumo che permettano ai datori di lavoro di trattare questa delicata e controversa questione in maniera pratica ed efficace, con l'obiettivo di promuovere il controllo del fumo, riducendo il numero dei fumatori, riducendo gli effetti del fumo passivo sui non fumatori, migliorando la salubrità e la vivibilità dell'ambiente di lavoro.

Una buona politica aziendale dovrebbe tentare di eliminare l'esposizione dei lavoratori al fumo passivo perseguendo i seguenti obiettivi:

- favorire la conoscenza dei rischi per la salute determinati dal fumo attivo e passivo;
- ridurre il numero di fumatori nell'azienda;
- favorire la consapevolezza da parte dei dipendenti e non delle proprie responsabilità;
- favorire la creazione e il mantenimento di posti di lavoro salubri e sicuri;



- migliorare lo stato di salute dei propri dipendenti favorendo stili di vita corretti;
- ridurre le giornate di assenza per malattia.

Pertanto, una esauriente politica aziendale sul fumo dovrebbe presentare i seguenti contenuti:

- 1) stabilire i criteri per considerare assolti gli obblighi di legge;
- 2) definire i diritti dei non fumatori e gli obblighi dei fumatori;
- 3) stabilire le sanzioni per chi non rispetta le regole;
- 4) decidere le modalità di aiuto ai lavoratori fumatori che intraprendono un percorso per smettere di fumare;
- 5) definire gli indicatori per il monitoraggio dell'efficacia della politica antifumo e i tempi di valutazione.

I vantaggi per l'azienda, oltre che riguardare aspetti di immagine sociale, si esprimono in termini di produttività. Un ambiente di lavoro senza fumo può migliorare la produttività in più modi:

- Riducendo gli effetti del fumo passivo sui non fumatori;
- Riducendo l'assenteismo per malattie correlate al fumo;
- Riducendo i tempi delle pause dedicate alla sigaretta da parte dei fumatori (si stima che il fumatore che smette può far risparmiare al suo datore di lavoro circa 1000 euro ogni anno);
- favorendo lo sviluppo di un ambiente "amichevole";
- Migliorando il morale dello staff;
- Migliorando l'attrattiva dell'azienda.

I lavoratori passano gran parte della giornata nell'ambiente di lavoro, quindi, migliorare la salubrità e la vivibilità di quest'ultimo vuol dire migliorare la qualità della vita delle persone.

I vantaggi per i lavoratori riguardano:

- Miglioramento della salute;
- Miglioramento dell'ambiente di lavoro;
- Aumento dei livelli di soddisfazione e riduzione dei livelli di stress;
- Miglioramento del benessere personale

Adottando una politica di controllo del fumo, l'azienda manda un chiaro messaggio ai suoi dipendenti e alla comunità in cui opera. Tale messaggio entra a far parte dell'immagine di una azienda che mostra di occuparsi attivamente della salute e della sicurezza non solo dei suoi lavoratori, di quelli sensibili agli effetti nocivi del fumo, bensì di tutti i cittadini della comunità in cui opera.

Esporre il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è un obbligo di legge, fornire strumenti ai non fumatori per far valere il loro diritto di lavorare in ambienti sani e motivazioni ai fumatori per aiutarli a smettere, è segno di grande responsabilità sociale.

È importante che la politica aziendale non colpevolizzi il fumatore, ma che implementando azioni a favore di una graduale politica antifumo, ne tragga i conseguenti vantaggi.

Lo stop al fumo non deve tradursi in una politica repressiva, ma deve essere parte integrante e fondamentale del progetto di tutela della salute nel luogo di lavoro, frutto di un'attività coordinata da parte di tutti i settori e i soggetti coinvolti a i vari livelli sui determinanti di salute, in un'ottica di Total worker health.

L'azione prevede una fase preliminare di informazione/sensibilizzazione diretta alle principali realtà lavorative pubbliche e/o private del territorio (Pubbliche Amministrazioni, Scuole, Amministrazioni Penitenziarie, aziende private) attraverso un'adeguata campagna di comunicazione con predisposizione di opportuni materiali informativi. Una successiva fase di approfondimento degli



specifici bisogni presenti nelle realtà che hanno manifestato l'interesse ad accogliere l'intervento e valutazione della fattibilità dell'intervento. L'intervento si svolgerà secondo le seguenti fasi operative:

1. *Costituzione di un gruppo di lavoro aziendale*

In una Azienda che decide di liberarsi dal fumo è importante costituire un gruppo di lavoro composto da tutti i diversi stakeholder, con il compito specifico di definire e realizzare un progetto di controllo del fumo di tabacco. Per dare operatività al progetto dell'abbandono dell'uso di sigarette, del gruppo di lavoro devono far parte, oltre alla rappresentanza della direzione Aziendale e al Medico Competente, i rappresentanti della sicurezza e della protezione, i delegati sindacali, nonché capireparto, capiufficio, capisquadra (o figure corrispondenti all'interno dell'organigramma aziendale). È opportuno che, all'interno del gruppo, si identifichi un referente per la conduzione del progetto che coordini e favorisca lo sviluppo delle attività volte alla riduzione del tabagismo nei lavoratori nell'azienda.

2. *Valutare la situazione esistente in azienda*

È necessario, prima di elaborare un programma d'intervento, sapere dove e quando si fuma, quanti sono i fumatori in azienda, quali problemi emergono (per es. chi fuma nelle pause o si assenta) sia a carico dei fumatori che dei non fumatori.

L'entità dell'abitudine al fumo fra i dipendenti e le loro opinioni possono essere esplorate attraverso un questionario che raccolga informazioni in modo obiettivo e senza dare giudizi. Il questionario è importante per assumere informazioni preliminari e diventa uno strumento di monitoraggio nelle fasi successive.

3. *Definizione degli obiettivi e del piano d'azione*

L'Azienda può intraprendere due percorsi:

- a) limitarsi ad applicare il divieto di fumare
- b) portare avanti un progetto vero e proprio di promozione della salute

Il primo percorso consiste nel rispetto delle vigenti norme di divieto del fumo e sulla sicurezza nel lavoro, permettendo di tutelare la salute dei lavoratori non fumatori.

Il secondo percorso integra le prescrizioni con interventi atti a promuovere nei lavoratori atteggiamenti e abitudini orientati alla promozione della salute. Ove l'azienda opti per tale secondo scenario, verranno implementate attività di prevenzione universale, dirette a tutti i lavoratori e di prevenzione indicata, dirette a persone che hanno già sviluppato l'abitudine al fumo.

4. *Redazione del regolamento*

È necessario stabilire delle regole in modo che tutti (dipendenti, clienti, utenti) conoscano le decisioni dell'Azienda sull'argomento e possano sapere come comportarsi. Il regolamento deve stabilire ed elencare i locali dove è per legge proibito fumare, indicare i referenti che hanno l'incarico di monitorare l'osservanza delle norme di comportamento e le conseguenze in caso di violazione.



5. Comunicazione della politica aziendale

Far conoscere la nuova politica aziendale a tutti i dipendenti, sia le nuove regole e i divieti, sia le altre azioni previste dal progetto, come le forme di assistenza per favorire la disassuefazione dal fumo. Inoltre è importante:

- a) definire la tempistica, quindi stabilire una data precisa per far scattare le nuove regole;
- b) cartellonistica per manifestare e pubblicizzare in maniera univoca e chiara l'intendimento dell'azienda;
- c) interventi educativi: iniziative informativo-educative con incontri a piccoli gruppi con i dipendenti per far conoscere la nuova politica aziendale, le azioni che propone e i risultati che si prefigge di ottenere, fornire informazioni tecniche o mediche, distribuire materiale divulgativo, eseguire misurazioni del CO.

6. Offerta di programmi per smettere di fumare

Smettere di fumare è difficile, tuttavia in tanti ci riescono, non da soli, magari con qualche aiuto. In questo caso all'Azienda viene in aiuto il Centro Antifumo del territorio, se presente, che:

- a) deve migliorare la conoscenza delle patologie legate al fumo con interventi educativi collettivi e dare consigli sui corretti stili di vita;
- b) effettua la presa in carico dei fumatori che non riescono a smettere nonostante i progetti della nuova politica aziendale;
- c) realizza incontri periodici di gruppo sul posto di lavoro per un approccio medico e psicologico di tipo cognitivo-comportamentale.

Ove il Centro antifumo non è presente, i lavoratori motivati a smettere di fumare saranno orientati a rivolgersi ai Ser.D. di riferimento o alle associazioni di volontariato presenti sul territorio impegnate nella lotta contro il fumo.

Nel caso in cui l'azienda si sia dichiarata disponibile a portare avanti un progetto vero e proprio di promozione della salute, l'intervento proposto comprenderà attività di sensibilizzazione, formazione ed informazione sulla prevenzione dell'abitudine al fumo diretti a tutti i lavoratori (prevenzione universale). Verranno anche offerti corsi di breve durata (12.5 ore) per la disassuefazione dal fumo tenuti da operatori sanitari formati, diretti a gruppi di lavoratori motivati a smettere di fumare (prevenzione indicata). In accordo con l'azienda e nel rispetto delle esigenze di quest'ultima, potranno essere attivati specifici gruppi di auto-mutuo aiuto per sostenere i lavoratori che intendono smettere di fumare (e, possibilmente, anche i loro familiari, in vista di un'azione più efficace), anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni di volontariato presenti sul territorio.

7. Monitoraggio dell'attuazione del progetto e valutazione dei risultati

A 6 mesi o a 12 mesi dalla realizzazione delle attività (a seconda della complessità dell'intervento messo in campo) verranno effettuate rilevazioni per valutare i cambiamenti nell'ambiente lavorativo e quindi l'efficacia dell'azione stessa.

Nell'ambito dell'intervento all'interno dei contesti lavorativi individuati, verranno svolte anche attività di informazione e sensibilizzazione rispetto alle altre dipendenze (uso di alcol, uso di sostanze stupefacenti, gioco d'azzardo, internet addiction) al fine di promuovere lo sviluppo nell'Azienda ospitante di una cultura della prevenzione delle dipendenze.



La promozione della crescita della cultura aziendale su queste tematiche potrà dare luogo allo sviluppo di protocolli operativi di prevenzione indicata, che consentano anche di individuare soggetti all'esordio di problemi di abuso e dipendenza o in particolari condizioni di vita (per es. gravidanza) e successivo orientamento ai servizi e attivazione delle risorse del territorio.

- Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002; 325 (7357): 188
- CIPES Piemonte http://www.cipespiemonte.it/HPH_ospedale_libero_fumo.aspx
- USDHHS. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: USDHHS, 2006 <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>
- Hopkins DP et al., Smokefree Policies to reduce tobacco use, a systematic review, *Am J Prev Med* 2010; 38(2S):S275-S289
- Zuccaro P, Caraffa G, Corti FM, Davoli M, Enea D, Fogliani V, Galeone D, Malvezzi E, Minozzi S, Nardini S, Pacifi ci R, Vanuzzo D. Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Istituto Superiore di Sanità, 2002.

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (5 di 7)	Corso di formazione per l'addestramento al counselling breve su alcol ed altre addiction, rivolto ad operatori Socio-Sanitari delle ASL, ai MMG, Medici di Continuità Assistenziale e ai Medici del Lavoro (modello IPIB-PHEBA)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.5 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS04 Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all' intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato	
OS04IS04	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilit&#224; di	
Pagina 193 di 539	



tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
OT04 Svolgere attività di formazione sul counseling breve rivolte agli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari (inclusi MMG e PLS)	
OT04IT04	Formazione (C)
OT07 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	
OT07IT06	Lenti di equità
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Gli interventi brevi sul consumo rischioso e dannoso di alcol hanno dimostrato di avere un alto grado di efficacia e un ottimo rapporto costi-benefici. Essi consentono di intercettare, attraverso l'identificazione precoce, persone che spesso sono poco consapevoli di trovarsi in una classe di rischio e, grazie alla tempestività della diagnosi, nell'ambito di un intervento "breve" (della durata di 5-10 minuti), possono facilitare e stimolare un cambiamento comportamentale verso uno stile di vita sano ed evitare i potenziali danni derivanti dal protrarsi del comportamento a rischio o lo sviluppo di una vera e propria dipendenza da alcol (2). L'estensione di tale metodologia, anche agli altri comportamenti di addiction, è già in corso in altre realtà italiane (3).

Attraverso questa Azione si intende promuovere la formazione degli operatori socio-sanitari delle ASL, dei MMG, dei PLS dei Medici di Continuità Assistenziale e dei Medici del Lavoro sui programmi di identificazione precoce dei rischi e dei danni correlati all'uso di bevande alcoliche e ad altri comportamenti di addiction (quali gioco d'azzardo, internet-addiction, ecc.) nonché sulla metodologia dell'intervento breve sui comportamenti a rischio e dannosi legati all'uso di alcol e/o altre addiction.

L'intervento, volto a potenziare le conoscenze, le competenze, le attitudini e le motivazioni degli operatori sanitari, ha come finalità l'inserimento degli interventi di counselling breve, per la promozione della salute e la prevenzione di problemi legati al consumo di bevande alcoliche e/o ad altre addiction, nella pratica clinica giornaliera degli operatori dell'assistenza sanitaria (operatori socio-sanitari, MMG, Medici di Continuità Assistenziale e Medici del Lavoro), nei confronti di uomini e donne in età giovane e adulta, anche appartenenti a gruppi vulnerabili o in condizioni di rischio aumentato (donne in gravidanza, over 65, stranieri) e dei lavoratori esposti a fattori di rischio. sarebbe inoltre auspicabile inserire tale formazione all'interno dei Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Il coinvolgimento dei Medici del Lavoro nel Corso di Formazione consente di estendere questa efficace metodologia di prevenzione anche ai contesti di lavoro, in vista dell'implementazione di un modello di tutela del lavoratore orientata alla "conservazione attiva" della salute, nonché di potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari dei servizi territoriali e ospedalieri, MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale e Medici del Lavoro per la tutela della salute del lavoratore, in coerenza con i principi della Total Worker Health. Il Medico del Lavoro, per la sua specificità, può intercettare soggetti che fanno scarso ricorso ad altre figure sanitarie e che possono



presentare comportamenti a rischio sia riguardo l'uso di bevande alcoliche (durante o al di fuori dell'orario di lavoro), sia riguardo altre problematiche di addiction.

Anche il coinvolgimento dei medici di Continuità Assistenziale nel Corso di Formazione può consentire di raggiungere con l'intervento di identificazione precoce e intervento breve alcune fasce di popolazione che, vivendo particolari condizioni di marginalità, accedono con difficoltà ad altre tipologie di servizi socio-sanitari.

L'intervento, favorendo un maggiore coordinamento tra servizi socio-sanitari, consente di attivare percorsi per l'identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato e di facilitare la presa in carico dei comportamenti dannosi, da parte dei servizi ad essi deputati.

Per garantire l'attuabilità dell'azione è previsto un Corso di Formazione per i professionisti socio-sanitari che saranno abilitati a formare sulla metodologia IPIB

1. Cuijpers, P., Riper, H. & Lemmens, L. (2004), The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*, 99: 839-845.)
2. A cura di: Scafato E., Gandin C., Patussi V. ed il gruppo di lavoro IPIB Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. (2010).
3. <https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2018/Baselice%20APD%20%202018.pdf>
4. Prevenzione del consumo dannoso di alcol NICE. Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking. NICE public health guidance 24. 2010. Il documento originale è interamente scaricabile al seguente indirizzo: <http://www.nice.org.uk/guidance/ph24>
5. Accordo stato-Regioni 16 marzo 2006
6. Dlgs. 81/2008

E. Scafato, C. Gandin, S. Martire, S. Ghirini, L. Galluzzo e il gruppo di lavoro BISTAIRS (Brief intervention in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings) (2016) Identificazione precoce e intervento breve nel trattamento dei disordini alcol-correlati: raccomandazioni e linee guida del progetto europeo BISTAIRS. 2016, iii, 43 p. Rapporti ISTISAN 16/5 - Istituto Superiore di Sanità

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (6 di 7)	TEST IT: riduzione del rischio-drug checking e Snap
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza



OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS05 Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA	
OS05IS05	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Il fenomeno dell'uso di sostanze ed i mercati illegali hanno subito notevoli mutazioni negli ultimi 20 anni. Accanto alle c.d. "sostanze classiche" (eroina, cocaina, MDMA...) sempre più frequentemente circolano nuove sostanze psicoattive tra cui i pericolosi oppioidi e cannabinoidi sintetici, nonché alcune fenetelamine.

Il Drug Checking (DC) consente di analizzare un ampio spettro di sostanze e di integrare queste informazioni nel Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP). Migliorare la disponibilità e l'efficacia delle misure di prevenzione basate sui dati è il primo obiettivo dell' Action Plan europeo 2017/2020, infatti è importantissimo attivare una piattaforma che faciliti il contributo al network da parte dei singoli centri collaborativi, al fine di far confluire tutte le segnalazioni inerenti sequestri, campionamenti o casi clinici, per renderle poi disponibili agli enti preposti, attraverso la diramazione di informative o di allerte. Il report annuale dell'EMCDDA tiene in considerazione da due anni i dati che derivano dai servizi di drug checking europei, soprattutto per cocaina e MDMA. Il Drug checking è un servizio integrato che permette alle persone di usufruire di un'analisi clinica della sostanza e ricevere un counselling specifico e focalizzato sulle proprie esigenze. Nei luoghi del divertimento il DC si è rilevato utile a diversi livelli: identificazione precoce di una sostanza e counselling specifico e focalizzato sulle esigenze e bisogni individuali di coloro che usufruiscono del Servizio DC.

I Servizi di prossimità sono parte del sistema dei Servizi che, grazie alla soglia 0 ed al movimento verso l'utenza, raggiunge e intercetta una grande fetta della popolazione dei consumatori che non accede a nessun altro nodo della rete. Grazie a questo ramo il SSN raggiungerebbe degli importanti obiettivi di salute pubblica secondo i principi di universalità ai quali esso risponde. Le caratteristiche e potenzialità di questi Servizi, assieme alla loro capacità di raggiungere una popolazione invisibile agli altri nodi della rete, li rendono i Servizi di elezione per raccogliere, tramite gli strumenti di DC, informazioni utili sulle sostanze in uso nelle piazze. Questo, oltre ad arricchire lo SNAP di una importante mole di informazioni coeve alla circolazione nel mercato, rappresenta una significativa azione di contrasto all'assunzione di sostanze dannose da parte della popolazione più esposta a questo rischio.



OBIETTIVI SPECIFICI:

- monitorare i mercati illegali delle sostanze a livello territoriale e accrescere la conoscenza sugli stessi, identificando rapidamente ed efficacemente la comparsa di sostanze pericolose e/o di nuove sostanze psicoattive e i loro pattern in uso;
- comunicare al sistema nazionale di allerta precoce nel caso di identificazione di sostanze pericolose e/o nuove sostanze psicoattive rilevate tra i campioni analizzati;
- rinforzare il sistema nazionale di Allerta precoce, allargando il numero dei punti di monitoraggio diretto delle sostanze circolanti con il coinvolgimento diretto e progressivo dei consumatori;
- prevenire e ridurre le conseguenze negative sulla salute correlate all'uso di sostanze sconosciute nella qualità e quantità;
- informare le persone che usano sostanze nel caso di identificazione di sostanze pericolose e/o di nuove sostanze psicoattive;
- informare operatori dei servizi e altri nodi della rete territoriale e nazionale sull'afferenza al Servizio e sulle sostanze in circolazione;
- migliorare il livello di integrazione del sistema dei Servizi dalla prossimità ai Servizi specialistici;
- facilitare e implementare l'accesso al sistema dei Servizi alle persone che usano sostanze e che non si rivolgono ai presidi territoriali.

EVIDENZE DI EFFICACIA:

- integrazione consolidata, efficace e biunivoca con il Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel caso di identificazione di sostanze pericolose e/o nuove sostanze psicoattive;
- identificazione rapida sul territorio della comparsa delle nuove sostanze psicoattive e delle varianti pericolose di quelle conosciute;
- incremento significativo della conoscenza dei prodotti e delle dinamiche di mercato – campioni analizzati/schede tecniche di descrizione del campione, nelle unità mobili o nei punti fissi di drug checking: report su dati di drug checking e consulenze / counselling e/o invii;
- riduzione della mortalità e dei malesseri conseguenti al consumo di sostanze sconosciute nella qualità e quantità; sperimentazione e valutazione di un sistema interregionale di monitoraggio territoriale dei mercati illegali di sostanze attraverso il coinvolgimento dei consumatori;
- disseminazione efficace delle informazioni fra le persone che usano sostanze nel caso di identificazione di sostanze pericolose e/o di nuove sostanze psicoattive;
- incremento della conoscenza sugli stili di vita e modalità di consumo

ATTIVITA'

- inserimento del Servizio nelle unità mobili e/o costituzione dei punti fissi di drug checking, individuando équipe multidisciplinare e delle professionalità da impiegare nel servizio di drug checking.



- Individuare il setting in cui erogare il servizio (contesti di strada in aree urbane, apertura punti fissi tipo ambulatori/sportelli raggiungibili a orari fissi dalla popolazione interessata, nel rispetto della privacy).
- Identificazione di un laboratorio di tossicologia quale riferimento territoriale.
- Creazione di un protocollo per trasporto di campioni.
- Sperimentazione di erogazione di drug checking.
- Screening gratuito HIV; HBV, HCV, Sifilide in collaborazione con la U.O.C. Malattie Infettive - Azienda USL di Pescara
- Raccolta e analisi dei dati.
- Emissione di allerte in caso di identificazione di sostanze pericolose o nuove sostanze psicoattive.
- Comunicazione dell'iniziativa e dei suoi risultati (sia ai destinatari diretti dell'iniziativa che a quelli indiretti).
- Comunicazione alle Istituzioni coinvolte dal tema sostanze stupefacenti.
- Formazione e supervisione agli operatori coinvolti nell'erogazione del servizio di drug checking quali operatori socio-sanitari.

ANALISI DEI RISCHI

- Difficoltà nell'elaborazione di un impianto di valutazione e di strumenti di misurazione.
- Difficoltà nel coinvolgere le ASL a livello Regionale.
- Carenza di risorse umane.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP04
TITOLO AZIONE (7 di 7)	Mamma Beve Bimbo Beve: Prevenzione della FASD (Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.5 Supporto ai Settori responsabili di un "ambiente organizzato" (setting) nella adozione di "pratiche raccomandate" per il contrasto a comportamenti additivi (alcol, sostanze, gap, doping, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS03 Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo	



OS03IS03	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OS04 Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all' intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato	
OS04IS04	Copertura (target raggiunti dal Programma)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilit&#224; di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
OT06 Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva	
OT06IT05	Comunicazione ed informazione
OT07 Orientare gli interventi a criteri di equit&#224; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	
OT07IT06	Lenti di equità
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L'esposizione prenatale all'alcol, come ormai risulta da numerosi studi e ricerche in ambito internazionale, può avere conseguenze sullo sviluppo dell'embrione, del feto e del bambino. La presente ricerca si focalizza sulla prevenzione degli effetti che si possono manifestare in una persona la cui madre ha consumato bevande alcoliche in gravidanza, attualmente definiti come Disturbo dello Spettro Fetale Alcolico (FASD - "Fetal Alcohol Spectrum Disorders").

Questo termine descrive un continuum di conseguenze di maggiore o minore entità, che possono essere di tipo fisico, cognitivo e comportamentale, con implicazioni a breve e a lungo termine. La forma più grave e riconoscibile di FASD, la Sindrome Alcolica Fetale (FAS), è una diagnosi clinica riscontrata in figli di madri abusatrici di alcol in gravidanza ed è considerata da molti autori come una delle maggiori cause di disabilità cognitiva non genetica nel mondo occidentale.

Il management del FASD è complesso. La difficoltà ad attribuire un quadro clinico univoco a tutti i possibili effetti dell'esposizione prenatale e il complesso legame con le valenze culturali e sociali del consumo di alcol rendono difficile la prevenzione, la diagnosi e il trattamento. Poiché si ritiene che la causa delle varie problematiche comprese nella definizione di FASD sia il consumo di bevande alcoliche in gravidanza, di conseguenza si afferma che esse sono completamente prevenibili se la donna incinta si astiene dall'alcol. La maggior parte di questi promuove l'astensione dall'alcol in gravidanza, attraverso l'implementazione di strategie articolate in differenti livelli di azione, che consistono sia nell'intercettazione e nel trattamento delle donne incinte e potenzialmente incinte che abusano di bevande alcoliche e/o hanno già figli con FASD, sia nell'avvio di percorsi di informazione ed educazione ad ampio raggio, rivolti alla comunità. Il presupposto è che diversi attori nella comunità possano avere un ruolo nella prevenzione del problema, primi fra tutti i professionisti socio-sanitari,



sviluppando una consapevolezza e mettendo in atto comportamenti volti a sostenere l'astensione in gravidanza. Questi approcci sono ritenuti importanti perché permettono di sensibilizzare tutti i possibili protagonisti della prevenzione del FASD in una prospettiva di salute pubblica.

L'efficacia di tali obiettivi dipende soprattutto dall'efficacia delle politiche di prevenzione attuate sul territorio che possono produrre l'aumentano dell'astensione o almeno della riduzione del consumo di bevande alcoliche da parte delle donne in gravidanza.

La fattibilità e il successo delle azioni di prevenzione, in realtà territoriali specifiche, dipende da alcuni fattori:

- la conoscenza del territorio di riferimento;
- il consenso nella comunità ad affrontare la questione;
- il coinvolgimento di risorse impiegabili nella prevenzione;
- la contestualizzazione delle strategie d'intervento, con definizione delle priorità locali.

La prevenzione del FASD è quindi considerata una strategia fondamentale per la riduzione dei casi di FAS e FASD con un importante impatto migliorativo sulla Salute Pubblica di tutta la popolazione. Infatti, purtroppo, i dati scientifici confermano che il FASD contribuisca all'aumento della morbilità, dei costi sociali e della disparità di salute i cui costi sociali sono altissimi. Per ridurre la morbilità del FASD possono essere utilizzati diversi approcci di prevenzione e di trattamento riabilitativo. Il management del FASD è solitamente diviso in due grandi aree:

- la prima, relativa alla prevenzione universale riguarda l'informazione dei rischi dell'uso di alcol in gravidanza e la promozione di comportamenti protettivi.
- la seconda, meno studiata, relativa all'intervento ed alla diagnosi precoce ed al trattamento e alla riabilitazione delle persone, verranno attuati sulla popolazione che presenta la sindrome.

All'interno di queste aree, il management del FASD si sviluppa a diversi livelli: la prevenzione, lo screening, la diagnosi, l'intervento terapeutico, l'approccio di rete, la formazione dei professionisti sanitari, il monitoraggio, la valutazione e la sorveglianza.

L'attività di prevenzione universale, selettiva e indicata, che riguarda l'informazione dei rischi dell'uso di alcol in gravidanza e la promozione di comportamenti protettivi si svilupperà nelle seguenti attività :

- l'intercettazione delle donne che bevono alcol in gravidanza, tramite test di screening oppure attraverso la diagnosi di FAS/FASD dei figli (prevenzione indicata e intervento precoce);
- la sensibilizzazione di altri target sensibili nella prevenzione, quali le donne in età fertile e i giovani in quanto futuri genitori (prevenzione selettiva);
- il coinvolgimento e la formazione di risorse da impiegare in modo attivo nella prevenzione, quali i professionisti sanitari e sociali (prevenzione universale, selettiva e indicata);
- il coinvolgimento della comunità nelle sue diverse articolazioni come risorsa per promuovere e favorire l'astensione nelle donne in gravidanza (prevenzione ambientale).

Per tali attività di prevenzione della FASD si utilizza un approccio "olistico". La strategia più diretta per la riduzione del consumo di alcol è l'identificazione delle donne consumatrici e l'attivazione di interventi specifici finalizzati all'astensione. Due sono gli approcci che permettono di intervenire sull'uso di bevande alcoliche in gravidanza:

- lo screening del consumo di alcol nelle donne in fase pre concezionale e prenatale;
- l'individuazione delle madri ad alto rischio attraverso la diagnosi di FASD dei figli.

Un test di screening accurato, dovrebbe valutare con attenzione la frequenza, la quantità, la durata dell'esposizione all'alcol, lo schema di consumo nel corso della gravidanza.



L'importanza dello screening è sottolineata da linee guida internazionali anche recenti. Alcuni autori ritengono che il periodo cruciale per la prevenzione sia quello pre concezionale. Intercettare le donne in età fertile permette sia di raggiungere coloro che sono ad alto rischio, sia di informare le donne che potrebbero continuare a bere prima di riconoscere lo stato di gravidanza.

Le donne incinta, che stanno pianificando una gravidanza o che non usano contraccettivi, dovrebbero essere avvisate di non bere in quanto il danno al feto può avvenire nel momento del concepimento.

Questa azione di prevenzione pone le sue basi strutturali sulla ricerca scientifica di cui l'Istituto Superiore di Sanità offre da anni aggiornamenti puntuali in materia di diagnosi ed epidemiologia della FASD nonché su azioni di prevenzione del territorio che mettono in evidenza sempre più come la salute delle persone sia influenzata da numerosi fattori: genetici ed epigenetici, di tipo ereditario ma anche da esposizione ambientale e sociale attraverso i modelli familiari, culturali ed economici del contesto di appartenenza.

In risposta a tali evidenze anche in Italia in questi anni si sono sviluppati programmi di prevenzione e promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita attraverso azioni e programmi d'intervento.

Gli obiettivi sono la riduzione dell'esposizione a fattori di rischio e la promozione di fattori protettivi al fine di ridurre poi la morbosità nel corso della vita delle persone .

La FASD è un problema medico e sociale e si può prevenire al 100% se in gravidanza non si beve alcol. Questa evidenza racchiude in sé anche un obiettivo raggiungibile, non solo sul piano individuale ma soprattutto di comunità, essendo la prevenzione dei rischi e danni causati dal consumo delle bevande alcoliche un tema di salute pubblica a livello nazionale e internazionale.

In Italia le istituzioni della sanità pubblica nazionale e locale a vario titolo stanno aumentando la conoscenza e le competenze formative rispetto ai disordini psicofisici e sociali dovuti dalle diverse manifestazioni della FASD.

Il sito dell'Istituto Superiore di Sanità offre da anni aggiornamenti puntuali sulla ricerca scientifica riguardante la diagnosi e l'epidemiologia e su azioni di prevenzione del territorio.

ATTIVITA'

Interventi per la popolazione generale:

Si realizzeranno delle campagne di informazione. Esse hanno l'obiettivo di aumentare la consapevolezza della popolazione dei rischi dell'alcol attraverso la veicolazione di messaggi di salute. Secondo gli autori, l'efficacia di una campagna di comunicazione dipende dalla qualità del personale coinvolto e dei materiali prodotti. Il successo delle campagne di informazione sta nel creare un consenso generale sull'opportunità di non bere in gravidanza. **La prevenzione universale** è finalizzata a educare la popolazione generale e femminile sui rischi del consumo di alcol in gravidanza e aumentare la conoscenza e la consapevolezza della comunità sulla FAS e sul FASD. L'obiettivo è che tutta la popolazione diventi consapevole che l'alcol può avere effetti in gravidanza. Il messaggio universalmente diffuso dovrebbe incoraggiare come alternativa più sana l'astinenza prima del concepimento o durante la gravidanza. Una delle tecniche di base usate nella prevenzione universale è il marketing sociale, che consiste nell'uso di poster e opuscoli, nel coinvolgimento dei mass media, e nella formazione dei professionisti che possono condividere la propria competenza nei vari settori della comunità.

Interventi formativi per gli operatori sanitari dell'Azienda Sanitaria:



percorsi di educazione professionale. I professionisti, soprattutto i medici, le ostetriche, gli operatori sociali, gli psichiatri, gli insegnanti e i professionisti che si occupano di alcol hanno bisogno di essere informati sugli effetti dell'alcol in gravidanza. La formazione dei professionisti sanitari assicura che le informazioni alle donne siano veicolate in modo accurato e siano rinforzate dall'autorevolezza che accompagna i professionisti.

Interventi per le donne in gravidanza o in età fertile:

È opportuno che le informazioni vengano fornite a tutte le donne prese in carico dai consultori e dai servizi territoriali di medicina generale e ai loro partner. **La prevenzione selettiva** è rivolta ai gruppi di popolazione di donne incinte o in età fertile a maggior rischio di avere un figlio con FASD. Strategie di prevenzione selettiva possono includere lo screening, il riconoscimento precoce e il trattamento.

Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problemi alcol-correlati, ISS - Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS.

“Alcol: le strategie di prevenzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità”. Prima edizione Aprile 2006 - Il ristampa aprile 2009.

1) http://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali/libretti/libretto_strategie_Oms.pdf (ultimo accesso 5-06-2010)

2010)

2) World Health Organization (WHO). European Status Report on Alcohol and Health 2010.

3) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf (ultimo accesso 5-02-2011)

4) World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. Framework for alcohol policy in the WHO European Region. 2006.

5) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf (ultimo accesso 5-06-2010)

6) Istituto Superiore di Sanità. Sistema nazionale per le linee guida (SNLG). Linea guida Gravidanza fisiologica - 2010. http://www.snlgiss.it/cms/files/LGgravidanza_definitivo_31_01-11.pdf (ultimo accesso 15-02-2011)

7) Goodlett C. Fetal alcohol spectrum disorders: new perspectives on diagnosis ed intervento *Alcohol*. 2010; 44: 579-8

9) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Issues in fetal alcohol syndrome prevention. 10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. 2000.

10) <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/10report/chap05c.pdf> (ultimo accesso 15-02-2011)



11) Fiorentino D, Coriale G, Spagnolo PA, Prastaro A, Attilia ML, Mancinelli R, Ceccanti M. Fetal Alcohol Syndrome Disorders: experience on the field. The Lazio study preliminary report. *Ann Ist Super Sanita*. 2006; 42(1): 53-7

European FASD Network <http://www.eufasd.org>

12) Osservatorio Nazionale fumo alcol e droga

<http://www.iss.it/ofad/index.php>

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumentare la consapevolezza sul “fattore di rischio alcol” per prevenire i disturbi DELLO SPETTRO FETALE ALCOLICO (FASD) nella popolazione in condizioni di vulnerabilità
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzare percorsi di educazione professionale sul tema “Alcol: Non solo cura ma cultura – formazione del personale sanitario sui problemi alcol correlati” che coinvolga i professionisti del SSN con il riconoscimento dei crediti formativi ECM per tutte le professioni sanitarie affinché ci sia la più ampia partecipazione ; 2. sensibilizzare l'opinione pubblica attraverso campagne e altre strategie generali per aumentare la pubblica consapevolezza sul fenomeno utilizzando forme di “edutainment” ; 3. sviluppare campagne di sensibilizzazione e di informazione per rafforzare l' empowerment e le capacità decisionali delle donne sul proprio percorso di gravidanza e sui rischi da uso di alcol nelle donne in età fertile 4. promuovere la conoscenza, per il pieno utilizzo, dei servizi offerti dal SSN nel rispetto dei LEA previsti nel periodo prenatale e durante la gravidanza; 5. promuovere la conoscenza dei percorsi assistenziali e delle possibilità di integrazione rispetto alle caratteristiche e tradizioni socio culturali di provenienza delle donne e delle coppie; 6. implementare la partecipazione attiva ai percorsi informativi specifici offerti per l'assunzione di stili di vita salutari; 7. valutare le abitudini al consumo di alcolici da parte della donna e della coppia; 8. informare la donna e la coppia dei rischi da uso di alcool nel periodo prenatale ed in quello della gravidanza a seconda dello status; 9. porre attenzione alle popolazioni migranti meno informate anche con l'ausilio di mediatori culturali 10. attivare appropriate strategie facilitanti la partecipazione ai percorsi informativi per i futuri genitori, in particolare nelle condizioni di vulnerabilità; 11. realizzare la produzione e la diffusione di materiali multilingue sulla prevenzione della FASD; 12. collaborare con forme di associazionismo volontario per l'accompagnamento dei soggetti presso servizi socio-sanitari presenti sul territorio; 14. coinvolgere gli stakeholders (scuole, enti locali, organizzazioni, associazioni di volontariato e del privato sociale, rappresentati delle comunità straniere, ecc...); 15. rendere omogenee le informazioni offerte dai vari operatori dei servizi del percorso nascita; 16. porre attenzione a forme di disagio psicosociale della donna e della coppia.
ATTORI COINVOLTI	<ul style="list-style-type: none"> - Donne; - coppie; - medici e operatori del SSN (consultori, reparti di ginecologia, ambulatori, servizi per le Dipendenze);



	<ul style="list-style-type: none"> - stakeholders; - associazionismo.
INDICATORE	<p>percentuale di operatori/donne/coppie che parteciperanno ad attività di informazione e prevenzione sul fattore di rischio alcool e sui disturbi dello spettro fetale alcolico (FASD)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula:Formula 2022 n. operatori coinvolti / n. operatori previsti • Formula 2023 n. donne coppie partecipanti /n. donne-coppie coinvolte • Formula 2024 n. attività realizzate per donne-coppie / n. attività previste per donne-coppie • Formula 2025 n. donne-coppie sensibilizzate / n. donne-coppie contattate • • Standard100% • • FonteRegione /ASL
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Riduzione della prevalenza delle donne in gravidanza con profilo di rischio per abuso alcolico tra le assistite dei mmg ed i ginecologi partecipanti all'azione
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	La misura dell'impatto dell'azione equity oriented sarà effettuata verificando la riduzione della prevalenza del target di vulnerabilità. Poichè non sono in atto flussi dati ufficiali su tale target, l'azione richiede l'implementazione di flussi ex novo mediante il coinvolgimento di mmg e ginecologi
ATTORI COINVOLTI	Donne in gravidanza, mmg, ginecologi, referenti regionali per flusso dati
INDICATORE	<p>prevalenza % di donne in gravidanza con profilo di rischio per abuso alcolico tra i mmg e i ginecologi coinvolti nell'azione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula:n. di donne in gravidanza con profilo di rischio per abuso alcolico/ n.totale di donne in gravidanza assistite dai mmg e ginecologi coinvolti • StandardRiduzione del 5% • FonteGruppo di lavoro PP4



3.5 PP05 Sicurezza negli ambienti di vita

3.5.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP05
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Servizio Prevenzione Sanitaria, Medicina Territoriale DPF
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO3 Incidenti domestici e stradali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti - MO3 Incidenti domestici e stradali - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane - MO1-19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità - MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale - MO3-01 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) - MO3-02 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici - MO3-03 Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno nella comunità - MO3-04 Monitorare il fenomeno, inclusa la percezione della popolazione rispetto ai rischi di incidente domestico, mettendo in sinergia i flussi informativi - MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente - MO3-06 Migliorare i dati disponibili per la valutazione epidemiologica dell'incidentalità stradale - MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute



	<ul style="list-style-type: none"> - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1LSc Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, articolato in azioni di documentata efficacia, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico (a partire dalla scuola dell'infanzia), per la promozione della salute fisica e mentale - MO1LSI Sviluppo di programmi intersettoriali per ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di salute pubblica - MO1LSm Implementazione di programmi trasversali che impattino sui fattori di protezione per un invecchiamento in buona salute e con ridotto carico di malattia e disabilità (empowerment individuale e dei caregiver, stili e ambienti di vita, condizioni e risorse sociali, rete di sostegno e di assistenza, etc.) - MO2LSa Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico, per la promozione della salute - MO3LSa Sviluppo di programmi per la promozione di corretti stili vita con particolare riguardo all'attività fisica e al corretto utilizzo dei farmaci nell'anziano - MO3LSb Sviluppo di programmi per accrescere le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile - MO3LSc Attivazione di percorsi di formazione sulla sicurezza domestica rivolti ai collaboratori familiari, agli insegnanti, agli operatori sanitari e socio-sanitari, a MMG e PLS - MO3LSd Implementazione di percorsi di interoperabilità fra i servizi coinvolti - MO3LSe Sostegno ai flussi informativi correnti per migliorarne la funzionalità (es. riduzione del tempo di comunicazione dell'esito di trattamento tra PS e CAV e tra PS e Centri Ustionati), la fruibilità, l'uso integrato e la comunicazione sistematica dei dati - MO3LSf Promozione di stili di vita corretti nella popolazione con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate - MO3LSg Azioni di prevenzione per i guidatori professionisti - MO3LSH Informazione/comunicazione sul rischio di incidente stradale correlato a comportamenti a rischio - MO5LSa a. Promozione e realizzazione di interventi di advocacy e di integrazione nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) attraverso: elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, produzione di rapporti sulle attività integrate in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute, stipula di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92, istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/ intersettoriali/ interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure



	<p>integrate, basate su l'approccio One Health</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO5LSc Programmare e realizzare interventi di controllo trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato - MO5LSd Iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari trasversalmente nei diversi servizi sui temi della valutazione e gestione del rischio chimico - MO5LSf Iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari nel settore dei fitosanitari con riguardo agli articoli 28, 46, 52, 53, 55, 67, 68 del regolamento CE N 1107/2009 - MO5LSw Interventi informativi rivolti alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione alla radiazione UV solare e da fonti artificiali (es. lampade e lettini solari) - MO5LSe Attività di supporto alla valutazione del rischio chimico nell'ambito delle valutazioni di impatto sanitario - MO5LSy Interventi integrati sulla salute e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro, con particolare riferimento ai comparti edilizia, agricoltura, mare - MO5LSx Campagne di comunicazione sul corretto uso dei telefoni cellulari con particolare attenzione al target di età pediatrica, anche nell'ambito di attività di contrasto alla dipendenza da internet e dal cyberbullismo ecc.
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - B05 Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni - B06 Promozione della sicurezza stradale - B07 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica - F09 Prevenzione delle dipendenze

3.5.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Gli incidenti domestici e gli incidenti stradali rappresentano un fenomeno di sanità pubblica importante nel quale rivestono un ruolo determinante aspetti strutturali del contesto, comportamenti e condizioni di salute.

Con riguardo al fenomeno degli incidenti stradali, l'indice di mortalità regionale (n. morti/ n. incidenti stradali) è aumentato da 1,9 a 2,4 tra il 2010 e il 2019, con tendenza all'aumento del tasso di mortalità per incidenti su strade urbane superiore alla media nazionale negli ultimi due anni; nel 2019 Chieti è la Provincia con mortalità più alta. Si è invece ridotto del 44,3% (più della media nazionale) fra 2001 e



2019 il numero di feriti per incidente stradale, con una punta vicina al 50% del numero degli incidenti stradali e dei feriti nella provincia di Pescara.

Resta inferiore ai valori nazionali 2018 e 2019 il tasso di mortalità sulle autostrade (3,8 morti/milione di residenti nel 2019).

La mortalità per incidente stradale è inferiore per le donne soprattutto nella fascia 18 e 44 anni, e il tasso di mortalità nel 2019 è più elevato per la popolazione 65+ anni. Nello stesso anno il numero di decessi per utenti vulnerabili per età in Abruzzo supera la media nazionale (51,3% vs 45,2%) e l'incidenza dei pedoni deceduti è passata negli ultimi 9 anni da 12,7% a 20,5% (aumento superiore a quello nazionale).

L'indagine Passi 2016/2019 colloca l'Abruzzo al di sotto del livello nazionale per l'uso della cintura posteriore (19% degli intervistati vs 22,8% nazionale), ma evidenzia un miglioramento rispetto al periodo 2011/2014, quando solo il 13,2% rispondeva affermativamente. Al contrario l'86% degli intervistati riferisce di usare sempre la cintura anteriore senza significative differenze legate all'età con una frequenza lievemente superiore per le donne, per quelli che hanno un livello di istruzione elevato e nessuna difficoltà economica, per i cittadini stranieri.

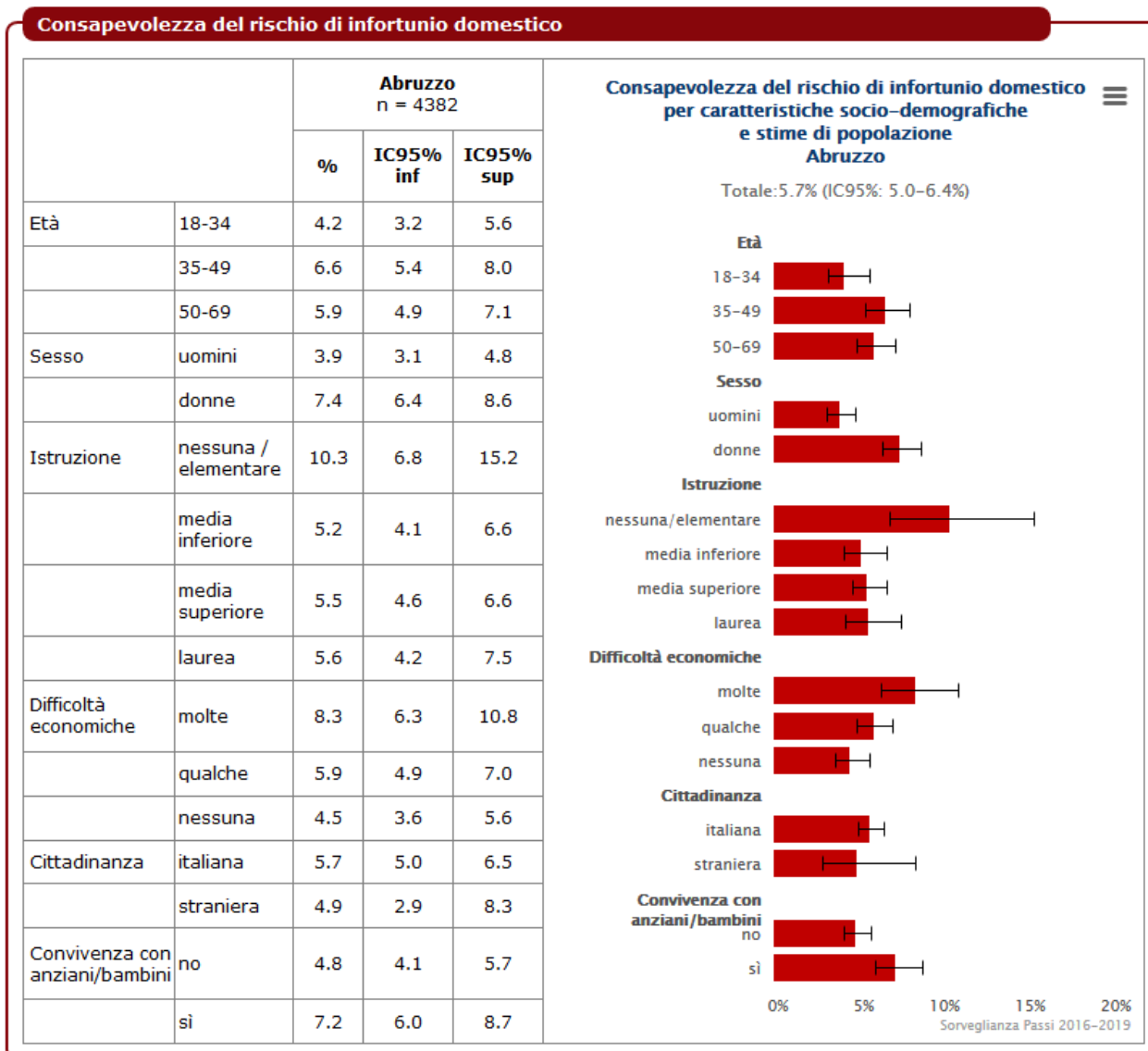
Resta però ferma al 18,5% la quota di intervistati (soprattutto donne e con molte difficoltà economiche) che ha riferito un uso inadeguato o non uso di dispositivi di sicurezza per i bambini 0-6 anni.

Il 96% del campione intervistato ha riferito di utilizzare sempre il casco senza differenze significative per età e sesso ma con una frequenza lievemente maggiore per livelli di istruzione elevati. Tutti gli stranieri intervistati hanno riferito di utilizzare sempre il casco.

La percentuale di intervistati che hanno dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nei 30 giorni precedenti, simile al valore nazionale, si riduce sia per il periodo 2011-14 che quello 2016-2019. Tende a ridursi anche il numero degli intervistati che hanno dichiarato di essere stati trasportati da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol. Rispondono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol più frequentemente gli intervistati di età compresa tra 18 e 34 anni, prevalentemente uomini, italiani, con scolarità media e nessuna difficoltà economica.

Per quanto concerne gli incidenti domestici, in Regione Abruzzo la consapevolezza del rischio di infortunio domestico (sorveglianza PASSI mostra un andamento incoraggiante fra il 2011/2014 e il 2016/2019 passando dal 3,6% al 5,7% degli intervistati, pur restando al di sotto della media nazionale, pur non incoraggiante (6.6%).

Il livello di consapevolezza è lievemente peggiore nella fascia d'età 16-34 anni, negli uomini, in coloro che hanno un livello medio di istruzione, nessuna difficoltà economica e in coloro che non convivono con anziani o bambini.



La consapevolezza rispetto al rischio di caduta nella Sorveglianza Passi d'Argento è maggiore che in PASSI (ma resta al di sotto della media nazionale 25,5%vs 33,4%), nelle donne, in coloro che hanno un basso livello di istruzione, molte difficoltà economiche e vivono da soli. La paura di cadere emerge nel 36,4% degli intervistati della Regione (vs 39,6% nazionale), cresce con l'età (fino al 54,9% degli ultra 85enni), è più frequente nelle donne, in coloro che hanno un livello basso di istruzione, molte difficoltà economiche e vivono da soli. L'uso di presidi anti caduta in bagno viene riferito dal 64,4% degli intervistati (ancora con una frequenza crescente con l'età, maggiore nelle donne, in coloro che hanno un basso livello di istruzione, molte difficoltà economiche). Le cadute avvengono in casa (82,5% vs 63,5% nazionale), più spesso in camera da letto (27,6%) e in cucina (21,8%). Tra il 2016 e il 2019 l'andamento delle cadute riferite è complessivamente in riduzione, come il numero di ricoveri conseguenti a caduta; la percentuale delle cadute in casa resta sostanzialmente stazionaria e si osserva una tendenza al miglioramento della consapevolezza del rischio di infortunio domestico. Tra i fattori che influenzano il rischio di caduta nell'anziano vi sono problemi di vista, di udito e disturbi dell'equilibrio. Il 15,5% dei 3.163 anziani intervistati nell'ambito della sorveglianza Passi d'Argento



(PdA) ha riferito problemi di vista (vs 10,5% nazionale); più frequente con l'avanzare dell'età, prevalente nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e molte difficoltà economiche. Il 17,6% degli intervistati riferisce problemi di udito (vs 14,4% nazionale), anche in questo caso più frequenti con l'età più avanzata, in coloro che hanno un più basso livello di istruzione e molte difficoltà economiche.

La frequenza delle cadute è maggiore fra le persone con problemi di vista (13,3%), fra quelle con problemi di udito (11,8%) oltre che fra quelle con problemi di masticazione riferiti (11,9%).

I problemi di masticazione riferiti dal 16,1% del campione intervistato, mostrano un trend in crescita tra il 2016 e il 2019, in associazione ad almeno un problema sensoriale negli intervistati. L'isolamento sociale, significativamente correlato ai problemi di vista, udito e masticazione, viene riferito dal 29% del campione regionale (vs 18,7% nazionale), con frequenza che cresce con l'età, più alta nelle donne, in coloro che hanno bassa scolarità e molte difficoltà economiche.

L'attività fisica è un importante fattore protettivo dal rischio di cadute nell'anziano. In Abruzzo il 38,5% degli ultra 64enni intervistati evidenzia caratteristiche di sedentarietà (vs 39,4% nazionale), anche in questo caso con progressione legata all'età, più frequente nelle donne, in coloro che hanno un basso livello di istruzione, con molte difficoltà economiche. Il punteggio PASE che valuta l'attività fisica nell'anziano prendendo in considerazione attività sportive e ricreative (ginnastica e ballo, lavori di casa pesanti o giardinaggio), tiene conto del tempo dedicato e dell'intensità dell'attività, permettendo di calcolare un punteggio, range 0-450, come somma dei punteggi delle singole attività riferite. Il Punteggio PASE per l'Abruzzo è pari a 96,6 (vs 94,2 nazionale), si riduce con l'età (da 105.1 per 65-74 anni a 60.7 per 85+ anni) è più alto per gli uomini, per livelli di istruzione superiori, per coloro che non hanno difficoltà economiche e che non vivono da soli. Le attività più frequenti svolte dagli uomini sono passeggiare e andare in bicicletta mentre per le donne sono più frequenti attività domestiche leggere e pesanti, le piccole riparazioni sono riferite prevalentemente dagli uomini.

Il 75,3% (vs 61,3% nazionale) degli intervistati riferisce almeno un problema strutturale nell'abitazione, senza differenze significative per classi di età o per sesso, con maggiore frequenza tra coloro che hanno un livello di istruzione basso o medio, da molte a qualche difficoltà economica. Il problema rappresentato con maggiore frequenza è costituito da spese troppo alte per l'abitazione, seguito dall'eccessiva distanza dall'abitazione di altri familiari e dall'insufficiente riscaldamento invernale. Il 16,8% (vs 14,4% nazionale) percepisce la scarsa sicurezza del quartiere in cui vive, riferita soprattutto da coloro che hanno molte difficoltà economiche (33,3% del campione) e vivono da soli; percezione che tende a ridursi dal 2016 al 2018. L'87,2% (vs 89,1% nazionale) degli intervistati in PdA riferisce la presenza di malattie croniche, con una frequenza crescente con l'età, maggiore in coloro che hanno un basso livello d'istruzione. Il 37,9% (vs 38,9% nazionale) degli intervistati usa almeno 4 diverse tipologie di farmaci, anche in questo caso la frequenza cresce con l'età, nelle donne, in coloro che hanno un basso livello di istruzione e molte difficoltà economiche. Nel 97,8% dei casi la terapia riguarda 2 o più patologie, con un numero medio di 5,5 farmaci. Il 44,5% degli intervistati (vs 42,6% nazionale) riferisce il controllo della corretta assunzione di farmaci da parte del medico negli ultimi 30 giorni, ma il 14,6% riferisce di non aver mai avuto un controllo in merito.

Con riferimento agli infortuni domestici correlati all'esposizione ad agenti chimici, si è osservato un picco di casi intorno ai 2 anni per entrambi i generi. Nel 94% circa dei casi si è trattato di esposizioni domestiche, per circa l'80% accidentali, che è prevalente nell'età inferiore ai 6 anni per poi ridursi di



frequenza nelle età superiori. La modalità di esposizione più frequente è risultata l'accesso incontrollato. Per le età superiori si rileva una frequenza non irrilevante di modalità legate al travaso di un agente da un contenitore originale in un altro. Non si dispone di dati regionali esaustivi sul fenomeno riguardanti le circostanze delle esposizioni. In considerazione dell'entità e delle caratteristiche del fenomeno emerge la necessità di contribuire al sistema informativo SIN-SEPI attraverso i CAV con la finalità ultima di orientare interventi di prevenzione mirati.

È necessario ottimizzare il flusso informativo dell'esito del caso trattato verso i CAV da parte delle strutture che li hanno contattati in emergenza per consentire una maggiore completezza e tempestività della rappresentazione del fenomeno al fine di orientare iniziative per implementare interventi di prevenzione mirati. Questo consentirà inoltre di implementare iniziative di controllo del rispetto della normativa REACH e CLP

Gli incidenti stradali nella Regione Abruzzo, tra il 2001 e il 2019, come in Italia, mostrano una riduzione pari al 43,3% (vs 34,6% nazionale); anche la mortalità, sebbene con una dinamica più contenuta dal 2010 al 2019 si è ridotta, passando da 60,4 morti/milione di abitanti a 59,6 nel 2019 (+7% rispetto al tasso di mortalità nazionale).

Una parte rilevante di incidenti con lesioni a persone si è verificata su tratti rettilinei di strade urbane o extraurbane: nel primo caso in corrispondenza di incroci, nel secondo in corrispondenza di curve.

Tre quarti degli incidenti stradali sono concentrati nei 10 comuni classificati come poli urbani (dove risiede un terzo della popolazione) e nei 65 comuni che ricadono nelle aree di cintura (dove risiede un ulteriore terzo); nei poli urbani è concentrato poco più del 40% degli eventi. Solo un quarto di essi si verifica nei 230 comuni delle aree interne.

Oltre il 77% degli incidenti accade tra le 8 e le 20, con punte alle ore 9, 13 e 18 (suggerendo una relazione con gli spostamenti casa-lavoro e casa-scuola). La mortalità più elevata si colloca tra le 23 e le 24. Nelle notti diverse dal venerdì e il sabato si concentra il 62% circa degli incidenti notturni, il 53,3% delle vittime e il 63% dei feriti. Gran parte degli incidenti (circa 70%) coinvolge 2 o più veicoli, soprattutto in scontri fronto-laterali e tamponamenti. La letalità maggiore è legata agli scontri frontali (7,5 decessi/100 incidenti), all'investimento di pedoni (4,6%), all'urto accidentale contro ostacoli (4,1%), e agli incidenti a veicoli isolati (3,8%).

Le prime tre cause identificate di incidente sono: mancato rispetto di precedenza, eccesso di velocità e guida distratta (correlata al 16,1% degli incidenti su strade extraurbane). Il tasso standardizzato di mortalità più alto riguarda la classe +65 anni (10,9/100.0000 abitanti).

Riguardo al tema degli incidenti domestici, in Abruzzo, nel 2019, 16,1 cittadini su 1000 intervistati (vs 12,5 a livello nazionale), hanno dichiarato di aver subito un incidente domestico negli ultimi tre mesi (indagine Multiscopo ISTAT).

Fra il 2008 e il 2019 il trend degli infortuni domestici che hanno richiesto cure mostra una riduzione progressiva (rilevazione PASSI). Tuttavia tra il 2016 e il 2019 sono stati registrati in media circa 20.200 accessi in Pronto Soccorso a seguito di traumi per incidente domestico, equivalenti a circa un terzo degli accessi totali per trauma (dati regionali EMUR-PS).

Con riferimento agli infortuni domestici correlati all'esposizione ad agenti chimici, nel 2015 (ultimo dato disponibile Rapporto ISTISAN 19/20) dalla Regione Abruzzo sono state chieste n. 719 consulenze



ai CAV di Milano e Bergamo per casi di esposizione umana documentata ad agenti chimici, farmaci e non farmaci. A livello Nazionale tra il 40 e il 45% delle richieste è risultato provenire da utenti ospedalieri. Le richieste di origine ospedaliera provenivano prevalentemente dai Pronto Soccorso.

3.5.3 Scheda di programma

3.5.3.1 Descrizione dal PNP

Il Programma si concentra sulla promozione della sicurezza, sia domestica che stradale, all'interno delle comunità, coinvolgendo tutte le realtà attive territoriali. La sicurezza domestica e stradale è un bene di tutti e va promossa con un'azione integrata e trasversale tra tutti gli attori coinvolti (Enti locali, istituzioni, associazioni di categoria, privato sociale, ecc.).

La convinzione radicata nella maggior parte delle persone che la casa sia il luogo più sicuro in cui stare, porta a sottovalutare i rischi legati alla vita domestica. L'abitudine e la ripetitività dei gesti quotidiani determinano una sensazione di falsa sicurezza o una riduzione della soglia di attenzione o di guardia rispetto ad azioni potenzialmente pericolose o a situazioni in atto (per esempio caratteristiche della casa e in particolare degli impianti) che non rispettano gli standard di sicurezza.

La maggior parte degli **incidenti domestici** può essere evitata attraverso alcune modifiche nell'organizzazione della casa o semplici accorgimenti e precauzioni in generale e una maggior attenzione da parte dei genitori in caso di incidenti ai più piccoli. Per la sicurezza delle persone più anziane attenzione particolare deve essere posta alla prevenzione delle cadute, per la quale è necessario agire su tutti i determinanti (ambiente domestico e spazi pubblici sicuri, programmi di attività fisica, corretto uso dei farmaci), anche attraverso la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (es. possibilità di sospendere la somministrazione di farmaci che hanno effetti sulle performance psicofisiche).

Nell'ambito della **sicurezza stradale**, i comportamenti non corretti alla guida dell'auto e il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza (cinture, seggiolini per bambini) sono responsabili di gran parte degli incidenti.

Alla luce di ciò, le azioni del Programma sono indirizzate a sensibilizzare la comunità, a partire dai più piccoli, promuovendo una cultura della sicurezza fondata su una corretta percezione del rischio, che abbia come conseguenza l'adozione di comportamenti e accorgimenti finalizzati a prevenire gli incidenti domestici e stradali, attraverso apposite attività educative, informative e formative.

Il Programma presenta quindi tre aree di lavoro:

- *Advocacy*: Il ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione è quello di coordinare e gestire la messa in rete di tutti gli attori coinvolti in questa tematica, attraverso attività di *advocacy* negli e tra gli enti territoriali al fine di promuovere politiche per la sicurezza della popolazione generale, in particolare delle fasce più deboli (bambini e anziani).
- *Promozione di comportamenti sicuri* attraverso la realizzazione di interventi educativi in ambito scolastico e nella comunità (scuola, circoli anziani, farmacie, scuole guida, ...) e la formazione degli operatori socio sanitari, il personale della scuola, le associazioni di categoria.
- *Comunicazione*: campagne di sensibilizzazione alla popolazione (comuni, farmacie, scuole guida, comunità...).



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

3.5.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

- *“La sicurezza dei pedoni: Un manuale sulla sicurezza stradale per decisori e professionisti” World Health Organization 2013 Tabella 4.1: Misure e interventi specifici per migliorare la sicurezza dei pedoni, le azioni di miglioramento della consapevolezza e dei comportamenti di pedoni e veicoli, come pure le azioni volte alla riduzione dell'esposizione dei pedoni al traffico veicolare, hanno efficacia dimostrata o promettente.*
- *Pubblicazione DORS “L'advocacy politica: un approccio promettente per migliorare la sicurezza dei pedoni nelle comunità povere”, gli interventi con gli amministratori locali, aumentano l'attenzione e il sostegno alle politiche della sicurezza.*
- [Http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74686/E84938.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74686/E84938.pdf?ua=1) - OMS Europa 2004
- *Linea Guida Nazionale della prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani (ISS PNLG maggio 2009)*
- *Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica. Linea Guida Prevenzione. ISS-SNLG- NIEBP, novembre 2011)*
- *La Prevenzione degli incidenti domestici in età infantile, ISS-SNLG -NIEBP, febbraio 2017*

3.5.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

Il tema della prevenzione degli incidenti stradali e domestici rappresenta un prioritario interesse per la sanità pubblica riguardo all'elevato numero di decessi, menomazioni e costi sociali che ne conseguono. Nella regione Abruzzo il numero di accessi annuali in pronto soccorso per incidenti domestici e stradali (fonte EMUR-PS), pur rilevando nel triennio 2017-2019 un trend in diminuzione, risulta comunque al di sopra dei 40.000 accessi. Nell'anno 2020 è stato riscontrato un significativo decremento degli accessi in PS dovuto alle restrizioni e alle misure di contenimento adottate a seguito della pandemia. Gli infortuni domestici più gravi risultano essere conseguenza di cadute, ustioni, intossicazioni e soffocamento correlati a fattori individuali e di contesto esaminati attraverso il sistema di sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO.

Il Programma per la prevenzione degli incidenti stradali intende promuovere in via prioritaria un cambiamento di prospettiva della pianificazione della mobilità che focalizza l'attenzione sulla gestione della domanda, mettendo al centro le persone e la sostenibilità del sistema della mobilità. L'obiettivo è implementare e promuovere una mobilità sostenibile integrata in un processo di miglioramento degli spazi di vita e dei setting urbani in termini di sicurezza e di sostenibilità attraverso i Piani Urbani per la Mobilità Sostenibile (PUMS) anche nell'ottica dell'Urban Health.



Il programma per la prevenzione degli incidenti domestici, in continuità con quanto già realizzato con il precedente Piano Regionale, mira a consolidare gli interventi di promozione della salute con l'attuazione di interventi volti a sviluppare azioni per la promozione di corretti stili vita con particolare riguardo alle categorie "fragili".

Si intende inoltre implementare le competenze genitoriali sulla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile attraverso interventi informativi e formativi in collaborazione con l'USR e confronti con altri stakeholders, istituzionali e non, che operano sul territorio (azioni di Advocacy) attraverso accordi intersettoriali.

Una ulteriore azione, con l'obiettivo di prevenire gli infortuni domestici, prevede la promozione della cultura della sicurezza ed aumentare l'autonomia personale nella popolazione anziana attraverso la promozione dell'attività motoria e del corretto uso di farmaci.

3.5.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP05_OT01	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città Metropolitane/ Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell'ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche
PP05_OT01_IT01	Accordi intersettoriali
formula	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario
Standard	Almeno 1 accordo entro il 2022, almeno 2 accordi entro il 2025;
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP05_OT02	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting
PP05_OT02_IT02	Formazione Operatori sanitari e sociosanitari – ambito età pediatrica
formula	Presenza di offerta formativa per gli operatori sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e sociosanitari finalizzata allo sviluppo della cultura della sicurezza degli ambienti domestici e della strada e alla crescita delle competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022
Fonte	Regione
PP05_OT02_IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari – ambito anziani
formula	Presenza di offerta formativa per gli operatori Sanitari e Sociosanitari (inclusi i MMG), i



	collaboratori familiari e i caregiver per la prevenzione degli incidenti negli ambienti domestici tra gli anziani, anche attraverso il corretto uso dei farmaci
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP05_OT03	Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio
PP05_OT03_IT04	Comunicazione e informazione
formula	Disponibilità di iniziative/strumenti/materiali di comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza in ambiente domestico e sulla strada nelle comunità locali
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP05_OT04	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle azioni programmate
PP05_OT04_IT05	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.5.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP05_OS01	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile
PP05_OS01_IS01	Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) *
formula	$(N. \text{ di Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) nei quali la ASL ha espresso un contributo nell'ambito del procedimento di VAS}) / (N. \text{ totale di PUMS}) * 100$
Standard	30% di PUMS entro il 2023; 80% di PUMS entro il 2025
Fonte	Regione
PP05_OS02	Estendere/implementare strategie e azioni per promuovere la sicurezza negli ambienti domestici
PP05_OS02_IS02	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti



	e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")
formula	presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" (Accordo Stato Regioni 17.01.19)
Standard	Disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali
Fonte	Regione
PP05_OS01	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile
PP05_OS01_IS03	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età
formula	(N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo) / (N. totale Comuni) * 100
Standard	20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025
Fonte	Regione
PP05_OS01_IS04	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
formula	(N. ASL sul cui territorio è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)) / (N. totale ASL) * 100
Standard	50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025
Fonte	Regione
PP05_OS01_IS05	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere ("Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")
formula	presenza
Standard	disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali
Fonte	Regione

3.5.6 Azioni

PROGRAMMA	PP05
TITOLO AZIONE (1 di 6)	"LA CULTURA DELLA SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA DEI MINORI: UN APPROCCIO INFORMATIVO, PARTECIPATO E CONDIVISO"
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA	2.10 Altro (specificare)



PRINCIPALE	
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Estendere/implementare strategie e azioni per promuovere la sicurezza negli ambienti domestici	
OS02IS02	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città; Metropolitane/Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell'ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
OT02 Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età; pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	
OT02IT02	Formazione Operatori sanitari e sociosanitari – ambito età pediatrica
OT03 Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più; a rischio	
OT03IT04	Comunicazione e informazione
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

In Abruzzo, nel 2019, dalle indagini multiscopo ISTAT, i cittadini hanno dichiarato di aver subito 16,1 incidenti domestici negli ultimi tre mesi su 1000 intervistati, un valore superiore alla media nazionale pari a 12,5 su 1000.

In Regione, secondo la rilevazione Passi, dal 2008 al 2019 il trend annuale di infortunio domestico che ha richiesto cure è progressivamente diminuito. Tuttavia tra il 2016 e il 2019 sono stati registrati in media circa 20.200 accessi in pronto soccorso a seguito di traumi per incidente domestico, equivalenti a circa un terzo degli accessi totali per trauma (dati EMUR-PS).

La distribuzione per regione di residenza della consapevolezza del rischio di infortunio domestico ha fatto emergere un dato allarmante per la nostra regione, poiché il valore più basso si è registrato per l'Abruzzo (3,6%).

Il dato è confermato anche dall'indagine Passi 2016-2019 da cui si evince che la consapevolezza del rischio di infortunio domestico nella regione Abruzzo è sensibilmente inferiore al valore nazionale (5.7% vs 6.6%).

Il livello di consapevolezza in Passi, già basso a livello nazionale e ancor più basso in Abruzzo, appare lievemente peggiore nella fascia d'età 16-34 anni, negli uomini, in coloro che hanno un livello medio di istruzione, nessuna difficoltà economica e in coloro che non convivono con anziani o bambini.



L'azione nasce dall'integrazione di attività mirate a promuovere interventi nell'ambito scolastico per diffondere la cultura della sicurezza anche attraverso azioni trasversali, contemplate in strategie, programmi, piani e progetti internazionali, nazionali e regionali, locali che coinvolgono anche azioni integrate tra scuole, servizi sanitari, famiglie e terzo settore.

Secondo le Linee-Guida per la Prevenzione degli Incidenti Domestici del sistema nazionale linee-guida, a partire dalla scuola dell'infanzia, come già in atto in diversi programmi operativi di regioni o ASL italiane, il bambino potrà essere oggetto di intervento finalizzato ad aumentare le proprie conoscenze e competenze utili a prevenire situazioni potenzialmente pericolose in ambiente domestico. La scuola costituisce un contesto ideale per erogare programmi di prevenzione destinati a bambini e adolescenti in quanto garantisce una copertura universale fino ai 16 anni di età e può raggiungere altre realtà (famiglie, rappresentanti della comunità, comuni, associazioni culturali e di volontariato). Le disuguaglianze negli incidenti possono emergere da fattori presenti a molti livelli: il contesto socioeconomico generale, differenti esposizioni a fattori di rischio, differenti vulnerabilità dei gruppi di popolazione, le molteplici conseguenze causate dagli incidenti. Ad esempio, i gruppi di popolazione più poveri, emarginati, hanno maggior probabilità di vivere in condizioni abitative non sicure e in ambienti pericolosi; hanno un accesso limitato alle informazioni riguardanti la sicurezza e meno opportunità di ricevere cure mediche di qualità elevata. Da qui la necessità di un approccio globale che affronti i determinanti sociali con interventi articolati in azioni da attuare nel breve periodo, ma focalizzate sul lungo periodo.

Elenco attività

1. Sviluppo di relazioni intersettoriali tra la Regione e gli stakeholders (USR, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, privato sociale Università, ANCI, Enti Locali, FF.OO., Prefetture, Uffici Motorizzazione Civile, INAIL) finalizzate alla realizzazione di un accordo di collaborazione sul tema della promozione della cultura della sicurezza domestica e stradale;
Indicatori: almeno un accordo nel 2022; almeno 2 accordi entro il 2025
2. Costituire un gruppo di lavoro intersettoriale che coinvolge l'USR, i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e le strutture territoriali delle ASL, l'Assistenza primaria e ulteriori eventuali componenti per la governance integrata dell'azione.
Indicatore: formalizzazione costituzione gruppo entro il 2023
3. Organizzare attività formative/ insegnanti, studenti e altre professionisti sanitari e famiglie/genitori;
Indicatore: presenza di offerta formativa per gli operatori sanitari (Inclusi MMG e PLS) e sociosanitari finalizzata allo sviluppo della sicurezza degli ambienti domestici e della strada e alla crescita delle competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile: almeno un percorso regionale per ognuno degli anni
4. Realizzare materiale informativo semplice e di facile divulgazione per il target di riferimento.
Indicatore: disponibilità di iniziative/strumenti/materiali di comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza in ambiente domestico e sulla strada nelle comunità locali
5. Realizzare un evento per la presentazione ufficiale dell'azione.
Indicatore: Iniziativa regionale di comunicazione entro il 2022



6. Divulgazione alla popolazione del materiale validato.

Indicatore: almeno un'iniziativa di comunicazione/ comunicazione per anno a partire dal 2022.

La presente azione prevede un monitoraggio semestrale delle attività da parte del Gruppo di lavoro.

Buona pratica o documentazione di riferimento

Linee Guida Nazionali (2017): "La prevenzione degli incidenti domestici in età infantile" – ISS;

Early Childhood Development, (Siddiqi et al., 2007);

Maneggiare con cura - Campagna per la sicurezza dei più piccoli *Regione Piemonte gruppo ASL Torino 3 - anno 2018*

PROGRAMMA	PP05
TITOLO AZIONE (2 di 6)	LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI CON PARTICOLARE RIGUARDO ALLA POPOLAZIONE ANZIANA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	
OS01IS04	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)
OS01IS05	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere ("Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città, Metropolitane/Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell'ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
OT02 Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	



OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari – ambito anziani
OT03 Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio	
OT03IT04	Comunicazione e informazione
CICLO DI VITA	terza età
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria; comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L'azione è volta alla promozione della salute e del benessere psicosociale degli anziani che vivono presso il proprio domicilio, in condizione di totale o parziale autosufficienza e di quelli più "fragili" assistiti da un caregiver nel territorio regionale. Scopo dell'attività è di promuovere la cultura della sicurezza e di aumentare l'autonomia personale dell'anziano attraverso la promozione dell'attività motoria e del corretto utilizzo di farmaci.

Le attività previste vengono di seguito riportate:

- Il Gruppo di Coordinamento Regionale definisce l'ambito a cui indirizzare l'evento formativo ed indica un comitato tecnico scientifico.
- Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra i vari stakeholders anche con il coinvolgimento di professionisti nell'ambito universitario, MMG, medici specialisti attivi nella gestione del paziente fragile e dell'anziano (geriatri, fisiatri, ortopedici, ecc), infermieri, operatori sociali, psicologi, servizi sociali dei comuni, patronati/sindacati, riferimenti territoriali di RA e RSA, Agenzie per assistenza domiciliare degli anziani etc). È prevista, inoltre, un'intesa con gli Enti territoriali di riferimento per implementare /estendere politiche di promozione di mobilità sostenibile. L'azione prevede di concludere almeno un accordo con Enti/Organizzazioni/Istituti pubblici o privati esterni al sistema sanitario entro il 2022;
- L'azione prevede l'istituzione di un Comitato Tecnico /scientifico finalizzato alla redazione di un programma di attività formativa di sicurezza destinata ai caregivers
- La formazione è volta ad implementare la consapevolezza sui rischi negli ambienti domestici tra gli addetti ai lavori. Contestualmente per l'utenza è previsto un percorso, entro il 2022, volto a migliorare la consapevolezza sui rischi di infortuni domestici per la prevenzione e il contenimento degli eventi avversi.
- Realizzare materiale informativo semplice e di facile divulgazione per gli attori coinvolti e la popolazione target. Il completamento dell'attività è previsto entro il 2022.
- Validare il materiale elaborato entro il 2022;
- Evento regionale per la presentazione dell'azione volto a sensibilizzare gli attori coinvolti e la popolazione target per sviluppare conoscenze e competenze per la percezione del rischio entro il 2022.
- Attività di Sensibilizzazione rivolta alla popolazione anziana, familiari, referenti di Istituti di Residenza per Anziani, ecc. Periodicità annuale a partire dal 2022.
- I partecipanti all'evento saranno invitati a compilare schede di gradimento e ad esprimere valutazioni e proposte relativamente al materiale didattico ed all'iniziativa attuata.



PROGRAMMA	PP05
TITOLO AZIONE (3 di 6)	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione – protocolli d’intesa, convenzioni con stakeholder (es. Associazioni di categoria, di cittadini, di pazienti, di promozione sociale e sportiva, Società Scientifiche, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	
OS01IS01	Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) *
OS01IS05	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere (“Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città, Metropolitane/Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell’ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L’OMS definisce l’abitare come *“l’insieme di una dimora, di un nucleo familiare, di un vicinato e di una comunità”*.

Vivere in un contesto abitativo adeguato è un fattore importante sia sul piano dello sviluppo psicologico che dell’integrazione sociale di ogni individuo.

Molti studi hanno dimostrato che **il miglioramento della qualità degli insediamenti umani e dell’ambiente costruito** rappresenta la leva principale per contrastare problemi di salute pubblica come l’obesità, le malattie cardiovascolari, il diabete, l’asma, **gli incidenti stradali e domestici** ecc.

Negli ultimi decenni, gli sviluppi urbanistici dei centri urbani non hanno spesso seguito logiche costruttive razionali e funzionali ad una maggiore sicurezza ed una migliore qualità della vita.

Frequentemente si è infatti assistito alla nascita di agglomerati urbani ed extra urbani nei quali la scarsa razionalità e qualità costruttiva degli alloggi, l’assenza di infrastrutture urbane e di un efficace sistema di mobilità sostenibile ma soprattutto di servizi, ha generato parallelamente una disgregazione della rete di relazioni sociali e di protezione nei confronti di persone più “fragili”, con un netto aumento dell’incidentalità domestica e stradale.



Il quadro anzi descritto delinea dunque una **“dimensione domestica”** ed una **“dimensione urbana”** di uno stesso problema, i cui molteplici punti di contatto suggeriscono un approccio integrato e sinergico.

La sfida per il futuro è dunque quella di realizzare contesti domestici ed urbani che promuovano e tutelino la salute fisica e mentale e che siano rispondenti alle esigenze di tutte le età.

L'efficacia di questa fondamentale azione passa necessariamente attraverso il coinvolgimento del maggior numero di stakeholder (portatori di interessi), con l'intento di realizzare il più elevato numero di intersezioni fra compiti e mandati reciproci, sfruttandone la complementarità. È imprescindibile, inoltre, monitorare il fenomeno, inclusa la percezione della popolazione rispetto ai rischi di incidente domestico, mettendo in sinergia i flussi informativi, migliorando, inoltre, i dati disponibili per la valutazione epidemiologica dell'incidentalità stradale

L'articolazione dei rapporti fra gli interlocutori necessita dunque di un nucleo sanitario ben organizzato, in grado di definire i settori di intervento in una logica di lettura del risultato finale complessa, in grado di produrre effetti stabili e “strutturali”.

Il principio secondo cui l'ambiente fisico interagisce con le caratteristiche della persona influenzandone il comportamento, il livello di attenzione, la percezione del pericolo e, dunque, il rischio infortunio, pone la **progettazione degli spazi domestici ed urbani**, ad opera di Architetti, Ingegneri e Geometri, al centro di un nuovo modello concettuale multifattoriale che non vede più il soggetto disabile/vulnerabile adattarsi all'ambiente circostante ma è il **“mondo domestico ed urbano”** che risponde dinamicamente alle esigenze dell'uomo, con le sue fragilità/disabilità.

E' necessario che pianificazione urbanistica e progettazione/ristrutturazione dei domicili siano maggiormente compatibili con le esigenze di integrazione sociale, di godimento dei servizi e di equità sociale, ma anche con quelle prettamente legate alle diverse fasi dell'esistenza di un individuo, dalla nascita all'invecchiamento.

Partendo dall'ambito domestico, è necessario che oltre all'attuazione dei già noti principi di **“accessibilità”, “visitabilità”** ed **“adattabilità”** siano poste le basi per un netto cambio di paradigma, nel quale la progettazione non tenga conto solo dei dati antropometrici individuali ma soprattutto dell'importanza dei processi senso-percettivi.

Il quadro di questo nuovo modello concettuale si completa sottolineando il ruolo chiave di altri due soggetti giuridici, con distinte funzioni e responsabilità non meno importanti di quelle degli attori della progettazione:

- le Aziende Territoriali per l'Edilizia Residenziale (ATER), ovvero Enti pubblici di natura economica strumentali alle Regioni, preposti alla costruzione e alla gestione degli alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP);
- gli Amministratori di Condominio, ovvero i **“legali rappresentanti del condominio”**, che esercitano un ruolo di primaria importanza nella gestione degli immobili, sancito da vari articoli del Codice Civile.

La dimensione “urbana”, trova invece piena attuazione nella implementazione di strumenti di pianificazione strategica, come i Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) redatti dagli Organi tecnici dei Comuni.

Con il PUMS avviene un cambiamento di prospettiva nell'affrontare il tema della pianificazione della mobilità, focalizzando l'attenzione sulla **gestione della domanda**, mettendo al centro le persone e la sostenibilità del sistema della mobilità.



Spesso non è inusuale trovarsi di fronte ad aree periferiche caratterizzate da elementi di provvisorietà e precarietà a livelli critici, almeno fintanto che esse non divengano “città consolidata” purtuttavia con tempistiche spesso lunghe o addirittura interminabili.

Nella periferia i cittadini reinventano la loro città nelle loro relazioni, nei loro percorsi, nelle loro occupazioni dello spazio.

Si tratta di strategie di massimo sfruttamento territoriale, con una viabilità essenziale, insicura e mal organizzata, spesso legata a percorsi rurali preesistenti e influenzata dalla morfologia dei luoghi, priva delle più elementari opere di urbanizzazione e di circolazione pedonale.

Il costo di questa disattenzione istituzionale, è rappresentato da un tasso di incidentalità spesso molto elevato. Rispondere alle esigenze di sicurezza dei pedoni è dunque prioritario nel quadro degli interventi di prevenzione degli incidenti domestici e stradali.

Il rapporto tra periferia e centro urbano va dunque visto sotto una nuova ottica, che non sia solo governata dai soliti criteri tradizionali.

L’obiettivo dell’azione è dunque quello di stimolare, nei Comuni, scelte e decisioni informate e responsabili, a partire dallo sviluppo di PUMS nei quali il contributo valutativo delle ASL abbia come fine l’eliminazione del gap periferia/centro urbano, l’ottenimento di una mobilità sicura e sostenibile e la drastica riduzione del numero delle vittime da incidenti stradali ed infortuni su suolo urbano.

Bibliografia:

- Pubblicazione Dors *“Una città “in salute” è una città attiva: una guida progettuale per la promozione dell’attività fisica”*:

https://www.dors.it/documentazione/testo/201812/Guida_healthycity_Dors2011.pdf

- Manuale “Infortuni nelle abitazioni”, Ministero della Salute – CCM, 2010:

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_237_allegato.pdf

- Università di Genova “Piani Urbani della Mobilità Sostenibile, istruzioni per l’uso”

<https://cieli.unige.it/sites/cieli.unige.it/files/pagine/Cap.%20%20-%20Piani%20urbani%20della%20mobilit%C3%A0%20sostenibile%2C%20istruzioni%20per%20l%27uso.pdf>

- Istituto Regionale di Pianificazione Economica della Toscana (IRPET) – “I piani urbani della mobilità sostenibile e gli strumenti e le azioni ad essi assimilabili”

http://www.irpet.it/wp-content/uploads/2016/04/576_5.Piani-urbani-mobilita_sostenibile-PUMS-10.2015.pdf

- Ministero della Salute “Guadagnare salute – Rendere facili le scelte salutari”

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf

- Pubblicazione Dors “La sicurezza dei pedoni - Un manuale sulla sicurezza stradale per decisori e professionisti”

https://www.dors.it/documentazione/testo/201501/Pedestrian%20editing_def%20colore.pdf

- Pubblicazione CITTALIA – ANCI Ricerche *“Periferie urbane degradate. Regole insediative e forme dell’abitare. Come intervenire?”*

<https://www.cittalia.it/wp-content/uploads/2020/01/citt%C3%A0-P-2008-02-Periferie-urbane-degradate.pdf>

- Città Metropolitana di Milano/Piano Urbano della Mobilità Sostenibile



<https://www.cittametropolitana.mi.it/PUMS/>

PROGRAMMA	PP05
TITOLO AZIONE (4 di 6)	Ottimizzazione dei flussi informativi verso il CAV
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.2 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di gestione delle emergenze
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	
OS01IS05	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere (“Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT02 Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all’età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	
OT02IT02	Formazione Operatori sanitari e sociosanitari – ambito età pediatrica
OT03 Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio	
OT03IT04	Comunicazione e informazione
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L’analisi dei dati regionali pone in evidenza come i flussi informativi inerenti gli infortuni correlati ad agenti chimici siano spesso incompleti per una carente comunicazione verso i CAV al termine della consulenza. Dunque, allo stato attuale non si dispone di dati regionali esaustivi riguardanti le circostanze delle esposizioni. La disponibilità delle informazioni è tuttavia imprescindibile al fine di favorire interventi mirati di prevenzione sul territorio. È necessario, pertanto, implementare il flusso informativo tra le strutture sanitarie e i CAV con lo scopo di consentire una completa e tempestiva rappresentazione del fenomeno.

Al fine di accertare le cause della mancata/incompleta alimentazione del flusso informativo è prevista la somministrazione di questionari agli operatori sanitari con lo scopo di attuare, all’esito dell’analisi, gli opportuni interventi correttivi. È obiettivo della presente azione, inoltre, realizzare un percorso formativo per gli operatori coinvolti nel corso dell’anno 2022. Il percorso formativo prevede anche la condivisione di procedure standardizzate. Il completamento del percorso formativo include la somministrazione di questionari volti ad accertare il grado di competenza acquisita.



PROGRAMMA	PP05
TITOLO AZIONE (5 di 6)	A scuola con il REACH e il CLP... insieme per essere più sicuri
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.9 Informazione
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce pi&#249; a rischio	
OT03IT04	Comunicazione e informazione
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;scuola

DESCRIZIONE

La presente azione, volta alla prevenzione degli incidenti domestici, si prefigge di disseminare materiale infografico (depliant, videoclip, ecc) divulgativo/informativo con lo scopo di migliorare la conoscenza delle informazioni di base per la lettura delle etichette riportate sulle confezioni dei prodotti in uso in ambiente domestico.

La necessità della presente azione mira a prevenire eventi avversi all'utenza conseguenti alla manipolazione di prodotti in uso o presenti in ambiente domestico. A tal proposito si intende fornire conoscenze di base riguardo ai pittogrammi, alle frasi di rischio e alle informazioni di pericolo presenti sulle etichette nonché ai potenziali danni conseguenti a sperimentazioni chimiche.

La presente attività verrà implementata, previo accordo intersettoriale con l'USR e altri eventuali Strutture/Enti pubblici e privati interessati, da un gruppo tecnico regionale all'uopo costituito che provvederà a calendarizzare e monitorare il regolare andamento delle attività.

Il suddetto materiale sarà validato e reso disponibile agli alunni ed alle loro famiglie in occasione degli eventi formativi previsti nell'ambito del programma Predefinito 1 "Scuole che promuovono Salute". Gli studenti, a loro volta, saranno portatori di informazioni all'interno della famiglia diventando in prima persona promotori di buone pratiche.

Il materiale infografico, oltre a consolidare nell'immediato le informazioni apprese durante l'evento formativo a scuola, sarà di supporto all'alunno nel suo ruolo di promotore all'interno della famiglia.



AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP05
TITOLO AZIONE (6 di 6)	Riduzione delle disuguaglianze sulla percezione del rischio domestico tra i cittadini stranieri.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.1 Sottoscrizione di accordi di collaborazione – protocolli d’intesa, convenzioni con Istituzioni e/o titolari di policy (es. USR, Prefetture, Assessorati regionali Sport, Formazione, Turismo, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	
OS01IS05	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere (“Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città, Metropolitane/Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell’ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche	
OT01IT01	Accordi intersettoriali
OT03 Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio	
OT03IT04	Comunicazione e informazione
OT04 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle azioni programmate	
OT04IT05	Lenti di equità
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

La presente azione è volta a migliorare la consapevolezza del rischio di infortunio domestico nei soggetti che, in regione Abruzzo, secondo la sorveglianza Passi d’Argento risultano più vulnerabili a causa della scarsa percezione del rischio: soggetti maschi, con cittadinanza straniera con un grado d’istruzione medio di età compresa tra i 18 ed i 34 anni. Si intende a tal fine promuovere la collaborazione dei settori Sociale e Sanità nonché stipulare accordi intersettoriali anche Comuni, Questure Associazioni che operano nell’ambito dell’accoglienza ed altri eventuali stakeholders che possano contribuire ad intercettare la popolazione straniera per agevolare la diffusione delle informazioni sulla prevenzione sia in italiano che in lingua madre agli stranieri sul tema della prevenzione degli incidenti domestici e stradali.



Per quanto premesso si intende realizzare almeno un accordo intersettoriale entro il 2022 e attuare interventi di comunicazione e informazione .

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Equità degli interventi informativi sulla sicurezza stradale e domestica a favore dei cittadini stranieri
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Si intende diffondere materiale informativo sulla sicurezza stradale e domestica, redatto in italiano e in lingua straniera, tra i cittadini stranieri su tutto il territorio regionale agevolando la diffusione anche attraverso accordi intersettoriali con Enti, Organizzazioni, Strutture e altri stakeholders.
ATTORI COINVOLTI	Regione/ASL/Questure/Prefetture/ANCI/Enti Locali/Associazioni/Organizzazioni
INDICATORE	<p>Diffusione di materiale informativo sulla sicurezza stradale e domestica per cittadini stranieri su tutto il territorio Regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula:Disponibilità di materiale informativo sulla sicurezza stradale e domestica per cittadini stranieri in lingua italiana e straniera presso • StandardSi intende costituire un gruppo di lavoro che elabori materiale informativo sulla sicurezza stradale e domestica per cittadini stranieri, in lingua italiana e straniera, e si intende agevolare la diffusione dello stesso. • FonteRegione



3.6 PP06 Piano mirato di prevenzione

3.6.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP06
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Servizio Prevenzione Sanitaria, Medicina Territoriale DPF
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori - MO4-03 Redazione e ricognizione linee di indirizzo (ex art. 2 decreto 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano - MO4-04 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti - MO4-05 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa - MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health - MO4-09 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore - MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare) - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO4LSb Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la pianificazione degli interventi di prevenzione - MO4LSc Sviluppare l'interoperabilità dei sistemi informativi esistenti a



	<p>favore dello scambio trans-istituzionale di informazioni a livello nazionale e territoriale e finalizzate al dialogo tra le varie banche dati</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO4LSg Promuovere il coordinamento e la programmazione dell'attività di vigilanza e prevenzione - MO4LSH Definire strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) fondate sull'analisi di contesti produttivi, socio-economici ed epidemiologici, mirati a fattori di rischio e/o comparti e/o circostanze di rischio ed esposizione prioritari - MO4LSi Diffusione e utilizzo delle evidenze sulle modalità di accadimento degli infortuni e sulle azioni efficaci di prevenzione delle medesime, in particolar modo in settori a maggior rischio di infortuni gravi e mortali quali edilizia e agricoltura - MO4LSk Promuovere la capacità di migliorare le valutazioni di tipo ergonomico/organizzativo secondo normativa e linee di indirizzo, anche in un'ottica di semplificazione dei processi - MO4LSq Sviluppo di percorsi di formazione sulla SSL per l'acquisizione di nuove competenze disciplinari per il contrasto del fenomeno tecnopatico - MO4LSr Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08) - MO5LSc Programmare e realizzare interventi di controllo trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - C02 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali - C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine

3.6.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Sintesi del Profilo di Salute ed Equità "PIANO MIRATO PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEI FOCOLAI DI INFEZIONE DA COVID-19 NEGLI IMPIANTI DI MACELLAZIONE E SEZIONAMENTO CARNI"

In Abruzzo, in linea con il trend nazionale e mondiale, si è potuto osservare un aumento dell'incidenza di clusters Covid-19 verificatisi all'interno del settore della macellazione delle carni, in particolare nelle province in cui sono presenti stabilimenti di sezionamento intensivo industriale. Tali attività potrebbero rappresentare, per via del contesto lavorativo (superfici metalliche, basse temperature, elevata umidità, inadeguata ventilazione, ecc.), una fonte di rischio aggiuntiva in merito alla trasmissibilità del coronavirus.



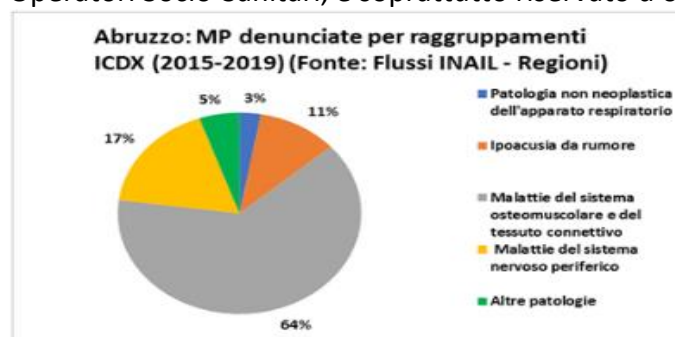
Sintesi del Profilo di Salute ed Equità "PIANO MIRATO DI PREVENZIONE RELATIVO AL RISCHIO INFORTUNISTICO DA CONTATTO CON GLI ORGANI IN MOVIMENTO DELLE MACCHINE NELLA METALMECCANICA"

Dai dati nazionali INAIL ottenuti attraverso l'applicazione Informo STAT, gli infortuni gravi e mortali derivanti da contatto con organi in movimento (rappresentato nella maggioranza dei casi da macchine ed impianti) per il periodo di osservazione 2015- 2018, sono pari a 120. Dagli stessi dati emerge che la natura delle lesioni è rappresentata da amputazione di parti anatomiche per il 41.7% dei casi, seguita da frattura (25% dei casi) e schiacciamento (21.7%). Gli arti superiori sono interessati per il 71.7% dei casi.

Ad oggi, a livello regionale non è stato possibile ricavare un dato puntuale su questa tipologia di infortunio, anche se l'andamento nazionale, confrontata con l'attività e l'esperienza dei servizi PSAL operanti sul territorio regionale giustifica in maniera evidente la necessità di mirare ad un programma di prevenzione al riguardo degli infortuni derivanti dal contatto con le macchine.

Sintesi del Profilo di Salute ed Equità "PIANO MIRATO DI PREVENZIONE SUL Rischio da Sovraccarico Biomeccanico IN AMBITO SOCIO-SANITARIO: UN FOCUS SULLE RSA"

Nei precedenti Piani Regionali di Prevenzione non sono mai stati attivati Piani Mirati di Prevenzione specifici per tale settore. E' ben noto che esiste una importante interdipendenza tra il settore sociosanitario e sanitario che, se non sono governate adeguatamente, rischiano di generare impatti negativi su tutto il sistema. Dall'analisi dei dati regionali attualmente disponibili attraverso i più comuni database non è possibile effettuare una precisa analisi per il settore socio-sanitario. Tuttavia è possibile definire che le malattie professionali maggiormente denunciate riguardano patologie/disturbi correlabili ad esposizione a sovraccarico biomeccanico, che rappresenta anche la principale esposizione a rischio nel settore in parola. Infatti, il 79% delle MP denunciate in Abruzzo è costituito da patologie da sovraccarico biomeccanico a carico del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo, oltre che del sistema nervoso periferico. E' inoltre fondamentale considerare che l'impiego nel settore socio sanitario (tra cui RSA, RA e case di riposo), in particolare di figure quali Operatori Socio-Sanitari, è soprattutto riservato d operatori donne.



Questo rilievo, anche se non suffragato da stime e dati mirati all'interno di tale settore, è importante perché circa il 36% delle denunce di malattie professionali all'interno della Regione Abruzzo riguarda lavoratrici, riferendosi per il 75% a malattie muscoloscheletriche e connettivali. La distribuzione per distretto corporeo vede ai primi posti le patologie del rachide e quelle dell'arto superiore, che insieme rappresentano oltre la metà dei casi, mentre le denunce per sindrome del tunnel carpale superano di poco il 20%. Quasi la metà delle 2.317 denunce per MP del rachide è associata a tre gruppi di attività economica: i Servizi Ospedalieri e le attività connesse rappresentano circa il 9% del



totale. Inoltre, oltre la metà delle 1.382 denunce per altre patologie osteomuscolari è attribuibile ai Servizi ospedalieri per il 5% del totale. Nell'ambito del comparto "Sanità", le malattie professionali denunciate sono risultate essere 520. Il trend del comparto conferma l'andamento generale, ovvero oltre il 60% (325 denunce) ascrivibili a patologie a carico del sistema osteoarticolare, muscolare e del tessuto connettivo. I flussi informativi INAIL evidenziano che per circa la metà di casi si è trattato di patologie a carico dei dischi intervertebrali, quasi la totalità ha interessato il distretto lombare. La maggioranza delle denunce è stata effettuata da lavoratrici, con circa 256 rispetto al totale (78%). A tal proposito è importante considerare che l'impiego nel settore socio-sanitario (tra cui RSA, RA e case di riposo), in particolare di figure quali Operatori Socio-Sanitari, è soprattutto riservato ad operatrici donne.

ANALISI DI CONTESTO "PIANO MIRATO PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEI FOCOLAI DI INFEZIONE DA COVID-19 NEGLI IMPIANTI DI MACELLAZIONE E SEZIONAMENTO CARNI"

La letteratura scientifica evidenzia come mattatoi, macelli, impianti di macellazione e di sezionamento intensivi- industriali abbiano costituito importanti focolai di casi di infezione Covid-19 nel corso dell'attuale pandemia. A livello mondiale tra le cause della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 in tali contesti lavorativi sono segnalate: le condizioni degli operatori del settore (manodopera a basso salario e spesso stagionale), il mancato rispetto delle distanze interpersonali, la rotazione del personale su più turni e più impianti e le peculiari caratteristiche degli ambienti di lavoro, in grado di favorire la trasmissione del virus attraverso superfici metalliche, basse temperature, elevata umidità e inadeguata ventilazione. Studi scientifici hanno documentato che tali condizioni di lavoro consentono la diffusione del virus a distanza fino a 8 metri e ne permettono la lunga persistenza sulle superfici di lavorazione. I CDC statunitensi (Centers for Disease Control and Prevention) di Atlanta in due rapporti nel periodo maggio-luglio 2020 hanno approfondito il fenomeno a livello di Nord-America e hanno identificato le criticità gestionali e socio-economiche che favoriscono il contagio dei lavoratori in tali settori. In termini epidemiologici, i cluster a livello di macelli industriali negli USA e in Germania hanno determinato un aumento dell'incidenza della infezione/malattia nei territori in cui tali impianti sono situati, come fonti primarie di cluster, favorendo la diffusione del virus nei contesti familiari e sociali dei lavoratori (diffusione esaltata in caso di varianti).

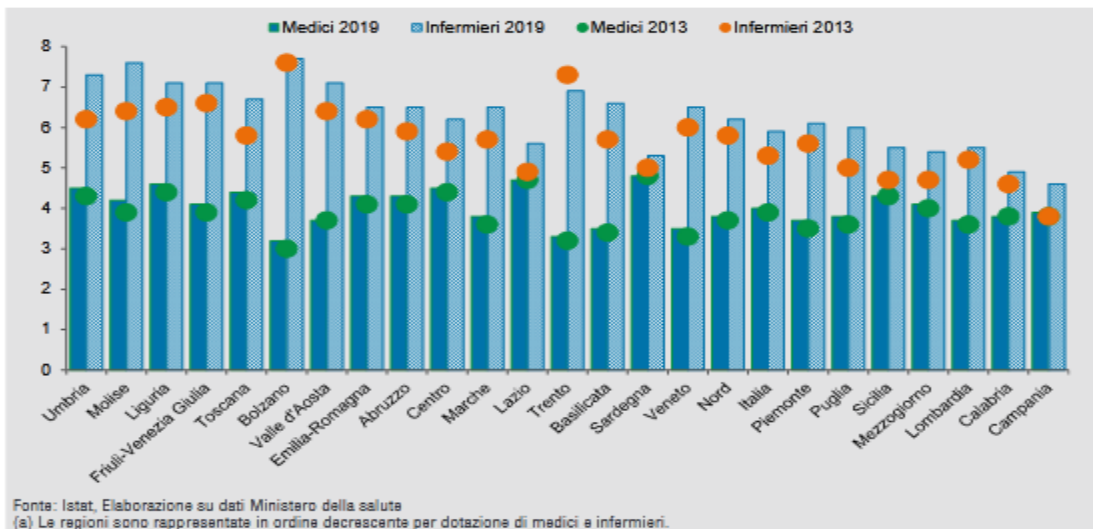
ANALISI DI CONTESTO "PIANO MIRATO DI PREVENZIONE RELATIVO AL RISCHIO INFORTUNISTICO DA CONTATTO CON GLI ORGANI IN MOVIMENTO DELLE MACCHINE NELLA METALMECCANICA"

Come già evidenziato, non sono disponibili dati specifici regionali in merito agli infortuni da contatto con organi in movimento. Dall'analisi dei flussi INAIL regionali, relativi al periodo di osservazione 2015-2018, sono stati evidenziati 166 infortuni definiti positivamente nel settore industria, che hanno comportato ferite, contusioni, lussazioni/distorsioni, fratture o perdite anatomiche in attività lavorative connesse a macchine, impianti ed attrezzature. Dall'esperienza professionale sul territorio dei servizi PSAL emerge la necessità di valutazioni e distinzioni delle macchine e degli impianti "ante direttive macchine" e di quelle immesse sul mercato a seguito dell'introduzione della Direttiva Macchine e delle successive evoluzioni normative al riguardo. Per tale motivo risulta necessaria realizzare un'attività di informazione/formazione circa la Valutazione del rischio e l'uniformità dell'adeguamento delle macchine sul territorio. Si ritiene che con un Piano Mirato di Prevenzione possa essere più facilmente valutato tale fenomeno infortunistico, che allo stato appare sottostimato, anche attraverso la predisposizione di una scheda di autovalutazione per acquisire preziose informazioni in fase di monitoraggio.



ANALISI DI CONTESTO "PIANO MIRATO DI PREVENZIONE SUL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO IN AMBITO SOCIO-SANITARIO: UN FOCUS SULLE RSA "

La crisi pandemica correlata alla diffusione del Sars-Cov-2 ha posto sotto forte pressione i sistemi sanitari a livello globale. Alla subentrata crisi va anche associata la situazione del personale infermieristico impiegato a livello nazionale, già carente in epoca pre-Covid, con circa 6 infermieri ogni 1.000 residenti, ovvero meno della metà della Germania: l'Italia si trova dunque al quartultimo posto di questa classifica speciale, prima solo di Bulgaria, Lettonia e Grecia. L'analisi de "IL BENESSERE EQUO E SOSTENIBILE IN ITALIA" (ISTAT, anno pubblicazione 2021, ISBN ISBN 978-88-458-2039-7), in merito al "Dominio: Salute" ed indicatore "Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari", ha permesso di estrapolare le seguenti osservazioni in Regione Abruzzo. A livello regionale permangono sensibili differenze: l'Abruzzo, infatti, ha avuto una crescita costante dell'occupazione infermieristica (confronto anni 2013-2019), come si evince dalla figura di seguito riportata circa la disponibilità di medici e infermieri per regione e ripartizione geografica (Anni 2013 e 2019; valori per 1.000).



Il numero di medici, di infermieri ed ostetriche praticanti in Regione si è mantenuto pressoché costante negli ultimi anni di osservazione in Regione. Per quanto riguarda le prestazioni svolte nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, in Italia nel 2018 sono state rilevate 12.501 strutture, che dispongono complessivamente di 412.518 posti letto, pari a 69,6 ogni 10.000 persone residenti, con un aumento di 7,6 posti rispetto al 2012. La disponibilità di posti letto in queste strutture risponde principalmente alle esigenze legate al progressivo invecchiamento della popolazione: oltre il 70% dei posti letto, infatti, si trova in strutture che si occupano di persone anziane. L'offerta di posti letto è stabile rispetto al 2016, ma permane una forte differenziazione territoriale: in Abruzzo si è osservato un progressivo decremento del numero di posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, con un iniziale tasso di 75.7 nel 2009 ad un 42 nel 2018 (posti letto per 10000 abitanti), a fronte di un costante aumento delle denunce di malattie professionali legate a sovraccarico biomeccanico in tale ambito.

La totalità delle strutture censite dalla Regione in totale sono 105 (di cui 22 RSA, dato Regionale), che comprendono Area Dipendenze Patologiche, assistenza agli anziani, attività di riabilitazione intensiva, assistenza psichiatrica (comprensiva l'assistenza ai disabili psichici), strutture psicoriabilitative,



residenze per anziani e case di riposo. Del totale, le Residenze Sanitarie per Anziani su tutto il territorio regionale sono 22. Dal Rapporto OASI del 2019 è possibile evidenziare il rapporto tra Italia e regione Abruzzo in merito alla popolazione anziana non autosufficiente ed ai posti letto in RSA per anziani in ambito regionale. L'alto fabbisogno regionale e la presenza di un numero cospicuo di soggetti over 75 non autosufficienti crea spesso difficoltà organizzative e gestionali all'interno delle residenze.

Rapporto OASI 2019

Tabella 5.9 Popolazione over75 non autosufficiente, dettaglio regionale. Anno 2016

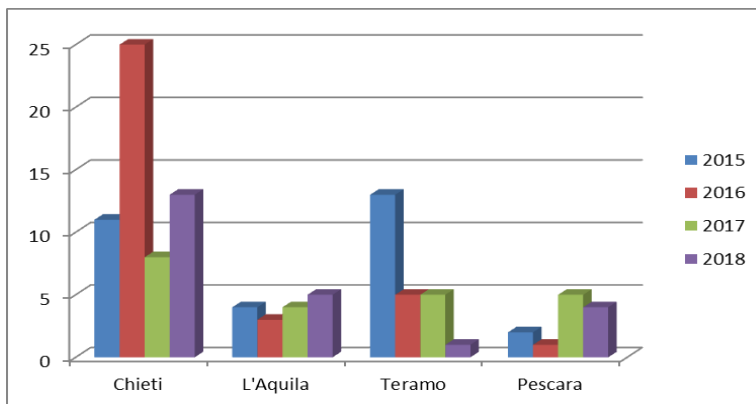
	Popolazione 75+ al 01/01/2017	Popolazione 75+ non autosufficiente
Abruzzo	162.050	63.686
ITALIA	6.932.134	2.280.672

Tabella 5.10 Posti letto in RSA per anziani e stima badanti, dettaglio regionale. Anno 2016.

	Popolazione 75+ al 01/01/2017	Popolazione 75+ non autosufficiente	Posti Letto in RSA per anziani	Stima badanti regolari + irregolari
Abruzzo	162.050	63.686	1.736	14.677
ITALIA	6.932.134	2.280.672	193.363	958.185

Fonte: Ministero della Salute (2019) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale; Elaborazione degli autori basata su INPS (2017) Statistiche in breve. Lavoratori domestici. Anno di riferimento 2016.

Il numero di malattie professionali a carico del sistema osteoarticolare, muscolare e del tessuto connettivo denunciate da lavoratori appartenenti a strutture sanitarie residenziali private nella Regione si attesta a 109 casi, con una distribuzione territoriale riportata di seguito (Dati: Flussi INAIL).





La disomogenea distribuzione delle denunce all'interno del territorio regionale, il fabbisogno crescente associato alla riduzione dei posti letto presenti in regione (con conseguente difficoltà organizzativo-gestionali delle strutture residenziali) nonché l'incremento di denunce di malattia legate al sovraccarico biomeccanico hanno indotto la pianificazione del presente PMP, che porteranno ad un approfondimento dell'analisi di tali disequità al fine di pianificare strategie mirate di intervento.

Le criticità che necessariamente devono essere superate per la completa attuazione di quanto previsto all'interno del presente programma sono legate ai seguenti fattori:

- Carenza di personale Servizi PSAL rispetto ai volumi di attività richiesti
- Necessità di coordinamento da parte del Comitato ex art. 7 D.Lgs 81/08, data l'importanza strategica all'interno di ogni programma per la realizzazione delle varie azioni.
- Mancanza di sistemi informativi di gestione univoca sul territorio regionale delle attività istituzionali dei servizi PSAL.
- Carenza della Governance dei flussi informativi.
- Carenza di strumenti fruibili per l'aggiornamento professionale, tecnico e scientifico (es. norme UNI, accesso ai testi di aggiornamento normativo ed alla letteratura scientifica di riferimento).
- Necessità di approfondimenti ed aggiornamenti formativi degli operatori dei Servizi.
- Aderenza delle parti sociali, datoriali e degli altri portatori di interesse alle iniziative di coinvolgimento.

Alla luce dell'analisi sopra riportata, in considerazione dell'evento pandemico tutt'ora in corso e che interessa trasversalmente tutti i settori della sanità, è auspicabile che venga costantemente riconsiderata l'analisi di contesto funzionale all'attuazione dei programmi, in modo da pianificare l'eventuale realizzazione di specifici piani mirati diversificati per territorio, in aderenza ai principi dell'equità.

3.6.3 Scheda di programma

3.6.3.1 Descrizione dal PNP

Il generale consolidamento dei flussi informativi relativi ai danni alla salute e ai rischi presenti negli ambienti di lavoro, ha permesso negli ultimi anni alle ASL di programmare attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, secondo criteri di priorità di rischio. Accanto alle attività programmate dalle ASL permangono le attività "su richiesta" (in parte programmabili sulla base dei dati storici) ovvero le segnalazioni, e le inchieste per infortunio grave o mortale o per sospetta malattia professionale.

Recentemente, in coerenza con i cambiamenti del mondo economico e del lavoro, i Servizi ASL dedicati alla tutela della salute e della sicurezza del lavoratore hanno ricercato nuove modalità di intervento che, pur coerenti con i disposti normativi vigenti e rispettose nell'utilizzo degli strumenti offerti dal codice di procedura penale, rappresentano un'evoluzione del "controllo" nelle imprese, sicuramente a vantaggio di efficienza della Pubblica Amministrazione e potenzialmente più efficace essendo in grado di coniugare l'assistenza con la vigilanza.



Il Piano Mirato di Prevenzione rappresenta lo strumento innovativo di controllo, fondato sulla conduzione di processi di prevenzione volti al miglioramento delle misure generali di tutela e non alla sola verifica dell'applicazione della norma.

L'azione dei Servizi per la tutela della salute e sicurezza del lavoratore delle ASL si orienta, infatti, verso il supporto/assistenza al mondo del lavoro, facilitando l'accesso delle imprese alla conoscenza, ovvero alla valutazione e corretta gestione dei rischi, al fine di raggiungere anche e soprattutto le piccole e medie imprese che costituiscono gran parte del tessuto produttivo italiano.

Vi sono imprese motivate (volontà) alla salute e sicurezza sul lavoro, ma che necessitano di sviluppare meglio la loro capacità (abilità) nella valutazione e gestione dei rischi (Workplace Health and Safety



Segmentation and Key Drivers. www.whss.govt.nz).

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

3.6.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1. *Progetto CCM 2016 "L'approfondimento dei fattori di rischio lavorativi e l'individuazione delle soluzioni per le aziende attraverso le attività di vigilanza e assistenza da parte delle Istituzioni"*
2. *Labour inspection. A guide to the profession. Wolfgang Von Richthofen. International Labour Office. Geneva.*
3. *Official Journal of the European Union. Appointment of members of the Senior Labour Inspectors' Committee (205/C 10/02)*
4. *Resolution on "The role of SLIC in the Community Strategy on safety and health at work 2002-2006"*
5. *Oficina Internacional del Trabajo – OIT. Guía de introducción a los Sistemas Nacionales de Seguridad y Salud en el trabajo. José Luis Castellà*



6. *Work-related deaths. Investigators guide. British Transport Police, Association of Chief Police Officers, HSE, Crown Prosecution service, Local Government Association*
7. *Los indicadores de la inspeccion de trabajo y seguridad social” M. V. Fernàndez*
8. *Experiencias sobre indicadores de eficacia en las inspecciones europeas” SLIC. M. V. Fernàndez. Bilbao 10 luglio 2002*
9. *Le regolamentazioni comunitarie in materia di salute e sicurezza: un primo bilancio e alcune riflessioni. C. E. Triomphe, Dèlèguè Gènèral Universitè Europèenne du Travail (UET) con la collaborazione di C. Teissier (UET)*
10. *How can effects of labour Inspection be measured? Nils-Petter Wedege, Deputy Director General The Norwegian Labour Inspection Authority. SLIC Billund. Nov 2002*
11. *Indagine sulle attività svolte dai servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro nei casi di infortunio mortale verificatisi in Umbria negli anni 1991-1999. Discetti, Bodo, Mattioli. Difesa sociale – vol. LXXXIII n. 1 (2004) pp. 45-62*
12. *An evidence-based evaluation of how best to secure compliance with health and safety law. HSE. Research report 334. Greenstreet Berman Ltd per the Health and Safety Executive 2005*
13. *Workplace Health and Safety Segmentation and Key Drivers. www.whss.govt.nz*
14. *porExperiencia. Boletìn da Salud Laboral para Delegadas y Delegados de Prevenciòn de CC.OO. Edita: ISTAS. Insituto sindical de trabajo, ambiente y salud. n. 33 julio 2006. Dossier: 100 anos de Ispeccion de Trabajo*

3.6.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

Declinazione a livello regionale "PMP e GESTIONE DEI FOCOLAI DI INFEZIONE DA COVID-19 NEGLI IMPIANTI DI MACELLAZIONE E SEZIONAMENTO CARNI"

Partendo dalle evidenze epidemiologiche relative ai focolai di infezione Covid-19 all'interno del settore in esame, verrà attivato un Piano Mirato di Prevenzione (PMP) per COVID-19 per le attività comprese sotto il codice ATECO 10.1. Le unità produttive verranno identificate dal registro di insediamenti di lavorazione delle carni disponibile nel servizio di veterinaria regionale. La peculiarità della numerosità e della distribuzione variegata sul territorio regionale di impianti di macellazione e sezionamento con codice di attività ATECO-10 richiede approcci condivisi al fine di garantire un'opera di prevenzione efficace a limitare i focolai. Potenziando le azioni preventive in tali settori, verrà garantita, tra l'altro, la possibilità di mantenere tali attività essenziali aperte e funzionali alla filiera alimentare.

Codici ATECO di interesse:

- C 101 LAVORAZIONE E CONSERVAZIONE DI CARNE E PRODUZIONE DI PRODOTTI A BASE DI CARNE e sottogruppi:
- C 1011 Lavorazione e conservazione di carne (escluso volatili)
- C 10110 Produzione di carne non di volatili e di prodotti della macellazione (attività dei mattatoi)
- C 101100 Produzione di carne non di volatili e di prodotti della macellazione (attività dei mattatoi)
- C 1012 Lavorazione e conservazione di carne di volatili



- C 10120 Produzione di carne di volatili e prodotti della loro macellazione (attività dei mattatoi)
- C 101200 Produzione di carne di volatili e prodotti della loro macellazione (attività dei mattatoi).

Declinazione a livello regionale "PMP RELATIVO AL RISCHIO INFORTUNISTICO DA CONTATTO CON ORGANI IN MOVIMENTO DELLE MACCHINE NELLA METALMECANICA"

Dai flussi INAIL regionali è stato possibile estrapolare quanto segue: la ricerca dei dati relativi agli infortuni occorsi nel settore manifatturiero, nel periodo osservazionale 2015-2018, selezionati per sede e natura delle lesioni (ferite, contusioni, lussazioni, fratture e perdite anatomiche; per Arti superiori ed inferiori) sono 4061. Di questi, filtrando per agente attività, contatto e deviazioni, gli infortuni denunciati da verosimile contatto con organi in movimento sono 421 (381 maschi, 40 donne), la cui distribuzione per anno è 69 nel 2015, 141 nel 2016, 102 nel 2017, 109 nel 2018. Tali infortuni sono per classi di età così differenziati:

1. 18-29: 69 eventi infortunistici;
2. 30-39: 101 eventi infortunistici;
3. 40-49: 136 eventi infortunistici;
4. 50-59: 99 eventi infortunistici;
5. 60-65: 15 eventi infortunistici.

La distribuzione per provincia di tali eventi infortunistici vede al primo posto Chieti con 182 infortuni, seguita da Teramo con 124, da Pescara con 61 ed infine L'Aquila con 54.

Dai dati Regionali ottenibili dal "RAPPORTO ANNUALE REGIONALE ABRUZZO 2019" e valutati per la redazione del presente piano, si evince che la gran parte degli infortuni in occasione di lavoro per contatto con parti di macchine in movimento in ambito metalmeccanico possono essere riconducibili anche ad un aumento della forza lavoro interinale e ad un aumento di popolazione lavorativa straniera. In particolare, per tale contesto lavorativo sono note le criticità formative sia sul lavoro specifico sulle macchine sia per ostacoli linguistici e culturali che insorgono in lavoratori stranieri che rendono, pertanto, gli interventi di prevenzione certamente più complessi ed impegnativi. Infine vanno effettuate le dovute valutazioni e distinzioni relativamente alle macchine presenti sul territorio regionale che sono sia "ante direttiva macchine" (il cui adeguamento va effettuato in funzione dell'Allegato V° del D.Lgs n°81/2008 e s.m.i. come indicato dall'Art.70, comma 2, ed Art.71, comma 1) sia "post direttiva macchine" (D.P.R. n°459/1996 – ormai abrogato – e D.Lgs. n°17/2010 così come indicato dall'Art.70, comma 1, ed Art. 71, comma 1). Tale distinzione trova un'ulteriore accentuazione tra le MACRO e MICRO IMPRESE, rispondendo così all'esigenza di assicurare attività di controllo modulate secondo approcci distinti. Infatti, secondo l'esperienza dei servizi PSAL in ambito regionale, risulta più sviluppato il mercato dell'usato e delle macchine "datate" presso le piccole Aziende che non nelle INDUSTRIE ed il tutto va ricollegato altresì al tessuto "lavorativo ed indotto produttivo" presente in Abruzzo, con particolari aree di alta concentrazione nel settore METALMECCANICO.

DECLINAZIONE A LIVELLO REGIONALE DEL "PIANO MIRATO DI PREVENZIONE SUL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO IN AMBITO SOCIO-SANITARIO: UN FOCUS SULLE RSA"

Il totale delle malattie professionali denunciate nel periodo di osservazione 2015-2018 (fonte INAIL) nel comparto sanità risultano essere 325, di cui 109 sono correlate a sovraccarico biomeccanico, come illustrato in precedenza. Sulla base dei dati analizzati, e sulla evidente necessità di pianificare un piano di prevenzione mirato a tale specifico settore, è importante finalizzare le attività all'interno del presente piano all'ulteriore emersione ed alla miglior definizione delle patologie da sovraccarico



biomeccanico, esplorando, nello specifico, il settore socio-sanitario. E' altresì determinante che la qualità delle analisi di esposizione rischio e le consequenziali azioni preventive unificate nella Sorveglianza Sanitaria in ambito regionale raggiungano livelli di qualità di appropriatezza ed efficacia in queste realtà, al pari dei servizi ospedalieri propriamente detti. Inoltre, è necessario aumentare la consapevolezza dei Datori di Lavoro del settore e delle figure legate alla salute e sicurezza sui luoghi di lavoro in tali ambiti professionali sulle tali criticità in merito al rischio da Sovraccarico biomeccanico, anche nell'ottica delle differenze di genere all'interno della popolazione lavorativa coinvolta.

3.6.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP06_OT01	Sviluppare un confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008
PP06_OT01_IT01	Intersettorialità
formula	Confronto nei tavoli territoriali, con le parti sociali e datoriali, strutturato all'interno del Comitato ex art 7 d.lgs 81/2008
Standard	Almeno 2 incontri annui (livello regionale/territoriale) con redazione dei relativi verbali
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP06_OT02	Organizzare percorsi di formazione per le aziende individuate e percorsi di formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro
PP06_OT02_IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
formula	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione
Standard	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP06_OT03	Produrre report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate
PP06_OT03_IT03	Comunicazione
formula	Attività di restituzione dei risultati e diffusione di buone prassi in ordine all'approccio "sistemico" del rischio
Standard	Almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti
Fonte	Regione



EQUITÀ

PP06_OT05	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi
PP06_OT05_IT04	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.6.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP06_OS01	Promuovere l'approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro), al sostegno, alla autovalutazione e gestione dei rischi, al ruolo dei lavoratori (RLS) nell'organizzazione della salute e sicurezza aziendale, tramite l'attivazione di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP) in "settori" specifici individuati in ciascuna Regione sulla base delle specificità territoriali (diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura)
PP06_OS01_IS01	Progettazione e realizzazione, da parte di ogni Regione, di PMP rivolti ad aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura
formula	Formula: n. di PMP "attuati" * su aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura (* Per attuazione del PMP si intende la completa esecuzione delle fasi ed attività indicate nello specifico paragrafo del MO4)
Standard	maggiore o uguale a 3
Fonte	Regione

3.6.6 Azioni

PROGRAMMA	PP06
TITOLO AZIONE (1 di 3)	SOVRACCARICO BIOMECCANICO IN AMBITO SOCIO-SANITARIO: FOCUS SULLE RSA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Promuovere l'approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro), al sostegno, alla	



autovalutazione e gestione dei rischi, al ruolo dei lavoratori (RLS) nell'organizzazione della salute e sicurezza aziendale, tramite l'attivazione di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP) in "settori" specifici individuati in ciascuna Regione sulla base delle specificità territoriali (diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura)	
OS01IS01	Progettazione e realizzazione, da parte di ogni Regione, di PMP rivolti ad aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Il presente piano prevede le attività di seguito articolate.

FASE 1. ASSISTENZA

Al fine di attuare tale fase, saranno predisposte le seguenti attività, in accordo con gli obiettivi specifici del programma e gli indirizzi evidenziati anche nella sezione dedicata all'intero del Piano Nazionale di Prevenzione:

- Progettazione: nell'ambito del Gruppo Lavoro Regionale (GLR) sul sovraccarico biomeccanico sarà prevista un'attività dedicata allo sviluppo del presente PMP, che nell'ambito delle azioni di competenza (PP8, altri PMP), sarà costituito anche al fine di perseguire il raggiungimento degli obiettivi preposti.

Costituzione del Gruppo di Lavoro Regionale (GLR): Formalizzazione del GLR, nominato e coordinato dalla Regione e sarà formato, oltre dai suddetti referenti regionali, anche da operatori appartenenti ad ognuna delle Asl regionali, che abbiano comprovata esperienza in merito ad esposizione a rischio da sovraccarico biomeccanico. Il tutto sarà condiviso negli ambiti di confronto tavoli ex art.7 D.Lgs.81/08, con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo al riguardo di questo ambito specifico, sempre coordinati dalla Regione. Nell'ambito di tale progettazione, il GLR dovrà, nello specifico, esaminare buone pratiche di intervento, con un focus specifico sulla sorveglianza sanitaria nel settore (Cfr. Linee di indirizzo, ecc) ed anche sulle soluzioni organizzative mirate alla riduzione del rischio. L'analisi dovrà essere gender-oriented e dovrà altresì comprendere analisi mirate alla riduzione di eventuali disuguaglianze della salute dei lavoratori con diverse tipologie contrattuali, ed eventuali criticità specifiche all'interno del contesto territoriale in cui operano.

- elaborazione documentale: dopo aver condiviso le finalità del presente piano mirato in seno al GLR, lo stesso provvederà, dopo la suddetta analisi documentale (buone pratiche già presenti in ambito nazionale, linee di indirizzo e linee guida), alla redazione di un documento che conterrà evidenza delle maggiori soluzioni organizzative, nonché delle buone pratiche anche inerenti alla sorveglianza sanitaria (di cui all'obiettivo specifico 8 ed indicatore 6 del PP8, relativo all'esposizione a sovraccarico biomeccanico). Oltre a tale redazione, dovrà essere predisposta dallo stesso GLR una scheda di autovalutazione aziendale da somministrare alle aziende selezionate, adattandole al contesto



regionale e prendendo in considerazione quanto già presente in letteratura, cercando di coinvolgere il più possibile, attraverso l'ideazione di items dedicati, tutte gli attori della prevenzione se presenti/disponibili (ad es. RLS/RLST, ecc). Sempre per le finalità suddette, tale scheda dovrà contenere anche dati relativi all'analisi qualitativa della Sorveglianza Sanitaria svolta all'interno delle strutture. Allo stesso modo il GLR predisporrà la lettera di invito per tutte le aziende selezionate del territorio. Tutto il materiale raccolto in questa fase, insieme al documento elaborato in merito alle buone pratiche, rappresenterà uno strumento utile da diffondere alle aziende, in aderenza agli obiettivi trasversali di comunicabilità. Tali documenti saranno condivisi sia all'interno degli eventi formativi predisposti ad hoc (vedi dopo), attraverso i canali di comunicazione on web di ogni ASL, nonché durante e fasi di supporto presso gli sportelli informativi.

- criteri di selezione: sulla base dell'analisi di contesto regionale si è stabilito di coinvolgere tutte le RSA presenti sul territorio, nonché ipotizzare la selezione di altre strutture socio-sanitarie da reclutare all'interno del presente PMP (secondo giudizio del GLR).

- Seminario di Avvio: in fase di programmazione saranno valutate tutte le modalità organizzative dei seminari di avvio, comprensive del reclutamento dei relatori, della condivisione degli argomenti da trattare, delle modalità di registrazione e/o verifica di presenza delle aziende invitate, concordato in CRC. E' possibile effettuare più seminari di avvio per un numero massimo predisposto dal GLR.

INDICATORE di monitoraggio: FORMAZIONE seminario di avvio– 1 evento Inizio 2023 (seminario avvio) da parte di ogni SPSAL

- Formazione: la progettazione di tale attività dovrà tenere conto degli obiettivi/indicatori dell'azione trasversale "FORMAZIONE" del PP8, nell'ambito dei programmi formativi inerenti il sovraccarico biomeccanico, a cura del GLR, secondo un format prestabilito

- Formazione del personale SPSAL e altri OdV: evento organizzato secondo format regionale, unico, focalizzato sul Sovraccarico Biomeccanico che coinvolgerà tutti gli operatori, avrà una sessione dedicata esclusivamente all'esposizione a rischio da sovraccarico biomeccanico nei settings socio-sanitari. INDICATORE di monitoraggio: FORMAZIONE – 1 evento 2022 da parte della Regione ovvero, in alternativa, a carico di una ASL capofila.
- Formazione degli attori della prevenzione: sulla base di quanto già sarà stato predisposto in fase di progettazione e dopo la formazione di tutti gli operatori regionali degli servizi PSAL, gli stessi servizi attueranno almeno un evento di formazione all'anno (secondo le modalità prestabilite dal GLR), a partire dal 2023. In tale evento dovrà essere predisposta una sessione specifica inerente la Sorveglianza Sanitaria nel settore, in aderenza con obiettivo specifico 8 del PP8, indicatore 6

INDICATORE di monitoraggio: FORMAZIONE seminario di avvio – 1 evento 2023.

Altra formazione (iniziative/incontri/seminari/convegni) – 1 evento 2024 ed 1 evento chiusura 2025.



2. FASE DI VIGILANZA:

Le fasi di vigilanza saranno attuate nella seguenti modalità:

- Ispezione delle aziende che non hanno partecipato ai seminari di avvio (a partire dalla seconda metà del 2023, dopo il termine dei seminari di avvio e la raccolta delle schede di autovalutazione, anche dopo eventuali solleciti/seminari di recupero).
- Esame delle schede di valutazione (a partire dalla seconda metà del 2023, dopo il termine dei seminari di avvio e raccolta schede autovalutazione).
- Controlli mirati (entro il 2025): ogni SPSAL effettuerà attività di ispezione sul 20% RSA presenti in regione ed eventualmente, a giudizio del GLR, su un campione rappresentativo delle altre incluse nel presente PMP e ricadenti nel proprio territorio di competenza.

FASE 3. VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA

Le valutazioni di efficacia dovranno essere pensate in funzione delle principali azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi specifici del presente programma, ovvero la promozione delle attività di vigilanza mirata sull'analisi delle modalità di effettuazione della Valutazione del rischio e promozione della qualità, dell'appropriatezza e della efficacia della Sorveglianza Sanitaria attraverso l'eventuale interpolazione dei dati provenienti dai Protocolli di Sorveglianza Sanitaria e Dati di cui all'All.3B, dati collettivi ricavabili dai documenti ex art 35 (vedi Fase 4).

In prima analisi, nel corso dell'ultimo anno, sarà predisposto un report conclusivo delle attività per ogni singola ASL da inviare alla Regione, contenente i dati relativi alle risultanze delle attività di vigilanza svolte, la redazione dei documenti di buone pratiche, la quantizzazione della diffusione di tali documenti e la verifica dell'avvenuta formazione (o eventuale aggiornamento), nonché dell'applicazione delle buone pratiche in materia di sorveglianza sanitaria (altro indicatore specifico). Tali dati saranno interpolati con la valutazione dei flussi informativi e dei report di cui all'All.3B (di cui all'obiettivo specifico 8 del PP8). Ogni Servizio PSAL condividerà le risultanze di tali verifiche con il GLR per una valutazione complessiva di efficacia a livello regionale da pubblicare nei portali istituzionali e in quelli degli stakeholders.

AZIONE	COORDINAMENTO	2022	2023	2024	2025
FASE PROGETTAZIONE					
Progettazione PMP	Regione/GLR	I metà			
Elaborazione Documentale	Regione/GLR	II metà			
Formazione Operatori SPSAL (evento regionale)	Regione	II metà			



Seminari di avvio	ASL		X		
Formazione in corso	ASL			X	
Seminario chiusura	ASL				X
FASE VIGILANZA					
Ispezione preliminare (AZIENDE non aderenti)	ASL		II metà		
Esame delle schede di valutazione	ASL		II metà		
Controlli mirati RSA	ASL			10%	10%
Eventuali controlli mirati altre strutture	ASL			X%	X%
FASE VALUTAZIONE EFFICACIA					
Realizzazione e condivisione documento conclusivo	Regione				X
Report annuale sui risultati di progetto	Regione	X	X	X	X

4. SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE

In accordo con quanto previsto dall'azione 1 del PP8, ovvero "Promuovere la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08) e (s.)" è necessario implementare e promuovere il ruolo strategico del medico competente nella progettazione, attuazione e monitoraggio delle azioni di Total Worker Health e di promozione della salute nel contesto di tale settore specifico.

Nel corso delle attività di informazione, formazione, assistenza già descritte in precedenza (cfr. Fase 1), è necessario promuovere il confronto tra SPSAL e medici competenti in merito alla congruità dei protocolli di sorveglianza sanitaria e sulle misure di contenimento del rischio da sovraccarico all'interno delle RSA. Tali protocolli andranno associati ad altre strategie finalizzate ad (4.9) incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore, in particolare all'analisi di eventuali ipersuscettibilità/abitudini voluttuarie/dati antropometrici (ad es. obesità) che di sicuro rappresentano un fattore di rischio aggiuntivo e sinergico al rischio da sovraccarico (4.7). Implementando un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la "conservazione attiva" della salute, ovvero verso la Total worker health. L'obiettivo sarà dunque quello di ottenere una sorveglianza sanitaria svolta dal medico competente coerente con criteri e protocolli basati sull'evidenza. Gli accertamenti preventivi e periodici dovranno essere orientati a constatare l'assenza di controindicazioni alla mansione specifica che il lavoratore deve svolgere (es: ipersuscettibilità), valutare l'idoneità specifica al lavoro, scoprire precocemente controindicazioni all'esposizione, rafforzare misure e comportamenti lavorativi corretti, ricollocare dal punto di vista ergonomico i lavoratori limitati, in un atto di prevenzione secondaria.



Nell'ambito della fase di vigilanza potranno essere estesi i controlli anche su questo ambito, prevedendo la valutazione dell'aderenza dei Protocolli di Sorveglianza Sanitaria alle Valutazioni del Rischio, verificando anche i dati presenti all'interno dell'All.3B ex art 40 D.Lgs. 81/08. Strumenti utili potranno essere Audit con le figure della prevenzione e Griglie di verifica/check list (documenti redatti dai GdL dedicati), al fine di produrre atti finali valutativi.

PROGRAMMA	PP06
TITOLO AZIONE (2 di 3)	Verifica di metodi e tecniche di protezione degli organi in movimento delle macchine nel settore metalmeccanico.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Promuovere l'approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro), al sostegno, alla autovalutazione e gestione dei rischi, al ruolo dei lavoratori (RLS) nell'organizzazione della salute e sicurezza aziendale, tramite l'attivazione di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP) in "settori" specifici individuati in ciascuna Regione sulla base delle specificità territoriali (diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura)	
OS01IS01	Progettazione e realizzazione, da parte di ogni Regione, di PMP rivolti ad aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Le attività inerenti il PIANO MIRATO DI PREVENZIONE RELATIVO AL RISCHIO INFORTUNISTICO DA CONTATTO CON GLI ORGANI IN MOVIMENTO DELLE MACCHINE NELLA METALMECCANICA consisteranno in:

- Incontri di confronto con parti sociali e datoriali per la definizione delle attività di prevenzione/controllo/informazione da attuare (2 incontri all'anno nel comitato di coordinamento di cui all'art.7 ex d.lgs n°81/2008 e s.m.i.) al fine di interconnettere i flussi informativi (anche Informo, banche dati, ecc.);
- Attivazione della formazione degli operatori dei servizi PSAL della Regione al fine di sviluppare e/o aggiornare le loro competenze in materia di valutazione da rischio



- ergonomico. Tale formazione specifica sarà dettagliata anche in merito agli argomenti del presente piano e dovrà essere rivolta alle figure aziendali della prevenzione (MC, RSPP, RLS) (1 incontro all'anno);
- Diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione da contatto con organi in movimento delle macchine in metalmeccanica e produzione di Report periodici relativi al monitoraggio del rischio infortunistico con relativa diffusione di buone prassi attraverso i portali istituzionali e degli stakeholders (1 all'anno sui risultati raggiunti);
 - Valutare la qualità, appropriatezza ed efficacia della sorveglianza sanitaria (preventiva e periodica) svolta dai medici competenti programmando interventi mirati alla riduzione del rischio infortunistico.

Descrizione delle attività e modalità di attivazione.

- Fase 1 – Definizione obiettivi: mediante incrocio dei flussi da banche dati, tutti gli SPSAL (con almeno 1 rappresentante) coinvolgendo l'INAIL territoriale (con proprio rappresentante), l'INL (con proprio rappresentante) ed un referente dell'Assessorato Regionale alla Sanità e Assistenza Sociale, effettueranno la progettazione in dettaglio dell'intervento a livello regionale del presente PMP. Il tutto in funzione delle successive fasi. (PERIODICITA': 2022);
- Fase 2 – Definizione criteri di ricerca/selezione e delle modalità di coinvolgimento delle imprese: Consultazione dei flussi dati delle banche dati (prevalentemente INAIL), eventuale Archivio di servizio e/o casistiche SPSAL ed organismi paritetici/enti territoriali/organismi di categoria/cna/confindustria/assoindustria/confartigianato/camera di commercio per individuazione delle aziende metalmeccaniche presenti sul territorio con priorità di controllo/ispezione in funzione dei dati relativi ad infortuni per contatto con parti in movimento delle macchine mediante informo/flussi informativi/denunce INAIL (PERIODICITA': 2022).
- Fase 3 - Esame di buone prassi/buone pratiche e redazione del relativo documento: Costituzione di un gruppo di lavoro con componenti degli SPSAL della regione Abruzzo (almeno 1 per Servizio) al fine di esaminare, redigere e divulgare buone prassi/buone pratiche e soluzioni organizzative per valutare la qualità, appropriatezza ed efficacia della sorveglianza sanitaria (preventiva e periodica) svolta dai medici competenti programmando interventi mirati alla riduzione del rischio infortunistico. La documentazione redatta dovrà essere resa fruibile attraverso portali Regionali/ASL. (Comunicazione di cui al PP6 – Indicatore di monitoraggio). (periodicità e frequenza: a partire dal secondo semestre del 2022);
- Fase 4 – Predisposizione della scheda di autovalutazione, seminari ed organizzazione: Il gruppo di lavoro con componenti degli SPSAL della regione ABRUZZO (almeno 1 per Servizio) predisporrà la scheda di autovalutazione aziendale da somministrare alle imprese tenendo in considerazione i contenuti del documento buone prassi/buone pratiche; il gruppo di lavoro stabilirà i tempi di riconsegna agli spsal territorialmente



competenti da parte delle imprese delle schede stesse di autovalutazione debitamente compilate, tali schede dovranno contenere anche specifiche sezioni che consentano di rilevare l'applicazione delle buone prassi relative alla sorveglianza sanitaria. Tale distribuzione sul territorio delle schede di autovalutazione delle imprese saranno precedute da appositi seminari a tema. Registrazione delle aziende partecipanti ai seminari. (Periodicità seminari a partire dal: I semestre 2022 – scheda di autovalutazione da riconsegnare entro il II semestre 2022).

- Fase 5 – modalità organizzative della formazione del personale SPSAL: Il suddetto Gruppo di lavoro stabilirà i corsi di formazione per gli operatori spsal e di eventuali altri organi di vigilanza/ispezione e sarà basata sul documento di buone prassi/buone pratiche, scheda di autovalutazione, sulle strategie di intervento mirate al rischio infortunistico da contatto con parti in movimento delle macchine nella metalmeccanica con particolare attenzione alla valutazione dell'efficacia del RSPP, sulla promozione della qualità, dell'appropriatezza, dell'efficienza della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica. (periodicità e frequenza: almeno 1 l'anno a partire dal primo semestre del 2022).
- Fase 6 – Modalità organizzative delle attività di formazione per le figure della prevenzione delle imprese compresi i medici competenti sul territorio (anche per il tramite di ordini professionali interessati ed associazioni di categoria: che sarà organizzata ed attuata nei territori di competenza da parte degli SPSAL ed essa non costituisce in alcun modo la formazione obbligatoria prevista dalla normativa vigente ma è funzionale ai contenuti ed agli obiettivi del PMP. Il gruppo di lavoro regionale potrà affinare la progettazione della formazione nei successivi anni anche sulla base dei dati a disposizione del 2022 e sui successivi anni in funzione dei dati emergenti sulle schede di autovalutazione compilate dalle imprese (periodicità e frequenza: almeno 1 l'anno a partire dal secondo semestre del 2023).
- Fase 7 – Individuazione degli indicatori per la valutazione dell'efficacia: Il gruppo di lavoro con componenti degli SPSAL della regione Abruzzo (almeno 1 per Servizio) individuerà tali indicatori in funzione delle buone prassi/buone pratiche e soluzioni organizzative per effettuare interventi mirati alla riduzione del rischio infortunistico da contatto con parti in movimento delle macchine oltre che in merito alla promozione della qualità, dell'appropriatezza ed efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti oltre che per la valutazione dell'efficienza degli interventi effettuati dagli RSPP con particolare riferimento agli indicatori delle azioni trasversali di cui al pnp 2020-2025 di cui al “pp6 – piano mirato di prevenzione”. (periodicità e frequenza: a partire dal secondo semestre del 2023).



- VIGILANZA:

- Fase “A” – Esame delle schede di autovalutazione: Le schede di autovalutazione come sopra indicate e predisposte dal gruppo di lavoro con componenti degli SPSAL della regione Abruzzo (almeno 1 per Servizio) Predisposte ed inviate entro il 2022 saranno riconsegnate entro il mese di febbraio 2023 agli spsal che provvederanno all’esame delle stesse entro marzo 2023 per decidere su quali attività iniziare i controlli dal mese di aprile 2023.
- Fase “B” – ispezioni: gli spsal effettueranno l’attività ispettiva in un campione delle imprese coinvolte nel pmp partendo da quelle che non hanno partecipato allo stesso pur essendo state invitate, da quelle che non hanno restituito le schede di autovalutazione ed in ultimo da quelle che si sono rilevate situazioni a rischio dall’esame della suddetta scheda. Le ispezioni riguarderanno anche la Sorveglianza Sanitaria (periodicità e frequenza: dal II semestre 2023).

- VALUTAZIONE EFFICACIA:

Nel 2025 verrà effettuata da ogni singolo SPSAL la valutazione dell’efficacia dell’intervento di prevenzione attuato attraverso l’elaborazione dell’attività di vigilanza di cui sopra (esame schede di valutazione ed ispezione) con riferimento all’analisi delle buone pratiche attuate sul territorio per la riduzione del rischio infortunistico da contatto con parti in movimento delle macchine. In ultimo i rappresentanti degli spsal condivideranno le risultanze di tale verifica all’interno del gruppo di lavoro della regione abruzzo (almeno 1 per servizio) per pervenire ad una valutazione complessiva di efficacia a livello regionale. I dati saranno poi pubblicati nei siti istituzionali.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP06
TITOLO AZIONE (3 di 3)	PIANO MIRATO PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEI FOCOLAI DI INFEZIONE DA COVID-19 NEGLI IMPIANTI DI MACELLAZIONE E SEZIONAMENTO CARNI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.2 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di gestione delle emergenze
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Promuovere l’approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro), al sostegno, alla autovalutazione e gestione dei rischi, al ruolo dei lavoratori (RLS) nell’organizzazione della salute e sicurezza aziendale, tramite l’attivazione di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP) in “settori”	


specifici individuati in ciascuna Regione sulla base delle specificità territoriali (diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura)

OS01IS01	Progettazione e realizzazione, da parte di ogni Regione, di PMP rivolti ad aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura
-----------------	--

OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato

CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Il materiale utilizzato sarà quello proposto dal Gruppo Tecnico Interregionale per la Sicurezza e Salute sul Lavoro e il Coordinamento Interregionale Prevenzione nell'ambito della Commissione Salute, articolazione della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome – con il contributo tecnico-scientifico di ISS, INAIL e Dipartimento di Prevenzione ASL Bari. Il PMP intende dunque sensibilizzare i datori di lavoro al rispetto e corretta applicazione delle misure anti-contagio, registrando in maniera standardizzata e confrontabile i dati. Inoltre, verranno approfondite le conoscenze sulle condizioni di rischio certe (sovraffollamento) o sospette (bassa temperatura, elevata umidità) per la diffusione del contagio. Infine, saranno analizzati i fattori ambientali, gestionali e strutturali relativi ai focolai insorti all'interno degli stabilimenti.

A tal fine saranno messe in atto le seguenti attività:

-Costituzione di gruppo di lavoro regionale. Il piano, in accordo con il modello di intervento descritto nel PNP 2020-2025, deve essere presentato e condiviso in sede di Comitato Regionale/Provinciale/Territoriale di Coordinamento art. 7 DL.vo 81/2008. Il Comitato sarà solo un primo momento di avvio del percorso, a cui seguiranno altri incontri con le associazioni datoriali e sindacali per definire le fasi del piano e la restituzione dei risultati del progetto.

- Formazione. Verranno avviati corsi di formazione per operatori ASL per sviluppare conoscenze e competenze specifiche in merito al rischio da COVID-19 negli impianti di macellazione.

- Comunicazione/-Predisposizione documenti per attuare attività di autocontrollo, verifica, gestione focolai: Attività info/formative nelle aziende con presentazione e condivisione del progetto, in tutte le province, con i datori di lavoro, parti sociali e medici competenti al fine di sensibilizzare gli interlocutori della prevenzione all'ottimizzazione delle misure anti-contagio ed una corretta applicazione delle stesse.

Verranno adottati tre differenti strumenti per l'attuazione del piano mirato di prevenzione, in maniera inclusiva e sinergica:

- a) scheda di autocontrollo destinata agli operatori;
- b) scheda di valutazione per i dipartimenti di prevenzione;
- c) scheda di gestione focolai.



La prima riconosce nelle associazioni datoriali i principali interlocutori e propone una adesione su base volontaria dei titolari degli impianti/stabilimenti con lo scopo di sensibilizzare alla problematica di prevenzione e mettere le premesse per una condivisione costruttiva con i Dipartimenti di Prevenzione. La seconda costituisce lo strumento di indagine per i Dipartimenti di prevenzione, riguardo alla corretta adozione e messa in opera delle misure di prevenzione. La terza raccoglie le esperienze dei colleghi che si sono trovati a gestire situazioni di focolaio in ambiente lavorativo, utile per aggiornare sulla base di evidenze, i fattori di rischio rilevati. Di seguito, una breve descrizione delle tre schede, riportate nella loro completezza all'interno dei Materiali supplementari.

2.3.1. Scheda di autocontrollo

La scheda di autocontrollo (Appendice A1) da compilare a cura del datore di lavoro della azienda che gestisce lo stabilimento, si compone di quattro sezioni. Una prima sezione (domande da 1 a 18) di descrizione dettagliata delle caratteristiche dello stabilimento, in cui vengono registrate la anagrafica aziendale, la specie ed il numero dei capi macellati, la presenza di ditte terze, la superficie delle aree di macellazione, il numero degli addetti totali e nelle aree di macellazione. Le informazioni raccolte in questa sezione saranno utili, oltre che per una corretta classificazione della tipologia di stabilimento, anche al fine della scelta dei siti da ispezionare, rientrando il numero di capi macellati, il numero di dipendenti, la superficie delle aree di macellazione e la presenza stabile di ditte terze tra i parametri da considerare nella pianificazione degli accessi presso gli impianti. Una seconda sezione (domande da 19 a 54) in cui vengono passate in rassegna le principali misure anti contagio (informazione, modalità di ingresso in azienda di lavoratori e fornitori esterni, pulizia e sanificazione, precauzioni igieniche personali, Dispositivi di Protezione Individuali, aerazione, distanza interpersonale, organizzazione aziendale) previste dal protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro sottoscritto il 24 aprile 2020 tra il Governo e le Parti Sociali. La finalità principale di tale sezione è guidare, attraverso la sua compilazione, il datore di lavoro della azienda che conduce lo stabilimento ad una attenta e consapevole applicazione e verifica delle misure previste dal Protocollo, nonché fornire agli operatori le informazioni sulla esistenza di eventuali criticità nella applicazione di dette misure, meritevoli di approfondimento mediante l'accesso in azienda. Una terza sezione (domande da 55 a 71), di disamina di alcune peculiari condizioni (getti d'acqua, produzione di vapori) che si ipotizza possano rappresentare un ulteriore fattore di rischio per la potenziale diffusione del contagio. Una quarta sezione (domande da 74 a 79), relativa al consenso al trattamento dei dati personali.

2.3.2. Scheda di verifica

Nella scheda di verifica (Appendice A2), da compilarsi a cura degli operatori del DdP al termine dell'accesso nello stabilimento, vengono annotate le risultanze delle verifiche effettuate in ordine al rispetto delle misure anti contagio, con particolare attenzione per il rispetto della distanza interpersonale, l'uso dei DPI, la sanificazione, la aerazione degli ambienti, la produzione di vapori e le condizioni di umidità. Lo schema di articolazione ricalca quello presente nella scheda di autocontrollo, con una maggiore attenzione agli aspetti cogenti determinati dal quadro normativo.



2.3.3. Scheda di gestione focolai

La scheda di gestione focolai (Appendice A3) anch'essa da compilarsi a cura degli operatori del DdP, risulta composta da cinque sezioni. Una prima sezione (domande da 4 a 14), di descrizione dell'impianto con particolare riferimento a specie e numero di capi macellati, presenza di ditte terze, superficie delle aree di macellazione, numero degli occupati totali e nelle aree di macellazione. Una seconda sezione (domande da 15 a 24), di descrizione delle caratteristiche del focolaio, in cui annotare i periodi di insorgenza del focolaio ed il numero di lavoratori coinvolti suddivisi per azienda, reparto ed etnia. Una terza sezione (domande da 25 a 33), propriamente incentrata sulle misure adottate dalla azienda o dal DdP per la gestione del focolaio (chiusura totale, chiusura di reparto, riduzione del numero di capi macellati, riduzione del personale presente, rinforzo delle misure anti contagio). Una quarta sezione (domanda 34) di considerazioni del compilatore in ordine alle possibili cause di diffusione del contagio. Una quinta sezione (domande da 35 a 41), relativa al consenso al trattamento dei dati personali. L'integrazione e la sinergia tra le attività istituzionali di INAIL e l'attivazione del Piano Mirato di Prevenzione nelle sue declinazioni territoriali è illustrato nella Figura 3.

-ASSISTENZA/VIGILANZA

Le informazioni pervenute da parte delle aziende saranno elaborate e condivise in maniera aggregata con gli enti territoriali e le associazioni di categoria, nello spirito collaborativo del PMP. Si prevede che dalla registrazione standardizzata delle attività di autocontrollo, verifica sul campo e gestione dei focolai, si potranno ricavare informazioni utili alla individuazione delle più ricorrenti condizioni di rischio per la diffusione del virus nei mattatoi e delle più opportune misure per il contenimento del rischio e per la gestione dei focolai, dalle quali far discendere la elaborazione di linee di indirizzo per aziende in merito al corretto assolvimento dei rispettivi obblighi e delle rispettive funzioni. A conclusione delle attività di verifica si provvederà ad elaborare un report del progetto in cui si darà atto in forma anonima ed aggregata dei seguenti dati:

-strutture coinvolte (numero aderenti, stabilimenti contattati, schede di autocontrollo pervenute, schede di verifica pervenute, schede gestione focolai pervenute).

-caratteristiche degli stabilimenti (numero e specie di capi macellati, numero di lavoratori, superficie aree di macellazione, presenza di ditte terze, ecc.).

-osservanza delle misure anti contagio riferite ed accertate (numero di stabilimenti in regola/non in regola, tipologia delle irregolarità riscontrate, reparti ed ambienti interessati).

-caratteristiche dei focolai (durata, numero di lavoratori coinvolti, distribuzione dei casi per reparto ed etnia, misure adottate per il contenimento). Dal raffronto tra i dati saranno individuate le condizioni maggiormente correlabili al rischio di diffusione del virus nei mattatoi e le più opportune misure per il suo contenimento, anche allo scopo di elaborare linee di indirizzo per datori di lavoro ed operatori.

AZIONE	COORDINAMENTO	2022	2023	2024	2025
FASE PROGETTAZIONE					



Progettazione PMP	Regione/GLR	X			
Elaborazione Documentale	Regione/GLR	X	X	X	X
Formazione Operatori SPSAL (evento regionale)	Regione	X			
FASE DI VIGILANZA					
Ispezione preliminare (AZIENDE non aderenti)	ASL	X	X	X	X
FASE DI VALUTAZIONE DI EFFICACIA					
Esame delle schede di valutazione	ASL	X	X	X	X
Controlli mirati	ASL	X	X	X	X
Realizzazione e condivisione documento conclusivo	Regione				X
Report annuale sui risultati di progetto	Regione	X	X	X	X

Fonti Bibliografiche

-Waltenburg MA, Victoroff T, Rose CE, et al.; COVID-19 Response Team. Update on COVID-19 among workers in meat and poultry processing facilities—United States, April–May 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:887–92. PMID:32644986 <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6927e2>

-Donahue M, Sreenivasan N, Stover D, et al. Notes from the field: characteristics of meat processing facility workers with confirmed SARS-CoV-2 infection—Nebraska, April–May 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1020–2. PMID:32759920 <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6931a3>

-Steinberg J, Kennedy ED, Basler C, et al. COVID-19 outbreak among employees at a meat processing facility—South Dakota, March– April 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1015–9. PMID:32759914 <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6931a2>

- Günther T, Czech-Sioli M, Indenbirken D, et al. Investigation of a superspreading event preceding the largest meat processing plant-related SARS-coronavirus 2 outbreak in Germany. Rochester, NY; Social Science Research Network; 2020. <https://ssrn.com/abstract=3654517>

- Riddell S, Goldie S, Hill A, Eagles D, Drew TW. The effect of temperature on persistence of SARS-CoV-2 on common surfaces. *Virol J* 2020;17:145. PMID:33028356 <https://doi.org/10.1186/s12985-020-01418-7>
7. Camarota SA. Immigrants in the United States. Washington, DC: Center for Immigration Studies; 2016. <https://cis.org/sites/cis.org/files/immigrant-profile.pdf>



- CDC. Meat and poultry processing workers and employers: interim guidance from CDC and the Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/organizations/meat-poultry-processing-workers-employers.html>

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	DI Orientamento all'equità di un'azione Riepilogo azione selezionata (per modificare i campi relativi all'azione andare sulle azioni del programma) Titolo: CORRETTI STILI DI VITA E PROMOZIONE DELLA SALUTE SUI LUOGHI DI LAVORO Categoria principale : 3. AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE Sotto categoria : 3.13 Altro (specificare) Descrizione: Verranno predisposte le seguenti attività per raggiungere le finalità del presente programma. - Costituzione del Gruppo di Lavoro Regionale coordinato dalla Regione formato da componenti di ciascuna Asl, condiviso negli ambiti di confronto tavoli ex art.7 D.Lgs.81/08, con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati: verranno sviluppate collaborazioni intersettoriali coinvolgendo associazioni, datori di lavoro, sindacati. Vi sarà un coinvolgimento strategico delle scuole e degli operatori del settore alimentare permetterà di orientare
STRATEGIA PER RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	IL La strategia principale sarà quella di raggiungere il maggior numero di imprese individuate attraverso l'adozione e la somministrazione, previa formazione, di strumenti di autocontrollo sulla individuazione, valutazione e gestione del rischio biologico anche attraverso il coinvolgimento dei Servizi Veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione. Gli strumenti individuati per la strategia saranno passibili di aggiornamento/rivalutazione in funzione dell'andamento epidemiologico della pandemia in atto.
ATTORI COINVOLTI	Datori di Lavoro, R..S.P.P.P. , R.L.S., Medici Competenti, Operatori Sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione, Associazioni di Categoria.
INDICATORE	Percentuale di raggiungimento delle Aziende con schede di autovalutazione <ul style="list-style-type: none"> • Formula:numero di aziende raggiunte per la somministrazione della scheda di autocontrollo sul totale delle aziende individuate a tal fine • StandardSuperamento della disuguaglianza conseguente ad una maggiore vulnerabilità al rischio dei lavoratori del settore attraverso azioni finalizzate al raggiungimento della necessaria consapevolezza del rischio e delle misure di prevenzione di tutti gli attori coinvolti. • FonteRegione
OBIETTIVO RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	DI Orientamento all'equità di un'azione Riepilogo azione selezionata (per modificare i campi relativi all'azione andare sulle azioni del programma) Titolo: CORRETTI STILI DI VITA E PROMOZIONE DELLA SALUTE SUI LUOGHI DI LAVORO Categoria principale : 3. AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE Sotto categoria : 3.13 Altro (specificare) Descrizione: Verranno predisposte le seguenti attività per raggiungere le finalità del presente programma. - Costituzione del Gruppo di Lavoro Regionale coordinato dalla Regione formato da componenti di ciascuna Asl, condiviso



	negli ambiti di confronto tavoli ex art.7 D.Lgs.81/08, con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati: verranno sviluppate collaborazioni intersettoriali coinvolgendo associazioni, datori di lavoro, sindacati. Vi sarà un coinvolgimento strategico delle scuole e degli operatori del settore alimentare permetterà di orientare
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	La strategia principale sarà quella di raggiungere il maggior numero di imprese individuate attraverso l'adozione e la somministrazione, previa formazione, di strumenti di autocontrollo sulla individuazione, valutazione e gestione del rischio biologico anche attraverso il coinvolgimento dei Servizi Veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione. Gli strumenti individuati per la strategia saranno passibili di aggiornamento/rivalutazione in funzione dell'andamento epidemiologico della pandemia in atto.
ATTORI COINVOLTI	Datori di Lavoro, R..S.P.P.P. , R.L.S., Medici Competenti, Operatori Sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione, Associazioni di Categoria.
INDICATORE	<p>Percentuale di raggiungimento delle Aziende con schede di autovalutazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula:numero di aziende raggiunte per la somministrazione della scheda di autocontrollo sul totale delle aziende individuate a tal fine • StandardSuperamento della disuguaglianza conseguente ad una maggiore vulnerabilità al rischio dei lavoratori del settore attraverso azioni finalizzate al raggiungimento della necessaria consapevolezza del rischio e delle misure di prevenzione di tutti gli attori coinvolti. • FonteRegione



3.7 PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura

3.7.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP07
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Servizio Prevenzione Sanitaria, Medicina Territoriale DPF
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO4-03 Redazione e ricognizione linee di indirizzo (ex art. 2 decreto 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano - MO4-04 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti - MO4-05 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa - MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health - MO4-09 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore - MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare) - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-07 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO4LSg Promuovere il coordinamento e la programmazione dell'attività di vigilanza e prevenzione - MO4LSH Definire strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) fondate sull'analisi di contesti produttivi, socio-economici ed epidemiologici, mirati a fattori di rischio e/o comparti e/o circostanze di rischio ed esposizione prioritari - MO4LSi Diffusione e utilizzo delle evidenze sulle modalità di accadimento degli infortuni e sulle azioni efficaci di prevenzione delle medesime, in particolar modo



	<p>in settori a maggior rischio di infortuni gravi e mortali quali edilizia e agricoltura</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO4LSj Diffusione ed utilizzo delle evidenze sull'esposizione a vari fattori correlati alle malattie professionali e sulle azioni efficaci di prevenzione - MO4LSk Promuovere la capacità di migliorare le valutazioni di tipo ergonomico/organizzativo secondo normativa e linee di indirizzo, anche in un'ottica di semplificazione dei processi - MO4LSq Sviluppo di percorsi di formazione sulla SSL per l'acquisizione di nuove competenze disciplinari per il contrasto del fenomeno tecnopatico - MO4LSr Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08) - MO4LSs Promozione del ruolo strategico del medico competente nella progettazione, attuazione e monitoraggio delle azioni di Total Worker Health e di promozione della salute - MO5LSj Adozione di buone pratiche ed obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici - MO5LSk Interventi di formazione specifica sull'applicazione di buone pratiche in edilizia indirizzate agli operatori dei Dipartimenti di prevenzione ed ai diversi portatori di interesse - MO5LSy Interventi integrati sulla salute e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro, con particolare riferimento ai comparti edilizia, agricoltura, mare
<p>LEA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - C01 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro - C02 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali - C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine - D03 Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche, Georeferenziazione delle aziende - D06 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali



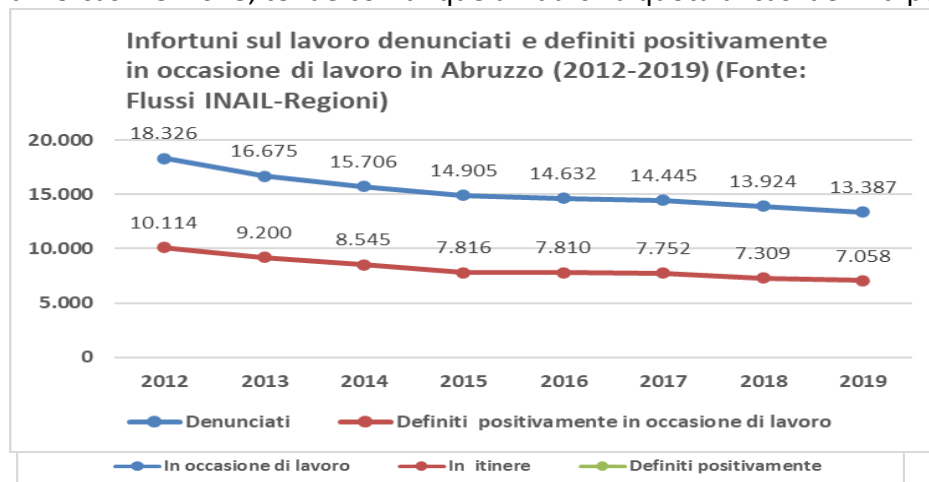
3.7.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Nel 2018 e nel 2019 gli infortuni denunciati all'INAIL in Abruzzo sono stati rispettivamente 13.924 e 13.387: di questi, il 68% circa è stato definito positivamente.

Gli infortuni gravi in occasione di lavoro (che comprendono gli eventi con esito mortale o con esiti permanenti uguali o superiori all'16% e inabilità temporanea di durata superiore a 40 giorni) accaduti nel 2018 erano 2.510, dei quali solo 115 avvenuti sulla strada.



Fra il 2012 ed il 2019 si è verificata una riduzione costante in termini assoluti sia degli infortuni denunciati (- 24% nel 2018 e - 27% nel 2019), sia di quelli riconosciuti (-23,5% nel 2018 e - 27,7% nel 2019). Il numero degli infortuni mortali denunciati, non considerando il 2017 (quando sono state computate le vittime della valanga di Rigopiano e della caduta di un elicottero del 118 a Campo Felice), appare sostanzialmente stabile, pur variando da un massimo di 31 casi nel 2014 ad un minimo di 19 casi nel 2018; tende comunque a ridursi la quota di casi definiti positivamente.



La distribuzione delle denunce di infortunio nelle province vede costantemente al primo posto Chieti, seguita da Teramo. Gli infortuni con inabilità temporanea si sono ridotti del 27% circa fra il 2012 e il 2019; quelli definiti con inabilità permanente residua hanno visto una riduzione maggiore (- 33%) fra

il 2012 e il 2018 (anno per il quale i dati sono più consolidati).



Esiti Evento	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mortale	22	14	23	17	11	27	14	9
Senza Indennità Temporanea	509	527	503	455	417	422	342	404
Indennità Temporanea da 4 a 40 gg di assenza	6394	5630	5119	4642	4634	4677	4457	4388
Indennità Temporanea maggiore di 40 gg di assenza	978	965	943	797	921	850	800	1.016
Postumi Permanenti >= 1% < 6 %	1.494	1.437	1.388	1.346	1.287	1.272	1.175	957
Postumi Permanenti >= 6% <16 %	598	536	466	469	426	419	431	236
Postumi Permanenti >= 16% < 34	96	71	84	75	94	72	78	44
Postumi Permanenti >= 34% < 60	19	16	13	14	13	10	7	4
Postumi Permanenti >= 60% < 80	3	2	5	1	3	2	2	0
Postumi Permanenti >= 80% <= 100	1	2	1	0	4	1	3	0

Il 33,5% degli infortuni definiti positivamente nel 2018 ha interessato lavoratrici, e il 12% ha interessato lavoratori non nati in Italia. La distribuzione per classi di età degli infortuni denunciati evidenzia una frequenza crescente con l'aumentare dell'età, massima nelle classi di età 45-59 anni, spostata più avanti per le lavoratrici. Nel 2019 la frequenza maggiore si osserva nella classe d'età 50-54 anni per i lavoratori e in quella 55-59 per le lavoratrici. Gli indicatori triennali (che permettono una maggiore stabilità delle stime) mostrano una diffusa riduzione dei tassi standardizzati nel quinquennio 2014-2018, che in Abruzzo (-1,87 infortuni/1.000 addetti) supera quella nazionale (-1,19 infortuni/1.000 addetti), ma il tasso regionale 2016-2018 resta 2,38 punti al di sopra della media nazionale (Fonte: Flussi Informativi INAIL-Regioni).



Fra il 2012 e il 2018, gli infortuni definiti positivamente nei gruppi ATECO del settore Industria e Servizi si riducono

progressivamente del 28% circa. La riduzione prosegue nel 2019 e interessa sia gli infortuni in occasione di lavoro (compresi quelli "stradali"), sia quelli in itinere e riguarda soprattutto costruzioni e commercio, seguiti da sanità e attività manifatturiere. Nelle attività manifatturiere, il maggior numero di infortuni accaduti nel periodo e definiti positivamente si riferisce alle attività dei mattatoi, della



produzione e lavorazione della carne, della lavorazione dei metalli e della fabbricazione di parti e accessori di autoveicoli.

Infortuni sul lavoro nelle costruzioni

Tra il 2012 e il 2019 le denunce di infortunio sul lavoro nelle costruzioni si sono ridotte mediamente del 44% (da -41% nella provincia di Teramo a - 46% nella provincia di L'Aquila, che -insieme alla provincia di Chieti- è quella con il numero più elevato di infortuni denunciati nel settore). Parallelamente si sono ridotte, in proporzione lievemente maggiore, anche le definizioni positive (-47%), soprattutto nel gruppo ATECO F43, che conta la metà degli infortuni definiti positivamente nel periodo (peraltro dimezzati nel 2019 rispetto al 2012). Gli esiti delle definizioni positive sono evidenziati nella tabella sottostante, che riguarda l'intero gruppo ATECO F.

Esiti Evento	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mortale	7	2	5	6	4	2	4	2
Senza Indennità Temporanea	13	20	19	15	9	14	11	10
Indennità Temporanea da 4 a 40 gg di assenza	812	659	567	516	505	510	439	414
Indennità Temporanea maggiore di 40 gg di assenza	140	143	124	99	107	97	109	130
Postumi Permanenti >= 1% < 6 %	229	224	191	196	185	188	180	115
Postumi Permanenti >= 6% <16 %	115	95	76	95	77	80	82	36
Postumi Permanenti >= 16% < 34	22	16	26	14	22	20	15	12
Postumi Permanenti >= 34% < 60	6	6	3	4	3	2	2	1
Postumi Permanenti >= 60% < 80	0	0	1	1	0	0	0	0
Postumi Permanenti >= 80% <= 100	1	2	0	0	0	1	3	0

Nel 2019 gli infortuni riconducibili al gruppo ATECO F denunciati e definiti positivamente, con postumi permanenti, si è ridotto di oltre il 50% rispetto al 2012. Nel quinquennio 2014-2018, il tasso grezzo di infortuni nel gruppo è passato da 24,4 a 19,5 per mille addetti, risultando sempre superiore ai valori nazionali (anche se con scarto ridotto da 4,2 a 3,3 punti), soprattutto per frequenza e gravità degli infortuni riferiti alle imprese con codice F43, il cui tasso grezzo risulta nella regione il più elevato nel gruppo ATECO F. I tassi associati al "settore costruzioni" sono comunque sensibilmente inferiori a quelli di altri gruppi ATECO. Prendendo in considerazione le codifiche ESAW degli infortuni in edilizia definiti positivamente tra il 2014 e il 2019 (escludendo infortuni stradali e in itinere) emergono i seguenti determinanti:

- Tipo di luogo (individuato per circa 4.300 eventi): "cantiere" nel 45% dei casi; in un "luogo dedicato principalmente al magazzinaggio, carico e scarico" nel 11%;
- Tipo di lavoro (individuato per circa 3.500 infortuni, escludendo sempre quelli stradali e in itinere): "magazzinaggio" (19% circa dei casi), "circolazione con o senza mezzi di trasporto" (16% circa), "attività di costruzione vera e propria" (14% circa), "manutenzione, riparazione, registrazione, messa a punto" (11%);
- Attività fisica in corso al momento dell'infortunio (individuata in oltre 4.300 casi): la quota più alta di eventi (38%) si è verificata mentre l'infortunato era in movimento (più spesso durante il



cammino, la corsa, il salire e lo scendere); nel 20% durante la manipolazione di oggetti (afferrati, strappati, tenuti in mano o deposti su un piano); nel 19% durante il lavoro con utensili portatili, prevalentemente manuali; nel 18% durante attività di trasporto manuale (portare in alto o in basso un oggetto o trasportare manualmente carichi);

- Deviazione (l'evento che provoca l'infortunio, individuato in poco meno di 4.300 casi): una caduta (per scivolamento o inciampamento, dall'alto o –più spesso- in piano) nel 24% dei casi; un movimento del corpo sotto sforzo fisico (sollevando, portando o alzandosi, ma più frequentemente un passo falso o uno scivolamento senza caduta) nel 23%; perdita di controllo di un utensile portatile o di un oggetto; rottura o esplosione con produzione di schegge, o (più spesso) crollo di un agente materiale caduto dall'alto sulla vittima nel 11%.

-

Infortuni sul lavoro in agricoltura

Gli infortuni denunciati in agricoltura in Abruzzo sono diminuiti del 29% circa dal 2012 al 2019 (da 1.927 a 1.373), con definizione positiva del 85% delle denunce nel periodo; le definizioni positive riferite al 2019 sono inferiori del 31% rispetto al 2012. La distribuzione per provincia vede al primo posto Chieti, seguita da Teramo, sia per gli infortuni denunciati (rispettivamente, 43% e 23% del totale nel periodo) sia per le definizioni positive (44% e 24%): il 66% degli infortuni denunciati e il 68% di quelli definiti positivamente in agricoltura nella Regione tra il 2012 e il 2019 sono avvenuti nelle due province. Nel 40% dei casi, gli infortuni definiti positivamente hanno riguardato lavoratrici. Il 90% degli infortunati è nato in Italia. Rispetto all'età, si osserva una frequenza sensibilmente maggiore nei lavoratori rispetto alle lavoratrici fino ai 40 anni, con un importante incremento di frequenza dei casi riconosciuti nelle fasce superiori, soprattutto per le lavoratrici: nella fascia di età 41-50 gli infortuni riconosciuti sono quintuplicati rispetto alla fascia inferiore e aumentano ulteriormente di oltre 1,5 volte nella fascia 51-60, superando quello dei lavoratori. Il 6% degli infortuni riconosciuti a lavoratrici e il 17% di quelli riconosciuti a lavoratori si colloca oltre i 67 anni. Gli infortuni gravi rappresentano il 41% dei definiti positivamente nel periodo, riducendosi di circa 1/3 nel 2019 rispetto al 2012 (tabella sottostante).



Esiti Evento	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mortale	5	3	7	3	4	1	6	2
Franchigia	36	36	31	33	25	17	24	17
Senza Indennità Temporanea	4	6	5	2	4	7	2	3
Indennità Temporanea da 4 a 40 gg di assenza	958	903	810	814	730	753	675	664
Indennità Temporanea maggiore di 40 gg di assenza	247	231	265	217	208	209	165	208
Postumi Permanenti >= 1% < 6%	319	307	258	269	238	216	177	183
Postumi Permanenti >= 6% < 16%	91	90	85	97	72	50	51	50
Postumi Permanenti >= 16% < 34%	20	12	14	12	11	11	12	7
Postumi Permanenti >= 34% < 60%	3	1	2	1	1	2	1	0
Postumi Permanenti >= 60% < 80%	1	0	1	0	1	1	0	0
negativo	242	249	242	214	229	216	187	194
in istruttoria	1	2	1	3	15	10	14	45
totale	1.927	1.840	1.721	1.665	1.538	1.493	1.314	1.373

La riduzione, che ha riguardato tutte le province, ha toccato il 50% in quella di Teramo. Dei 47 infortuni mortali denunciati nel periodo, solo 31 hanno avuto una definizione positiva (tutte le vittime erano di sesso maschile): 15 avvenuti nella provincia di Chieti e 7 in quella di Teramo. In 10 casi l'evento ha coinvolto un mezzo di trasporto (8 in occasione di lavoro e 2 in itinere). La fascia di età più colpita (15 casi su 31) è quella tra 51 e 60 anni. Il 28% degli infortuni definiti positivamente tra il 2012 e il 2019 è avvenuto durante attività di preparazione del terreno e il 15% durante lavorazioni successive alla semina; un ulteriore 20% si è verificato nel corso di lavori di produzione e allevamento di animali. Al momento dell'evento, nel 23% dei casi l'infortunato si stava spostando (camminava, correva o saliva scale); nel 7% stava maneggiando utensili o movimentando oggetti, materiali o carichi. Le deviazioni più frequenti a monte dell'evento risultano: lo scivolamento con caduta, movimenti scoordinati, o perdita di controllo dell'oggetto o dell'utensile o del materiale manipolato o movimentato. In più di ¼ dei casi l'infortunio è avvenuto nel corso di lavori di preparazione del terreno, nel 19% dei casi durante attività di tipo zootecnico. La sede più frequente delle lesioni è rappresentata dagli arti inferiori (30%), seguita dagli arti superiori (27%) e dal rachide (10%), prevalentemente nel tratto lombare (nel 30% dei casi si tratta di lesioni da sforzo).

Malattie Professionali

Fino al 2015 il numero di malattie professionali denunciate all'INAIL nella Regione si è mantenuto intorno ai 5.000 casi/anno, per ridursi progressivamente di quasi 1/5 nei cinque anni successivi, parallelamente alle definizioni positive (38% circa del totale delle denunce nel quinquennio). Nello



stesso periodo, a livello nazionale le denunce di MP sono aumentate mediamente dell'1,7% (-9% circa in agricoltura e +5% circa nella gestione industria). Il 26% (vs. 20% in Italia) delle M.P. denunciate in Abruzzo riguarda la gestione agricoltura, con una percentuale di definizioni positive molto vicina a quella nazionale (52% vs. 51%). I casi di MP definiti positivamente nella regione mostrano una frequenza crescente con l'età, con un picco nella fascia 55-59 anni, ed una progressiva riduzione nelle classi di età più avanzate; riguardano per 2/3 lavoratori, ma nella gestione agricoltura oltre la metà dei casi riguarda lavoratrici. Nella grande maggioranza dei casi il danno riconosciuto è inferiore al 16%. Nelle tabelle riportate di seguito (Fonte: Flussi INAIL–Regioni) è illustrato l'andamento delle denunce di MP per anno di manifestazione, per settore e per ASL tra il 2000 e il 2019. Nella lettura dei dati si deve tenere conto dell'introduzione della disciplina del danno biologico del 2000 e dell'aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali del 2008.


Malattie professionali denunciate per anno manifestazione per settore - Avezzano-Sulmona-L'Aquila 2000-2019

		2004 20	2009 20	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Malattie professionali denunciate (per anno evento)	Industria	343	295	421	469	438	449	533	559	550	632	505	491
	Agricoltura	16	23	233	175	98	100	202	203	226	210	109	134
	Stato	3	5	5	5	8	17	4	15	21	12	14	5
Totale		361	322	659	649	544	566	739	777	797	854	628	630

Malattie professionali denunciate per anno manifestazione per settore - Lanciano-Vasto-Chieti 2000-2019

		2004 20	2009 20	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Malattie professionali denunciate (per anno evento)	Industria	491	663	1.396	1.264	1.011	1.237	1.394	1.379	1.424	1.197	1.311	1.183
	Agricoltura	29	297	1.602	1.345	832	710	798	797	584	719	780	674
	Stato	6	6	4	7	9	22	27	13	14	12	11	14
Totale		526	966	3.002	2.616	1.852	1.969	2.219	2.189	2.022	1.928	2.102	1.871

Malattie professionali denunciate per anno manifestazione per settore - Pescara 2000-2019

		2004 20	2009 20	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Malattie professionali denunciate (per anno evento)	Industria	485	633	921	1.082	1.141	1.024	1.033	953	737	546	525	545
	Agricoltura	40	88	238	370	296	250	272	269	201	132	146	169
	Stato	4	12	10	9	5	13	22	10	4	3	3	4
Totale		529	733	1.169	1.461	1.442	1.287	1.327	1.232	942	681	674	718

Malattie professionali denunciate per anno manifestazione per settore - Teramo 2000-2019

		2004 20	2009 20	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Malattie professionali denunciate (per anno evento)	Industria	439	416	495	662	764	807	733	815	703	656	802	842
	Agricoltura	18	28	141	150	174	185	104	98	133	109	93	109
	Stato	3	6	3	8	5	3	4	9	12	3	8	7
Totale		460	450	639	820	943	995	841	922	848	768	903	958

Il 45% circa delle MP denunciate riguarda la provincia di Chieti. Il 79% delle MP totali denunciate è costituito da patologie da sovraccarico biomeccanico a carico del sistema osteomuscolare e del



tessuto connettivo (30% rachide, 26% arto superiore, 61% arto inferiore, 31% altre patologie osteomuscolari), oltre che del sistema nervoso periferico (prevalentemente sindrome del tunnel carpale, 26% del totale). Le ipoacusie da rumore rappresentano l'11% circa e le patologie non neoplastiche dell'apparato respiratorio il 3%. Nel 5% comprendente tutte le altre patologie denunciate sono inclusi i tumori (221 nel quinquennio, pari all'1% circa del totale). Una quota significativa di denunce è associata al settore delle costruzioni, mentre il 29% delle MP da sovraccarico biomeccanico denunciate riguardano l'agricoltura. Il 36% delle denunce riguarda lavoratrici (malattie muscoloscheletriche e connettivali per il 75% e sindrome del tunnel carpale per il 25%) e rappresenta il 55% delle denunce per MP da sovraccarico biomeccanico in agricoltura. Le MP dell'arto superiore sono al primo posto per frequenza (2.489 denunce, che riguardano prevalentemente le province di Pescara e Teramo, rispettivamente il 30% e il 33% del totale regionale). Quasi la metà delle 2.317 denunce per MP del rachide è associata a tre gruppi di attività economica: "Costruzioni" (30%), "Servizi Ospedalieri" e "attività di trasporto terrestre" (entrambe per il 9% del totale). Il 70% delle 608 denunce per MP dell'arto inferiore è attribuito a due settori: "Costruzioni" (61%) e "Commercio" (8%). Infine, oltre la metà delle 1.382 denunce per altre patologie osteomuscolari è attribuito a 4 soli gruppi di attività: "Costruzioni" (31%), "Servizi alla persona" (9%, prevalentemente saloni di barbiere e parrucchiere), "Commercio" (8%) e "Servizi Ospedalieri" (5%). Le 1.605 denunce per STC, oltre che nelle "Costruzioni" (26%), mostrano una frequenza relativamente maggiore in cinque raggruppamenti di attività: "Lavorazione e conservazione delle carni" e "Servizi per la persona" (ciascuna per l'8% del totale regionale), "Confezione di articoli di abbigliamento" (6%), "Alberghi, Ristoranti e Bar" (5%), "Servizi sanitari e sociali" (4%). L'agente causale associato al 63% delle circa 8.500 MP riconosciute tra il 2015 e il 2019 è di tipo ergonomico; le vibrazioni sono identificate alla base del 12% circa dei casi definiti positivamente; un ulteriore 10% è attribuito all'esposizione a rumore.

Nel periodo compreso tra il 2012 e il 2019, il numero delle imprese attive nella regione si è lievemente ridotto, passando da 156.000 circa a poco più di 154.500 unità locali (Fonte: Infocamere – elaborazione Ufficio di Statistica Regione Abruzzo). Nello stesso periodo, e in particolare fra il 2015 e il 2019 è progressivamente aumentato il numero totale degli addetti nelle unità locali attive, fino a circa 397.000, con una distribuzione nelle province che vede al primo posto Chieti (con una quota del 30%) e Teramo (con il 26% circa), seguite da Pescara (24%) e L'Aquila (20%). Nel 2018, il 96% del totale delle imprese attive, con l'esclusione della pubblica amministrazione, del settore della difesa, dei collaboratori familiari, delle organizzazioni ed organismi extraterritoriali, impiegava meno di 10 addetti e ne occupava complessivamente il 54% (Fonte: ISTAT - Registro Statistico delle Imprese Attive (ASIA) – ultimo dato disponibile). Il 96% delle imprese attive nel 2018 non superava i 10 addetti ed impiegava complessivamente più della metà del totale degli occupati. Il 3,6% impiegava un numero di lavoratori compreso tra 10 e 49 ed il restante 0,4% occupava più di 50 lavoratori. Le informazioni generali ottenute sulle caratteristiche del tessuto produttivo (aziende e addetti) derivano da banche dati ISTAT e dagli archivi INAIL e Infocamere. Nel secondo caso, si tratta di dati analitici e sintetici relativi non solo ad aziende e addetti, ma anche ad infortuni e malattie professionali, nonché indicatori utili alla programmazione, contenuti nel data-base "Flussi Informativi INAIL – Regioni". Fra il



2012 ed il 2018 il contesto produttivo regionale vede con riferimento alle posizioni territoriali INAIL-PAT (Posizioni Assicurative Territoriali) una riduzione complessiva pari al 4,4%, più marcata rispetto al contesto nazionale. La distribuzione per provincia degli assicurati INAIL (artigiani e dipendenti) vede al primo posto la provincia di Chieti, seguita da quella di Teramo.

In sintesi, nel 2018 in Abruzzo erano attive 90.737 PAT INAIL, di cui 40.653 nel Terziario, 36.035 nell'artigianato e 11.913 nell'industria, con una riduzione complessiva del 4,4% rispetto al 2012, più marcata nell'artigianato (- 4.720).

Il tasso di occupazione femminile ha oscillato, nel periodo considerato, tra il 33,2% (2012) e il 31,5% (2015), e nel 2018 era pari al 33,1%, mantenendosi costantemente 2-3 punti percentuali al di sotto del dato nazionale, che nel 2018 era pari a 36,3% (Fonte ISTAT – HFA). I lavoratori stranieri rappresentavano nel 2018 il 7,8% degli occupati nella regione, proporzione inferiore al dato nazionale (10,5%) e in lieve aumento rispetto al 7% del 2017, della quale poco meno del 40% rappresentato da lavoratrici. L'85% circa aveva un rapporto di lavoro dipendente, prevalentemente in edilizia, attività domestiche, agricoltura e commercio. Circa 10.000 imprese individuali registrate erano intestate a stranieri, 8.000 dei quali provenienti da paesi extra UE, con la seguente distribuzione per settori produttivi e per provincia:

- L'Aquila il primo settore era l'industria (38,3%, di cui 35,9% in edilizia);
- Pescara il 75,1% era impegnato nel terziario (di cui il 57,2% nel commercio);
- Chieti il primo settore era l'agricoltura, con il 12,2%;
- Teramo era presente una concentrazione di imprese manifatturiere (19,8%).

Al riguardo dei lavoratori 'atipici', essi tendono a svolgere i lavori più pericolosi, a lavorare in condizioni peggiori, a ricevere meno formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro ma anche a ricoprire ruoli marginali in azienda, senza supporto sociale da parte dei lavoratori a tempo indeterminato. Questa condizione di disagio porta a parlare per questi lavoratori di cd. "job insecurity", cioè di percezione individuale della precarietà del proprio posto di lavoro che determina a sua volta stress lavorativo e, come conseguenza, altre patologie a questo collegate. Inoltre, rispetto al lavoratore standard il lavoratore atipico il più delle volte svolge la sua mansione senza aver ricevuto specifica formazione e senza essere perfettamente a conoscenza dell'ambiente di lavoro e dei rischi ad esso connessi. Questa diversa comprensione dei rischi è strettamente connessa agli elementi propri della prestazione lavorativa, che diviene essa stessa artefice di situazioni pericolose per i lavoratori. Inoltre, trattandosi di lavoratori prevalentemente giovani spesso si riscontra una scarsa dimestichezza con le macchine e le attrezzature di lavoro. Esposti ad un rischio infortunistico maggiore sono i lavoratori somministrati extracomunitari, non solo a causa delle differenze linguistiche e culturali, ma anche perché vi è la tendenza ad affidare loro mansioni particolarmente pesanti e faticose ed in ragione del fatto che sono assunti prevalentemente in settori ad alto rischio di infortunio, quali, ad esempio, l'edilizia e l'industria pesante. Accanto al maggior rischio di subire un infortunio o di contrarre una malattia, diretta conseguenza di una scarsa cultura della salute, vi è una minore capacità di individuare e di denunciare una situazione di rischio o di una malattia professionale. Per il lavoratore atipico l'ostacolo maggiore al processo di riconoscimento della malattia professionale è il percorso lavorativo che affronta, frammentato, disomogeneo, variabile per il tipo di mansioni alle quali viene adibito e per i luoghi di lavoro.

Nel complesso i lavoratori 'atipici' nel 2016 sono poco meno di 4 milioni, in forte crescita dai 3 milioni del 2012. Parallelamente sono aumentati i committenti di lavori brevi, che dal 2015 superano il milione. Il valore economico dei rapporti di lavoro brevi, misurato sulla base delle retribuzioni lorde,



era dell'ordine dei 10 miliardi nel 2012, saliti a 12 nel 2016. Tra il 2012 e il 2016 si sono osservate forti dinamiche di crescita per i voucher, i rapporti di lavoro a termine, i rapporti di somministrazione e i professionisti assicurati alla Gestione Separata; l'andamento è risultato invece di forte contrazione per intermittenti e collaborazioni. In particolare, il 2016 ha segnato il quinto anno consecutivo di crescita dei rapporti di lavoro in somministrazione (da 377 mila a 500 mila) che nel 95% dei casi sono di breve durata (12 giorni è il dato medio 2016). In crescita ancora più accentuata è stato il numero di prestatori di lavoro accessorio (con voucher): da 366 mila nel 2012 è arrivato a quasi 1,8 milioni nel 2016. Questa tendenza si è arrestata a fine 2016 per effetto dei provvedimenti sulla "tracciabilità". Il lavoro accessorio è stato poi definitivamente abrogato a marzo 2017 contribuendo a rafforzare altre tipologie di rapporti di lavoro di breve durata (tempo determinato, intermittente). La diffusione dei RB (RAPPORTI BREVI) si è accompagnata a una crescita corrispondente dei committenti: da poco più di 800 mila nel 2012 a quasi 1,1 milione nel 2016, con un incremento del 32% mentre i lavoratori contestualmente interessati da RB sono aumentati del 29%. Negli anni si è progressivamente allargata la quota di committenti di RB diversi dalle imprese private con dipendenti (lavoratori autonomi o liberi professionisti senza dipendenti, associazioni, strutture pubbliche etc.): dal 22% del 2012 al 34% del 2016. Mediamente ogni committente attiva nel corso di un anno, con RB brevi, poco meno di quattro lavoratori. Un rilevante fattore di rischio per i lavoratori somministrati è rappresentato dal fatto che, a causa della sovente breve durata del rapporto, la sorveglianza sanitaria si limita alla visita preassuntiva e a quella finale, ma poiché la quasi totalità delle patologie si manifesta nel corso degli anni, la circostanza che il lavoratore sia seguito da medici diversi per diverse tipologie di rischio, fa sì che la sorveglianza sanitaria perda efficacia e che, dunque, non sia in grado di assolvere alla sua funzione preventiva. Altro fattore di incremento del rischio è rappresentato dal fatto che la scarsa esperienza ed anzianità lavorativa spesso si affianca ad una formazione carente in materia di sicurezza sul lavoro. Infatti, non solo la temporaneità del lavoro impedisce al lavoratore di acquisire un livello di formazione adeguato, ma è altresì sovente che i datori di lavoro non ritengano necessario o addirittura dimentichino di adempiere agli obblighi di informazione, formazione e addestramento (Fonte ISTAT - "Il mercato del lavoro: verso una lettura integrata." Editoriale ISBN: 978-88-458-1934-6. data di pubblicazione: 11 dicembre 2018). Dato ampiamente noto e discusso è la maggiore predisposizione dei lavoratori somministrati ad incidenti e infortuni sul lavoro.

L'invecchiamento progressivo della popolazione lavorativa è evidenziato dal tasso di occupazione crescente nella fascia di età 55-64 anni, che aumenta dal 40,4% del 2012 al 55,8% del 2019, anno nel quale il tasso di occupazione 15-64 anni era pari al 58,2%.

In merito ai settori di interesse del presente piano, a riguardo delle costruzioni nel 2018 in Abruzzo le PAT attive comprese nel settore ATECO F (Costruzioni), composto dai tre gruppi F41 (costruzione di edifici), F42 (ingegneria civile) ed F43 (lavori di costruzione specializzati) erano 15.690 (-15% rispetto al 2014), e impiegavano 35.163 addetti (- 0,6% su base regionale). Alla riduzione del numero di PAT, che si mantiene anche a livello provinciale (ma con proporzioni diversificate, da un massimo di -17% nella provincia di Teramo ad un minimo di - 12% in quella di L'Aquila), si affianca dunque una sostanziale costanza numerica degli addetti, risultante dalla riduzione del 9% nella provincia di L'Aquila, con un parallelo aumento di pochi punti percentuali nelle altre province (fino ad un massimo del 5% nella provincia di Teramo).

Il settore dell'agricoltura è caratterizzato da elevati indici infortunistici e da un rapporto infortuni mortali/infortuni totali elevato rispetto al settore dell'industria e servizi. Infatti al 2017 il settore, in termini di incidenza, calcolata in base alle giornate di lavoro INPS, continua a figurare al primo posto



sia come infortuni totali (32,10 per mille addetti), sia come infortuni gravi e mortali (rispettivamente 12,77 e 0,086 per mille), anche se a differenza di altri settori, grazie anche agli interventi sistematici messi in atto con il Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura (PNPAS) si è assistito ad una importante riduzione del numero di infortuni (Agricoltura -14.1%, Industria e Servizi -1.4%, dati denunce totali di infortunio, confronto anni 2014 e 2018 – dati INAIL). A questi dati occorrerebbe, però, aggiungere quelli che non emergono nelle statistiche convenzionali INAIL. L'ambiente agricolo, infatti, è anche ambiente di vita e ogni anno un numero non trascurabile di eventi gravi e mortali, determinati da macchine e/o impianti, coinvolgono lavoratori amatoriali e/o loro familiari. In agricoltura, nel 2018 (ultimo dato disponibile) la distribuzione per numerosità delle imprese attive classificate per gruppo di attività economica (ATECO 2007) mostra che tale settore è il terzo più rappresentato all'interno della Regione Abruzzo. Secondo dati ISTAT (2016) le aziende agricole con lavoratori autonomi in Abruzzo risultano essere pari a 11.526, mentre quelle con lavoratori dipendenti risultano essere 3034. In realtà, l'agricoltura, con il 18% circa delle unità locali attive, impiega solo il 6% degli addetti totali. I lavoratori stranieri nel settore rappresentavano nel 2018 il 7,8% degli occupati nella regione e solo la provincia di Chieti, osservando la distribuzione dei settori produttivi per provincia, registra il 12,2% del totale dei lavoratori stranieri impiegato nel settore agricolo.

Le criticità che necessariamente devono essere superate per la completa attuazione di quanto previsto all'interno del presente programma sono legate ai seguenti fattori:

- Carenza di personale Servizi PSAL rispetto ai volumi di attività richiesti
- Necessità di coordinamento da parte del Comitato ex art. 7 D.Lgs 81/08, data l'importanza strategica all'interno di ogni programma per la realizzazione delle varie azioni.
- Mancanza di sistemi informativi di gestione univoca sul territorio regionale delle attività istituzionali dei servizi PSAL.
- Carenza della Governance dei flussi informativi.
- Carenza di strumenti fruibili per l'aggiornamento professionale, tecnico e scientifico (es. norme UNI, accesso ai testi di aggiornamento normativo ed alla letteratura scientifica di riferimento).
- Necessità di approfondimenti ed aggiornamenti formativi degli operatori dei Servizi.
- Aderenza delle parti sociali, datoriali e degli altri portatori di interesse alle iniziative di coinvolgimento.



3.7.3 Scheda di programma

3.7.3.1 Descrizione dal PNP

Agricoltura ed edilizia sono tra i settori più esposti a rischio infortuni.

Tabella - Denunce d'infortunio in occasione di lavoro per settore di attività economica e anno di accadimento. Gestione industria e servizi Analisi della numerosità degli infortuni - Dati rilevati al 30 aprile 2019 (Fonte: INAIL)

Settore di attività economica	Anno di accadimento									
	2014		2015		2016		2017		2018	
	vvalore assoluto	%% sul totale settori	vvalore assoluto	%%sul totale settori	vvalore assoluto	%% sul totale settori	vvalore assoluto	%% sul totale settori	vvalore assoluto	% % sul totale settori
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	33.167	00,74%	22.838	00,69%	22.628	00,63%	22.557	00,61%	22.492	00,60%
F Costruzioni	339.220	99,17%	337.024	99,04%	336.097	88,72%	335.289	88,47%	334.555	88,34%

Le modalità di accadimento più frequenti negli infortuni mortali risultano essere le cadute dall'alto e la perdita di controllo dei mezzi utilizzati, molto spesso con il loro ribaltamento, come nel caso del trattore (dato confermato anche dall'Osservatorio Infortuni mortali e gravi in agricoltura che evidenzia la permanenza negli anni di circa 100 infortuni mortali l'anno da ribaltamento del trattore tra professionali e non). Peraltro, si teme una ulteriore recrudescenza in ragione del generale invecchiamento della popolazione lavorativa. L'analisi della banca dati Infor.MO sugli infortuni dei lavoratori, inserita nei Sistemi Informativi di INAIL, curata dal Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale (Dimeila) dell'INAIL ed alimentata dalle ASL, evidenzia sul totale dei 1.256 casi registrati nel periodo 2011-2015, 442 infortuni mortali di lavoratori anziani (> 55 anni), avvenuti principalmente nel settore agricolo (44%) e nelle costruzioni (24%). Per quanto riguarda la tipologia di impresa, gli infortuni sono accaduti essenzialmente nelle micro imprese, mentre risulta bassa la quota di casi avvenuti in aziende medio grandi, cioè > 50 addetti. In aumento sono altresì le malattie professionali.

All'interno del sistema istituzionale definito al Capo II, del D. Dlgs 81/08, costituito, in particolare, dal Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale (art. 5), dai Comitati regionali di coordinamento (art.7) e dalla Commissione consultiva permanente (art. 6), attraverso i c.d. Piani Nazionali, si è sviluppata e consolidata nel tempo una strategia per i settori Agricoltura ed Edilizia capace di coniugare azioni di prevenzione dei rischi utili ad elevare il livello di efficacia e di efficienza dell'intervento delle ASL nelle aziende del comparto.

Il contrasto agli infortuni, ed anche alle patologie lavoro correlate, in entrambi i settori si sviluppa - a partire dall'esperienza maturata dalle Regioni nel solco dei Piani Nazionali Costruzioni ed Agricoltura all'interno di gruppi di lavoro istituiti presso il Gruppo Tecnico Interregionale SSL, e condotta in collaborazione con INAIL e con l'Ispettorato nazionale del Lavoro (INL) - attraverso gli strumenti sia del



controllo sia dell'assistenza delle/alle imprese, valorizzando in questo modo, le linee di indirizzo già prodotte a garanzia di una più ampia uniformità di intervento su tutto il territorio nazionale.

Il Programma prevede un percorso strutturato, che coinvolga le figure strategiche della sicurezza per conto della committenza (committenti, responsabili dei lavori, professionisti, CSP/CSE) e aziendali (RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, ecc.) ed i lavoratori stessi, oltre che il Datore di lavoro, al fine di mettere in atto azioni efficaci e sostenibili tramite l'utilizzo di pratiche raccomandate in quanto basate su evidenze di efficacia e/o Buone Pratiche validate e criteri di sostenibilità economico-organizzativa, in tema di prevenzione degli infortuni nei cantieri edili e nel settore agricolo ed emersione delle malattie professionali nei lavoratori dei relativi comparti; a tal fine, nell'ambito delle attività del Programma Predefinito sono previsti l'implementazione e l'aggiornamento di buone pratiche e materiale documentale/informativo nel settore edile ed in agricoltura, da rendere liberamente disponibili e consultabili sui siti istituzionali tra cui, per l'edilizia, www.prevenzionecantieri.it.

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



3.7.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Settore AGRICOLTURA

1. Documento "Indirizzi 2013 del Comitato ex art. 5 Dlgs. 81/08 per la realizzazione nell'anno 2014 di Linee Comuni delle politiche nazionali e il coordinamento della vigilanza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" predisposto sulla base delle indicazioni espresse dai Comitati regionali di coordinamento presentato alla Commissione consultiva permanente nella seduta straordinaria del 6 novembre 2013 ed approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 20/02/2014.
2. Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura 2014-2018.
3. Salute e sicurezza in agricoltura. Un bene da coltivare. Atti convegno di S. Michele all'Adige, Fond. Mach, 22-23 Novembre 2018.
4. Manuale per un lavoro sicuro in Agricoltura. Regione Veneto EBAT, 2007
5. La sicurezza delle macchine agricole/forestali: attività di sorveglianza del mercato, evoluzione della normativa tecnica e novità legislative. Bologna, 3 novembre 2008 Fiera EIMA
6. Documento tecnico per l'individuazione delle buone prassi negli allevamenti bovini e suini
7. Strumenti di supporto per valutazione dei rischi in attività stagionali
8. Documento tecnico per la gestione in sicurezza degli impianti di produzione di energia elettrica da fonti rinnovabili, mediante digestione anaerobica di substrati a matrice organica, comunemente detti Biogas, nelle fasi significative della loro vita utile.
9. Schede di controllo (az. Agricole, lavori forestali, commercio macchine agricole) e strumenti di supporto
10. Manuale per la formazione del commerciante di Prodotti Fitosanitari. Regione Emilia, GTI, 2017
11. Direttiva 2009/128/CE del 21 ottobre 2009, che istituisce un quadro per l'azione comunitaria ai fini dell'utilizzo sostenibile dei prodotti fitosanitari
12. Salvati A, Bucci G, Romualdi R, Bucciarelli A. Gli infortuni e le malattie professionali in agricoltura: salute e sicurezza sul lavoro a 100 anni dall'introduzione della tutela assicurativa. Quaderni della rivista degli infortuni e delle malattie professionali. Ed INAIL, 2017
13. Fabrizi G, Barrese E, Scarpelli M, Gherardi M. Prevenzione e protezione dei lavoratori nell'utilizzo dei pesticidi in agricoltura. Gli infortuni e le malattie professionali in agricoltura: salute e sicurezza sul lavoro a 100 anni dall'introduzione della tutela assicurativa. Quaderni della rivista degli infortuni e delle malattie professionali. Ed INAIL2017.

Settore EDILIZIA

1. Intesa, ai sensi dell'art. 8 comma 6 L 5.6.2003, n. 131, sul documento recante "Indicazioni ai Comitati Regionali di Coordinamento per la definizione della programmazione per l'anno 2014" del Comitato per l'indirizzo delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia salute e sicurezza sul lavoro ex art. 5 D.lgs 81/08 (Rep. Atti 23 CU del 20 febbraio 2014)
2. Documento "Indirizzi 2013 del Comitato ex art. 5 D.lgs. 81/08 per la realizzazione nell'anno 2014 di Linee Comuni delle politiche nazionali e il coordinamento della vigilanza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" predisposto sulla base delle indicazioni espresse dai Comitati regionali di coordinamento presentato alla Commissione consultiva



permanente nella seduta straordinaria del 6 novembre 2013 ed approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 20/02/2014.

3. *Titolo IV del d. lgs. 81/2008 e relativi allegati*
4. *Piano Nazionale Edilizia 2014-2018*
5. *Linee di indirizzo per la vigilanza nei cantieri temporanei o mobili (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)*
6. *Liste di controllo nei cantieri edili (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)*
7. *Linee di indirizzo per la vigilanza nelle grandi opere (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)*
8. *Guida pratica all'applicazione del titolo IV del decreto legislativo 81/08 nei lavori pubblici e nei lavori privati (Regione Sicilia, edizione 2011)*

3.7.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

L'analisi dei dati regionali al riguardo del contesto edilizia ed agricoltura mostrano che, a fronte di un decremento complessivo dell'impiego in tali settori, permangono criticità nell'ambito della salute e sicurezza sul lavoro. Tali criticità sono rappresentate da: eventi infortunistici nell'ambito del settore delle costruzioni specializzate, da un incremento della frequenza degli eventi infortunistici che interessano la popolazione lavorativa femminile oltre i 40 anni e dalle ridotte denunce in merito ai tumori di presunta origine professionale. Inoltre lo scenario di ripresa post COVID-19 e le recenti misure introdotte dal governo in merito agli incentivi fiscali in ambito edilizio andranno sicuramente ad aumentare l'impiego complessivo della forza lavoro e di conseguenza la necessità di vigilanza ed assistenza sul territorio. Le attività di programmazione di controllo ed assistenza al territorio abruzzese dovranno quindi essere adattate in modo da affrontare anche le criticità legate alla distribuzione frammentaria delle imprese all'interno del contesto regionale (per la maggior parte costituito da micro e piccole imprese), all'alto tasso di lavoratori autonomi, all'impiego eterogeneo della forza lavoro (turn over elevato, stagionalità, manodopera straniera, lavoratori interinali, impieghi irregolari) e, non per ultimo, all'invecchiamento della popolazione lavorativa. I dati nazionali (Fonte Istat: economia non osservata nei conti nazionali periodo di riferimento: anni 2016-2019 data di pubblicazione: 18 ottobre 2021) hanno riportato che nel 2019 l'economia non osservata vale 203 miliardi di euro, pari all'11,3% del Pil. Rispetto al 2018 si riduce di oltre 5 miliardi (-2,6%) confermando la tendenza in atto dal 2014. La componente dell'economia sommersa ammonta a poco più di 183 miliardi di euro mentre quella delle attività illegali supera i 19 miliardi. Sono 3 milioni 586 mila le unità di lavoro irregolari nel 2019. In Abruzzo, nel settore agricoltura, (Fonte Regione - Dipartimento% nel 2017 Agricoltura) su 241 ispezioni con una percentuale di irregolarità pari al 53,02% (48% nel 2017). Le maggiori percentuali di irregolarità in rapporto al numero di ispezioni effettuate sono state riscontrate nell'ambito territoriale di Teramo (55,56%), segue Chieti-Pescara (53%), infine L'Aquila (50,68%). In Abruzzo nel 2018 sono stati accertati 132 lavoratori irregolari in agricoltura, di cui 93 "in nero".

Ulteriore criticità che emerge dalla analisi di contesto è la difformità nella distribuzione per provincia degli infortuni denunciati. Emerge, infatti, che 2/3 dei casi appartengono alla provincia di Teramo e Chieti, malgrado l'alta incidenza di manodopera insistente in altre zone produttive regionali (ad es. nell'agricoltura intensiva del Fucino).



Per tali motivi per il presente programma è necessario pianificare strategie di intervento condivise attraverso confronti nei tavoli territoriali del Comitato Regionale di Coordinamento ex Art.7 del D.Lgs n°81/2008 e s.m.i., Comitato che garantirà il coordinamento di tutte le azioni. Nell'ambito di tale programmazione saranno realizzate attività mirate al miglioramento delle qualità della attività dei servizi PSAL attraverso percorsi di formazione degli operatori, aggiornamento delle procedure di vigilanza ridefinendo strumenti e modalità omogenee per il monitoraggio sul territorio, approcci costruiti e diversificati a seconda delle peculiarità del territorio stesso.

Un'ulteriore azione sarà deputata alla verifica e promozione della qualità, appropriatezza ed efficacia della sorveglianza sanitaria svolta in questi settori, anche nell'ottica di orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianze, come nel caso dei lavoratori stagionali, in particolar modo in agricoltura, dei lavoratori stranieri, i quali spesso presentano difficoltà legate alle differenze linguistiche, culturali e sociali.

Al fine di applicare strategie di intervento mirate alla gestione di alcuni rischi prioritari in Regione, sulla scorta dei dati derivanti dall'analisi di contesto, il presente piano prevede l'applicazione di Piani Mirati volti al contrasto di due fenomeni infortunistici peculiari: cadute dall'alto e macchine agricole.

Tutte le azioni concepite nel presente piano dovranno essere sviluppate in concerto con il Comitato di Coordinamento di cui all'ex Art.7 del D.gs n°81/2008 e s.m.i. con la funzione di coordinamento per la programmazione di interventi, al fine di garantire anche l'uniformità degli stessi interventi, nell'ottica di indirizzare le attività di prevenzione e di vigilanza nel rispetto delle indicazioni e dei criteri formulati a livello nazionale.

In un'ottica di supporto ed assistenza al contesto territoriale, inoltre, saranno diffuse dai servizi PSAL buone pratiche condivise, materiale tecnico scientifico e documentale/informativo, per favorire l'evoluzione ed il miglioramento dell'approccio organizzativo aziendale all'interno dei settori agricoltura ed edilizia.

3.7.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP07_OT01	Sviluppo delle collaborazioni e delle azioni integrate: intradipartimentali tra Istituzioni (MdS, INAIL, INL, NAS, ICQRF, MiPAAF, MiSE, MiIT, MLPS,MIUR, VVF) finalizzate agli obiettivi di prevenzione;tra parti sociali e stakeholder (EE.BB, Società Scientifiche, OO.SS. e Associazioni datoriali di settore);con Ordini e collegi professionali
PP07_OT01_IT01	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7
formula	Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione
Standard	Almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP (livello regionale/territoriale con redazione dei relativi verbali)
Fonte	Regione



FORMAZIONE

PP07_OT02	Realizzazione di attività di formazione dei soggetti del sistema della prevenzione in agricoltura e in edilizia.
PP07_OT02_IT02	Formazione SSL rivolta agli operatori del settore edile per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico
formula	Attuazione di percorsi di formazione secondo i criteri definiti in ambito nazionale, rivolto agli operatori dei settori edilizia ed agricoltura e delle ASL per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico
Standard	Almeno n. 3 iniziative/incontri/seminari/convegni all'anno
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP07_OT06	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo in edilizia ed agricoltura, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder
PP07_OT06_IT03	Comunicazione dell'approccio al rischio
formula	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi interistituzionali, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio, nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP07_OT08	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PP07_OT08_IT04	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione



3.7.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP07_OS01	Promozione delle attività di vigilanza, controllo e assistenza alle imprese anche applicando alle attività di controllo i principi dell'assistenza "empowerment" e dell'informazione; contrasto all'utilizzo di macchine ed attrezzature da lavoro non conformi o prive dei Requisiti Essenziali di Sicurezza e creazione della banca dati delle non conformità ai RES
PP07_OS01_IS01	Strategie di intervento per le attività di vigilanza, controllo, assistenza
formula	Programmazione annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza
Standard	Report annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza in rapporto al numero di aziende agricole presenti sul territorio (privilegiando le micro imprese) e di aziende del commercio macchine anche nelle manifestazioni fieristiche e, per l'edilizia, al numero di notifiche preliminari significative (importo lavori maggiore di 30.000 euro) pervenute l'anno precedente
Fonte	Regione
PP07_OS02	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto/uso del trattore, uso di sostanze pericolose, contenimento dei rischi nei lavori stagionali) tramite l'attivazione in ciascuna Regione/ASL di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP), di contrasto ad uno o più rischi specifici del settore edilizia ed agricoltura, individuato sulla base delle specificità territoriali e conformemente alle risorse e competenze disponibili
PP07_OS02_IS02	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
formula	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto)
Standard	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun comparto (edilizia e agricoltura); 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento; 2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza
Fonte	Regione
PP07_OS03	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)
PP07_OS03_IS03	Sorveglianza Sanitaria Efficace
formula	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)
Standard	(per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) - 2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente la sorveglianza sanitaria, per i comparti Edilizia e Agricoltura - 2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti - 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza
Fonte	Regione

3.7.6 Azioni

PROGRAMMA	PP07
TITOLO AZIONE (1 di 5)	Realizzazione di eventi informativi/formativi su REACH e CLP rivolti a specifici settori del mondo produttivo
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.7 Formazione operatori di altri Settori (es. OSA, Associazioni, RLSPP, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT06 Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo in edilizia ed agricoltura, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder	
OT06IT03	Comunicazione dell'approccio al rischio
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Al fine di fornire alle imprese ed ai lavoratori conoscenze aggiornate ed utili alla comprensione del rischio chimico nel proprio ambiente di lavoro ed incentivare l'adozione di corrette misure di gestione delle sostanze chimiche, si ritiene utile, predisporre interventi informativi indirizzati a settori specifici come quello dell'agricoltura e dell'edilizia. Nell'ambito del presente programma, l'azione si propone di fornire strumenti per la corretta individuazione e valutazione del rischio chimico, anche alla luce dei Regolamenti europei REACH e CLP, atti a favorire l'adozione di misure di prevenzione e comportamenti adeguati alla tutela della salute dei lavoratori e degli utilizzatori dei prodotti chimici immessi in commercio.

La progettazione delle attività, finalizzate alla realizzazione dell'azione, verrà affidata a un Gruppo tecnico di lavoro, anche intersettoriale, a valenza regionale, con il coinvolgimento del referente regionale ed esperti REACH. Al Gruppo verrà demandata, altresì, l'individuazione delle tematiche oggetto degli interventi informativi di interesse specifico per il settore dell'agricoltura e dell'edilizia.

PROGRAMMA	PP07
TITOLO AZIONE (2 di 5)	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CADUTE DALL'ALTO IN EDILIZIA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto/uso del trattore, uso di sostanze	



pericolose, contenimento dei rischi nei lavori stagionali) tramite l'attivazione in ciascuna Regione/ASL di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP), di contrasto ad uno o più rischi specifici del settore edilizia ed agricoltura, individuato sulla base delle specificità territoriali e conformemente alle risorse e competenze disponibili	
OS02IS02	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Come evidenziato dal profilo di salute ed analisi di contesto regionali, nonostante il trend positivo di riduzione nel periodo compreso tra il 2012 e il 2019 (le denunce di infortunio sul lavoro nel settore delle costruzioni si sono ridotte in media del 44%) mantenendo comunque gli esiti più gravi. Nel quinquennio 2014-2018 infatti il tasso grezzo di infortuni nelle costruzioni è passato da 24,4 a 19,5 per mille addetti, tenendosi al di sopra dei valori nazionali, in relazione soprattutto alla frequenza e gravità degli infortuni riferiti alle imprese con codice F43 (lavori di costruzione specializzati). Prendendo in considerazione le codifiche ESAW degli infortuni in edilizia definiti positivamente in Abruzzo nel periodo compreso tra il 2014 e il 2019 (escludendo infortuni stradali e in itinere) si è riscontrato che la Deviazione più frequente (nei 4300 casi in cui è stata individuata) è rappresentata da una caduta (circa ¼ dei casi). Il dato Informo nazionale evidenzia che su 1931 infortuni gravi/mortali analizzati nel settore delle costruzioni 1054 sono cadute di persone dall'alto. L'estrema mobilità nel territorio delle imprese delle costruzioni rende opportuno un intervento il più possibile omogeneo e coordinato a livello nazionale anche metodologicamente sui determinanti delle dinamiche infortunistiche con esiti di maggiore gravità (le cadute dall'alto vengono fra l'altro indicate, anche nel programma predefinito n°7 del PNP 2020-2025 nei confronti delle quali applicare strategie di intervento mirate). La necessità di indirizzare azioni mirate di prevenzione al rischio da cadute dall'alto in edilizia nasce quindi dall'analisi dei dati epidemiologici del sistema INFORMO, dai mutamenti organizzativi del mondo del lavoro e dall'invecchiamento della popolazione lavorativa. In parziale continuità con quanto intrapreso nell'ambito del Piano precedente, verranno definite strategie mirate di prevenzione che siano quanto più possibile condivise per favorire la sinergia con tutti i soggetti (anche esterni al sistema pubblico della prevenzione) in seno al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D. Lgs. 81/08 ed in linea con gli indirizzi dei gruppi tecnici regionali e nazionali, secondo un percorso strutturato che coinvolga sia le figure strategiche della prevenzione (Committenti, Responsabili dei Lavori, Professionisti CSP, CSE, RSPP, RLS, OOSS) che i lavoratori e che garantisca il raggiungimento delle piccole e medie imprese, per il superamento delle disuguaglianze. Le attività saranno ispirate ad un approccio proattivo dei Servizi di Vigilanza e controllo, con l'obiettivo di coniugare il binomio prevenzione-vigilanza attraverso momenti e strumenti dedicati al sostegno ed assistenza alle imprese e momenti e strumenti dedicati alle attività di controllo mirato. In sostanza l'impegno sarà orientato alla implementazione e all'aggiornamento delle buone pratiche e del materiale documentale informativo inerente il rischio specifico oggetto del PMP e alla diffusione



del materiale mediante canali di comunicazione che lo rendano prontamente e sempre disponibile alle imprese ed ai lavoratori. Le attività saranno altresì orientate al supporto/assistenza alle imprese e ai lavoratori per il sostegno, l'autovalutazione e gestione dei rischi, per far emergere l'opportunità ed il bisogno di specifiche tutele (cosidette soluzioni), non pienamente comprese ed applicate dalle aziende.

La pianificazione del piano mirato, come rappresentato nello schema seguente, si articolerà attraverso tre diverse fasi: l'Assistenza, che prevede attività di progettazione, condivisione e ricerca, la Vigilanza, che prevede attività programmate e condivise di controllo, la Valutazione di efficacia, nella quale saranno elaborati report sui dati di attività.

FASE 1 ASSISTENZA

- progettazione
- seminario di avvio
- informazione/formazione

FASE 2 VIGILANZA

- Autovalutazione delle aziende
- Vigilanza da parte delle ASL sulla Aziende coinvolte nell'intervento di prevenzione

FASE 3 VALUTAZIONE DI EFFICACIA

- Raccolte e diffusione di buone pratiche
- Restituzione dei risultati e/o di buone prassi

FASE 1 ASSISTENZA

Attività 1 Progettazione :

Istituzione nell'ambito del Comitato di Coordinamento ex art. 7 DLGS 81/08 e smi di un Tavolo Tecnico quale sede di confronto con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo. Ricostituzione del Gruppo di lavoro per le attività di progettazione di seguito declinate:

- a. Realizzazione del PMP in sintonia con gli indirizzi emanati dal Gruppo Tecnico Inter Regionale;
- b. definizione dei criteri per ricerca/selezione e modalità di coinvolgimento delle imprese edili, a livello locale avvalendosi degli archivi INAIL-SPSAL, ENTI bilaterali Associazioni di categoria;
- c. esame delle buone prassi e redazione del relativo documento. Nel selezionare esempi di buone prassi, si terrà conto della presenza dei seguenti elementi:

- gestione concreta ed efficiente dei rischi di caduta dall'alto, con particolare attenzione alle attrezzature, alle lavorazioni ed ai contesti organizzativi ed ambientali;



- considerazione delle diversità all'interno della forza lavoro (età e provenienza);
 - partecipazione e coinvolgimento effettivi della forza lavoro e dei loro rappresentanti;
 - realizzazione di interventi efficaci sul luogo di lavoro;
 - miglioramenti dimostrabili in termini di sicurezza e salute dei lavoratori;
 - sostenibilità degli interventi nel lungo periodo;
 - trasferibilità del modello ad altri luoghi di lavoro
- d. predisposizione di una scheda di autovalutazione da somministrare alle imprese;
 - e. predisposizione di materiale per l'avvio dei seminari rivolti alle imprese
 - f. modalità organizzative per la formazione del personale di vigilanza;
 - g. modalità organizzative per la formazione delle figure aziendali della sicurezza (RSPP, RLS, MC, altri professionisti).

Attività 2 Realizzazione seminari di avvio: in questa fase ciascun Servizio PSAL procederà ad illustrare alle Aziende Sanitarie del proprio territorio gli obiettivi del piano Predefinito, il documento di buone prassi e la scheda di autovalutazione, da restituire successivamente.

Attività 3 Informazione e formazione: realizzazione dei corsi di formazione al personale SPSAL; realizzazione corsi di formazione per le figure aziendali della sicurezza sulle buone prassi e almeno un corso rivolto ai Medici Competenti sulla sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio di cadute dall'alto e sull'importanza della partecipazione al processo di individuazione e gestione dei rischi nel singolo cantiere.

FASE 2 VIGILANZA

Attività 4: Analisi delle schede di autovalutazione;

Attività 5: ispezioni, basate sui report delle criticità emerse dalle schede di autovalutazione.

FASE 3 VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA

Attività 6: Ciascun Servizio PSAL elaborerà i risultati dei dati di vigilanza (esame schede di autovalutazione; ispezioni con riferimento alle buone pratiche per la riduzione del rischio e all'efficace sorveglianza sanitaria).



CRONOPROGRAMMA Dettaglio

Attività	Responsabile	2021	2022	2023	2024	2025
Ricostituzione GDL	Regione		X			
Istituzione del Tavolo Tecnico (in seno al Comitato di Coordinamento ex art. 7)	Regione		X			
Progettazione di dettaglio del PMP , (modalità attuative e strumenti di supporto caratterizzanti l'intervento)	Regione/GDL/Tavolo Tecnico		X			
Definizione dei criteri per ricerca/selezione e modalità di coinvolgimento delle imprese edili	Comitato Coord/GDL		X			
Elaborazione documento Buone Pratiche per la gestione dei rischi di caduta dall'alto	Comitato Coord/GDL		X			
Predisposizione di una scheda di autovalutazione da somministrare alle aziende	Comitato Coord/GDL		X			
Condivisione PMP in seno al Comitato ex. art. 7 del D. Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, informazione, vigilanza e controllo	Regione/Tavolo Tecnico		X	X	X	X
Formazione degli operatori dei Servizi ASL, Medici competenti e imprese	ASL-Regione			X	X	
Somministrazione schede autovalutazione	SPSAL		X	X		
Attività di vigilanza diretta in funzione delle criticità emerse dall'attuazione del piano e dall'esame delle schede di autovalutazione	SPSAL				X	X
Promozione processi di comunicazione/diffusione buone pratiche e materiale documentale/informativo anche tramite portali web istituzionali	Regione/ASL		X	X	X	X
Report di attività	SPSAL		X	X	X	X

PROGRAMMA	PP07
TITOLO AZIONE (3 di 5)	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO UTILIZZO (NON CONFORME) MACCHINE AGRICOLE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto/uso del trattore, uso di sostanze pericolose, contenimento dei rischi nei lavori stagionali) tramite l'attivazione in ciascuna Regione/ASL di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP), di contrasto ad uno o più rischi specifici del settore edilizia ed agricoltura, individuato sulla base delle specificità territoriali e conformemente alle risorse e	



competenze disponibili	
OS02IS02	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Sintesi Nazionale

L'ambiente agricolo è anche ambiente di vita e ogni anno un numero non trascurabile di eventi gravi e mortali, determinati da macchine e/o impianti, coinvolgono lavoratori amatoriali e/o loro familiari. I dati dell'Osservatorio infortuni mortali e gravi sviluppato e gestito da INAIL e dal Gruppo di lavoro del Coordinamento delle Regioni, segnalano oltre un centinaio di morti all'anno causati dal solo trattore. In ogni caso ai fini di una corretta interpretazione del fenomeno infortunistico, occorrerebbe disporre di denominatori certi e aggiornabili, oggi non facilmente disponibili. Analizzando i dati presenti nel Registro Nazionale infortuni non professionale, che raccoglie gli eventi gravi e mortali, gli infortuni mortali causati dall'uso del trattore sono illustrati, nelle modalità di accadimento, nella tabella seguente:

modalità accadimento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	totale	
Capovolgimento	116	80	85	89	100	106	90	666	76,91
Investimento	9	13	7	13	9	15	9	75	8,66
Caduta dal trattore	8	11	6	7	10	10	8	60	6,93
Investimento da terra	0	5	7	3	0	4	1	20	2,31
Schiacciamento	0	5	4	0	2	1	0	12	1,39
nd	2	13	2	9	0	1	6	33	3,81
Totale	135	127	111	121	121	137	114	866	100,00

Inoltre nel settore agro forestale si assiste ad un significativo sviluppo della tecnologica sia nell'ambito dell'organizzazione del lavoro che della meccanizzazione. Tuttavia il parco macchine è molto numeroso ma in buona parte vetusto, ad esempio i trattori immatricolati prima del 1974 si stima ammontino ad almeno 300.000 esemplari. Conseguentemente particolare attenzione deve essere posta al rispetto dei pertinenti requisiti di sicurezza prevedendo un eventuale processo di adeguamento delle macchine e dei trattori ovvero una costante attività di controllo finalizzata a garantire nel tempo la permanenza dei suddetti requisiti di sicurezza.

Analisi Regionale – ABRUZZO

In Abruzzo il settore agricolo, nei precedenti Piani Regionali di Prevenzione 2010-2012 (prorogato al 2013) e 2014 -2018 (prorogato al 2019), è stato individuato tra i settori prioritari di intervento per la prevenzione degli eventi infortunistici sia per la frequenza che la gravità degli infortuni con l'inserimento, rispettivamente, di un apposito Progetto "Coltiviamo la Sicurezza" e di apposite Azioni,



nell'ambito dei quali sono state realizzate, dai Servizi P.S.A.L. delle 4 ASL, attività di diffusione della cultura della sicurezza sul lavoro nel settore agricolo (mediante attività di informazione-sensibilizzazione ed assistenza) e attività di controllo e vigilanza. Dall'esame dei dati dei Flussi Informativi Inail-Regioni (ultima edizione, rilasciata ad Aprile 2020) si rileva che in Abruzzo gli infortuni denunciati in agricoltura in Abruzzo sono diminuiti del 29% circa dal 2012 al 2019; l'85% degli eventi denunciati nel periodo è stato definito positivamente e le definizioni positive riferite al 2019 sono inferiori del 31% rispetto al 2012. Infine, gli infortuni gravi rappresentano il 41% degli infortuni definiti positivamente nel periodo: il loro numero si è ridotto a livello regionale di circa 1/3 nel 2019 rispetto al 2012.

Sicuramente anche grazie all'effettuazione delle suddette attività si è registrata una notevole riduzione degli infortuni nel settore agricolo, ma permane ancora elevato il numero di infortuni, soprattutto quelli gravi, che rappresentano il 41% degli infortuni definiti positivamente nel periodo (su base annua, una quota compresa tra il 38% e il 43%). Il loro numero si è comunque ridotto a livello regionale di circa 1/3 nel 2019 rispetto al 2012: tale riduzione ha riguardato tutte le province, ma in modo più marcato quella di Teramo, dove ha toccato il 50%.

Il 28% degli infortuni definiti positivamente tra il 2012 e il 2019 è avvenuto durante attività di preparazione del terreno e il 15% durante lavorazioni successive alla semina; un ulteriore 20% si è verificato nel corso di lavori di produzione e allevamento di animali. In più di ¼ dei casi l'infortunio è avvenuto nel corso di lavori di preparazione del terreno, e nel 19% dei casi durante attività di tipo zootecnico.

Per quanto riguarda le lesioni riportate a seguito degli infortuni riconosciuti, la sede più frequente è rappresentata dagli arti inferiori (30%), seguiti dagli arti superiori (27%) e dal rachide (10%), prevalentemente nel tratto lombare. Da segnalare che nel 30% dei casi le lesioni a carico del rachide lombare sono da sforzo.

Obiettivi specifici del programma e relativi Indicatori di monitoraggio

I dati del sistema di sorveglianza nazionale degli infortuni mortali e gravi sul Lavoro "INFORMO" dimostrano che il ribaltamento dei mezzi è una tra le più frequenti modalità di accadimento degli infortuni mortali in luogo di lavoro, nel 70% avviene nel comparto agricolo/forestale e nel 45% dei casi di ribaltamenti il mezzo coinvolto è la trattrice.

Inoltre l'analisi delle dinamiche di insorgenza degli infortuni sul lavoro ha ampiamente dimostrato che il fattore umano, inteso come errore di procedura o pratica scorretta, è il determinante più frequentemente correlato all'evento lesivo.

Caratterizzano i ribaltamenti due criticità: l'errore di manovra alla guida del mezzo con sottovalutazione dell'ambiente di lavoro (in primis la pendenza del terreno o la presenza di scarpate)



e l'assenza dei dispositivi di protezione necessari (cinture di sicurezza e sistemi antiribaltamento).

Dall'analisi completa dei dati, nazionali e regionali, sul fenomeno infortunistico in agricoltura dimostrano come l'attenzione ed i controlli nel settore debbano restare alti.

Tuttavia nel territorio abruzzese le caratteristiche proprie del settore, quali la parcellizzazione delle imprese per la maggior parte di piccole o piccolissime dimensioni per lo più a carattere familiare, il turn over elevato della forza lavoro, la stagionalità del lavoro, il largo impiego di manodopera straniera, l'anzianità della popolazione lavorativa, la presenza di lavoratori impiegati in maniera irregolare in tutto o in parte, rendono particolarmente difficile l'applicazione della normativa di prevenzione e il relativo controllo.

Tali fattori possono minare l'efficacia di una vigilanza impostata su interventi caso per caso, anche in relazione al mutamento continuo delle situazioni di rischio, rendendo necessaria la ricerca di strategie in grado di raggiungere un obiettivo di efficacia su tutto il comparto. La piccola dimensione dell'impresa costituisce, tra l'altro, un elemento che le evidenze di letteratura associano ad una minore aderenza delle norme e delle procedure aziendali, a carenze formative, a minori relazioni tra strutture della committenza/impresa e organi di controllo, ad un gap informativo rispetto ad iniziative di assistenza e analisi di controllo.

Alla luce di tali considerazioni si rende necessario, attivare strategie strutturate di assistenza e controllo, come il Piano Mirato di Prevenzione, che possano coinvolgere le imprese in un percorso di miglioramento, applicando modalità di intervento mirate a coniugare le attività di assistenza - intesa come reale coinvolgimento delle imprese - e quelle di vigilanza nelle azioni di prevenzione, prioritariamente sui determinanti legati all'uso (non conforme) di macchine agricole in primis la trattoria, degli infortuni con il fine ultimo di innalzare gradualmente il livello di prevenzione e sicurezza del comparto nel suo insieme.

Il Piano Mirato di Prevenzione, tenendo in considerazione le diverse specificità territoriali conformemente alle risorse e competenze disponibili, mira a migliorare le condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori, sostenendo i datori di lavoro nel percorso di autovalutazione del livello di sicurezza nella gestione dei rischi e nell'organizzazione della sicurezza aziendale, attraverso attività di sensibilizzazione, assistenza e vigilanza alle imprese coinvolte.

Nell'attuazione del PMP vanno favorite le sinergie con tutti i soggetti, anche esterni al sistema pubblico della prevenzione, in sede di Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D. Lgs. 81/2008.

Il target delle aziende, per la realizzazione del PMP, è costituito dalle aziende agricole, comprese le aziende zootecniche e florovivaistiche, dai coltivatori diretti del fondo ed i soci delle società semplici operanti nel settore agricolo.



Bibliografia

1. Documento “Indirizzi 2013 del Comitato ex art. 5 Dlgs. 81/08 per la realizzazione nell’anno 2014 di Linee Comuni delle politiche nazionali e il coordinamento della vigilanza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro” predisposto sulla base delle indicazioni espresse dai Comitati regionali di coordinamento presentato alla Commissione consultiva permanente nella seduta straordinaria del 6 novembre 2013 ed approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 20/02/2014.
2. Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura 2014-2018.
3. Salute e sicurezza in agricoltura. Un bene da coltivare. Atti convegno di S. Michele all’Adige, Fondazione Mach, 22-23 Novembre 2018.
4. Manuale per un lavoro sicuro in Agricoltura. Regione Veneto EBAT, 2007
5. La sicurezza delle macchine agricole/forestali: attività di sorveglianza del mercato, evoluzione della normativa tecnica e novità legislative. Bologna, 3 novembre 2008 Fiera EIMA
6. Documento tecnico per l’individuazione delle buone prassi negli allevamenti bovini e suini
7. Strumenti di supporto per valutazione dei rischi in attività stagionali
8. Documento tecnico per la gestione in sicurezza degli impianti di produzione di energia elettrica da fonti rinnovabili, mediante digestione anaerobica di substrati a matrice organica, comunemente detti Biogas, nelle fasi significative della loro vita utile.
9. Schede di controllo (az. Agricole, lavori forestali, commercio macchine agricole) e strumenti di supporto
10. Manuale per la formazione del commerciante di Prodotti Fitosanitari. Regione Emilia, GTI, 2017
11. Direttiva 2009/128/CE del 21 ottobre 2009, che istituisce un quadro per l’azione comunitaria ai fini dell’utilizzo sostenibile dei prodotti fitosanitari
12. Salvati A, Bucci G, Romualdi R, Bucciarelli A. Gli infortuni e le malattie professionali in agricoltura: salute e sicurezza sul lavoro a 100 anni dall’introduzione della tutela assicurativa. Quaderni della rivista degli infortuni e delle malattie professionali. Ed INAIL, 2017
13. Fabrizi G, Barrese E, Scarpelli M, Gherardi M. Prevenzione e protezione dei lavoratori nell’utilizzo dei pesticidi in agricoltura. Gli infortuni e le malattie professionali in agricoltura: salute e sicurezza sul lavoro a 100 anni dall’introduzione della tutela assicurativa. Quaderni della rivista degli infortuni e delle malattie professionali. Ed INAIL2017.

Per soddisfare gli obiettivi relativi alle azioni trasversali del PNP, in merito all’intersectorialità, dovrà



essere garantito lo sviluppo delle collaborazioni e delle azioni integrate finalizzate agli obiettivi di prevenzione tra Istituzioni (INAIL, INL, MiSE, VVF), tra parti sociali e stakeholder (EE.BB, Società Scientifiche, OO.SS. Associazioni datoriali di settore). Il confronto tra le parti dovrà svolgersi in seno al Comitato ex art. 7 del D. Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, informazione, vigilanza e controllo. All'interno della cabina di regia regionale, in coordinamento con il gruppo tematico interregionale, andranno sviluppate le azioni di confronto sulle tematiche quali infortuni con INAIL, controllo mercato macchine con Ministero Sviluppo Economico (MISE), Capolarato con DTL, sul rischio incendio con i vigili del fuoco. In merito alla formazione, sarà necessario promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e favorire la formazione, in modo da favorire la professionalizzazione degli operatori delle Asl. Realizzazione di attività che favoriscano la consapevolezza e la formazione dei soggetti del sistema della prevenzione in agricoltura. In piena aderenza agli indicatori prestabiliti, dovranno essere attuati percorsi di formazione secondo i criteri definiti in ambito nazionale, rivolto agli operatori del settore agricoltura e delle ASL per il contrasto del fenomeno infortunistico. Dovranno essere predisposti vari corsi di formazione, quali un corso base per operatori ASL, un corso avanzato per operatori ASL ed altri corsi rivolti RLS, MC, RSPP, ed officine che si occupano di riparazioni/vendita macchine agricole.

In merito all'obiettivo trasversale "Comunicazione", dovranno essere realizzate campagne di comunicazione regionali di informazione e sensibilizzazione ad hoc sulle principali criticità del settore agricoltura, favorendo altresì la digitalizzazione e la diffusione della documentazione di indirizzo attraverso i portali web istituzionali, per il miglioramento dell'approccio organizzativo delle aziende per la gestione dei rischi. Sarà inoltre necessario realizzare, aggiornare e diffondere buone pratiche e materiale documentale/ informativo, nei portali web istituzionali e in quelli degli Stakeholder, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio. Le iniziative di comunicazione dovranno riguardare le MACCHINE (nello specifico, requisiti normativi ed evoluzione tecnica) e l'USO TRATTORE SICUREZZA. Messa a disposizione dei materiali prodotti e condivisione esperienze sul portale web dedicato all'agricoltura; la produzione di buone pratiche e linee guida dovranno ad esempio essere mirate sulla valutazione della idoneità delle cabine per trattori after-market, su roll bar reclinabili, sulla gestione del rischio ribaltamento macchine agricole semoventi in base ai requisiti normativi ed evoluzione tecnica.

Azione equity-oriented

Tra le azioni trasversali richieste dal Piano, sarà di fondamentale importanza orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative. Obiettivo specifico sarà dunque quello di garantire comportamenti omogenei utilizzando gli strumenti messi a disposizione, ad esempio attraverso la scheda controllo aziende agricole, la scheda commercio macchine agricole, la scheda controllo cantieri di manutenzione del verde. Andranno valorizzati elementi di equità quali contrasto delle disuguaglianze di salute e sicurezza nei lavoratori stagionali con particolare riferimento ai lavoratori stranieri.



Cronoprogramma delle attività ed i relativi indicatori

Attività	Responsabile	2021	2022	2023	2024	2025
Ricostituzione del gruppo di lavoro regionale agricoltura (capofila ASL 1)	Regione/gruppo di lavoro regionale (GdL)		X			
Istituzione nell'ambito del Comitato di Coordinamento regionale ex. art. 7 del D. Lgs.81/08 di specifico Tavolo Tecnico quale sede di confronto a supporto della realizzazione del PMP che opera in sintonia con gli indirizzi emanati dal Gruppo Tecnico Interregionale	Regione/GdL		X			
Il Tavolo Tecnico costituito provvederà alla progettazione di dettaglio dell'intervento, con la definizione dei criteri di ricerca/selezione delle aziende agricole da coinvolgere nel presente PMP, stabilendo altresì le modalità attuative e predisponendo gli strumenti di supporto caratterizzanti l'intervento	Regione Tavolo Tecnico		X	XX		
Condivisione PMP in seno al Comitato ex. art. 7 del D. Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, informazione, vigilanza e controllo, INDICATORE : 2 incontri/anno	Regione Tavolo Tecnico		X	X	X	X
Esame di buone pratiche condivise (Piano Nazionale Agricoltura, Linee Guida INAIL ex ISPESL e Pubblicazioni) che saranno raccolte in un "Documento di buone prassi" che verrà presentato nei seminari di avvio e reso fruibile con la pubblicazione nei siti web istituzionali INDICATORE: Documento redatto entro il 2023	Tavolo Tecnico		X	X		
Definizione della scheda di autovalutazione da somministrare alle aziende agricole INDICATORE: Scheda di autovalutazione redatta entro il 2023	Tavolo Tecnico		X	X		
Realizzazione dei corsi (base ed avanzato) per la formazione degli operatori dei Servizi PSAL in merito ai contenuti oggetto del PMP con la partecipazione di Docenti esperti di livello nazionale nel settore della prevenzione degli infortuni determinati dall'uso di	Regione Tavolo Tecnico		X	X		



macchine agricole						
Realizzazione della formazione delle figure aziendali della prevenzione e assistenza alle imprese agricole in merito ai contenuti del Documento di buone prassi ed alla scheda di autovalutazione INDICATORE: almeno 1 seminario/anno per la diffusione del Documento di buone prassi	SPSAL		X	X		
Invio e analisi delle schede di autovalutazione alle aziende agricole INDICATORE: 80% del numero di aziende alle quali è stata inviata la autovalutazione rispetto alle programmate	SPSAL			X	XX	
Controllo e vigilanza delle aziende agricole partendo da quelle che non hanno partecipato al PMP pur essendo state invitate, da quelle che non hanno restituito la scheda di autovalutazione e da quelle per le quali si sono rilevate situazioni a rischio dall'esame della scheda di autovalutazione. Saranno attenzionate anche le aziende agricole con lavoratori stagionali e/o stranieri INDICATORE: 80% del numero di controlli in vigilanza effettuati rispetto ai programmati	SPSAL				X	X
Report attività INDICATORE: 1 report per anno	SPSAL		X	X	X	X
Valutazione dell'efficacia attuata, dapprima dai servizi PSAL nei propri territori di competenza, attraverso l'elaborazione dei dati relativi alle risultanze delle attività di vigilanza (esame delle schede di autovalutazione e ispezioni) e condivisione delle risultanze di tale verifica con il Tavolo Tecnico per pervenire a una valutazione complessiva di efficacia a livello regionali	Regione Tavolo Tecnico					X
Diffusione del Documento di buone prassi, materiale documentale/informativo e risultati del PMP verranno pubblicati nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder	Regione Tavolo Tecnico		X	X	X	X



PROGRAMMA	PP07
TITOLO AZIONE (4 di 5)	Promozione della qualità dell'appropriatezza ed efficacia della Sorveglianza Sanitaria
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.13 Altro (specificare)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS03 Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)	
OS03IS03	Sorveglianza Sanitaria Efficace
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Con questa azione si intende promuovere la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia della Sorveglianza Sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti nei settori edilizia ed agricoltura, da definire anche attraverso confronto con gli stessi medici. Gli strumenti prodotti potranno essere utilizzati nella pratica della sorveglianza sanitaria per il miglioramento di tale attività.

Per raggiungere tale fine sarà costituito un GdL dedicato, con il coordinamento della Regione. Le attività della presente azione dovranno essere oggetto di confronto nei tavoli territoriali ex art. 7 D.Lgs. 81/08. Sarà realizzato un Report annuale ricavando i dati ex art.40 D.Lgs. 81/08 all. 3B, che conterrà l'analisi dei dati sanitari e di rischio regionali nei comparti edilizia ed agricoltura. Saranno prodotti documenti di buone pratiche condivise inerenti la Sorveglianza Sanitaria, sia per i comparti di Edilizia che Agricoltura. Tali documenti saranno poi condivisi mediante attività di formazione rivolta agli operatori dei servizi ASL ed ai medici competenti, e gli altri operatori della prevenzione quali Datori di Lavoro, RSPP e RLS. Le attività di formazione dovranno essere promosse dalla Regione, con l'ausilio dei Servizi Psal, nonché dagli ordini professionali ed associazioni di categoria. Tali attività saranno anche mirate agli effetti sulla salute delle Radiazioni Non Ionizzanti naturali ed antropiche, (ad esempio relativamente a colpo di sole e di calore, all'insorgenza di cataratta, melanoma cutaneo e oculare, cheratosi attinica e carcinoma spino e basocellulare), promuovendo altresì le buone prassi sul corretto utilizzo dei dispositivi di protezione. Inoltre, tale attività di formazione ed informazione potrà essere estesa ad altri professionisti sanitari medici territoriali e ospedalieri, nonché Medici di Medicina Generale (per il ruolo chiave nei programmi di screening e per l'invio dei pazienti a consulenza specialistica), al fine di potenziare una rete di collaborazione per la tutela della salute del lavoratore in ottica di Total Worker Health (Vedi Piani Mirati). Dovrà altresì essere promossa una sensibilizzazione sulla diagnosi precoce delle precancerosi e delle patologie oncologiche cutanee e oculari.



Nel corso del 2024/2025 l'attività sarà volta alla verifica dell'applicazione delle buone pratiche diffuse attraverso la suddetta formazione, andando a valutare – a campione – l'aderenza del Protocollo Sanitario redatto dai Medici competenti con la Valutazione del Rischio, anche in un'ottica di differenze di genere, confrontando inoltre i risultati dei report annuali ricavati dall'All.3B ex art 40 del D.Lgs 81/08 e ss.mm.ii. e dei dati anonimi collettivi forniti in occasione delle riunioni periodiche aziendali ex art 35 D.Lgs 81/08 e ss.mm.ii. La valutazione potrà essere coordinata e sinergica ai Piani mirati di Prevenzione.

Inoltre verrà implementata una banca dati regionale costituita sulla base delle informazioni provenienti dalle attività di controllo/vigilanza in merito alle non conformità ai RES, al termine del previsto iter del Minitsero dello Sviluppo Economico.

Cronogramma attività

Attività	Responsabile	2021	2022	2023	2024	2025
Costituzione GDL	Regione		X			
Elaborazione documento Buone Pratiche Sorveglianza Sanitaria in edilizia/agricoltura	Regione/GDL		X			
Formazione degli operatori dei Servizi ASL e dei Medici competenti	SPSAL			X		
Verifica dell'applicazione delle Buone Pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza	SPSAL				X	X
Report annuale ex art 40	SPSAL		X	X	X	X
Confronto sulla pianificazione/monitoraggio ex. Art 7 D.Lgs.81/08	Regione		X	X	X	X

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP07
TITOLO AZIONE (5 di 5)	Strategie di intervento attività di controllo/assistenza/vigilanza in edilizia/agricoltura
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Promozione delle attività di vigilanza, controllo e assistenza alle imprese anche applicando alle attività di controllo i principi dell'assistenza "empowerment" e dell'informazione; contrasto all'utilizzo di macchine ed attrezzature da lavoro non conformi o prive dei Requisiti Essenziali di Sicurezza e creazione della banca dati delle non conformità ai RES	
OS01IS01	Strategie di intervento per le attività di vigilanza, controllo, assistenza
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	



Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Questa azione si realizzerà attraverso l'aggiornamento delle procedure regionali di vigilanza nei settori edilizia ed agricoltura, già adottate nel corso delle attività previste dal precedente piano regionale 2014-2018. I gruppi tecnici Regionali definiranno quindi l'aggiornamento degli strumenti di valutazione da utilizzare per i sopralluoghi presso le aziende agricole/cantieri. Tale revisione delle procedure di vigilanza sarà attuata prevedendo anche un confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex art.7 del D.Lgs. 81/08, con le parti sociali e datoriali su obiettivi e su strumenti aggiornati per le suddette finalità. Gli incontri saranno coordinati dalla Regione. E' necessario inoltre implementare, in tutte le ASL, il Sistema Informativo per le Notifiche Preliminari per l'edilizia, al fine di programmare le attività di controllo e vigilanza. In un'ottica di vigilanza congiunta saranno promosse attività ispettive in collaborazione con altri servizi/organi ispettivi competenti, sia intraDipartimentali che extradipartimentali, in accordo alle indicazioni nazionali provenienti dal Comitato ex art. 5 e dalla Commissione ex art. 6 del D.lgs 81/2008. Verranno mantenuti i livelli di vigilanza in edilizia ed in agricoltura, rispettando gli obiettivi LEA. Verranno promosse attività di formazione degli operatori DIP per la vigilanza sulla gestione e corretto utilizzo dei fitosanitari, in collaborazione con gli altri servizi del DIP (obiettivo 5.3 PP7); verranno altresì potenziate le attività formative relative alla vendita e all'uso dei prodotti fitosanitari (D. Lgs.150/2012). Verranno predisposti materiali informativi aggiornati per i venditori e per gli utilizzatori. I suddetti programmi di formazione verteranno anche su rischi da esposizione a Radiazioni Ionizzanti, con particolare riferimento al Radon negli ambienti confinati. Con le stesse modalità operative sarà trattata anche la specificità del rischio da stress termico, sia da basse che da alte temperature, in particolare nel corso dell'attività outdoor con esposizione prolungata alle radiazioni solari

Implementazione degli sportelli informativi presso i servizi PSAL, attraverso varie modalità (favorendo la diffusione di documenti di indirizzo attraverso portali web istituzionali, pubblicazione di buone pratiche anche su portali degli stakeholder, strutturazione di uno sportello fisico presso ogni servizio), in merito all'applicazione di buone pratiche, alla distribuzione di materiale documentale/informativo in edilizia ed agricoltura, anche attraverso l'incentivazione ed orientamento su azioni di welfare aziendale, connesse alla salute globale del lavoratore. Tutte le attività di formazione saranno inoltre orientate a rafforzare le competenze degli operatori PSAL in merito alla prevenzione dei rischi da esposizione a Radiazioni Ionizzanti, non Ionizzanti naturali ed antropiche. Inoltre, il rafforzamento delle competenze degli operatori, nel campo dell'edilizia, sarà mirato anche agli aspetti di ecocompatibilità nella costruzione e ristrutturazione di edifici in relazione al rischio chimico ed al Radon. Tutto ciò sarà mirato a favorire l'evoluzione ed il miglioramento dell'organizzazione nelle aziende per la gestione dei rischi. Le attività di assistenza alle imprese dovranno anche essere modulate secondo approcci distinti per micro/piccole e medie/grandi aziende. Ad esempio, per il settore Agricoltura, in continuità con gli indirizzi del Piano Nazionale Prevenzione in Agricoltura e Silvicoltura 2014-2019 (PNPAS), andranno privilegiate gli interventi presso aziende agricole piccole e/o familiari (fascia 50-500 giornate di lavoro annuo), a maggior rischio di infortunio e minor dinamica di cambiamento, prevedendo una ripartizione dei controlli in 70% nelle imprese tra 50 e 500 giornate



e 30% in quelle >500 giornate, non solo nelle sedi delle aziende agri-zootecniche ed i campi dove si svolgono le attività lavorative ma anche all'interno dei centri di conferimento di frutta o verdura e delle cantine vitivinicole ove frequente è l'utilizzo delle macchine e attrezzature agricole.

Andranno altresì considerate le criticità determinate da un netto aumento della forza lavoro interinale, del lavoro stagionale, verificando le modalità organizzative aziendali dell'eventuale ricorso a tali lavoratori. Inoltre saranno potenziate ed approfondite le azioni adottate nel contesto emergenziale della pandemia COVID-19, e le conseguenti integrazioni alla valutazione del rischio da esposizione agli agenti biologici, attraverso una linea di indirizzo specificatamente dedicata ai lavoratori stagionali che, per la tipologia contrattuale, rappresentano una fascia di lavoratori più "fragili". Non ultimo, sarà considerato anche l'aspetto dell'aumento di popolazione lavorativa straniera impiegata nei due settori, spesso non adeguatamente formata per ostacoli linguistici e culturali, prevedendo il reclutamento di mediatori linguistici e/o la redazione e conseguente diffusione di materiale informativo tradotto nell'ottica di superare le barriere linguistiche.

Attività	Responsabile	2021	2022	2023	2024	2025
Ricostituzione dei Gruppi Tematici (agricoltura/edilizia)	Regione		X			
Aggiornamento Procedure regionali di vigilanza in edilizia	Gruppo Edilizia SPSAL		X			
Aggiornamento Procedure regionali di vigilanza in agricoltura	Gruppo Agricoltura SPSAL		X			
Confronto sulla pianificazione/monitoraggio ex. Art 7 D.Lgs.81/08	Regione		X	X	X	X
Attività di vigilanza in edilizia ed agricoltura secondo le procedure aggiornate (inclusa quota congiunta)	SPSAL/DIP		X	X	X	X
Report annuale attività distinto per edilizia/agricoltura	SPSAL		X	X	X	X
Implementazione sportello informativo per l'applicazione di buone pratiche, alla distribuzione di materiale documentale/informativo in edilizia ed agricoltura	Regione/SPSAL		X	X	X	X

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	DI Strategie di intervento attività di controllo/assistenza/vigilanza in edilizia/agricoltura
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Sarà attuato un approfondimento relativamente alle caratteristiche di rischio per le micro imprese al fine di individuare le modalità specifiche di attuazione delle procedure di assistenza, controllo e vigilanza; saranno prodotti materiali informativi utili alla conoscenza dei rischi e degli strumenti valutativi disponibili, alla promozione dei processi di autovalutazione e autoefficacia. I materiali saranno divulgati attraverso i canali di comunicazione (web,



	associazioni di categoria) ed eventi formativi.
ATTORI COINVOLTI	I destinatari saranno: operatori SPSAL, datori di lavoro, RSPP, RLS, RTLS, coordinatori, associazioni di categoria, ordini professionali, etc.
INDICATORE	<p>Predisposizione del materiale formativo/informativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Predisposizione del materiale formativo/informativo • Standard Individuazione dei componenti e costituzione a livello regionale del gruppo di lavoro. • Predisposizione e diffusione del materiale formativo/informativo. • Attività di assistenza, vigilanza e controllo secondo approcci distinti in relazione alle dimensioni delle imprese. • Fonte Regione

3.8 PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

3.8.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP08
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Servizio Prevenzione Sanitaria, Medicina Territoriale DPF
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori - MO4-03 Redazione e ricognizione linee di indirizzo (ex art. 2 decreto 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano - MO4-04 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti - MO4-05 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa - MO4-07 Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la "conservazione attiva" della salute, ovvero verso la Total worker health - MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela



	<p>della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO4-10 Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti - MO4-11 Garantire la funzionalità di OCCAM incrociando i dati sanitari disponibili negli archivi regionali con le storie lavorative INPS - MO4-12 Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso - MO4-13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti - MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare) - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-05 Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione - MO5-07 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
<p>LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - MO4LSa Perfezionamento dei sistemi e degli strumenti di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, anche attraverso lo sviluppo del SINP - MO4LSb Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la pianificazione degli interventi di prevenzione - MO4LSg Promuovere il coordinamento e la programmazione dell'attività di vigilanza e prevenzione - MO4LSH Definire strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) fondate sull'analisi di contesti produttivi, socio-economici ed epidemiologici, mirati a fattori di rischio e/o comparti e/o circostanze di rischio ed esposizione prioritari - MO4LSj Diffusione ed utilizzo delle evidenze sull'esposizione a vari fattori correlati alle malattie professionali e sulle azioni efficaci di prevenzione - MO4LSk Promuovere la capacità di migliorare le valutazioni di tipo ergonomico/organizzativo secondo normativa e linee di indirizzo, anche in un'ottica di semplificazione dei processi - MO4LSn Sviluppo di programmi di Total worker health - MO4LSo Promozione dell'adozione da parte delle imprese di buone prassi



	<p>ex art. 2 comma 1 lettera v D. Lgs 81/08</p> <ul style="list-style-type: none"> - MO4LSp Promuovere l'adozione delle misure di prevenzione primaria con le varie modalità di intervento, tra cui le attività di vigilanza e controllo - MO4LSr Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08) - MO4LSs Promozione del ruolo strategico del medico competente nella progettazione, attuazione e monitoraggio delle azioni di Total Worker Health e di promozione della salute - MO4LSt Implementazione, coordinamento e valutazione dei sistemi e degli interventi di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto - MO4LSu Offerta di interventi di counseling (gruppi di esposti ed ex esposti) - MO4LSv Integrazione delle attività di controllo in ispezioni, verifiche documentali e percorsi di prevenzione - MO4LSw Produzione di report periodici e sistematici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro con diffusione di documentazioni relative alle azioni di prevenzione efficaci già realizzate - MO5LSc Programmare e realizzare interventi di controllo trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato - MO5Lsd Iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari trasversalmente nei diversi servizi sui temi della valutazione e gestione del rischio chimico - MO5LSf Iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari nel settore dei fitosanitari con riguardo agli articoli 28, 46, 52, 53, 55, 67, 68 del regolamento CE N 1107/2009 - MO5LSi Ottimizzazione dell'attività dei COR al fine di censire le esposizioni ad amianto pregresse della popolazione e migliorare la sorveglianza epidemiologica sull'andamento delle esposizioni all'amianto
<p>LEA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B10 Tutela della popolazione dal rischio "amianto" - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - B15 Tutela della collettività dal rischio radon - C01 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro - C02 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali - C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani



	- C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine
--	---

3.8.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Nel 2018 e nel 2019 gli infortuni denunciati all'INAIL in Abruzzo sono stati rispettivamente 13.924 e 13.387; Fra il 2012 ed il 2019 si è verificata una riduzione costante in termini assoluti degli infortuni denunciati. La distribuzione delle denunce di infortunio nelle province vede costantemente al primo posto Chieti, seguita da Teramo. Dei 7.309 infortuni in occasione di lavoro accaduti nel 2018 e definiti positivamente, l'11% circa ha comportato una inabilità temporanea superiore a 40 giorni, mentre nel 23% circa è stata riconosciuta un'inabilità permanente (nella gran parte dei casi inferiore al 16%). Il 33,5% degli infortuni definiti positivamente nel 2018 ha interessato lavoratrici, e il 12% ha interessato lavoratori non nati in Italia. La distribuzione per classi di età degli infortuni denunciati evidenzia una frequenza crescente con l'aumentare dell'età, massima nelle classi di età comprese tra i 45 e i 59 anni, che nelle lavoratrici appare spostato più avanti. Nel 2019 la frequenza maggiore si osserva tra i 50 e i 54 anni per i lavoratori e fra i 55 e i 59 per le lavoratrici.

Gli indicatori triennali (che permettono una maggiore stabilità delle stime) mostrano una diffusa riduzione dei tassi standardizzati nel quinquennio 2014-2018, riduzione che in Abruzzo (- 1,87 infortuni/1.000 addetti) è superiore a quella nazionale (- 1,19 infortuni/1.000 addetti), ma il tasso regionale nel triennio 2016-2018 resta 2,38 punti al di sopra della media nazionale (Fonte: Flussi Informativi INAIL - Regioni). Fra il 2012 e il 2018, gli infortuni definiti positivamente nei gruppi ATECO del settore Industria e Servizi si riducono progressivamente del 28% circa, e la riduzione prosegue nel 2019; interessa sia gli infortuni in occasione di lavoro (compresi quelli "stradali"), sia quelli in itinere; riguarda soprattutto il settore delle costruzioni e del commercio, seguiti dalla sanità e dalle attività manifatturiere. Rispetto ai settori di attività economica, le definizioni positive riguardano per ¼ circa le attività manifatturiere, seguito dal settore sanità (13%) e dalle costruzioni (13%) ed infine dal commercio (12%). Sono stati definiti positivamente circa 1418 infortuni di lavoratori somministrati (circa la metà nelle attività manifatturiere). Il maggior numero di infortuni accaduti in questo gruppo nel periodo e definiti positivamente si riferisce alle attività dei mattatoi, della produzione e lavorazione della carne, della lavorazione dei metalli e della fabbricazione di parti e accessori di autoveicoli; il coinvolgimento di un mezzo di trasporto si osserva nel 76% degli infortuni in itinere definiti positivamente nel settore, con una maggiore frequenza per Attività manifatturiere, Commercio e Sanità. Il numero di malattie professionali oggetto di denuncia all'INAIL in Abruzzo, dopo un notevole incremento fra il 2008 e il 2011 (quando ha superato i 5.500) e una lieve riduzione fino a circa 4.800 nei due anni successivi, si è mantenuto intorno ai 5.000 casi/anno fino al 2015; nei cinque anni successivi si è progressivamente ridotto di quasi 1/5. Anche le definizioni positive, che rappresentano il 38% circa del totale delle denunce nel quinquennio, si sono parallelamente ridotte. Nello stesso periodo (2015-2019), a livello nazionale le denunce di MP mostrano un aumento medio dell'1,7% (risultante da una riduzione poco superiore al 9% delle denunce in agricoltura e da un aumento del 5% circa nella gestione industria). Complessivamente, fatta eccezione di un 28% non attribuito ad un settore produttivo specifico (si tratta in genere dei casi non trattati o non definiti da INAIL), tali denunce riguardano prevalentemente due settori: agricoltura e pesca per il 26% (riuniti



nella gestione agricoltura) e costruzioni per il 18%. Per l'Abruzzo si osserva una lieve differenza nella distribuzione, con una quota di casi denunciati inferiore di 4 punti nel settore delle costruzioni.

Il 73% delle MP denunciate in Abruzzo (vs. il 79% di quelle denunciate in Italia) nel periodo considerato riguarda la gestione INAIL Industria e Servizi; il 26% (vs. il 20% in Italia) riguarda la gestione agricoltura. In Abruzzo, la percentuale di definizioni positive rispetto alle denunce in agricoltura è molto vicina a quella nazionale (52% vs. 51%), mentre per la gestione Industria e Servizi è inferiore di 6 punti (33% vs. 39%).

Per quanto riguarda l'età e il genere, i casi di MP definiti positivamente nella regione mostrano una frequenza crescente con l'età, con un picco nella fascia 55-59 anni, ed una progressiva riduzione nelle classi di età più avanzate e riguardano per 2/3 lavoratori; se si considera solo la gestione agricoltura, oltre la metà dei casi riguarda lavoratrici.

Nella tabella che segue è rappresentato l'andamento delle malattie professionali denunciate e riconosciute, distribuite per gestione INAIL e gruppo ATECO, tra il 2015 e il 2019.

Malattie professionali denunciate e riconosciute in Abruzzo per anno, gestione INAIL e gruppo ATECO (2015 – 2019) (Fonte: Flussi INAIL - Regioni)

	2015		2016		2017		2018		2019	
	MP denunciate	MP riconosciute	MP denunciate	MP riconosciute	MP denunciate	MP riconosciute	MP denunciate	MP riconosciute	MP denunciate	MP riconosciute
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	23	6	22	5	19	4	34	20	21	7
B Estrazione di minerali	3	0	3	2	3	0	6	0	0	0
C Attività manifatturiere	728	271	706	244	591	203	655	208	656	178
D Fornitura di energia	0	0	4	0	3	1	2	1	3	0
E Fornitura di acqua	46	9	28	4	31	3	36	6	41	2
F Costruzioni	603	256	645	248	641	273	663	266	647	174
G Commercio	222	69	171	56	151	32	175	50	140	31
H Trasporto e magazzinaggio	96	19	87	9	90	15	94	19	108	13
I Alloggio e ristorazione	85	24	61	12	53	15	59	15	53	11
J Informazione e comunicazione	3	1	6	0	4	0	2	0	1	1
K Finanza e assicurazioni	6	1	2	0	4	0	1	0	0	0
L Attività immobiliari	6	1	13	3	3	0	5	1	1	0
M Professioni	9	2	5	2	6	1	20	1	13	0
N Noleggio, agenzie di viaggio	40	6	55	9	47	6	67	13	43	5
O Amministrazione pubblica	51	13	36	8	29	7	40	7	33	4
P Istruzione	3	1	9	2	2	0	2	1	5	1
Q Sanita'	147	43	141	30	126	24	110	23	100	24
R Arte, sport, intrattenimento	7	1	1	0	4	0	8	1	11	2
S Altre attività di servizi	129	67	133	46	122	59	117	48	139	45
X Non Classificato	1.499	537	1.286	473	1.102	385	1.047	385	1.046	318
TOTALE INDUSTRIA	3.706	1.327	3.414	1.153	3.031	1.028	3.143	1.065	3.061	816
Agricoltura	1.367	822	1.144	656	1.170	667	1.128	552	1.086	359
Conto Stato	47	14	51	13	30	11	36	3	30	4
TOTALE	5.120	2.164	4.609	1.822	4.231	1.706	4.307	1.620	4.177	1.179



Abruzzo: Malattie professionali riconosciute: tipo di definizione per anno di protocollazione

	2015	2016	2017	2018	2019
IT Temporanea	25	16	14	13	20
MO Mortale	13	6	2	3	1
PP1-5 Postumi Permanenti $\geq 1\% < 6\%$	457	422	379	410	319
PP6-15 Postumi Permanenti $\geq 6\% < 16\%$	1.260	1.064	1.000	939	650
PP16-33 Postumi Permanenti $\geq 16\% < 34\%$	387	301	295	247	183
PP34-59 Postumi Permanenti $\geq 34\% < 60\%$	20	7	13	6	5
PP60-79 Postumi Permanenti $\geq 60\% < 80\%$	1	1	2	0	1
PP80-100 Postumi Permanenti $\geq 80\% \leq 100\%$	1	5	1	2	0
Totali	2.164	1.822	1.706	1.620	1.179

Nella grande maggioranza dei casi (oltre l'80%) il danno riconosciuto è inferiore al 16%: non è quindi tale da dar luogo ad una rendita. Nelle tabelle riportate di seguito (Fonte: Flussi INAIL – Regioni) è evidenziato l'andamento delle denunce di MP per anno di manifestazione, per settore e per ASL, nel periodo compreso tra il 2000 e il 2019. I dati aggregati si riferiscono alla media del periodo indicato. Nella lettura dei dati si deve tenere conto dell'entrata in vigore il 25 luglio 2000 del D.Lgs. 38/2000 (che ha introdotto la disciplina del danno biologico) e dell'adozione a partire dal marzo 2010 delle nuove tabelle delle malattie professionali aggiornate con il DM 9 aprile 2008.



Malattie professionali denunciate per anno manifestazione per settore - Avezzano-Sulmona-L'Aquila 2000-2019													
		2004 20	2009 20	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Malattie professionali denunciate (per anno evento)	Industria	343	295	421	469	438	449	533	559	550	632	505	491
	Agricoltura	16	23	233	175	98	100	202	203	226	210	109	134
	Stato	3	5	5	5	8	17	4	15	21	12	14	5
Totale		361	322	659	649	544	566	739	777	797	854	628	630

Malattie professionali denunciate per anno manifestazione per settore - Lanciano-Vasto-Chieti 2000-2019													
		2004 20	2009 20	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Malattie professionali denunciate (per anno evento)	Industria	491	663	1.396	1.264	1.011	1.237	1.394	1.379	1.424	1.197	1.311	1.183
	Agricoltura	29	297	1.602	1.345	832	710	798	797	584	719	780	674
	Stato	6	6	4	7	9	22	27	13	14	12	11	14
Totale		526	966	3.002	2.616	1.852	1.969	2.219	2.189	2.022	1.928	2.102	1.871

Malattie professionali denunciate per anno manifestazione per settore - Pescara 2000-2019													
		2004 20	2009 20	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Malattie professionali denunciate (per anno evento)	Industria	485	633	921	1.082	1.141	1.024	1.033	953	737	546	525	545
	Agricoltura	40	88	238	370	296	250	272	269	201	132	146	169
	Stato	4	12	10	9	5	13	22	10	4	3	3	4
Totale		529	733	1.169	1.461	1.442	1.287	1.327	1.232	942	681	674	718

Malattie professionali denunciate per anno manifestazione per settore - Teramo 2000-2019													
		2004 20	2009 20	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Malattie professionali denunciate (per anno evento)	Industria	439	416	495	662	764	807	733	815	703	656	802	842
	Agricoltura	18	28	141	150	174	185	104	98	133	109	93	109
	Stato	3	6	3	8	5	3	4	9	12	3	8	7
Totale		460	450	639	820	943	995	841	922	848	768	903	958

Il 45% circa delle MP denunciate riguarda la provincia di Chieti, dove fra il 2015 ed il 2019 viene registrato il numero più alto di denunce sia nella gestione Industria, sia in quella Agricoltura. Il 79% delle MP denunciate è costituito da patologie da sovraccarico biomeccanico a carico del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, oltre che del sistema nervoso periferico (quasi esclusivamente casi di sindrome del tunnel carpale). Le ipoacusie da rumore rappresentano l'11% circa e le patologie non neoplastiche dell'apparato respiratorio il 3%. Nel 5%, che comprende tutte le altre patologie denunciate, sono inclusi i tumori: in totale 221 nel quinquennio, pari all'1% circa del totale delle denunce. Le circa 18.000 MP da sovraccarico biomeccanico denunciate riguardano per il 71% il settore Industria e Servizi e per il 29% l'agricoltura. Il 36% delle denunce riguarda le lavoratrici (di queste il 55% delle denunce per MP da sovraccarico biomeccanico in agricoltura e il 29% nella gestione Industria e Servizi). Relativamente alla patologia denunciata nelle lavoratrici, il 75% si riferisce



a malattie muscoloscheletriche e connettivali ed il 25% a sindrome del tunnel carpale. La distribuzione per distretto corporeo vede ai primi posti le patologie del rachide e quelle dell'arto superiore, che insieme rappresentano oltre la metà dei casi, mentre le denunce per sindrome del tunnel carpale superano di poco il 20%. La distribuzione delle denunce per provincia vede al primo posto la provincia di Chieti per numero di denunce sia nella gestione Industria e Servizi sia in Agricoltura, con riferimento a tutti i distretti corporei, ad eccezione dell'arto superiore nella gestione industria.

Considerando il totale delle MP da sovraccarico biomeccanico denunciate nella gestione Industria e Servizi attribuibili ad un determinato codice ATECO:

- il 44% delle 2.317 denunce di MP riguarda il rachide, il 43% delle 608 denunce di MP l'arto inferiore, il 39% dei 1.605 casi di Sindrome del Tunnel Carpale e il 60% delle 1.382 denunce di altre patologie osteomuscolari;
- una quota significativa di denunce è associata al settore delle costruzioni: il 30% delle MP del rachide, il 26% di quelle dell'arto superiore, il 61% di quelle dell'arto inferiore, il 26% dei casi di STC, il 31% delle altre patologie osteomuscolari;
- le MP dell'arto superiore si collocano al primo posto per frequenza; le 2.489 denunce riguardano prevalentemente le due province di Pescara e Teramo (rispettivamente per il 30% e il 33% del totale regionale) e sono attribuite (oltre che al settore delle costruzioni) alle attività di lavorazione e conservazione della carne (12%, prevalentemente produzione di carne di volatili e prodotti della loro macellazione), alle attività di Servizi per le persone (9%, prevalentemente saloni di barbiere e parrucchiere) e a quelle di confezione di articoli di abbigliamento (7%);
- quasi la metà delle 2.317 denunce per MP del rachide è associata a tre gruppi di attività economica: oltre alle Costruzioni (30%), i Servizi Ospedalieri e le attività di Trasporto terrestre (entrambe per il 9% del totale);
- quasi il 70% delle 608 denunce per MP dell'arto inferiore è attribuito a due settori di attività economica: Costruzioni (61%) e Commercio (8%);
- oltre la metà delle 1.382 denunce per Altre patologie osteomuscolari è attribuito a 4 soli gruppi di attività: Costruzioni (31%), Servizi alla persona (9%, prevalentemente saloni di barbiere e parrucchiere), Commercio (8%) e Servizi Ospedalieri (5%);
- le 1.605 denunce per STC, oltre che nel Settore delle Costruzioni (26%), mostrano una frequenza relativamente maggiore in cinque raggruppamenti di attività: Lavorazione e conservazione delle carni e Servizi per la persona (ciascuna per l'8% del totale regionale), Confezione di articoli di abbigliamento (6%), Alberghi, Ristoranti e Bar (5%), Servizi sanitari e sociali (4%).

L'agente causale associato al 63% delle circa 8.500 MP riconosciute tra il 2015 e il 2019 è di tipo ergonomico; le vibrazioni sono identificate alla base del 12% circa dei casi definiti positivamente; un ulteriore 10% è attribuito all'esposizione a rumore.

Il tumore della vescica rappresenta in Italia il quarto tumore per incidenza negli uomini ed il settimo nelle donne. I casi di tumore incidenti negli anni 2016-2019 riportati dal Registro Tumori della Regione Abruzzo (dati contenuti nei relativi Report regionali <http://www.asrabruzzo.it/registro-tumori.html>) sono circa 7.800/anno e comprendono circa 600 tumori emolinfopoietici per ciascuno dei due anni. Secondo le stime AIRTUM, i fattori occupazionali sono responsabili del 5% delle neoplasie: sarebbero quindi da attendersi in Abruzzo 390 casi/anno di tumori professionali, a fronte dei 221 denunciati nel periodo 2015-2019, ossia poco più di 44 casi/anno (pari quindi all'11,3% dell'atteso). Tra i casi denunciati sono compresi 32 mesoteliomi e 1 tumore maligno dei seni paranasali.



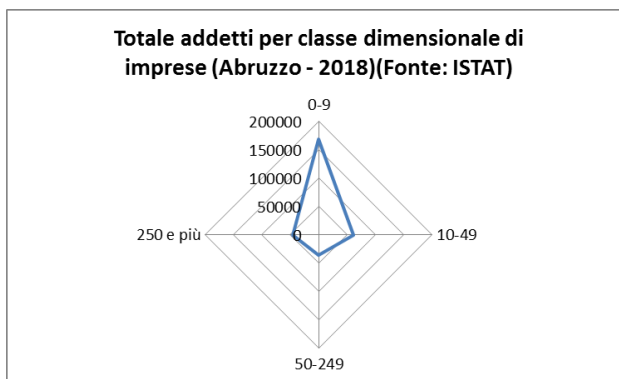
I dati del flusso informativo articolo 40, allegato 3 B), D.Lgs. 81/2008 e smi per l'anno 2019 hanno evidenziato che in regione Abruzzo a fronte di 9426 unità produttive oggetto di relazione annuale da parte dei medici competenti, i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria per gli agenti cancerogeni e mutageni sono stati rispettivamente 671 (52 donne; 619 uomini) e 29 (tutti uomini). Dalla medesima fonte è emerso che le malattie tumorali segnalate nel 2019 sono state 1 mesotelioma e 1 tumore del polmone. Analizzando in particolare i dati dell'anno 2016 relativi ai 7824 nuovi casi di tumore (4204 uomini e 3620 donne) diagnosticati in Abruzzo, emerge che, così come per alcune sedi i casi sono stati inferiori rispetto a quanto osservato nel resto d'Italia (es: polmone -14.7 %), per alcune altre localizzazioni l'incidenza è stata superiore (es: vescica +7,1 %).

Complessivamente sia per i dati sulle esposizioni a cancerogeni sia per quelli relativi ai tumori professionali emerge, in linea con i trend internazionali e nazionali, uno stato di sottotifica riconducibile a molteplici ragioni: carente valutazione del rischio, mancanza di conoscenza ed informazione da parte dei medici sulla genesi professionale delle patologie neoplastiche e sulle relative complesse procedure di segnalazione, etc.

Ciò comporta che nella maggior parte dei casi l'origine professionale dei tumori non venga indagata né indennizzata. Parallelamente i dati sulle incidenze tumorali in regione Abruzzo fanno emergere un modesto incremento rispetto al trend nazionale dei casi di tumori vescicali.

Fra il 2012 e il 2019 sono stati denunciati all'INAIL 64 casi di MP associabili ad esposizione a Stress Lavoro-Correlato (48 casi di disturbo dell'adattamento cronico e 16 di disturbo post-traumatico da stress cronico); hanno avuto una definizione positiva solo 17 casi di disturbo dell'adattamento cronico.

Le informazioni generali sulle caratteristiche del tessuto produttivo (aziende e addetti) derivano da banche dati ISTAT e dagli archivi INAIL e Infocamere. Nel secondo caso, si tratta di dati analitici e sintetici relativi non solo ad aziende e addetti, ma anche ad infortuni e malattie professionali, nonché indicatori utili alla programmazione, contenuti nel data-base "Flussi Informativi INAIL – Regioni". Nel periodo compreso tra il 2012 (ultimo anno preso in considerazione nell'analisi di contesto preliminare al PRP 2014 – 2018) e il 2019 (anno al quale si riferiscono le informazioni più recenti su infortuni e malattie professionali), il numero delle imprese attive nella regione si è lievemente ridotto, passando da 156.000 circa a poco più di 154.500 unità locali (Fonte: Infocamere – elaborazione Ufficio di Statistica Regione Abruzzo). Nello stesso periodo, e in particolare fra il 2015 e il 2019 è progressivamente aumentato il numero totale degli addetti nelle unità locali attive, fino a circa 397.000, con una distribuzione nelle province che vede al primo posto Chieti (con una quota del 31%) e Teramo (con il 26% circa), seguite da Pescara (24%) e L'Aquila (20%). Nel 2018, il 96% del totale delle imprese attive, con l'esclusione della pubblica amministrazione, del settore della difesa, dei collaboratori familiari, delle organizzazioni ed organismi extraterritoriali, impiegava meno di 10 addetti, e ne occupava complessivamente il 54%. (Fonte: ISTAT - Registro Statistico delle Imprese Attive (ASIA) – ultimo dato disponibile). Il 96% delle imprese attive nel 2018 non superava i 10 addetti ed impiegava complessivamente più della metà del totale degli occupati. Il 3,66% impiegava un numero di lavoratori compreso tra il 10 ed il 49 lavoratori ed il restante 0,43% occupava più di 50 lavoratori.


Indicatori del contesto produttivo Abruzzo 2012-2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Var. % 2018-2012
PAT Industria	11.865	11.691	11.825	11.998	11.846	11.784	11.913	+0,4%
PAT Artigianato	40.755	39.511	38.405	37.820	37.136	36.507	36.035	-11,6%
PAT Terziario	39.904	39.690	39.256	40.451	40.073	40.541	40.653	+1,9%
PAT Altre Attività	2.398	2.273	2.217	2.225	2.180	2.148	2.134	-11%
Totale PAT INAIL	94.922	93.165	91.705	92.495	91.237	90.982	90.737	-4,4%
Totale PAT INAIL Italia	3.847.312	3.804.034	3.767.006	3.792.871	3.769.696	3.772.233	3.793.157	-1,41%
Addetti industria	106.222	101.399	102.393	104.248	106.589	111.850	111.560	+5%
Addetti artigianato	64.573	61.204	58.076	58.158	57.728	57.799	57.118	-11,5%
Addetti terziario	77.408	77.044	74.194	79.133	82.775	90.114	88.007	+13,7%
Addetti altre attività	47.679	46.586	44.867	45.837	42.361	41.973	41.171	-13,6%
Totale addetti INAIL	295.882	286.235	279.530	287.377	289.454	301.738	297.858	+0,7%

Fra il 2012 ed il 2018 il contesto produttivo regionale vede con riferimento alle posizioni territoriali INAIL-PAT una riduzione complessiva pari al 4,4%, più marcata rispetto al contesto nazionale. La riduzione è condizionata prevalentemente dal decremento delle PAT del settore Artigianato. Come noto, gli archivi INAIL delle AZIENDE dettagliano le posizioni assicurative della gestione INDUSTRIA-SERVIZI-ARTIGIANATO.

La gestione INDUSTRIA comprende una piccola quota del settore AGRICOLTURA (agroindustria), ma non la gran parte delle Aziende Agricole. Osservando quindi la distribuzione per ATECO (ATTIVITA' ECONOMICA) delle PAT INAIL nel 2018 (ultimo anno attualmente disponibile) si evidenzia che: ai primi posti per numerosità di PAT i settori più rappresentati sono ATECO G (commercio e riparazione



autoveicoli e motocicli); F (costruzioni); C (attività manifatturiere); I (attività dei servizi di alloggio e ristorazione).

Quanto agli addetti INAIL i primi 4 settori ATECO per numerosità (C-G-F-Q-sanità e servizi sociali) rappresentano complessivamente circa 2/3 delle PAT e degli addetti della gestione INAIL Industria e Servizi nella Regione.

La distribuzione per provincia degli assicurati INAIL (artigiani e dipendenti) vede al primo posto la provincia di Chieti, seguita da quella di Teramo.

In sintesi, nel 2018 in Abruzzo:

- erano attive 90.737 PAT (Posizioni Assicurative Territoriali) INAIL, di cui 40.653 nel Terziario, 36.035 nell'artigianato e 11.913 nell'industria, con una riduzione complessiva del 4,4% rispetto al 2012, più marcata nell'artigianato (- 4.720).

- gli addetti INAIL in Abruzzo erano 297.858 (+0,7% rispetto al 2012, vs. +6,9% in Italia), di cui 111.560 nell'industria, 88.007 nel terziario e 57.118 nell'artigianato, oltre a 41.171 in altre attività non comprese nelle due categorie. L'aumento di 1.976 addetti nei sei anni risulta dall'incremento nell'industria e nel terziario (rispettivamente + 5.338 e + 10.599) e dalla riduzione nell'artigianato e nelle altre attività (rispettivamente - 7.455 e - 6.508);

- il 34% degli assicurati INAIL (compreso il 27,5% degli artigiani) lavorava nella provincia di Chieti e il 24% (compreso il 26% degli artigiani) in quella di Teramo;

- nel settore Industria e Servizi, i gruppi ATECO con il maggior numero di PAT e di addetti INAIL nella regione e nelle singole province erano quelli del commercio e dell'autoriparazione (G), delle costruzioni (F), delle attività manifatturiere (C), dei servizi di alloggio e ristorazione (I)

Il tasso di occupazione femminile ha oscillato nel periodo tra il 33,2% (2012) e il 31,5% (2015), e nel 2018 era pari al 33,1%, mantenendosi costantemente 2 - 3 punti percentuali al di sotto del dato nazionale, che nel 2018 era pari a 36,3% (Fonte ISTAT - HFA). I lavoratori stranieri rappresentavano nel 2018 il 7,8% degli occupati nella regione, proporzione inferiore al dato nazionale (10,5%) e in lieve aumento rispetto al 7% del 2017, della quale poco meno del 40% rappresentato da lavoratrici. L'85% circa aveva un rapporto di lavoro dipendente, prevalentemente in edilizia, attività domestiche, agricoltura e commercio. Circa 10.000 imprese individuali registrate erano intestate a stranieri, 8.000 dei quali provenienti da paesi extra UE, con la seguente distribuzione per settori produttivi e per provincia:

- l'Aquila il primo settore era l'industria (38,3%, di cui 35,9% in edilizia);
- Pescara il 75,1% era impegnato nel terziario (di cui il 57,2% nel commercio);
- Chieti il primo settore era l'agricoltura, con il 12,2%;
- Teramo era presente una concentrazione di imprese manifatturiere (19,8%)

L'invecchiamento progressivo della popolazione lavorativa è evidenziato dal tasso di occupazione crescente nella fascia di età 55-64 anni, che aumenta dal 40,4% del 2012 al 55,8% del 2019, anno nel quale il tasso di occupazione 15-64 anni era pari al 58,2%.

Le criticità che necessariamente devono essere superate per la completa attuazione di quanto previsto all'interno del presente programma sono legate ai seguenti fattori:

- Carezza di personale Servizi PSAL rispetto ai volumi di attività richiesti
- Necessità di coordinamento da parte del Comitato ex art. 7 D.Lgs 81/08, data l'importanza strategica all'interno di ogni programma per la realizzazione delle varie azioni.



- Mancanza di sistemi informativi di gestione univoca sul territorio regionale delle attività istituzionali dei servizi PSAL.
- Carenza della Governance dei flussi informativi.
- Carenza di strumenti fruibili per l'aggiornamento professionale, tecnico e scientifico (es. norme UNI, accesso ai testi di aggiornamento normativo ed alla letteratura scientifica di riferimento).
- Necessità di approfondimenti ed aggiornamenti formativi degli operatori dei Servizi.
- Aderenza delle parti sociali, datoriali e degli altri portatori di interesse alle iniziative di coinvolgimento.

Alla luce dell'analisi sopra riportata, in considerazione dell'evento pandemico tutt'ora in corso e che interessa trasversalmente tutti i settori della sanità, è auspicabile che venga costantemente riconsiderata l'analisi di contesto funzionale all'attuazione dei programmi, in modo da pianificare l'eventuale realizzazione di specifici piani mirati diversificata per territorio in aderenza ai principi dell'equità.

3.8.3 Scheda di programma

3.8.3.1 Descrizione dal PNP

Il lavoro e i luoghi di lavoro sono soggetti a continui cambiamenti dovuti all'introduzione di nuove tecnologie, sostanze e processi lavorativi, a modifiche della struttura della forza lavoro e del mercato del lavoro, nonché a nuove forme di occupazione e organizzazione del lavoro. Pur in tale contesto caratterizzato da un forte grado di evoluzione, le attuali evidenze confermano la necessità di focalizzare l'attenzione del sistema della prevenzione su tre aree di rischio ritenute particolarmente significative, ma caratterizzate allo stesso tempo dal noto livello di sottostima dei danni cronici da esposizioni professionali: prevenzione dei tumori di origine professionale, prevenzione delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico di origine professionale, prevenzione dello stress correlato al lavoro. In particolare, con riferimento ai singoli rischi sopra descritti, si evidenzia quanto segue:

- l'International Labour Office (ILO) afferma che a livello mondiale, su 2.300.000 milioni di morti collegate al lavoro, l'80% è da attribuire a malattie, mentre il 20% ad infortuni. Tra le malattie da lavoro più gravi vi sono le neoplasie professionali, il cui numero conosciuto (in quanto oggetto di denunce o segnalazioni), tuttavia, in Italia come in altri Paesi, è fortemente più basso di quello atteso sulla base di stime scientificamente validate (Doll e Peto, Parkin, Hutchings). Su oltre 373.000 casi di tumore occorsi nel 2018 in Italia, a fronte di circa 15.000 casi attesi di neoplasie professionali (utilizzando una percentuale cautelativa del 4%), si registrano 2.000 casi denunciati (fonte INAIL). Ne consegue prima di tutto la necessità di migliorare la conoscenza del fenomeno dal punto di vista quali-quantitativo, in termini di diffusione dei principali agenti cancerogeni nelle imprese e nei comparti produttivi, al fine di programmare azioni di prevenzione mirate ed efficaci, consentirne l'emersione e il dovuto riconoscimento delle malattie professionali. Questa azione di emersione dei tumori professionali deve essere necessariamente sostenuta dal pieno funzionamento e dalla condivisione in rete dei sistemi istituzionali e delle banche dati già previste dal DLgs 81/2008 e successivi accordi e provvedimenti applicativi, aumentandone l'utilizzo in ogni ambito territoriale. Inoltre, le attività di controllo, così come quelle di informazione ed assistenza,



devono essere sufficientemente estese ed omogenee sul territorio nazionale per intervenire sulle principali situazioni di esposizione ad agenti cancerogeni, dotandosi di strumenti efficaci, ed essere monitorate, anche al fine di valutarne l'efficacia, in termini di esiti di processo. Anche al fine di migliorare la *compliance* dei destinatari delle azioni di controllo, è opportuno promuovere, ogni volta che è possibile, la partecipazione delle altre Istituzioni e del partenariato economico-sociale e tecnico-scientifico circa le scelte sugli ambiti e sugli strumenti di intervento preventivo. Per facilitare il complessivo miglioramento della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, occorre altresì condurre azioni locali, regionali e nazionali, tese ad aumentare la capacità delle imprese di svolgere un'appropriata valutazione e gestione del rischio.

- Le patologie professionali dell'apparato muscolo scheletrico (MSK), per lo più connesse a condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo, rappresentano, secondo i dati INAIL, la maggioranza assoluta delle patologie professionali denunciate e riconosciute in Italia (nel 2016, le patologie MSK, inclusive della STC, classificata tra le patologie del sistema nervoso rappresentavano circa il 75% di tutte le patologie professionali denunciate e il 78% di quelle riconosciute; nel 2018, in base ai dati INAIL si stima che le stesse patologie MSK abbiano rappresentato quasi l'80% delle patologie professionali denunciate). Tuttavia, numerose informazioni di contesto fanno ritenere che molte di queste patologie lavorative non siano oggetto di specifica notifica/denuncia agli organi della P.A. La crescente diffusione di queste patologie, sicuramente meno gravi rispetto ai tumori professionali, e la loro presunta sottonotifica, sono alla base del presente piano in piena continuità con le azioni già previste in una specifica linea di attività del PNP 2014-2018 (prorogato al 2019), che ha consentito già la realizzazione di attività significative in tale direzione, tra le quali: creazione di un gruppo nazionale interistituzionale di coordinamento e supporto tecnico-scientifico della linea di lavoro; messa a punto e diffusione di linee di indirizzo per la valutazione e gestione del rischio rispettivamente da Movimentazione Manuale dei Carichi e da Sovraccarico Biomeccanico degli arti superiori, approvati dal Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica; messa a punto di programmi di formazione/aggiornamento degli operatori ASL; messa a punto di procedure e specifiche schede di lavoro per un modello partecipato di intervento proprio del piano mirato, basato su aspetti di condivisione tra attori coinvolti, su attività promozionali di assistenza alle imprese e, solo in seconda battuta, su interventi di vigilanza vera e propria; messa a punto, seppur ancora in corso, di altri documenti di indirizzo (es. sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a condizioni di sovraccarico biomeccanico, valutazione del rischio da movimentazione dei malati non autosufficienti).

Nel presente Programma, tali attività saranno ulteriormente implementate e consolidate. Pertanto, i principali obiettivi restano: favorire la emersione delle patologie professionali muscolo-scheletriche; implementare le capacità del sistema pubblico e privato di valutare e gestire le diffuse condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo per una adeguata prevenzione delle patologie professionali MSK e dei relativi esiti; implementare i flussi Ospedale-ASL per alcune patologie MSK (Ernia discale lombare e Sindrome del tunnel carpale) passibili di ricovero (ordinario o Day Hospital) con l'obiettivo di sviluppare iniziative di ricerca attiva delle malattie professionali MSK. In particolare sarà consolidata una "nuova" modalità proattiva di intervento, tipica del piano mirato di prevenzione che, pur coerente con i disposti normativi vigenti, rappresenta un'evoluzione del "controllo" nelle imprese, sicuramente a vantaggio di efficienza della Pubblica Amministrazione e potenzialmente più efficace essendo in grado di



coniugare l'assistenza con la vigilanza. Essa rappresenta uno strumento innovativo di controllo, fondato sulla conduzione di processi di prevenzione volti al miglioramento delle misure generali di tutela e non alla sola verifica dell'applicazione della norma. In essa, l'azione dei Servizi specifici delle ASL si orienta verso il supporto/assistenza al mondo del lavoro, facilitando l'accesso delle imprese alla conoscenza, ovvero valutazione e corretta gestione dei rischi: in questo quadro è di fondamentale importanza sostenere i datori di lavoro nel percorso di autovalutazione del livello di sicurezza nella gestione dei rischi e nell'organizzazione della sicurezza aziendale.

- Lo stress lavoro-correlato (SLC) rappresenta un problema di salute dovuto al lavoro che si è accentuato in questi anni per i notevoli cambiamenti dell'organizzazione del lavoro e dell'andamento del mercato del lavoro, con evidenti ripercussioni anche al livello di produttività delle aziende e al livello economico. Collegato a questo tema è sempre più necessario inquadrare nell'ambito delle attività di prevenzione dei rischi psicosociali le molestie, violenze, aggressioni nei luoghi di lavoro, con particolare riferimento alla sanità. Il Programma intende contribuire all'accrescimento ed al miglioramento complessivo del sistema di gestione dei cosiddetti rischi psicosociali, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione delle indicazioni normative e tecniche, definizione di standard per gli interventi formativi e la realizzazione di azioni mirate di prevenzione. Lo sviluppo del programma prevede: la verifica dell'efficacia dell'applicazione dell'obbligo di valutazione dello SLC a livello regionale attraverso il monitoraggio delle attività di vigilanza da parte dei Servizi delle ASL; l'*empowerment*, attraverso un'attività di informazione/formazione specifica, nell'ottica di un miglioramento continuo dell'approccio alla valutazione e gestione di tale rischio, del personale dei servizi delle ASL e delle figure aziendali del sistema di prevenzione, in particolare del Rappresentante di Lavoratori per la Sicurezza; la produzione di un report nazionale e regionale; la diffusione di materiale informativo/divulgativo per le aziende; la realizzazione di iniziative informative/formative nei confronti di aziende, associazioni, figure aziendali della prevenzione, sindacati, consulenti, etc; la sottoscrizione di accordi intersettoriali con le parti Sociali, gestiti all'interno del Comitato ex art. 7 del D.Lgs 81/2008.

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

3.8.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1. *Estimating the burden of occupational cancer: assessing bias and uncertainty. Hutchings S1, Rushton L1. Occup Environ Med. 2017 Aug;74(8):604-611*
2. *The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. Parkin DM1, Boyd L, Walker LC., Br J Cancer. 2011 Dec 6;105 Suppl2:S77-81*
3. *The Italian Surveillance System for Occupational Cancer: Characteristics, Initial Results and Future Prospects. Paolo Crosignani et al, Am J Ind Med 2006, 49: 791-798*
4. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*



5. *The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today.* Doll R, Peto R., *J Natl Cancer Inst.* 1981 Jun; 66(6):1191-308
6. <http://www.occam.it/matrix/index.php>
7. <http://hazmap.nlm.nih.gov/index.php>
8. <http://www.dors.it/matline>
9. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (prorogato al 2019): linee di indirizzo per l'applicazione del titolo VI del D. Lgs. 81/08 e per la valutazione e gestione del rischio connesso alla Movimentazione Manuale di Carichi (MMC) (Documento Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica-2016)*
10. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (prorogato al 2019): linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori (Documento Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica-2018)*
11. *E. Occhipinti, D. Colombini. A toolkit for the analysis of biomechanical overload and prevention of WMSDs: criteria, procedures and tool selection in a step-by-step approach. International Journal of Industrial Ergonomics, 52, 18-28, 2016*
12. *Linee di indirizzo per la Sorveglianza Sanitaria dei soggetti esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico – Gruppo Tecnico Interregionale SSSL*
13. *Linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori – Gruppo Tecnico Interregionale SSSL La metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato - Manuale ad uso delle aziende in attuazione del d.lgs. 81/2008 e s.m.i.- INAIL COLLANA RICERCHE - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale-Coordinamento scientifico: Sergio Iavicoli, Benedetta Persechino*
14. *Cristina Di Tecco, Matteo Ronchetti, Monica Ghelli, Benedetta Persechino, Sergio Iavicoli-La gestione del rischio stress lavoro-correlato nelle aziende nell'ottica di processo e prevenzione: approfondimenti sulla metodologia INAIL- Giornale italiano di psicologia-Il Mulino 1-2/2019, gennaio-giugno*
15. *Antonia Ballottin, Daniele Berto- Rischi psicosociali ed attività preventiva nelle aziende Giornale italiano di psicologia 1-2/2019, gennaio-giugno*
16. *DECRETO 10 giugno 2014 - Approvazione dell'aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali e' obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del Testo Unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni e integrazioni.*
17. *Accordo quadro europeo sulle molestie e la violenza nel luogo di lavoro 2007*
18. *Convenzione e Raccomandazione sull'eliminazione della violenza e delle molestie nel mondo del lavoro, ILO 2019*
19. *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari Ministero della Salute 2007*
20. <http://www.istat.it/it/archivio/209107>
21. <https://www.inail.it/cs/internet/attivita/ricerca-e-tecnologia/area-salute-sul-lavoro/rischi-psicosociali-e-tutela-dei-lavoratori-vulnerabili/rischio-stress-lavoro-correlato.html>
22. *Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro Decreto Legislativo 81/2008 s. m. i.- STRESS LAVORO-CORRELATO Indicazioni per la corretta gestione del rischio e per*



l'attività di vigilanza alla luce della lettera circolare del 18 novembre 2010 del MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

23. *Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro- Decreto Legislativo 81/2008 s. m. i. STRESS LAVORO-CORRELATO- Piano formativo per gli operatori dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di Lavoro*

3.8.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

Nel periodo compreso tra il 2012 e il 2019 il tessuto produttivo regionale, già caratterizzato da una significativa frammentazione, ha subito una lieve riduzione del numero di unità locali ed un contemporaneo aumento del numero di addetti nelle unità locali attive. La riduzione delle PAT INAIL ha riguardato soprattutto il settore dell'ARTIGIANATO. La percentuale di MICRO IMPRESE insediate nel territorio (il 96% delle imprese attive nel 2018 non superava i 10 addetti ed impiegava complessivamente più della metà del totale degli occupati), è motivo di criticità per le attività di vigilanza e controllo finalizzate alla promozione del miglioramento dei livelli di salute e sicurezza.

I dati sulle malattie professionali in ambito regionale evidenziano la necessità di focalizzare le attività preventive e di controllo sulle esposizioni professionali al rischio da sovraccarico biomeccanico, al rischio stress lavoro-correlato ed al rischio da esposizione a cancerogeni. Andranno quindi pianificate delle azioni che permettano di affrontare le criticità legate alla distribuzione frammentaria delle imprese all'interno del contesto regionale, per la maggior parte costituita da micro e piccole imprese, dall'alto tasso di lavoratori autonomi, dall'impiego eterogeneo della forza lavoro (turn over elevato, stagionalità, manodopera straniera, lavoratori interinali, impieghi irregolari) e, non per ultimo, all'invecchiamento della popolazione lavorativa. Tali criticità potranno essere superate assicurando alle piccole/micro e medie/grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti. La programmazione prevede strategie di intervento, vigilanza e prevenzione mirata a fattori di rischio e/o a comparti specifici. Tali azioni sono declinate anche attraverso i 3 Piani mirati di prevenzione:

1. PREVENZIONE DELL'ESPOSIZIONE AL RISCHIO BIOMECCANICO NELLA LAVORAZIONE DELLE CARNI;
2. STRATEGIE PARTECIPATE DI INTERVENTO PER L'EMERSIONE E PER IL CONTRASTO SPECIFICO AL RISCHIO CANCEROGENO PER I TUMORI DELLA VESCICA;
3. PREVENZIONE DEL RISCHIO STRESS CORRELATO AL LAVORO

Nella valutazione delle priorità di intervento sulla base dei dati provenienti dall'analisi di contesto regionale, che hanno portato alla elaborazione dei suddetti piani mirati, sono state prese in considerazione:

1) la necessità di favorire l'emersione delle patologie professionali muscolo-scheletriche, in particolare nel contesto lavorativo della macellazione delle carni. Come emerge dai flussi informativi INAIL, in tale settore nel periodo 2015-2018 sono emerse 216 malattie professionali (169 nelle donne) da esposizione a sovraccarico biomeccanico di tipo continuativo sia dell'arto superiore che del rachide (59 nel 2015, 72 nel 2016, 36 nel 2017 e 49 nel 2018). Circa la distribuzione territoriale, Teramo risulta la prima con 188 casi, seguono Pescara con 24 casi, Chieti con 3 e L'Aquila con 1 caso. Di tali malattie professionali 8 sono discopatie, 130 sono "malattie di tendini e affezioni delle sinoviali, tendini e borse", 75 sono "affezioni dei muscoli, legamenti, aponeurosi e tessuti molli" e 3 "neuropatie periferiche".



2) la necessità di favorire l'emersione delle patologie neoplastiche correlate ad esposizioni occupazionali. A tal proposito è stato predisposto un PMP per la prevenzione e l'emersione di patologie neoplastiche professionali vescicali, per le quali si rileva in Abruzzo un tasso di incidenza superiore a quello nazionale. Dall'analisi dei flussi INAIL regionali per tale neoplasia, nel periodo di osservazione compreso tra il 2012 ed il 2019 emerge che sono state denunciate 30 neoplasie vescicali (29 uomini, 1 donna), di cui solo 5 riconosciute, tutte appartenenti al settore Industria e Servizi, così distribuite: 13 nel territorio di Chieti, 7 in quello della provincia di Teramo, 5 nella provincia de L'Aquila e 5 in quella di Pescara. Le finalità saranno quelle di migliorare la conoscenza del fenomeno dal punto di vista quali-quantitativo, mappare la diffusione dei principali agenti cancerogeni nelle imprese e nei comparti produttivi a maggior rischio, programmare azioni di prevenzione mirate ed efficaci per gli agenti cancerogeni e consentire la segnalazione e il dovuto riconoscimento di tali malattie professionali. I dati raccolti con il progetto permetteranno di acquisire fonti informative per i registri di patologia tumorale delle neoplasie a bassa frazione eziologica. La definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) per il contrasto specifico al rischio cancerogeno per i tumori a bassa frazione eziologica della vescica permetterà l'incremento dell'estensione e della omogeneità delle attività di controllo, di informazione e di assistenza. Parallelamente verrà promossa la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti.

3) la necessità di promuovere il cambiamento della cultura dell'organizzazione del lavoro, ponendo il lavoratore e la lavoratrice al centro, nonché la necessità di accrescere la consapevolezza sull'individuazione e gestione dei rischi psico-sociali in ambito lavorativo. Dall'analisi epidemiologica regionale basata sui flussi INAIL, emerge che nel periodo osservazionale compreso tra il 2015 ed il 2018, nel comparto Sanità, sono state denunciate circa 14 malattie professionali delle quali 3 da disturbo dell'adattamento cronico, 4 da disturbo post-traumatico da stress e 7 connotate come altre forme verosimilmente riconducibili ad esposizione a stress lavoro correlato (disturbi di personalità/sindromi neurotiche/psicotiche). Nello stesso periodo di osservazione risultano accertate dall'INAIL 12 malattie professionali così distribuite: 3 casi di disturbo dell'adattamento cronico, 2 casi di disturbo post-traumatico da stress e 7 casi connotati come altre forme come sopra riportate. Relativamente alla distribuzione per genere, le malattie riconosciute hanno riguardato 8 lavoratori e 4 lavoratrici, di cui 8 casi riguardavano lavoratori di aziende sanitarie. Verranno dunque approfondite, attraverso la pianificazione di un PMP specifico, le patologie da rischi psico-sociali in ambito occupazionale in un'ottica di miglioramento continuo dell'approccio alla valutazione ed alla gestione di tali rischi.

Tutte le attività di comunicazione, informazione e formazione previste nell'ambito dei singoli PMP saranno anche funzionali all'implementazione di strategie efficaci di promozione del miglioramento dei livelli di salute e sicurezza nelle attività produttive insediate nel territorio.

L'articolazione del presente programma quindi, intende implementare strategie strutturate di controllo e assistenza alle Aziende, individuando percorsi mirati al fine di definire strategie di intervento indirizzate al controllo dei rischi specifici per favorire l'omogeneità dell'assistenza, nonché dei controlli sul territorio regionale, anche alla luce delle stratificazioni che verranno effettuate in progress adottando le lenti dell'equità nel corso dello svolgimento delle attività previste. Verrà, altresì, promossa la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti operanti in Abruzzo. Inoltre, l'analisi dei dati all'interno del contesto regionale ha mostrato la necessità di migliorare la formazione sia dei Servizi PSAL che di tutti



gli attori della prevenzione sul territorio, anche con il supporto degli ordini professionali. Tutte le azioni concepite nel presente piano dovranno essere sviluppate in concerto con il Comitato di Coordinamento di cui all'ex Art.7 del D.gs n°81/2008 e s.m.i. con la funzione di programmazione di interventi, al fine di garantire anche l'uniformità degli stessi, al fine di indirizzare le attività di prevenzione e di vigilanza nel rispetto delle indicazioni e dei criteri formulati a livello nazionale. In un'ottica di supporto ed assistenza al contesto territoriale, inoltre, saranno condivise dai Servizi PSAL buone pratiche, materiale tecnico scientifico e documentale/informativo, per favorire l'evoluzione ed il miglioramento dell'approccio organizzativo aziendale in tema di gestione dei suddetti rischi occupazionali.

3.8.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP08_OT02	Confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008
PP08_OT02_IT01	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7
formula	Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione
Standard	Almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP (livello regionale/territoriale con redazione dei relativi verbali)
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP08_OT03	Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza
PP08_OT03_IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
formula	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione
Standard	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)
Fonte	Regione



COMUNICAZIONE

PP08_OT05	Elaborazione e diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi (cancerogeno, ergonomico, psicosociale)
PP08_OT05_IT03	Comunicazione dell'approccio al rischio
formula	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi interistituzionali, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio, nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP08_OT06	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PP08_OT06_IT04	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.8.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP08_OS01	Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)
PP08_OS01_IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
formula	presenza
Standard	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun rischio; 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento; 2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza
Fonte	Regione
PP08_OS02	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti
PP08_OS02_IS02	Sorveglianza Sanitaria Efficace



formula	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)
Standard	(per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B): 2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente alla sorveglianza sanitaria; 2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti, 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza
Fonte	Regione

3.8.6 Azioni

PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (1 di 6)	Implementazione dei Flussi Informativi Area Salute e Sicurezza in Ambienti di Lavoro Regione Abruzzo
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.4 Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi (quantitativi e qualitativi) regionali
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	
OS01IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza	
OT03IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L'azione è mirata a sviluppare/implementare l'insieme dei dati ed indicatori inerenti la salute e sicurezza negli ambienti di lavoro su tutto il territorio regionale, al fine di avere una mappatura finalizzata a prendere decisioni appropriate a tutti i livelli di pianificazione/gestione/operatività, nonché al fine dell'individuazione e del superamento delle disuguaglianze operative presenti sul territorio regionale.

Dall'analisi di contesto emerge una non completa uniformità nelle metodologie e negli strumenti di lavoro adottati dalle ASL regionali che non consente un agevole monitoraggio e un proficuo interscambio di utili informazioni tra territorio e regione. Tra l'altro, sono state rilevate criticità per



quanto concerne la carenza di sistemi informatizzati efficaci e la scarsa implementazione dei flussi informativi che permettano la classificazione, l'implementazione e la fruibilità di dati (registro informatizzato) quali, ad esempio, quelli relativi ad attività di controllo/assistenza e vigilanza da parte degli operatori PSAL, alle violazioni delle norme antinfortunistiche, agli infortuni e malattie professionali, alle esposizioni all'amianto ed altri cancerogeni, agli esiti dell'attività sanitarie svolte dai servizi, compresi i ricorsi ex art. 41 del D.Lgs 81/08, ai nuovi insediamenti produttivi, a macchine/attrezzature/impianti, bonifiche di amianto e relative relazioni annuali ex art. 9 legge 257/92, ecc.).

Non meno rilevanti le criticità emergenti dalla carenza di un sistema informatizzato che interessi tutte le attività del Dipartimento di Prevenzione con evidente discontinuità delle informazioni tra servizi, con relativa ripercussione sulla pianificazione e gestione di tutte le attività dipartimentali.

Si rileva parimenti la necessità di implementare i flussi informativi riguardanti i registri di patologia, i registri di esposizione ad agenti cancerogeni, Informo, MalProf, Allegato 3B, registro degli ex esposti ad amianto, ecc, nonché quella di poter accedere anche alle informazioni rilevate da altre fonti, (ad esempio database ospedali-ASL), per sviluppare la ricerca attiva di eventi infortunistici e malattie professionali.

Le finalità della presente azione sono rivolte trasversalmente a tutti i programmi predefiniti riguardanti la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Ci si propone di perfezionare i sistemi e gli strumenti di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, anche attraverso lo sviluppo del SINP.

E' necessario ottimizzare un sistema informativo informatizzato che diventi un punto di riferimento per tutti i soggetti coinvolti nei processi di prevenzione nei luoghi di lavoro permettendo agli operatori dei servizi PSAL e alla Regione di fruire, attraverso un accesso controllato, dei dati e degli indicatori necessari a:

1. Pianificare ed orientare al meglio le attività di assistenza, prevenzione, controllo e vigilanza sul territorio;
2. Monitorare qualità ed efficacia degli interventi posti in essere;
3. Rendere uniformi e tracciabili le metodologie e gli strumenti di lavoro da parte degli operatori PSAL;
4. Creare una comunicazione intersettoriale diretta e costantemente aggiornata tra servizi, Regione ed altri enti istituzionali;
5. Implementare e mantenere aggiornati nel tempo i registri di esposizione e di patologia.

Sarà costituito nell'anno 2022 un GdL coordinato dalla Regione che organizzerà le attività attraverso uno specifico cronoprogramma. Verrà inoltre effettuata una attività formativa sia generale che specifica per tutti gli operatori del Dipartimento, entro l'anno 2023. Entro il 2025 tutte le ASL dovranno avere a regime l'utilizzo di sistemi informativi utili alla pianificazione degli interventi di prevenzione.



PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (2 di 6)	Sostenere lo sviluppo di competenze di base in materia di gestione delle sostanze e prodotti chimici
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta “operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori”
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza	
OT03IT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Le attività del Dipartimento di Prevenzione assumono caratteristiche sempre di maggiore complessità ed intersectorialità. Pertanto gli operatori del Dipartimento, ed in particolare il personale sanitario che si occupa di istruttorie nell’ambito di procedimenti in riferimento all’area salute e ambiente e del controllo delle esposizioni in ambienti di vita e di lavoro, ivi compreso personale ARTA interessato in dette problematiche, hanno necessità di approfondimenti sulla normativa inerente la sicurezza chimica. Tali conoscenze si rendono infatti indispensabili non solo nei controlli dell’esposizione a rischio chimico in ambiente di lavoro ma anche nelle valutazioni relative all’esposizione di cittadini a sostanze chimiche in ambienti aperti e confinati non di tipo lavorativo. A titolo di mero esempio si evidenziano i rischi alla salute derivanti dall’utilizzo di prodotti chimici non conformi immessi in commercio a disposizione di utilizzatori non professionali, oppure derivanti dalla permanenza in ambienti confinati ove siano presenti arredi realizzati con sostanze che si sono rivelate pericolose.

La presente azione si propone di rafforzare le competenze degli operatori del Dipartimento di Prevenzione sulle tematiche riguardanti il rischio chimico alla luce dei regolamenti REACH e CLP. Obiettivo dell'azione è anche quello di uniformare i comportamenti degli operatori sanitari nell'ambito della vigilanza e del controllo rivolto alle aziende che utilizzano prodotti chimici.

Entrambi gli aspetti dell’azione proposta, oltre ad accrescere le competenze del personale del Dipartimento interessato e del personale ARTA interessato costituiranno anche la formazione teorica di base per i nuovi operatori che saranno individuati quali Ispettori REACH dalle rispettive Aziende. *(Linea Guida per la conduzione dei controlli REACH-CLP – Vers. 1 del 18/09/219).*

L'azione è incentrata su:

attività informativa consistente in una rete di comunicazione indirizzata:

- alla diffusione della conoscenza del corso e-learning di base “Corso REACH-CLP per la pubblica amministrazione”, accessibile sulla piattaforma e-learning TRIO della Regione Toscana;



- alla pubblicizzazione della “Scuola di specializzazione valutazione e gestione del rischio chimico” che è un corso di studi disponibile in alcune Università

attività formativa consistente nell’organizzazione di corsi di formazione in materia di sicurezza chimica destinati al personale dei Dipartimenti di Prevenzione e al personale ARTA interessato.

Nel concreto si procederà con le seguenti attività:

- Per le attività FORMATIVE:

-Il gruppo di Coordinamento Regionale Interdirezionale, col supporto del Gruppo Tecnico Scientifico degli Ispettori e rappresentanti ARTA, definisce il programma e durata degli eventi formativi da svolgere nei Dipartimenti e riguardante anche il personale ARTA interessato (il materiale didattico sarà costituito da una sintesi dei Regolamenti REACH e CLP).

- I Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione richiedono ai Direttori dei Servizi del Dipartimento l’individuazione del personale da formare e di concerto con gli stessi definisce un calendario degli eventi formativi

- i Docenti saranno costituiti dai componenti del Gruppo Tecnico Scientifico e da eventuali Docenti esterni di comprovata esperienza nell’insegnamento dei Regolamenti REACH e CLP

- Per le azioni INFORMATIVE:

I Direttori dei Servizi di Igiene Pubblica e dei Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro provvederanno a recapitare agli operatori dell’area salute e ambiente e del controllo delle esposizioni in ambienti di vita e di lavoro le credenziali per l’accesso al corso in modalità FAD.

I suddetti Direttori di Servizio, unitamente al Direttore del Dipartimento, potranno concordare le modalità di formazione più opportune nel Dipartimento di appartenenza. Gli eventi formativi in presenza e in modalità FAD non sono alternativi tra loro ma opportunamente integrati secondo le esigenze dei Servizi.

PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (3 di 6)	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE RISCHIO BIOMECCANICO NELLA LAVORAZIONE DELLE CARNI ("IL PESO DELLE CARNI")
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l’incremento dell’estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	
OS01IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Come evidenziato dal profilo di salute ed analisi di contesto regionali, tra il 2015 ed il 2019 più del 60% delle tecnopatie denunciate sono rappresentate dalle malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo. Per l'industria ed i servizi tra le malattie professionali denunciate si evince una percentuale maggiore nella popolazione lavorativa maschile, contrariamente al settore agricolo. Nell'ambito del settore industria e servizi va annoverato quello della lavorazione delle carni ove anche se i maggiori rischi professionali nella produzione degli alimenti di origine animale si riscontrano nelle fasi precedenti quali l'allevamento e la macellazione, i processi di lavorazione secondaria possono determinare danni alla salute degli addetti dovuti al sovraccarico biomeccanico, alle posture e alla movimentazione manuale con conseguenti patologie degli arti superiori e della colonna vertebrale soprattutto quando l'attività si svolge in ambienti a microclima refrigerato. Dai dati nazionali, nel quinquennio 2015-2019, primeggiano la lavorazione e conservazione di carni (la metà dei casi), produzione di prodotti da forno e farinacei (1/4 del totale) e industria lattiero-casearia (8%). Il 72% delle denunce ha riguardato le malattie osteo-muscolari e del tessuto connettivo (tendiniti in particolare, in misura doppia delle dorsopatie), seguite col 18% da quelle del sistema nervoso (sindromi del tunnel carpale in massima parte) e, con ulteriore distacco, dalle ipoacusie (4%) e dalle malattie del sistema respiratorio. In Regione Abruzzo, come già riportato precedentemente nel profilo di salute, considerando il totale delle MP da sovraccarico biomeccanico denunciate in Industria e servizi, le malattie professionali dell'arto superiore si collocano al primo posto per frequenza e sono attribuite prevalentemente al contesto lavorativo relativo alla produzione di carne, di volatili e prodotti della loro macellazione.

Per tali motivi è stato predisposto un PMP specifico a tale contesto lavorativo volto alla prevenzione in merito all'esposizione al rischio da sovraccarico biomeccanico in tale settore. Il presente PMP sarà articolato in modo da assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medie e grandi attività di controllo modulate secondo approcci distinti; verranno inoltre affrontate criticità della popolazione lavorativa straniera, presente anche in tale contesto, con conseguenti disagi legati alle barriere culturali, linguistiche e sociali.

Verranno pertanto svolte le seguenti attività di promozione:

- Incontri di confronto con parti sociali e datoriali per la definizione delle attività di prevenzione/controllo/informazione da attuare (2 INCONTRI ALL'ANNO nel Comitato di Coordinamento di cui all'Art.7 ex D.Lgs n°81/2008 e s.m.i.) al fine di interconnettere i flussi informativi (anche MALPROF, BANCHE DATI, ecc.);
- Attivazione della Formazione degli operatori dei servizi psal delle regione al fine di sviluppare le loro competenze in materia di valutazione da rischio ergonomico. Tale formazione specifica dovrà essere anche rivolta alle figure aziendali della prevenzione (M.C., R.S.P.P., R.L.S.) (1 INCONTRO ALL'ANNO);
- Diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione da sovraccarico biomeccanico e produzione di report periodici relativi al monitoraggio del rischio ergonomico con relativa diffusione di buone prassi attraverso i portali istituzionali e degli stakeholder;



- Valutare la qualità, appropriatezza ed efficacia della sorveglianza sanitaria (preventiva e periodica) svolta dai medici competenti (artt.25-40-41-42 del d.lgs n°81/2008 e s.m.i.) programmando interventi mirati alla riduzione del rischio biomeccanico.

DESCRIZIONE ATTIVITA' E MODALITA' DI ATTIVAZIONE:

- Fase 1 – Definizione obiettivi: Mediante incrocio dei flussi da banche dati tutti gli spsal (con almeno 1 rappresentante) coinvolgendo l'inail territoriale (con proprio rappresentante), ed un referente dell'Assessorato Regionale alla Sanità e Assistenza Sociale al fine di individuare la reale problematica delle patologie muscolo scheletriche sul proprio territorio ed instaurare i relativi programmi/attività di controllo e/o ispezione/vigilanza (periodicità: entro I semestre 2022);
- Fase 2 – Definizione criteri di ricerca/selezione e delle modalità di coinvolgimento delle imprese: Consultazione dei flussi dati delle banche dati, eventuale archivio di servizio e/o casistiche SPSAL ed organismi paritetici/enti territoriali/organismi di categoria/ARTA abruzzo/servizi veterinari per individuazione delle aziende di macellazione presenti sul territorio con precedenza di controllo/ispezione in funzione dei dati di malprof da sovraccarico biomeccanico/flussi informativi/denunce INAIL. (periodicità: entro I semestre 2022);
- Fase 3 - Esame di buone prassi/buone pratiche e redazione del relativo documento: Costituzione di un gruppo di lavoro con componenti degli SPSAL della regione ABRUZZO (almeno 1 per Servizio) al fine di esaminare, redigere e divulgare Buone prassi/buone pratiche e soluzioni organizzative anche per effettuare e valutare la qualità, appropriatezza ed efficacia della sorveglianza sanitaria (preventiva e periodica) svolta dai medici competenti programmando interventi mirati alla riduzione del rischio biomeccanico. (periodicità e frequenza: a partire dal II semestre del 2022);
- Fase 4 – Predisposizione della scheda di autovalutazione, seminari ed organizzazione: Il gruppo di lavoro con componenti degli SPSAL della regione ABRUZZO (almeno 1 per Servizio) predisporrà la scheda di autovalutazione aziendale da somministrare alle imprese in seminari illustrativi tenendo in considerazione i contenuti del documento buone prassi/buone pratiche e/o altra documentazione di riferimento; il gruppo di lavoro stabilirà i tempi di riconsegna agli spsal territorialmente competenti da parte delle imprese delle schede stesse di autovalutazione debitamente compilate; tali schede dovranno contenere anche specifiche sezioni che consentano di rilevare l'applicazione delle buone prassi relative alla sorveglianza sanitaria. Tale distribuzione sul territorio delle schede di autovalutazione delle imprese sarà preceduta da appositi seminari a tema. Registrazione delle aziende partecipanti ai seminari. (periodicità seminari a partire dal: I semestre 2022 – scheda di autovalutazione: II semestre 2022).
- Fase 5 – Modalità organizzative della formazione del personale SPSAL: il suddetto gruppo di lavoro stabilirà i corsi di formazione per gli operatori SPSAL e di eventuali altri organi di vigilanza/ispezione, basati sul documento di buone prassi/buone pratiche, scheda di autovalutazione, sulle strategie di intervento mirate al sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore nel settore macellazione delle carni, sulla promozione



della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica (periodicità e frequenza: almeno 1 l'anno a partire dal I semestre del 2022).

- Fase 6 – Definizione delle modalità organizzative delle attività di formazione per le figure della prevenzione delle imprese compresi i medici competenti sul territorio (anche per il tramite di ordini professionali ed associazioni di categoria). Tali attività saranno organizzate ed attuate nei territori di competenza da parte degli SPSAL; esse non sostituiscono in alcun modo la formazione obbligatoria prevista dalla normativa vigente ma saranno funzionali ai contenuti ed agli obiettivi del PMP. Il gruppo di lavoro regionale potrà affinare la progettazione della formazione nei successivi anni anche sulla base dei dati a disposizione dal 2022 e sui successivi anni in funzione dei dati emergenti sulle schede di autovalutazione compilate dalle imprese (periodicità e frequenza: almeno 1 l'anno a partire dal secondo semestre del 2023).
- Fase 7 – Individuazione degli indicatori per la valutazione dell'efficacia: il gruppo di lavoro con componenti degli spsal della Regione Abruzzo (almeno 1 per servizio) individuerà tali indicatori in funzione delle buone prassi/buone pratiche e soluzioni organizzative per effettuare interventi mirati alla riduzione del rischio biomeccanico oltre che in merito alla promozione della qualità, dell'appropriatezza ed efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti con particolare riferimento agli indicatori delle azioni trasversali previste dal PNP 2020-2025, al "pp6 – piano mirato di prevenzione". (periodicità e frequenza: a partire dal secondo semestre del 2023).

- **VIGILANZA:**

- Fase "A" – Esame delle schede di autovalutazione: le schede di autovalutazione come sopra indicate e predisposte dal gruppo di lavoro con componenti degli SPSAL della Regione Abruzzo (almeno 1 per servizio) predisposte ed inviate alle aziende entro il 2022, saranno riconsegnate entro il I semestre del 2023 agli stessi SPSAL che provvederanno al loro esame per decidere la priorità degli interventi ispettivi.
- Fase "B" – Ispezioni: gli SPSAL attueranno l'attività ispettiva in un campione delle imprese coinvolte nel PMP partendo da quelle che non hanno partecipato agli incontri predisposti (pur essendo state coinvolte), da quelle che non hanno restituito le schede di autovalutazione ed in ultimo da quelle nelle quali si sono riscontrate situazioni a rischio dall'esame della suddetta scheda. Le ispezioni riguarderanno anche la Sorveglianza Sanitaria (periodicità: dal II semestre 2023).

- **VALUTAZIONE EFFICACIA:**

Fase "I" – Valutazione di efficacia: nel 2025 verrà effettuata da ogni singolo SPSAL la valutazione dell'efficacia dell'intervento di prevenzione attuato attraverso l'elaborazione dell'attività di vigilanza di cui sopra (esame schede di valutazione ed ispezione) con riferimento all'analisi delle buone



pratiche attuate sul territorio per la riduzione del rischio biomeccanico nella lavorazione delle carni. In ultimo i rappresentanti degli SPSAL condivideranno le risultanze di tale verifica all'interno del Gruppo di lavoro della Regione Abruzzo (almeno 1 per servizio) per pervenire ad una valutazione complessiva di efficacia a livello regionale. I dati saranno poi pubblicati nei siti istituzionali.

PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (4 di 6)	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO STRESS CORRELATO AL LAVORO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	
OS01IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

La necessità di indirizzare azioni mirate di prevenzione al settore della sanità nasce anche dalla stretta correlazione esistente tra lo Stress Lavoro-Correlato ed errore comportamentale/professionale, con ricadute sulla sicurezza e salute, sul contenzioso, sui costi sociali (Wang W et al. Mindfulness and gender: a pilot quantitative study. Issues in Information Systems 18, Issue(4), 105-115, 2017). Lo stress lavorativo interferisce con l'efficacia professionale, altera la qualità di vita dell'operatore, ed induce all'assunzione di comportamenti difensivi, aumentando la probabilità di errore professionale e l'adozione di comportamenti imprudenti sotto il profilo della sicurezza (De Sio S et al. Quality of Life in Workers and Stress: Gender Differences in Exposure to Psychosocial Risks and Perceived Well-Being. BioMed Research International 2017). Di qui l'importanza di definire strategie mirate di prevenzione, specificamente orientate secondo le differenze di genere (Kriakous SA et al. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Psychological Functioning of Healthcare Professionals: a Systematic Review. Mindfulness.) (Rojiani R et al. Women Benefit More Than Men in Response to College-based Meditation Training. Front. Psychol. 2017, 8:551), che siano quanto più possibile condivise per favorire la sinergia con tutti i



soggetti (anche esterni al sistema pubblico della prevenzione) in seno al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D. Lgs. 81/08 e collegate ai piani aziendali per il risk management e per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Alla luce di tali riflessioni, appare necessario promuovere all'interno delle Strutture sanitarie, l'individuazione di aree omogenee di esposizione al rischio per realizzare interventi mirati alla gestione dello stress lavoro correlato, con approccio olistico (programma TWH) e di genere. I criteri guida nella individuazione delle aree omogenee dovranno tener conto del grado di impatto emotivo della professione sanitaria sull'operatore, anche in funzione del genere e dell'età, oltreché della tipologia contrattuale (es. professioni sanitarie rivolte a pazienti pediatrici, malati oncologici, fine vita, ecc); al maggior rischio di subire aggressioni (SERT, Servizi sociali, Servizi di vigilanza e ispezione, Commissioni patenti speciali, Pronto Soccorso, Guardia Medica); all'elevato contenuto di responsabilità connesso a particolari procedure diagnostico-terapeutiche con possibilità di errore (chirurgie, radiologie interventistiche, ecc.). Nell'analisi del contesto, operata dal GdL coordinato a livello regionale, andrà considerata trasversalmente, l'incidenza dell'emergenza pandemica come fattore di stress, con particolare attenzione alle differenze di genere (Liu S et al. Gender differences in mental health problems of healthcare workers during the coronavirus disease 2019 outbreak. *Journal of Psychiatric Research* 137 (2021) 393–400.)(Fresna RH et al. Gender Differences in Mental Health Responses of Health Workers During the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of Health Policy and Management* (2021), 06(02): 130-138. Q et al. Gender Differences in Psychological and Behavioral Responses of Infected and Uninfected Health-Care Workers During the Early COVID-19 Outbreak. *Front Public Health* 9:638975).

Le azioni del Piano Mirato sono concepite secondo un approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della sicurezza e salute delle lavoratrici e dei lavoratori, ossia orientate al supporto/assistenza alle imprese e ai lavoratori per il sostegno, l'autovalutazione e gestione dei rischi, per far emergere l'opportunità ed il bisogno di specifiche tutele (cosiddette soluzioni), non pienamente comprese ed applicate dalle aziende. La programmazione del presente PMP, come rappresentato nello schema seguente, si articolerà attraverso tre diverse fasi: l'Assistenza, che prevede attività di pianificazione e ricerca, la Vigilanza, che prevede attività programmate e condivise di controllo, la Valutazione di efficacia, nella quale saranno elaborati report sui dati di attività.

FASE 1 ASSISTENZA

- progettazione
- seminario di avvio
- informazione/formazione

FASE 2 VIGILANZA

- Autovalutazione delle aziende
- Vigilanza da parte delle ASL sulla Aziende coinvolte nell'intervento di prevenzione

FASE 3 VALUTAZIONE DI EFFICACIA

- Raccolte e diffusione di buone pratiche



- Questionario sulla percezione dei rischi
- Restituzione dei risultati e/o di buone prassi

FASE 1 ASSISTENZA

Attività 1 Progettazione:

Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex art. 7 DLGS 81/08 e s.m.i. con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo dello SLC. Formalizzazione del Gruppo di lavoro regionale in cui sia prevista la partecipazione del referente regionale per la medicina di genere per le attività di progettazione di seguito declinate:

- a. Realizzazione del PMP di dettaglio in sintonia con gli indirizzi emanati dal Gruppo Tecnico Interregionale;
- b. definizione dei criteri per ricerca/selezione e modalità di coinvolgimento delle strutture sanitarie, a livello locale avvalendosi degli archivi INAIL-SPSAL, ENTI bilaterali, Associazioni di categoria;
- c. esame delle buone prassi e redazione del relativo documento. Nel selezionare esempi di buone prassi, valutare la presenza dei seguenti elementi:
 - gestione concreta ed efficiente dei rischi psicosociali e dello stress lavoro-correlato in relazione al genere;
 - considerazione delle diversità all'interno della forza lavoro (età e genere);
 - partecipazione e coinvolgimento effettivi della forza lavoro e dei loro rappresentanti;
 - realizzazione di interventi efficaci sul luogo di lavoro, orientati al genere;
 - miglioramenti dimostrabili in termini di sicurezza e salute delle lavoratrici e dei lavoratori;
 - sostenibilità degli interventi nel lungo periodo;
 - trasferibilità del modello ad altri luoghi di lavoro;
- d. predisposizione di una scheda di autovalutazione da somministrare alle aziende;
- e. predisposizione di materiale per l'avvio dei seminari rivolti alle imprese;
- f. modalità organizzative per la formazione del personale di vigilanza;
- g. modalità organizzative per la formazione delle figure aziendali della sicurezza (RSPP, RLS, MC).

Attività 2 Realizzazione seminari di avvio:

in questa fase ciascun Servizio PSAL procederà ad illustrare alle Aziende Sanitarie del proprio territorio gli obiettivi del Piano Predefinito, il documento di buone prassi e la scheda di autovalutazione, da restituire successivamente.



Attività 3 Informazione e formazione:

realizzazione dei corsi di formazione al personale SPAL; realizzazione corsi di formazione per le figure aziendali della sicurezza sulle buone prassi e almeno su questi argomenti:

- Criteri condivisi per la Valutazione del Rischio da Stress Lavoro-Correlato
- La riprogettazione delle attività lavorative sui principi di Ergonomia FISICA-COGNITIVA-ORGANIZZATIVA
- Il benessere organizzativo e L'ADOZIONE DEI SGSL come misura di prevenzione e gestione dei rischi psico-sociali
- La sorveglianza sanitaria e il reinserimento al lavoro dei lavoratori esposti a SLC, rivolto ai Medici competenti

Saranno altresì promossi corsi di formazione rivolti ad operatrici ed operatori sanitari ASL nell'ambito della finalità "prendersi cura di chi cura" (circoli della sicurezza per l'analisi delle criticità e dei near miss; tecniche di gestione dello stress orientate al genere: dal riconoscimento della situazione a rischio alla attivazione della mindfulness secondo un percorso di genere)

FASE 2 VIGILANZA

Attività 4: Analisi delle schede di autovalutazione

Attività 5: ispezioni, basate sui report delle criticità emerse dalle schede di autovalutazione

FASE 3 VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA

Attività 6: Ciascun Servizio SPAL elaborerà i risultati dei dati di vigilanza (esame schede di autovalutazione; ispezioni con riferimento alle buone pratiche per la riduzione del rischio e all'efficace sorveglianza sanitaria).

CRONOPROGRAMMA

Attività	Responsabile	2021	2022	2023	2024	2025
Costituzione GDL	Regione		X			
definizione dei criteri per ricerca/selezione e modalità di coinvolgimento delle strutture sanitarie	Comitato Coord/GDL		X			
Elaborazione documento Buone Pratiche	Comitato		X			



per la gestione dello stress lavoro correlato	Coord/GDL					
Predisposizione di una scheda di autovalutazione da somministrare alle aziende	Comitato Coord/GDL		X			
Formazione degli operatori dei Servizi ASL, Medici competenti e imprese	ASL-Regione			X	X	
Somministrazione schede autovalutazione	SPSAL		X	X		
attività di vigilanza	SPSAL				X	X

PROGRAMMA	PP08
TITOLO AZIONE (5 di 6)	Promozione della qualità dell'appropriatezza ed efficacia della Sorveglianza Sanitaria
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.13 Altro (specificare)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti	
OS02IS02	Sorveglianza Sanitaria Efficace
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Con questa azione si intende promuovere la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia della Sorveglianza Sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti con particolare riferimento all'esposizione ad agenti di rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro. Nell'ambito di tale azione saranno prodotte buone pratiche condivise inerenti la Sorveglianza Sanitaria, allo scopo di essere utilizzate nella pratica stessa della Sorveglianza sanitaria. Per raggiungere tale fine sarà costituito un GdL dedicato, con il coordinamento della Regione. Le attività della presente azione dovranno essere oggetto di confronto nei tavoli territoriali ex art. 7 D.Lgs 81/08. Sarà realizzato un Report annuale ricavando i dati ex art.40 D.lgs. 81/08 all. 3B, che conterrà l'analisi dei dati sanitari e di rischio regionali, con particolare attenzione al monitoraggio dell'esposizione al rischio da agenti cancerogeni, da sovraccarico biomeccanico e da rischi psico-sociali. In tale ambito, saranno prodotti documenti di buone pratiche condivise inerenti la Sorveglianza Sanitaria, da utilizzare quale strumento utile al miglioramento della qualità e dell'uniformità delle attività sanitarie dei medici competenti sul territorio regionale. Tali documenti saranno poi partecipati mediante attività di formazione rivolta agli



operatori dei servizi ASL ed a tutti i medici competenti operanti sul territorio, nonché agli altri operatori della prevenzione quali Datori di Lavoro, RSPP e RLS. Le attività di formazione dovranno essere promosse dalla Regione, con l'ausilio dei Servizi Psal, nonché dagli ordini professionali ed associazioni di categoria. Inoltre, tale attività potrà essere estesa ad altri professionisti sanitari medici territoriali e ospedalieri, nonché Medici di Medicina Generale, al fine di potenziare una rete di collaborazione per la tutela della salute del lavoratore in ottica di Total Worker Health (Vedi Piani Mirati).

Nel corso del 2024/2025 l'attività sarà volta alla verifica dell'applicazione delle buone pratiche diffuse attraverso la suddetta formazione, andando a valutare – a campione – l'aderenza del Protocollo Sanitario redatto dai Medici competenti con la Valutazione del Rischio, anche in un'ottica di differenze di genere, confrontando inoltre i risultati dei report annuali ricavati dall'All.3B ex art 40 del D.Lgs 81/08 e ss.mm.ii. e dei dati anonimi collettivi forniti in occasione delle riunioni periodiche aziendali ex art 35 D.Lgs 81/08 e ss.mm.ii. La valutazione potrà essere coordinata e sinergica con i Piani mirati di Prevenzione.

Cronogramma attività

Attività	Responsabile	2021	2022	2023	2024	2025
Costituzione GDL	Regione		X			
Elaborazione documento Buone Pratiche Sorveglianza Sanitaria in edilizia/agricoltura	Regione/GDL		X			
Formazione degli operatori dei Servizi ASL e dei Medici competenti	SPSAL			X		
Verifica dell'applicazione delle Buone Pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza	SPSAL				X	X
Report annuale ex art 40	SPSAL		X	X	X	X
Confronto sulla pianificazione/monitoraggio ex. Art 7 D.Lgs.81/08	Regione		X	X	X	X

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP08				
TITOLO AZIONE (6 di 6)	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE "STRATEGIE PARTECIPATE DI INTERVENTO PER L'EMERSIONE E PER IL CONTRASTO SPECIFICO AL RISCHIO CANCEROGENO PER I TUMORI DELLA VESCICA"				
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI				
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1	Organizzazione/miglioramento/sviluppo	delle	attività	di
		controllo/ispezione/vigilanza			



OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	
OS01IS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Sulla base del profilo di salute e analisi di contesto regionali, il presente piano mirato sarà articolato attraverso le seguenti attività:

Redazione e ricognizione linee di indirizzo da approvare in sede di Conferenza Permanente. Sviluppo delle azioni di supporto nell'ambito della bilateralità a sostegno delle funzioni di RLS e RLST. Implementazione delle liste di controllo per il contrasto delle malattie neoplastiche professionali nell'ambito delle attività di prevenzione, controllo e informazione del Comitato regionale ex art. 7 D.Lgs. 81/08. Tale intersettorialità, attraverso la partecipazione di Amministrazioni pubbliche, Organizzazioni sindacali e datoriali, verrà consolidata da atti per garantire la trasversalità e continuità degli interventi. Tutto ciò in concerto con il Comitato regionale ex art. 7 D.Lgs. 81/08, con funzioni di programmazione coordinata di interventi per indirizzare le attività di prevenzione e vigilanza nel rispetto delle indicazioni nazionali.

FORMAZIONE

- Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari, medici del lavoro, medici dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total Worker Health. In primis verrà attuata la formazione degli operatori dei servizi delle ASL e, successivamente, delle figure aziendali della prevenzione. I temi degli agenti cancerogeni verranno affrontati in un'ottica di multidisciplinarietà, tenendo conto di:
- regolamenti REACH/CLP, al fine di tutelare la salute dai rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli, in sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare);
- adeguate procedure di valutazione del rischio da esposizione ad agenti cancerogeni secondo le misure ex articolo 235 e Allegato XLIII del d.lgs. 81/2008. In tal modo verranno rafforzate le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico;
- dell'opportunità di aumentare la conoscenza e la consapevolezza del rischio da specifici agenti fisici cancerogeni (radiazioni ionizzanti, Radon e non ionizzanti), attraverso interventi mirati di formazione.



La formazione riguarderà anche il setting della scuola, attraverso il rafforzamento della collaborazione scuola/aziende/istituzioni, soprattutto finalizzata alla gestione dello studente in Alternanza scuola lavoro.

Successivamente, sviluppando percorsi di formazione per l'acquisizione di nuove competenze disciplinari per l'emersione ed il contrasto del fenomeno tecnopatico, verranno attivate campagne di sensibilizzazione dei MMG e medici competenti, degli specialisti ospedalieri e ambulatoriali, con il coinvolgimento della Direzione Medica, in merito alla genesi professionale delle patologie tumorali e alle corrette procedure di segnalazione, anche per l'alimentazione e l'interscambio dei flussi informativi. In particolare le azioni saranno dirette verso i centri clinici di diagnosi e cura tumorale, ove si concentra la maggior parte delle patologie ricercate (Urologia, Radioterapia, Oncologia).

-COMUNICAZIONE

Attivare sportelli informativi presso i servizi PSAL collegati con una rete regionale con pagine web dedicate al rischio cancerogeno. Produrre report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate, anche attraverso l'implementazione dei flussi per l'utilizzo dei dati. Elaborare e diffondere documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi. Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi intersettoriali nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder.

- SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE

Promuovere la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti e del ruolo strategico del medico competente nella progettazione, attuazione e monitoraggio delle azioni di Total Worker Health e di promozione della salute. Verranno realizzate iniziative di informazione, formazione, assistenza tra SPSAL e medici competenti per confronto sulla congruità dei protocolli di sorveglianza sanitaria e sulle misure di contenimento del rischio cancerogeno. Tali protocolli, mirati alla diagnosi precoce dei tumori, andranno associati ad altre strategie finalizzate ad incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore, implementando un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la "conservazione attiva" della salute. In particolare verrà attuto un focus mirato alla lotta all'abitudine al fumo di sigaretta che, agendo sinergicamente con altri agenti cancerogeni presenti negli ambienti di lavoro, ne amplifica, con effetto moltiplicativo, la tossicità. L'obiettivo è ottenere una sorveglianza sanitaria (art. 242 d.lgs. 81/2008) svolta dal medico competente coerente con criteri e protocolli basati sull'evidenza. Gli accertamenti preventivi e periodici dovranno essere orientati a constatare l'assenza di controindicazioni alla mansione specifica che il lavoratore deve svolgere (es: ipersuscettibilità), valutare l'idoneità specifica al lavoro, scoprire precocemente controindicazioni all'esposizione, rafforzare misure e comportamenti lavorativi corretti, ricollocare i soggetti affetti da patologie neoplastiche. Andranno altresì garantite da parte del medico competente l'informazione dei lavoratori sui rischi e sulle misure di prevenzione, sull'importanza di sottoporsi ai tutti i controlli



medici necessari e sull'influenza che le abitudini comportamentali extralavorative (es: l'abitudine al fumo) possono avere sull'eventuale sviluppo di patologie. Un altro aspetto essenziale è la specifica informazione sull'opportunità di proseguire la sorveglianza sanitaria al termine dell'esposizione per cambio mansione e/o per cessazione del lavoro, allo scopo di ridurre eventuali rischi aggiuntivi e/o effetti negativi a lungo termine ai lavoratori ex-esposti a cancerogeni.

Verranno individuate, sulla scorta del modello degli ex esposti all'amianto, strategie di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad agenti cancerogeni, coinvolgendo i medici competenti e i medici di medicina generale, con la finalità di:

- individuare i soggetti che sono stati esposti, tracciare le lavorazioni e le mansioni che sono state fonte di esposizione;
- offrire interventi di counseling e percorsi agevolati sia per la diagnosi e cura della patologia che per l'eventuale riconoscimento medico-legale;
- garantire il necessario follow-up clinico di tali soggetti, mirato alla diagnosi precoce del tumore della vescica e all'avvio dell'iter per il riconoscimento di malattia professionale.

Particolare risalto verrà posto sulle campagne di prevenzione sull'abitudine al fumo (prima causa eziologica extralavorativa di tumore della vescica).

-VIGILANZA/ ASSISTENZA

- Individuare e promuovere soluzioni tecniche in grado di sostituire le sostanze cancerogene o quanto meno ridurre le esposizioni professionali (Produzione di report specifici; Diffusione sul territorio regionale dei criteri e strumenti per quantificazione e riduzione del rischio cancerogeno; Produzione di linee guida regionali; Estensione a tutta la Regione dei risultati della sperimentazione; Attività di indirizzo verso le imprese).

-Identificare e classificare le aziende che utilizzano cancerogeni a partire dai comparti notoriamente a maggior rischio; parallelamente andrà perfezionata l'informatizzazione delle notifiche ex art.9 della L.257/92, ad integrazione della mappatura della presenza di amianto nel territorio (con relativa reportistica), per un'eventuale valutazione dell'azione sinergica nella cancerogenesi.

-Quantificare l'esposizione professionale nei comparti censiti (Valutazione approfondita dell'esposizione e monitoraggio in base ai criteri delle linee guida Nazionali; Predisposizione di flussi informativi per la creazione di registri di esposti):

- Acquisizione della documentazione
- Sopralluogo
- Audit con le figure della prevenzione



→ Griglie di verifica/check list

→ Redazione atti finali

Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medie e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti, utilizzando gli appositi strumenti standardizzati regionali previsti.

Inserimento nei programmi annuali di attività degli SPSAL di un piano specifico di vigilanza, secondo le linee di indirizzo regionali, nei comparti in cui è nota la presenza di cancerogeni professionali, adottando un approccio di tipo proattivo e utilizzando liste di controllo predisposte a livello regionale, con particolare riferimento agli aspetti legati alla valutazione dei rischi, al rispetto del divieto di esposizione al fumo di sigaretta, alla congruità dei protocolli di sorveglianza sanitaria ed alle misure di contenimento del rischio cancerogeno. Rapporto annuale dell'attività del progetto.

La ricerca attiva è una strategia per favorire la diagnosi di tumori professionali. Gli scopi che si prefigge la ricerca attiva sono plurimi: aumentare il livello di notifica ed il flusso di segnalazioni di sospette neoplasie professionali, migliorare i criteri di valutazione del nesso causale, contribuire alla costituzione di un registro dei tumori professionali, che rappresenti un elenco affidabile dei casi di tumori attribuibili all'ambiente di lavoro; accrescere le conoscenze circa la presenza attuale o pregressa del rischio cancerogeno, mappando le aziende sulle quali poter avviare attività mirate di assistenza/vigilanza. Può inoltre permettere di individuare cluster inattesi per ampliare i livelli di conoscenza sui settori a rischio cancerogeno. Il potenziamento del sistema informativo OCCAM (Occupational Cancer Monitoring) attraverso uno studio caso controllo, permetterà di riconoscere le situazioni di rischio oncogeno in ambito professionale a partire dai Registri Tumori italiani, incrociando le schede di dimissione ospedaliera con l'archivio INPS per i dati relativi all'attività professionale, ricavando il rischio relativo (R.R.), rapporto tra la probabilità di ammalarsi di uno specifico tumore per i soggetti che hanno lavorato in uno specifico comparto rispetto alla probabilità di contrarre la malattia nel gruppo dei soggetti "non esposti". Parallelamente all'avvio della piena operatività in regione Abruzzo del sistema informativo OCCAM, verranno adottate strategie alternative già validate. Verranno individuate quindi strategie di ricerca attiva ospedaliera, attraverso l'implementazione dell'interscambiabilità di informazioni/dati tra Dipartimenti di Prevenzione e Presidi Ospedalieri. Verrà altresì stimolata la collaborazione con operatori sanitari per raccogliere le anamnesi lavorative dei pazienti affetti dalla neoplasia di interesse.

Tale approccio offre il vantaggio di indirizzare la ricerca in un ambito già selezionato, cercando le neoplasie ove si concentrano ovvero nel reparto di degenza e cura; acquisire (a differenza del metodo Occam), informazioni sulla mansione lavorativa dettagliata oltre che sul settore di appartenenza. In tal modo si può risalire al ciclo di lavorazione e quindi alle sostanze a cui il lavoratore può essere stato esposto. L'indagine potrà essere approfondita nei casi sospetti mediante attività di vigilanza per verificare gli specifici contesti lavorativi con sopralluoghi e acquisizione di documentazione mirata.

Verranno predisposti e proposti strumenti conoscitivi semplici da utilizzare come screening nei reparti di accesso dei pazienti con i tumori sopra descritti (es: questionari, compilati dagli operatori sanitari o



sottoposti al lavoratore per individuare se fra le attività lavorative da lui svolte siano comprese quelle nelle quali è plausibile un'esposizione a fattori di rischio cancerogeno).

Tra i percorsi da proporre, sarebbe utile che i casi sospetti vengano indirizzati ad approfondimento specialistico da parte dei medici degli SPSAL, con visita in medicina del lavoro, acquisizione della documentazione clinica (referti istologici, visita oncologica), libretto di lavoro e/o estratto previdenziale INPS; giudizi di idoneità rilasciati dal medico competente etc.;

Per i casi positivi si procederà ad apertura dell'iter d'indagine di malattia professionale (acquisizione copia del documento di valutazione dei rischi, con particolare riferimento alla/e mansione/i svolte; risultati delle indagini di monitoraggio ambientale e/o biologico; copia della cartella sanitaria individuale e di rischio o dei risultati della sorveglianza sanitaria, sopralluogo aziendale etc.). Il tumore vescicale presenta tempi di sopravvivenza piuttosto lunghi (dai dati dei Registri tumori italiani risulta, per entrambi i sessi, una sopravvivenza a 5 anni di più del 70 % dei casi). Ciò consente di contattare direttamente i soggetti affetti dalla neoplasia per una ricostruzione dell'anamnesi professionale, perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed esposizione dei lavoratori, al fine di avviare l'attività di prevenzione e bonifica dei luoghi di lavoro e le procedure per il risarcimento del danno alla salute.

I dati raccolti verranno utilizzati per portare a regime i registri di neoplasie a bassa frazione eziologica, in parallelo alle attività sui Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici. Dovrà altresì essere garantita la fruibilità di informazioni che compongono il registro degli esposti, anche ai fini del perfezionamento della conoscenza delle esposizioni e della tracciabilità delle storie lavorative degli stessi esposti. Tali informazioni permetteranno di:

- costruire una base informativa per studi analitici di epidemiologia occupazionale;
- fornire informazioni relative alla esposizione a fini preventivi e medico-assicurativi;
- mappare i principali cancerogeni per il tumore della vescica presenti sul territorio regionale;
- incrementare il grado di utilizzo dei sistemi informativi per la pianificazione degli interventi di prevenzione, definendo linee di indirizzo regionali;
- produrre report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro con diffusione di documentazioni relative alle azioni di prevenzione efficaci.

Il presente PMP sarà sviluppato in un'ottica di medicina di genere. Tale approccio si baserà sull'evidenza epidemiologica che nonostante ad ammalarsi siano soprattutto gli uomini, sono le donne a rischiare di più la vita perché nel sesso femminile la malattia viene diagnosticata in fase più avanzata e le risposte ai trattamenti sono meno favorevoli. Numerosi fattori sono alla base di queste differenze di genere (diversa esposizione a specifici fattori di rischio, differenze delle vie metaboliche e dei meccanismi di detossificazione degli agenti cancerogeni, influenze ormonali, etc.). Il rischio di sviluppare la malattia è molto più alto nei maschi, ma il numero di nuovi casi maschili è in riduzione, mentre sono in aumento quelli femminili (ciò è in gran parte spiegabile con il numero crescente di



fumatrici). Il rischio è aumentato nelle donne in postmenopausa, in particolare nelle donne con età menopausale precoce (<45 anni). Altri potenziali fattori di rischio come l'alcol, l'esposizione all'arsenico e l'inalazione di particolato sembrano influenzare i sessi in modo diverso.

Le differenze di genere considerate, la coesistenza di molteplici fattori di rischio sinergici all'insorgenza della patologia (anche in termini di abitudini voluttuarie) e l'accessibilità ai servizi di diagnosi e cura al termine dell'esposizione professionale a cancerogeni, rappresentano tutti possibili generatori di iniquità che ci si propone di ridurre con il presente PMP.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Favorire l'emersione dei tumori vescicali di origine professionale tenendo conto della maggiore vulnerabilità al rischio cancerogeno di categorie più esposte.
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Le finalità del PMP saranno quelle di migliorare le conoscenze del fenomeno dal punto di vista qualitativo e quantitativo, mappando la diffusione dei principali agenti cancerogeni nei comportamenti produttivi a maggior rischio, tenendo conto dei fattori di disuguaglianza che incidono negativamente sulla loro genesi. Inoltre, saranno programmate azioni di prevenzione mirate ed efficaci per gli agenti cancerogeni vescicali al fine di consentire l'emersione ed il dovuto riconoscimento di tecnopatie.
ATTORI COINVOLTI	Ordini professionali, Aziende sanitarie, associazioni datoriali, associazioni sindacali, altri coinvolti nella sicurezza sui luoghi di lavoro, altri portatori di interesse.
INDICATORE	<p>Promozione della conoscenza dei fattori di rischio professionali e dei fattori extra lavorativi coinvolti nella genesi delle neoplasie vescicali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Predisposizione e disponibilità dell'intervento formativo • Standard: Realizzazione dell'intervento formativo programmato in seno al gruppo di lavoro • Fonte: Regione



3.9 PP09 Ambiente, clima e salute

3.9.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP09
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Servizio Sanità Veterinaria e Sicurezza degli Alimenti DPF
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO5 Ambiente, Clima e Salute
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane - MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori - MO4-10 Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti - MO4-12 Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso - MO4-13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti - MO5-01 Implementare il modello della “Salute in tutte le politiche” secondo gli obiettivi integrati dell’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute - MO5-02 Promuovere e rafforzare strumenti per facilitare l’integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA nelle attività di promozione della salute, prevenzione, valutazione e gestione dei rischi per la salute da fattori ambientali, anche per la comunicazione del rischio in modo strutturato, sistematico e integrato - MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)



- MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico
- MO5-05 Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione
- MO5-06 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione
- MO5-07 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon
- MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione,
- MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor
- MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
- MO5-11 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle acque attraverso l'adozione dei piani di sicurezza (PSA)
- MO5-12 Prevenire e eliminare gli effetti ambientali e sanitari avversi, in situazioni dove sono riconosciute elevate pressioni ambientali, come ad esempio i siti contaminati, tenendo conto delle condizioni socio-economiche nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze
- MO5-13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti
- MO5-14 Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute
- MO5-15 Promuovere l'applicazione di misure per ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica, nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria
- MO6-07 Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive
- MO6-12 Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da vettori e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti (ivi compresi i servizi SIAN, SIAOA e ospedalieri)
- MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti
- MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano
- MO6-16 Monitorare i punti d'entrata ad alto rischio di nuove specie invasive di vettori.
- MO6-17 Monitorare l'insorgenza di resistenze agli insetticidi nei vettori
- MO6-25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario (One Health)



<p>LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - MO1LSI Sviluppo di programmi intersettoriali per ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un’ottica di salute pubblica - MO4LSb Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la pianificazione degli interventi di prevenzione - MO4LSc Sviluppare l’interoperabilità dei sistemi informativi esistenti a favore dello scambio trans-istituzionale di informazioni a livello nazionale e territoriale e finalizzate al dialogo tra le varie banche dati - MO5LSa a. Promozione e realizzazione di interventi di advocacy e di integrazione nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) attraverso: elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, produzione di rapporti sulle attività integrate in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute, stipula di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell’art. 7-quinquies Dlgs 502/92, istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/ intersettoriali/ interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l’approccio One Health - MO5LSb b. Sviluppo e integrazione di conoscenze e competenze, tra gli operatori della salute e dell’ambiente, sulla sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto sanitario da esposizione a fattori ambientali antropici e naturali, la comunicazione e la gestione sistematica, integrata e strutturata dei rischi, attraverso: identificazione a livello regionale di criteri per l’applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali, realizzazione di una rete integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN e SNPA, interventi di formazione sui temi ambiente e salute, compresa la valutazione di impatto ambientale e sanitario, epidemiologia ambientale e tossicologia ambientale, comunicazione del rischio, ecc., per operatori interni ed esterni al SSN (con particolare riferimento ai MMG, PLS) e operatori di SNPA, anche attraverso modalità innovative via web (FAD), adozione delle Linee di indirizzo sulla comunicazione del rischio prodotte dal Ministero della Salute - MO5LSz Adozione di interventi di sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano - MO6LSe Rafforzamento della capacità di risposta alle emergenze infettive - MO6LSn Istituzione di un laboratorio di riferimento regionale per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano o attivazione di una convenzione con un laboratorio di riferimento di un’altra Regione/PA - MO6LSo Applicazione di Piani di sorveglianza e risposta alle malattie trasmesse da vettori - MO5LSaa Supporto alla vigilanza sulle aree di salvaguardia degli approvvigionamenti idropotabili - MO5LSII Rafforzamento delle attività di sorveglianza sanitaria tramite l’approccio “One Health” valorizzando il ruolo dei servizi veterinari
---	--



	<ul style="list-style-type: none"> - MO5LSmm Promuovere l'implementazione del sistema ClassyFarm
<p>LEA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B05 Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni - B07 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo - B08 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria - B10 Tutela della popolazione dal rischio "amianto" - B11 Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo dei gas tossici - B12 Prevenzione e sicurezza nell'uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - B14 Gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici) - B15 Tutela della collettività dal rischio radon - C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - D01 Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali - D03 Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche, Georeferenziazione delle aziende - D06 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffuse animali - D07 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze epidemiche delle popolazioni animali - D12 Prevenzione e controllo delle zoonosi. Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente - E03 Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti - E13 Sorveglianza acque potabili - F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale



- F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica

3.9.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

E'innegabile lo stretto collegamento tra ambiente, clima e salute; i cambiamenti climatici che da alcuni decenni si verificano a livello globale hanno inevitabili effetti negativi sulla salute umana; l'aumento costante della temperatura, l'inquinamento dell'aria e del suolo, sono tutti fattori di distruzione del mondo naturale, degli habitat, delle specie e danneggiano anche la salute umana, minano la sicurezza alimentare e aumentano la possibilità di pandemie. Tali danni colpiscono maggiormente i più vulnerabili, compresi i bambini, le popolazioni anziane, le minoranze etniche, le comunità più povere e le persone con problemi di salute preesistenti. Tutelare l'ambiente è obiettivo indispensabile per preservare la salute umana.

Gli strumenti per l'integrazione ambiente e salute riferiti alle popolazioni più deboli sono:

- Programma di Tutela e Uso delle Acque potabili;
- Programma regionale di gestione dei rifiuti (VIS-VAS-VINCA-PAUR);
- Monitoraggio delle aree inquinate (Bussi, Piano D'Orta, ecc.);
- Programma regionale di interventi per la qualità dell'aria;

Si opererà per consolidare e rafforzare la rete "ambiente e salute" già avviata con il precedente PRP pluriennale, tra gli enti coinvolti nel monitoraggio dei fattori di criticità per gettare le basi per lo svolgimento delle attività che saranno programmate per i prossimi anni, in coerenza con gli obiettivi e le indicazioni declinati a livello nazionale.

La tematica Ambiente e Salute è trasversale a diversi macro obiettivi previsti dal PNP pertanto sarà integrata e coordinata con azioni rivolte alla popolazione più fragile (bambini e anziani). Saranno salvaguardati i luoghi di maggiore frequenza di queste categorie (scuole, parchi pubblici e RSA) a livello regionale proseguirà la collaborazione con l'IZS, saranno coinvolti nella futura programmazione rappresentanti delle Direzioni regionali Ambiente e Trasporti e ampliata la collaborazione con ARTA sui diversi filoni di attività proposti dal nuovo Piano.

Il progetto "Ambiente e salute" coopererà a livello regionale e supporterà le ASL a livello territoriale per il raggiungimento degli obiettivi. Anche alla luce dei possibili avvicendamenti avvenuti nei diversi Servizi, a livello locale saranno avviati i processi per l'aggiornamento dei tavoli di lavoro dipartimentali integrati, formalizzati in ciascuna ASL che provvederà infatti a stilare la Programmazione Annuale entro il 31 gennaio di ogni anno.

Si organizzerà l'attività dei servizi delle ASL in tema di costruzione e ristrutturazione di edifici in chiave di salubrità ed eco-compatibilità per proseguire i lavori di perfezionamento del documento di indirizzo per la VIS.

Al fine di poter effettuare un'adeguata analisi di contesto ed individuare gli obiettivi di possibili azioni orientate alla pianificazione del Programma Ambiente Clima e Salute, si è ritenuto opportuno fare ricorso all'analisi SWOT (matrice SWOT), strumento di pianificazione strategica per valutare i punti di



forza (Strengths) e di debolezza (Weaknesses), le opportunità (Opportunities) e le minacce (Threats) al piano di prevenzione.

	Fattori positivi	Fattori negativi
Fattori Interni	<p>Punti di forza (S)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elevata consapevolezza nella popolazione dell'importanza della salvaguardia dell'Ambiente "Regione Verde d'Europa" 2. Consolidata programmazione dei controlli in settori strategici (acqua, aria e suolo) 3. Presenza del Sistema Informativo Regionale per l'Ambiente (S.I.R.A.). 4. Disponibilità di professionisti formati e motivati nel Servizio Sanitario Regionale. 5. Presenza di rapporti consolidati tra istituzioni competenti (I.Z.S., A.R.T.A., A.S.L.) 6. Presenza sul territorio di numerose aree verdi come parchi, riserve ed altre aree naturali protette. 	<p>Punti di debolezza (W)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Non totale copertura delle attività di monitoraggio e controllo. 2. Mancanza di un Sistema Informativo Sanitario per la raccolta e gestione dei dati riferiti alla prevenzione di danni alla salute umana causati dal cambiamento climatico e fenomeni estremi. 3. Limitate risorse economiche e umane dedicate allo studio dei cambiamenti climatici. 4. Invecchiamento della popolazione.
Fattori Esterni	<p>Opportunità (O)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maggiore attenzione degli organi di stampa, dei mass media e dei social sulle problematiche ambientali. 2. Evoluzione tecnologica (utilizzo reti, applicazione e piattaforme di lavoro) 3. Collaborazione con comunità scientifiche (università e altri enti di ricerca) ed enti parco. 	<p>Minacce (T)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conflittualità tra i vari portatori d'interessi. 2. Dislocazione sul territorio di attività antropiche e smaltimento rifiuti. 3. Crisi economica

Il cambiamento climatico ha determinato la comparsa di nuove minacce costituite da insetti alieni o specie vegetali aliene (zanzare, alghe, specie monofitiche) che rappresentano dei potenziali rischi per la salute. Dal punto di vista stagionale, in Abruzzo l'aumento della temperatura media su tutte le stazioni di misura, risulta più marcato di 0,46°C per decade (Rapporto A.R.T.A sullo stato dell'ambiente Abruzzo 2018); viceversa in autunno e inverno l'incremento si attesta su 0,37°C per



decade. Le temperature minime invece nello stesso periodo hanno fatto registrare un aumento di 0,22°C per decade.

Il confronto tra i dati mette in evidenza come il riscaldamento locale (Abruzzo) si manifesti in maniera più incisiva rispetto al riscaldamento globale (Abruzzo 0,42°C/decade mentre quello globale 0,15 °C/decade nell'emisfero nord – dati forniti da I.P.C.C.).

Queste analisi del trend termico dell'ultimo secolo risultano di fondamentale importanza per valutare eventuali impatti futuri e definire strategie o piani di adattamento ai cambiamenti climatici.

La qualità dell'acqua destinata al consumo umano è correlata alle caratteristiche e alla purezza delle risorse idriche di superficie e sotterranee da conseguire con idonee misure di protezione degli acquiferi.

L'aumentata consapevolezza nella popolazione dell'importanza della salvaguardia dell'Ambiente, si esplicita nella migliore gestione dello smaltimento dei rifiuti (selezione, cernita e raccolta differenziata).

In Abruzzo il potenziamento delle verifiche sugli impianti di depurazione delle acque reflue contribuisce al miglioramento della qualità delle acque dei fiumi e del mare con un aumento della balneabilità.

Un utilizzo energetico più razionale (impianti di riscaldamento civile e i complessi industriali) dovrebbe portare ad una riduzione delle polveri sottili.

La carenza di sistemi documentali completi rallenta le attività di intervento delle Istituzioni sulle minacce ambientali (incidenti rilevanti, sversamenti e fughe di sostanze tossiche) per la mitigazione del rischio.

La scarsa attenzione ai problemi ambientali negli anni passati ha portato all'aumento della presenza sulle coste marine di rifiuti, alghe tossiche e lesioni legate alle microplastiche con effetti negativi sia su organismi marini (moria di pesci, ricci, patelle, oloturie e mitili) sia sulla salute umana (affezione delle prime vie aeree, irritazioni congiuntivali, febbre, dolori muscolari) in numerose località balneari della costa abruzzese (Rapporto A.R.T.A. sullo stato dell'ambiente Abruzzo 2018).



3.9.3 Scheda di programma

3.9.3.1 Descrizione dal PNP

Il Programma prevede che le Regioni e le Province autonome tengano conto degli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, secondo una logica integrata, e adottino l'approccio *One Health* nella programmazione e nelle conseguenti azioni. Ciò consente di comprendere le complesse relazioni tra l'uomo, e gli ecosistemi naturali e artificiali, riconoscere che la salute dell'uomo è legata alla salute degli animali e dell'ambiente per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di tutela e promozione della salute.

A questo scopo si prevede di consolidare, il processo che a partire da una analisi di contesto, definisce piani di miglioramento che mirano allo stesso tempo:

- 1) al rafforzamento degli strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA;
- 2) all'applicazione di strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute correlati a interventi antropici;
- 3) a interventi per il monitoraggio, per l'adattamento e la mitigazione degli effetti dei cambiamenti climatici, di riduzione delle esposizioni ambientali indoor e outdoor e antropiche dannose per la salute, la creazione di contesti urbani favorevoli alla salute attraverso lo sviluppo della mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili; attività di comunicazione per migliorare le conoscenze sui rischi per la salute derivanti dall'esposizione a fattori ambientali antropici e naturali e per orientare i cittadini verso scelte più salutari e ecosostenibili.
- 4) promuovere l'applicazione di pratiche finalizzate al miglioramento della sostenibilità ambientale nelle filiere agro-zootecniche e nella gestione degli animali d'affezione

Il Programma ha quindi l'obiettivo di rafforzare l'*advocacy* del sistema sanitario nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) per intercettare e coniugare obiettivi di salute pubblica ed obiettivi di tutela ambientale; promuovendo il rafforzamento di competenze e consapevolezza di tutti gli attori della comunità sugli obiettivi di sostenibilità come individuati dall'Agenda 2030.

Il Programma è sostenuto da:

- ☐ accordi o programmi di attività intra e inter-istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, anche attuativi di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92;
- ☐ accordi inter-istituzionali per il rafforzamento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali;
- ☐ tavoli tecnici regionali inter-istituzionali/intersettoriali/interdisciplinari e reti regionali integrate ambiente e salute per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio *One Health*;
- ☐ *empowerment* individuale e di comunità;
- ☐ formazione e aggiornamento degli Operatori Sanitari e Sociosanitari;



② attività di monitoraggio e *governance*.

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

3.9.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Secondo quanto emerso da numerosi rapporti dell'OMS è necessaria un'azione coraggiosa e tempestiva per prevenire malattie e morti premature causate da inquinamento e contribuire a raggiungere gli obiettivi dell'Agenda 2030.

Gli indirizzi della Dichiarazione di Ostrava (2017) in aderenza con gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile (2015), con la Decisione XIII/6 della Conferenza delle parti sulla Convenzione per la Biodiversità di Cancun (2016) che riconosce l'interconnessione tra la biodiversità e la salute umana promuovono l'adozione di un approccio One Health e gli obiettivi dell'Accordo di Parigi sui cambiamenti climatici. Di straordinaria ambizione per impostazione e finalità, è la *vision* della *Planetary health*, coniata nel rapporto della *Lancet-Commission* che si riflette negli obiettivi interconnessi di sviluppo sostenibile, strategicamente concepiti in modo olistico e definiti per integrare la salute (SDG 3) con la sostenibilità in chiave economica, sociale e ambientale.

Il Programma si basa su un approccio globale sulla comunità e sui principi di equità, sostenibilità, inclusione ed *empowerment*. Gli obiettivi riguardano congiuntamente sia l'ambito ambientale che quello della salute. A livello internazionale è ritenuto necessario agire congiuntamente sui seguenti aspetti:

1. *Policy* integrate ambientali e sanitarie;
2. Competenze individuali e professionali;
3. Ambiente fisico e sociale;
4. Servizi socio-sanitari;
5. Vigilanza e controlli

Le evidenze mostrano:

- ② l'importanza della condivisione delle responsabilità con tutti i livelli di governo, da quello internazionale e nazionale a quelli locali, coinvolgendo i cittadini e i portatori di interesse con azioni estese sul territorio, dentro e fuori i propri confini e proiettate su scale temporali lunghe;
- ② l'importanza del settore sanitario nel dare un contributo decisivo al miglioramento ambientale se opera in modo sistematico, promuovendo le tecnologie più rispettose dell'ambiente, consumi sostenibili per l'ambiente, la bioedilizia, una gestione dei sistemi sanitari più efficiente dal punto di vista ambientale;
- ② l'efficacia di azioni basate su molteplici determinanti di salute nell'ottenere risultati di salute ed educativi;
- ② la necessità di rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi



estremi e alle catastrofi naturali e di promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute.

1. *Household Air Pollution Commission, The Lancet Respiratory Medicine, 2014*
2. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks (World Health Organization 2016)*
3. *Preventing noncommunicable diseases (NCDs) by reducing environmental risk factors (World Health Organization 2017)*
4. *Climate change and health country profile: Italy. World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260380/WHO-FWC-PHE-EPE-15.52-eng.pdf>*
5. *WHO Declaration of the 6th Ministerial Conference on Environment and health http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/341944/OstravaDeclaration_SIGNED.pdf?ua=1*
6. *COP24 special report: health and climate change ISBN 978-92-4-151497-2 WHO, 2018*
7. *The Lancet Commission on pollution and health. Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR, et al. Lancet. 2018 Feb 3;391.*
8. *The 1st global WHO conference on Air Pollution and Health in Geneva WHO 2018*
9. *Non Communicable Diseases and Air Pollution, WHO Regional Office for Europe, WHO 2019*
10. *Global strategy on health, environment and climate change the transformation needed to improve lives and well-being sustainably through healthy environments, WHO, 2019)*
11. *WHO Europe (Bonn Office) del 2019 sull'Environmental Justice (verificare e eventualmente completare)*
12. *"Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole di fattori di rischio indoor per allergia e asma (Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010)*

3.9.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

Il programma, in linea con il PNP, si incentra su una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health); pertanto riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, il programma promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi.

Sotto il profilo dell'intersettorialità il PRP si propone:

- sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interessi istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting.
- promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale. Di un "approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente



adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze.

- organizzare interventi di comunicazione ed informazione anche sui siti web istituzionali, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio.
- orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative.

IMPLEMENTAZIONE DEL REGISTRO TUMORI NEGLI ANIMALI

Il registro tumori animali della Regione Abruzzo nasce con lo scopo di creare un archivio oncologico degli animali presenti nel nostro territorio. I tumori sviluppati dagli animali hanno un comportamento biologico e genetico simile a quelli dell'uomo. In campo umano si è visto come l'aumento dei casi di tumore possa essere associato ad una sovraesposizione ad agenti mutageni e/o cancerogeni, spesso correlati con l'inquinamento atmosferico e con contaminazioni ambientali.

Gli animali che vivono a stretto contatto con l'uomo, soprattutto cani e gatti, condividono gli stessi fattori di rischio ambientali a cui è sottoposta la specie umana. Porre la stessa attenzione alla salute dell'uomo e degli animali ed utilizzare gli stessi criteri per la raccolta ed elaborazione di dati, è il punto chiave dell'approccio One Health, per la salvaguardia di un'unica salute, applicabile anche in oncologia.

ABRUZZO IN RETE PER L'AMBIENTE E LA SALUTE

La netta separazione di tutte le competenze in materia ambientale da quelle della sanità realizzatasi a seguito della Legge referendaria L. 61/94, recepita dalla Regione Abruzzo con L.R. n. 64/98, ha generato nel tempo uno scollamento tra le attività ambientali da quelle sanitarie che in Abruzzo si è manifestato in misura anche più marcata rispetto ad altre Regioni.

Solo l'integrazione sistematica di informazioni e professionalità dei settori ambiente e salute può portare a risultati apprezzabili nei procedimenti ambientali autorizzativi a beneficio della comunità.

La VIS ha l'obiettivo di valutare i possibili impatti, sia positivi che negativi, ed i benefici diretti ed indiretti sulla salute, nel breve e nel lungo periodo: pertanto, deve considerare proposte alternative che accrescano i benefici per la salute, propongano mitigazioni dei potenziali effetti negativi, riducano i costi sanitari, ponendo attenzione ad altri elementi incidenti su disuguaglianze e diseguità. Per questo risulta di vitale importanza consolidare i processi intersettoriali con tutti gli attori coinvolti.

CONTROLLO DELLE ONDE ELETTROMAGNETICHE E DELLA RADIOATTIVITÀ AMBIENTALE.

I campi elettromagnetici hanno assunto un'importanza crescente legata allo sviluppo dei sistemi di telecomunicazione diffusi capillarmente sul territorio. Anche l'intensificazione della rete di trasmissione elettrica nonché la diffusa urbanizzazione, hanno contribuito a destare interesse circa i possibili effetti sulla salute derivanti dalla permanenza prolungata in prossimità di queste fonti di emissioni di onde elettromagnetiche.

La radioattività nell'ambiente ha origini principalmente naturali e solo una minima parte è di origine artificiale.



La radioattività naturale è sia di origine cosmica (raggi cosmici) sia di origine terrestre, dovuta ai radionuclidi primordiali presenti nella crosta terrestre fin dalla sua formazione.

La principale fonte di esposizione della popolazione alla radioattività naturale di origine terrestre è rappresentata dai prodotti di decadimento del radon, un gas radioattivo generato nei suoli e nelle rocce che si accumula in ambienti chiusi (abitazioni, scuole, ambienti di lavoro). La radioattività artificiale è generata a seguito di attività antropiche legate alla produzione di energia nucleare, all'utilizzo di sorgenti radioattive in campo medico-diagnostico, industriale e di ricerca scientifica e alla produzione di materiale bellico.

Il programma si propone di sostenere un intervento sinergico tra i Servizi Sanitari e Ambientali coinvolti nelle attività di monitoraggio per la prevenzione e riduzione delle esposizioni ambientali e antropiche dannose per la salute.

PIANO DI MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE MALATTIE TRASMESSE DA VETTORI E PIANO CONTROLLO DELLA LEISHMANIOSI

Le malattie trasmesse da vettori costituiscono un importante problema di sanità pubblica. L'emergenza delle malattie da vettore è favorita dai processi di urbanizzazione e dai moderni sistemi di trasporto di persone e merci, che forniscono ai virus la possibilità di uscire dal proprio ambiente naturale e insediarsi in nuovi territori, dove la concomitante presenza di vettori e ospiti rende possibile lo sviluppo di epidemie. Inoltre, i cambiamenti climatici in atto contribuiscono a "tropicalizzare" le regioni temperate rendendole più adatte alla colonizzazione da parte di specie esotiche di vettori.

Pertanto il programma si basa su azioni volte a promuovere la sicurezza e la tutela della salute dell'intera collettività, attraverso il miglioramento delle attività di controllo e vigilanza al fine di individuare più precocemente la circolazione dei virus sul territorio, attuare in modo tempestivo le misure preventive necessarie a ridurre il rischio di trasmissione delle infezioni alle persone, governare in modo coordinato le eventuali emergenze epidemiche in collaborazione con tutti gli enti interessati.

PIANO DI CONTROLLO PER LE ACQUE POTABILI

Con il decreto ministeriale del 14/06/2021 sono stati introdotti in Italia i Piani di Sicurezza delle Acque (PSA). Il presente programma si propone di tutelare la sanità pubblica, monitorando eventuali contaminazioni di acqua potabile e dell'ambiente (fall-out atmosferico, pioggia, ecc.) attraverso il coinvolgimento di più attori (ARTA, IZS, ASL).

Pertanto è di fondamentale importanza lo sviluppo e l'uso di sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra autorità ed enti coinvolti per l'attuazione dei PSA e per una nuova programmazione dei controlli.

GESTIONE DELLE EMERGENZE EPIDEMICHE VETERINARIE

I compiti della Sanità pubblica veterinaria si sono evoluti nel tempo, in parallelo all'evoluzione del concetto di salute umana, intesa non soltanto come assenza di malattia ma, come recentemente definita dall'Oms "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale dell'uomo". In



quest'ottica la salute pubblica non può essere sconnessa dalla salute degli animali, degli alimenti e dell'ambiente circostante, che incidono direttamente o indirettamente sulla salute umana.

L'Oms definisce come emergenza "ogni situazione in cui il personale ed i mezzi disponibili in un determinato territorio risultano insufficienti all'attuazione di un efficace intervento sanitario. Si tratta di avvenimenti improvvisi che richiedono un'azione immediata ed efficace e che possono essere dovuti a cause epidemiche, naturali e tecnologiche".

In campo sanitario le emergenze vengono distinte in epidemiche e non epidemiche, per contrastare le quali è indispensabile garantire:

- l'individuazione precoce dell'emergenza
- una reazione rapida ed efficace di contrasto

Per questo la Regione Abruzzo ha messo in atto una procedura per la gestione delle emergenze epidemiche veterinarie che coinvolge in campo più attori debitamente formati e addestrati.

Le azioni di programma hanno l'obiettivo di promuovere l'indizione di nuovi corsi di formazione per il personale Sanitario e la ridefinizione delle Procedure Operative in applicazione delle normative Europee.

SORVEGLIANZA E CONTROLLO SANITARIO DELLA FAUNA SELVATICA

Dal punto di vista sanitario per fauna selvatica si intendono tutte le "popolazioni animali a vita libera", con particolare riferimento a mammiferi e uccelli.

Il profondo cambiamento occorso in questi ultimi decenni nell'ambiente e nel rapporto animali domestici/animali selvatici/uomo fornisce diversi motivi per cui la medicina veterinaria, e in generale la sanità pubblica, debbano confrontarsi professionalmente e istituzionalmente con le patologie della fauna selvatica.

Per questo motivo la Regione Abruzzo si è dotata di un Piano Regionale di Sorveglianza e Controllo della Fauna Selvatica le cui finalità sono:

- Assicurare l'attività continua d'investigazione e un costante monitoraggio sui patogeni nei selvatici e sulle malattie che possono causare;
- Regolare analisi delle informazioni raccolte, per fini specifici predefiniti;
- La comunicazione dei risultati della raccolta e dell'analisi dei dati a persone, agenzie e istituzioni competenti in materia di fauna selvatica.
- Adozione di misure sanitarie di mitigazione del rischio qualora evidenziato.
- Rafforzamento delle attività di sorveglianza sanitaria tramite l'approccio "One Health" valorizzando il ruolo dei servizi veterinari mediante la promozione l'applicazione di misure per ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica, nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria.

La Regione Abruzzo si ripropone l'aggiornamento del Piano e l'implementazione del Sistema Informativo dedicato per la gestione dei flussi dati.

GESTIONE DELLE EMERGENZE NON EPIDEMICHE IN SANITA' PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

Negli ultimi anni, anche la Regione Abruzzo è stata interessata da diverse emergenze, di natura non epidemica, che hanno avuto notevoli risvolti in ambito sociale ed ambientale.



Per emergenza non epidemica si intende un evento determinato da un agente fisico che produce un impatto distruttivo sul territorio in cui si manifesta, la cui entità dipende sia dalle caratteristiche fisiche e fenomenologiche dell'evento stesso, sia dalla struttura socio-politica preesistente nel territorio di riferimento (eventi meteorologici, eventi geologici, eventi idrogeologici, ecc.).

Dal 2000 in poi l'elenco di episodi rilevanti accaduti in Abruzzo comprende sia fenomeni di origine naturale (terremoti, alluvioni, nevicate di eccezionale portata ecc.) che di matrice antropica/tecnologica (incendi, incidenti...)

Il Programma si propone un intervento sinergico ed integrato di tutte le parti interessate per la soluzione di tali problematiche. La Regione Abruzzo si è dotata di un Piano Regionale della Maxi Emergenze Sanitarie.

Gli obiettivi del programma sono: l'aggiornamento delle linee guida relative ai Piani di Emergenze non Epidemiche, lo sviluppo di adeguati Sistemi Informativi di supporto, l'adozione da parte delle ASL di Piani coerenti per la gestione delle emergenze non epidemiche, e lo svolgimento di un corso di formazione per gli operatori sanitari.

CONTROLLO DELLE EMISSIONI ODORIGENE E QUALITÀ DELL'ARIA

Lo sviluppo delle attività antropiche ha comportato il moltiplicarsi del rilascio di sostanze connotate da odori percepiti dalla popolazione come intensi e/o molesti. Si è generato di conseguenza un crescente interesse per quello che viene definito "inquinamento olfattivo".

Sebbene in generale non siano stati dimostrati effetti diretti sulla salute, gli odori possono essere causa di fastidio per la popolazione e diventare elemento di conflitto sia nel caso di attività esistenti, che nella scelta del sito di localizzazione di nuovi impianti produttivi.

La normativa nazionale solo con l'art. 272-bis del D. L. gs. 152/2006, introdotto dal D. Lgs. 183/2017, ha stabilito di valutare anche l'aspetto delle emissioni odorigene quale possibile fonte di inquinamento, rinviando alla normativa regionale ovvero alle singole autorizzazioni la facoltà di prevedere misure di contenimento, tra cui la definizione di valori limite di concentrazione espressi in unità odorimetriche.

In linea gli obiettivi di eco sostenibilità del PNP, il Piano Regionale si propone di migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor attraverso la predisposizione delle linee guida per la riduzione delle emissioni inquinanti (VIS -VAS -VINCA -PAUR), l'incentivazione dell'istallazione di colonnine per la fornitura di energia attraverso la semplificazione delle procedure e un corso di formazione/informazione rivolto alla collettività sull'uso di materiali edili isolanti.

PIANO PER L'IDENTIFICAZIONE DELL'ECHINOCOCCOSI / IDATIDOSI AL MACELLO E NELLE ALTRE STRUTTURE DI CUSTODIA DEGLI ANIMALI

L'echinococcosi cistica (EC), è una delle principali parassitosi degli animali da reddito. L'agente eziologico è una tenia che ha come ospite definitivo i cani e le specie di canidi selvatici presenti sul nostro territorio, il lupo e la volpe. Il parassita adulto infesta l'animale localizzandosi nell'intestino tenue. La malattia è infettante per l'uomo (si consideri che circa 20 persone all'anno sono ricoverati in Abruzzo per tale patologia) e gli altri animali (ruminanti domestici e selvatici; suini).

Lo scopo del programma è quello di garantire lo stato di salute degli animali attraverso il rafforzamento delle attività di controllo e ispezione da parte del personale veterinario.



(controllo degli animali morti, controllo al mattatoio sugli animali macellati, esame delle feci dei cani nelle strutture di ricovero e negli allevamenti).

PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DELLE ATTIVITA' IN MATERIA DI SICUREZZA CHIMICA PER LA GESTIONE DEI PRODOTTI FITOSANITARI (REACH E CLP)

Il regolamento europeo per le sostanze chimiche REACH, entrato in vigore nel 2007 con la numerazione 1907/2006, uniforma il diritto sulle sostanze chimiche in Europa e serve al contempo da banca dati consultabile sui potenziali pericoli e rischi derivanti dai vari prodotti chimici.

La Regione Abruzzo ha disciplinato le attività da porre in essere sul territorio mediante il recepimento delle Linee Guida Nazionali. La tossicità ambientale di alcuni prodotti (fitofarmaci) ha richiamato l'attenzione della comunità pertanto si rende necessario abbassare il livello dei residui immessi nell'ambiente.

3.9.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP09_OT01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting
PP09_OT01_IT01	Attività intersettoriali
formula	Elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, anche attuativi di accordi di programma/convenzioni previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92
Standard	Almeno un programma/accordo entro il 2022
Fonte	Regione
PP09_OT01_IT02	Tavoli tecnici intersettoriali
formula	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health anche in coerenza con gli Accordi/Programmi intersettoriali di cui all'indicatore 1.
Standard	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2023
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP09_OT02	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la
-----------	---



	settorialità delle conoscenze
PP09_OT02_IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN
formula	Disponibilità di un programma di interventi di formazione sui temi ambiente, clima e salute, compresa la valutazione di impatto ambientale e sanitario, epidemiologia ambientale e tossicologia ambientale, comunicazione del rischio, temi della valutazione e gestione del rischio chimico, ecc., per operatori interni al SSN (con particolare riferimento ai MMG, PLS) e operatori del SNPA, anche attraverso modalità via web (FAD)
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP09_OT04	Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio
PP09_OT04_IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
formula	Disponibilità di almeno un programma di interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari ed al pubblico volti a promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
Standard	Realizzazione di almeno un intervento di informazione/sensibilizzazione per ogni anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

EQUITÀ

PP09_OT05	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PP09_OT05_IT05	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione



3.9.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP09_OS01	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti
PP09_OS01_IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
formula	Stipula di almeno un Accordo, Attuazione degli Accordi
Standard	Stipula Accordo entro il 2022, Rispetto tempistiche ed attività previste dagli Accordi
Fonte	Regione
PP09_OS01_IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
formula	Realizzazione di una Rete regionale integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN e SNPA
Standard	Formalizzazione della rete entro il 2023
Fonte	Regione
PP09_OS01_IS03	Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali
formula	Formalizzazione di indirizzi e criteri regionali
Standard	Formalizzazione entro il 2023
Fonte	Regione
PP09_OS02	Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute
PP09_OS02_IS04	Programmazione e realizzazione interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato
formula	Formalizzazione di un Programma annuale regionale di controllo in materia di sicurezza chimica, trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato
Standard	Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo
Fonte	Regione
PP09_OS03	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori
PP09_OS03_IS05	Piani Regionali per l'amianto
formula	Formalizzazione del Piano Regionale Amianto
Standard	Approvazione del Piano Regionale Amianto entro il 2025
Fonte	Regione
PP09_OS03_IS06	Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica
formula	Adozione di documento regionale riguardante le buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati -Realizzazione di interventi formativi specifici sulle buone pratiche
Standard	Adozione del documento regionale entro il 2023 - Realizzazione di almeno un



	intervento formativo entro il 2025
Fonte	Regione
PP09_OS03_IS07	Urban health
formula	Partecipazione a tavoli tecnici inter istituzionali di valutazione dei programmi/progetti dedicati a rigenerazione urbana/urban health/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a promuovere ambienti “salutogenici”
Standard	rappresentanza socio-sanitaria in almeno un tavolo tecnico interistituzionale secondo la programmazione delle politiche regionali di sviluppo
Fonte	Regione
PP09_OS03_IS08	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano
formula	Realizzazione del sistema informativo
Standard	Realizzazione entro il 2025
Fonte	Regione
PP09_OS01	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti
PP09_OS01_IS09	Corso di formazione
formula	1 per anno
Standard	1 corso di formazione all'anno
Fonte	Regione Abruzzo
PP09_OS01_IS10	Corso di formazione
formula	NUMERICA
Standard	CORSO DI FORMAZIONE
Fonte	Regione Abruzzo

3.9.6 Azioni

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (1 di 12)	CONTROLLO DELLE MALATTIE TRSMESSE DAGLI ALIMENTI, SISTEMA DI ALLERTA E GESTIONE DELLE EMERGENZE PER ALIMENTI E MANGIMI.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.7 Formazione operatori di altri Settori (es. OSA, Associazioni, RLSPP, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni



	ambientali
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OS02 Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute	
OS02IS04	Programmazione e realizzazione interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato
OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
OS03IS08	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT01	Attività intersettoriali
OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze	
OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;comune, Municipalità;altro:Operatori del settore alimentare e produzione primaria intesa come coltivatori agricoli

DESCRIZIONE

Le malattie trasmesse dagli alimenti sono una problematica tra le principali cause delle patologie gastrointestinali nell'uomo. L'impatto sulla salute pubblica è notevole e, nonostante gli interventi e gli specifici piani di controllo (es. Piano Nazionale Integrato dei Controlli), il loro ruolo sulla salute pubblica è rilevante. L'uomo si infetta ingerendo alimenti contaminati fin dall'origine o, in seguito, nelle diverse fasi della filiera produttiva, di preparazione e somministrazione.

È necessario gestire il fenomeno per contenere l'infezione (Applicazione dell'intesa CSR n.61 del 08/04/2020)

I servizi tecnici delle ASL (SIAN – SVIAOA – IAPZ) effettueranno ognuno per le proprie competenze i controlli sull'intera filiera degli alimenti – dal campo alla tavola – e si coordineranno con gli altri enti e tra loro per l'applicazione dell'Intesa CSR n. 50 del 05/05/2021 "Linee Guida per la Gestione Operativa dei Sistemi di Allerta per Alimenti, Mangimi e materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti".

La Regione provvederà al recepimento delle sopracitate Intese CSR e a fornire le Linee Guida applicative ai Servizi territoriali (ASL, IZS, ARTA, OSA, ecc.)



I Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione saranno chiamati a controllare la produzione agroalimentare con le verifiche microbiologiche e la formazione dell'OSA in collaborazione con gli altri Servizi del Dipartimento.

All'atto del sopralluogo, possono effettuare prelievi di alimenti, materie prime, mangimi e altre matrici di prodotti alimentari

Le attività (prelievi e compilazioni liste di riscontro) saranno riportate sui Sistemi Informativi per una raccolta organica e per assolvere al debito informativo con il Ministero, Unione Europea, Istituto Superiore di Sanità, ecc.

Potranno essere svolti campionamenti sulla filiera, se la tracciabilità permette di riscontrare alimenti sospetti di contaminazione.

Indicatori	Fase attuativa	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Formazione OSA	Almeno un corso annuale agli OSA per ASL	X	X	X	X
Aggiornamento del Sistema di Allerta in applicazione dell'Intesa CSR n.50 del 05/05/2021	Fornitura delle Linee Guida a cura della Regione	X			
Applicazione del Piano Nazionale di Emergenza per Alimenti e Mangimi - Intesa CSR n. 61 del 08/04/2020	Recepimento e Linee Guida a cura della Regione	X			
Formazione rivolta ai medici e ai tecnici del controllo sugli alimenti non di OA	Corso annuale di formazione sul controllo ufficiale (Regolamento 625/2017) di alimenti non di origine animale	X	X	X	X
Formazione degli operatori sanitari e non.	In collaborazione con l'ISZ saranno	X	X	X	X



	realizzati almeno un corso di formazione all'anno				
--	---	--	--	--	--

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (2 di 12)	IMPLEMENTAZIONE DEL REGISTRO TUMORI NEGLI ANIMALI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.12 Attività di "Ricerca –Azione" finalizzata a processi partecipati, ecc
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
OS03IS07	Urban health
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT01	Attività intersettoriali
OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunit&#224; e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialit&#224; delle conoscenze	
OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN
OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	
OT04IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei



	cambiamenti climatici sulla salute
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Il Registro Tumori Animali (RTA) della Regione Abruzzo, sul modello dei Registri Tumori in uso in medicina umana, nasce con lo scopo di creare un archivio oncologico degli animali (da compagnia, da reddito e selvatici) presenti nel nostro territorio. Ruolo principale è quello di raccogliere, classificare, mappare e gestire nel tempo i vari casi di neoplasie. L'uso di tecniche diagnostiche e terapie avanzate associate ad una maggiore sensibilità da parte dei proprietari, ha determinato un aumento dell'aspettativa di vita dei nostri animali da compagnia e conseguentemente incrementato il numero di diagnosi di patologie neoplastiche. L'importanza del RTA è data dal fatto che gli animali possono sviluppare tumori spontanei. Questi tumori, nel cane e nel gatto, hanno un comportamento biologico e genetico, simile a quelli dell'uomo. Ciò rende, gli animali da compagnia, un importante modello per la ricerca traslazionale. In campo umano, si è visto come l'aumento dei casi di tumore possa essere associato ad una sovrapposizione ad agenti mutageni e/o cancerogeni, spesso correlati con l'inquinamento atmosferico e con contaminazioni alimentari. Gli animali domestici, ed in particolare il cane, condividendo con l'uomo lo stesso ambiente di vita, possono rivelarsi un ottimo modello di studio per la valutazione del rischio di esposizione a questi agenti.

Tramite il RTA, si possono raccogliere informazioni relative agli animali e alle neoplasie di cui soffrono consentendo di monitorare, nel tempo e nel territorio di competenza, l'andamento delle patologie oncologiche e di identificarne fattori di rischio legati all'ambiente in comparazione con quelle umane. Ciò consente di identificare utili indicatori per la prevenzione di neoplasie che colpiscono l'uomo e permette di costituire un sistema integrato di sorveglianza epidemiologica permanente, nella regione Abruzzo.

Al fine di agevolare la raccolta dati, è stato utilizzato in maniera provvisoria il Sistema Informativo dell'IZSAM.

Per la messa a regime del RTA della regione Abruzzo, è stato fondamentale l'apporto dei Veterinari Libero professionisti operanti sul territorio abruzzese. Ruolo chiave è stato rivestito anche dagli Ordini professionali provinciali quali promotori e sostenitori dell'iniziativa. Gli stessi Ordini professionali saranno attori principali nello sforzo necessario per il mantenimento ed il miglioramento del servizio che passa attraverso il coinvolgimento attivo di tutto il Sistema veterinario.

Indicatori:

Razionalizzazione del Sistema Informativo Informatizzato	entro il 2023
Campagna di formazione/informazione sull'uso dell'applicativo e reportistica dei dati	entro il 2024
Comparazione tra i dati del registro tumori umano e quello veterinario	entro il 2024



PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (3 di 12)	Abruzzo in rete per l'ambiente e la salute
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.6 Recepimento e implementazione di LG, indirizzi nazionali, WHO, norme UE di settore
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OS01IS03	Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali
OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
OS03IS06	Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica
OS03IS07	Urban health
OS03IS08	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT01	Attività intersettoriali
OT01IT02	Tavoli tecnici intersettoriali
OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità; delle conoscenze	
OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN



OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	
OT04IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
OT05 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
OT05IT05	Lenti di equità
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Razionale dell'azione

La netta separazione di tutte le competenze in materia ambientale da quelle della sanità realizzatasi a seguito della Legge referendaria L. 61/94, recepita dalla Regione Abruzzo con L.R. n. 64/98, ha generato nel tempo uno scollamento tra le attività ambientali da quelle sanitarie che in Abruzzo si è manifestato in misura anche più marcata rispetto ad altre Regioni.

L'ARTA produce una mole notevole di dati ambientali di interesse sanitario (ad es. dati sulla qualità dell'aria, sui siti contaminati, sulla qualità dell'acque, ecc). Pur se tali dati sono resi pubblici, le risorse umane che le ASL possono mettere a disposizione per l'elaborazione di tali dati ai fini della costruzione di percorsi di approfondite valutazioni sanitarie sono estremamente limitate. Oltre a ciò è innegabile che solo l'integrazione sistematica di informazioni e professionalità dei settori ambiente e salute porta a risultati apprezzabili che i Decisori possono utilizzare a beneficio della comunità.

I suddetti motivi rappresentano solo alcune delle motivazioni che fanno reputare indispensabile procedere nel percorso indicato dalla presente azione; in tal modo si costruirà un Forum a cui le ASL, l'ARTA, i Comuni ed altre Istituzioni possono approdare per un supporto efficace nell'affrontare le tematiche salute-ambiente.

descrizione	2022	2023
Costituzione Gruppo Regionale (valuz_VIS, VAS etc..)	x	
Attivazione sottogruppi per azioni specifiche		x

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (4 di 12)	Controllo delle Onde elettromagnetiche e della radioattività ambientale.



CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.9 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OS01IS03	Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali
OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
OS03IS07	Urban health
OS03IS08	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT01	Attività intersettoriali
OT01IT02	Tavoli tecnici intersettoriali
OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	
OT04IT04	Iniziativa/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
OT05 Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	
OT05IT05	Lenti di equità
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;comune, Municipalità

DESCRIZIONE**Onde elettromagnetiche**

Il complesso dei controlli è organizzato in reti articolate su tre livelli, nazionale, regionale e locale:



- le reti nazionali comprendono le reti di allarme, gestite da ISIN, e la rete nazionale di sorveglianza della radioattività ambientale (rete RESORAD), coordinata tecnicamente da ISIN e costituita dai laboratori delle Agenzie per la protezione dell'ambiente, regionali e delle Province autonome (ARPA/APPA), e da altri Enti ed Istituti idoneamente attrezzati;
- le reti regionali sono di responsabilità delle Regioni e Province autonome, mentre i monitoraggi sono realizzati dalle Agenzie ambientali (ARTA);
- le reti locali sono costituite dall'Agenzia Regionale per la Tutela Ambientale (ARTA) attraverso i suoi dipartimenti territoriali in collaborazione con le ASL.

Le attività svolte dall'Arta in materia di campi elettromagnetici sono:

- supporto tecnico alle amministrazioni attraverso il rilascio di pareri nell'ambito di procedimenti di autorizzazione per nuovi impianti e/o modifiche;
- controllo, vigilanza e monitoraggio sul territorio per valutare il grado di esposizione ai campi elettromagnetici della popolazione;
- gestione del Catasto elettromagnetico regionale.

Il Catasto elettromagnetico regionale raccoglie le sorgenti di campi elettromagnetici, sia a bassa frequenza che ad alta frequenza, in cui rientrano le stazioni radio base per la telefonia mobile, le antenne radiotelevisive e i sistemi di trasmissione satellitare.

L'Arta ha progettato e sviluppato un'applicazione web dedicata alle sorgenti di campi elettromagnetici attraverso cui è possibile visualizzare, anche con il supporto di mappe dettagliate, le informazioni più significative sulle sorgenti ad alta frequenza via via inserite nel catasto.

L'indicatore riporta per ogni provincia il valore assoluto e per la Regione Abruzzo il valore normalizzato (alla superficie regionale) dei chilometri di linee elettriche esistenti suddivise per i diversi livelli di tensione.

Le lunghezze in Km delle linee elettrodotti esistenti nella Regione Abruzzo fornite dalle Società ENEL Distribuzione S.p.A. (Sedi di Roma e l'Aquila), TERNA S.p.A. e Acea Trasmissione S.p.A. sono state raggruppate nei seguenti livelli di tensione:

- 380 KV: linee ad altissima tensione, per il trasporto dell'energia elettrica su grandi distanze;
- 220 KV: linee ad alta tensione per il trasporto dell'energia elettrica;
- 40 – 150 KV: linee ad alta tensione per la distribuzione dell'energia elettrica;
- < 40 KV: linee a media e bassa tensione per la fornitura finale alle grandi utenze (industrie, grandi condomini, ecc. generalmente a 15KV) e alle piccole utenze (singole abitazioni a 220-380V).

Dall'osservazione del grafico a istogramma qui sotto si può notare che la distribuzione delle linee alle diverse tensioni è disomogenea sul territorio delle varie Province. Dal confronto con la situazione rappresentata nel precedente Rapporto, è possibile verificare la tendenza pressoché stabile delle linee elettriche sia nei valori assoluti che in quelli normalizzati, mentre è positivo il confronto degli stessi valori con quelli delle altre Regioni in quanto rientranti nella media nazionale.

Il monitoraggio dei campi a bassa frequenza ha evidenziato, nel quinquennio in esame, livelli di campo magnetico contenuti entro i 3µT (obiettivo di qualità) in quasi la totalità dei casi.

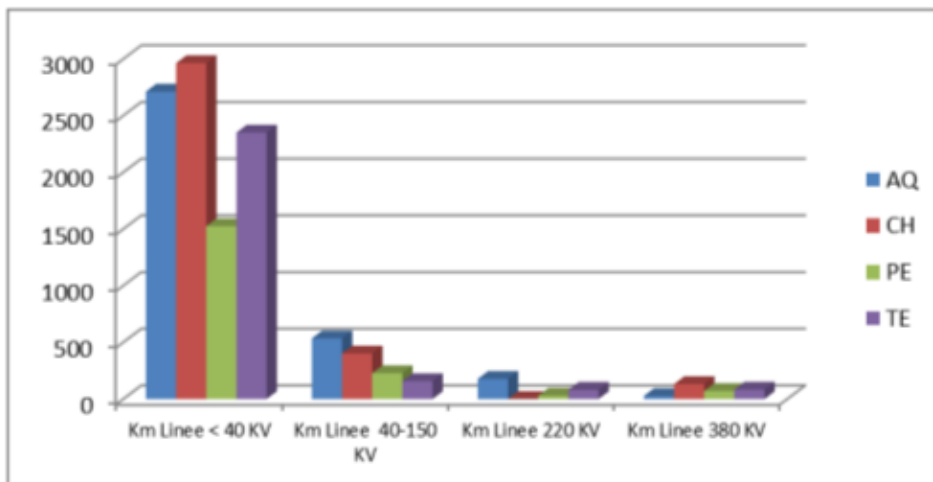


Fig. 1 Sviluppo linee elettrodotti (ELF) suddivise per tensione (anni 2013-2017).

Si riporta per ogni provincia, il numero assoluto e il numero normalizzato alla superficie e alla popolazione degli impianti SRB per la telefonia mobile esistenti alla data del 31/12/2017.

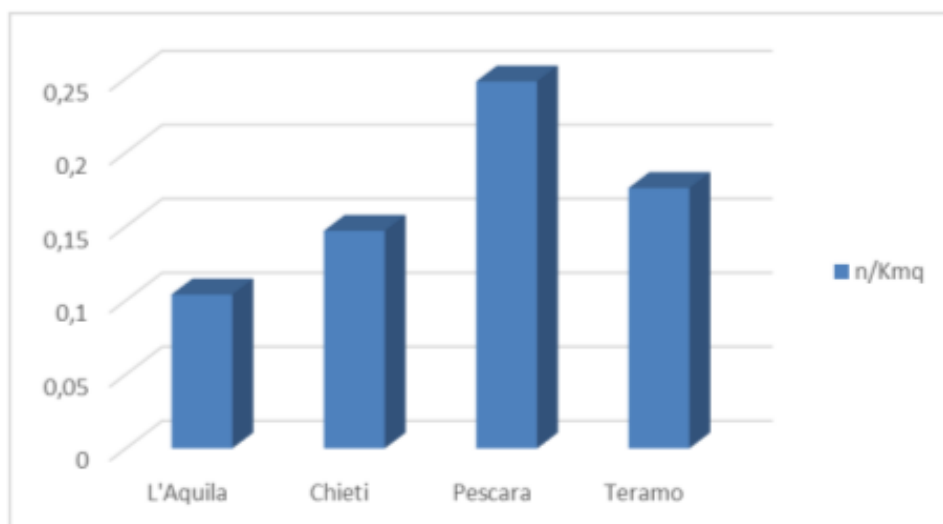


Fig. 2 Densità SRB rapportate alle superficie provinciali

Per determinare le densità degli impianti SRB, il loro numero e stato normalizzato sia alle superficie che alla popolazione (x 10.000 abitanti) di ogni Provincia e sono state rappresentate nei relativi grafici.

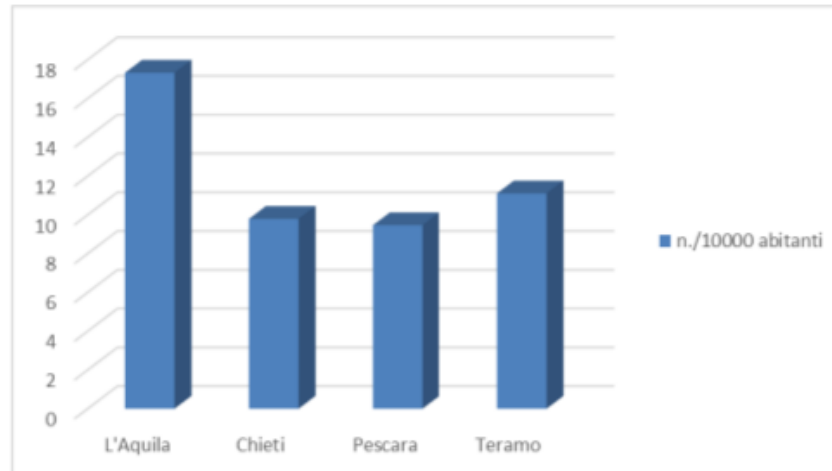


Fig. 3 Densità SRB rapportate agli abitanti di ogni provincia

Dalla loro osservazione si può evincere che la densità degli impianti SRB rapportati alle superficie e più elevata nella Provincia di Pescara mentre è bassa in quella di L'Aquila. Si nota una netta superiorità della densità degli impianti SRB rapportati alla popolazione della Provincia di L'Aquila rispetto a quelle delle altre Province. Tutto ciò si spiega dal fatto che la Provincia di Pescara ha una densità di popolazione (262 ab/Kmq) molto più alta nei confronti delle altre Province, mentre la Provincia di L'Aquila ha quella più bassa (60 ab/Kmq).

Relativamente alle stazioni radio base (SRB) non si registrano da anni superamenti dei valori di riferimento normativo per l'esposizione della popolazione.

Per quanto riguarda gli impianti radiotelevisivi (RTV) la situazione nel corso del quinquennio 2013-2017 risulta sicuramente migliorata rispetto agli anni precedenti: nella maggior parte dei siti regionali si è avuto un abbassamento dei valori di campo elettromagnetico, dovuto soprattutto al passaggio al segnale digitale delle TV, ma anche grazie a delocalizzazione degli impianti situati in zone critiche.

La definizione dell'azione si attua attraverso le seguenti attività:

- Monitoraggio periodico delle stazioni fisse e mobili a cura dell'ARTA (rendicontato dall'ARTA con relazione cartacea annuale entro il 31 gennaio di ogni anno)
- Verifica a cura delle ASL delle installazioni di apparati di moltiplicazione del segnale (ripetitori e antenne) VAS – VINCA – PAUR (la ASL provvederà a effettuare un rapporto annuale, entro il 31 gennaio di ogni anno, sulle autorizzazioni esaminate)
- Pubblicazione dei risultati annuali nei siti istituzionali degli enti coinvolti entro il 31 gennaio di ogni anno. (la ASL deve dichiarare sulla relazione annuale l'avvenuta pubblicazione dei dati)

Radioattività ambientale.

Il sistema delle reti di monitoraggio della radioattività ambientale costituisce lo strumento fondamentale posto in atto per fornire risposta alle esigenze richiamate nei dispositivi normativi, nazionali (D.lgs. 101/2020) e comunitari (Trattato Euratom), in tema di valutazione dell'esposizione della popolazione alla radioattività.



Le radiazioni ionizzanti sono particelle e/o energia di origine naturale o artificiale in grado di modificare la struttura della materia con la quale interagiscono, arrivando a ionizzare gli atomi, cioè a strapparli gli elettroni. Nel caso dei tessuti biologici l'interazione ionizzante può portare a un possibile danneggiamento delle cellule; in alcuni casi, le cellule interessate possono risultare compromesse e possono verificarsi effetti sanitari sugli individui esposti.

In Italia, le attività che prevedono l'utilizzo o l'esposizione a radioattività, sia essa naturale o artificiale, sono regolate dal Decreto Legislativo n. 230 del 17 marzo 1995, incluse successive modifiche e integrazioni, fra le quali citiamo l'importante Decreto Legislativo 26 maggio 2000, n. 241 – Attuazione della direttiva 96/29/Euratom. Si ricorda, inoltre, il Decreto legislativo 15 febbraio 2016, n. 28 Attuazione della direttiva 2013/51/Euratom, che stabilisce requisiti relativamente alle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano.

Il complesso dei controlli è articolato in reti di sorveglianza regionali e reti di sorveglianza nazionali (REte nazionale di SORveglianza della RADioattività vigente D.Lgs. 230/1995 con disposizioni finalizzate a ridurre la presenza del radon nelle abitazioni e nei luoghi di lavoro. ARTA Abruzzo da diversi anni è impegnata nella misura della concentrazione di radon nelle abitazioni e altri edifici (scuole, luoghi pubblici, luoghi di lavoro) della regione.

Matrici analizzate e limiti di legge

Lo scopo del presente documento è di illustrare gli esiti delle attività di campionamento ed analisi di campioni ambientali ed alimentari per il controllo della radioattività svolte da ARTA Abruzzo e dall'IZS dell'Abruzzo e del Molise, relativamente alle ultime annualità 2013-2017, periodo di riferimento scelto da ritenersi rappresentativo per delineare lo stato

dell'ambiente del territorio regionale, per quanto riguarda la radioattività ambientale, anche perché dal 2011, anno dell'incidente di Fukushima, non si sono rilevati altri incidenti gravi, tali da comportare esposizioni rilevanti radiologicamente della popolazione.

I dati riportati riguardano la concentrazione di attività di radionuclide per unità di misura associata alla matrice in esame espressa, a seconda dei casi, dal valore misurato e dall'incertezza associata o dalla Minima Attività Rilevabile (MAR), cioè la più piccola

concentrazione di attività di radionuclide che la strumentazione è in grado di rilevare.

Le matrici ambientali oggetto d'indagine sono il particolato atmosferico, il fallout, materiale di ricaduta al suolo, acque superficiali e sedimenti marino-lacustri.

Per quanto riguarda le matrici ambientali, non esistono limiti di legge specifici sui livelli di concentrazione di attività di radionuclidi artificiali.

La decisione sulla rilevanza radiologica dei valori - RESORAD). La gestione delle reti uniche regionali è effettuata dalle singole regioni, mentre le reti nazionali si avvalgono dei rilevamenti e delle misure radiometriche delle Agenzie regionali e provinciali per la protezione dell'ambiente e di altri enti, istituti e organismi specializzati.

La Direzione Regionale per la Salute della Regione Abruzzo, inoltre, pubblica con cadenza quadriennale il Piano Pluriennale Regionale Integrato dei Controlli (PPRIC), all'interno del quale ricade il Piano Regionale per il controllo della radioattività delle matrici ambientali e alimentari.

In Abruzzo, il Laboratorio di radioattività ambientale dell'ARTA Abruzzo (Centro di riferimento regionale) e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" sono componenti della rete RESORAD e sono tenuti ad operare misure su matrici ambientali ed alimentari secondo le linee guida ISPRA, in collaborazione, per i campionamenti, con le Aziende Sanitarie Pubbliche Locali (AUSL) abruzzesi.



Un discorso a parte va fatto per il monitoraggio del radon, gas naturale che può penetrare ed accumularsi negli edifici, cancerogeno responsabile di un aumento del rischio di tumore polmonare. Sul piano normativo, è imminente il recepimento della direttiva 2013/59/Euratom che aggiornerà il di concentrazioni di attività ottenute viene eseguita sulla base di dati storici e sulla valutazione della possibile esposizione della popolazioni.

Sono state operate rilevazioni anche su alcune delle matrici, quali, ortaggi a foglia, funghi, molluschi, miele) che possono essere considerati bioindicatori, cioè organismi che sono in grado di evidenziare gli effetti negativi che gli inquinanti esercitano su di essi e, pertanto, idonee misurazioni possono portare ad un'efficace analisi dei fattori di rischio, relativi alla salute della popolazione.

Le matrici alimentari, previste dal PPRIC, possono essere ripartite in alimenti di origine vegetale (ortaggi, frutta, cereali e derivati, funghi), di origine animale (latte e derivati, carne, pesce, molluschi, miele, pasto completo, bevande, alimenti per l'infanzia) e acqua destinata al consumo umano.

Per i prodotti lattiero-caseari il Regolamento CE N. 733/2008 prevede che la concentrazione di attività cumulata di Cs-134 e Cs-137 non superi i 370 Bq/Kg, mentre il DPCM 19/03/2010 prevede che la radioattività massima degli isotopi dello iodio sia pari a 500 Bq/Kg. Per tutti gli altri prodotti agroalimentari il fissa la radioattività massima cumulata di cesio-134 e Cs-137 a 600 Bq/Kg.

Per quanto riguarda l'acqua destinata al consumo umano, nell'Allegato I del Decreto D. L. 28/2016 sono riportati i valori di parametro per la concentrazione di attività di radon, trizio e dose indicativa (DI) per le acque destinate al consumo umano.

Essi sono, rispettivamente, 100 Bq/l, 100 Bq/l e 0,10 mSv, da valutarsi sulla base di misurazioni suserie di radionuclidi naturali e artificiali.

La valutazione della concentrazione di radon in aria nelle abitazioni è stata effettuata tramite le campagne di monitoraggio sopra citate, si illustreranno in dettaglio i risultati ottenuti elaborati per Comuni, Province e tipologia di abitazione. Sul piano normativo, è imminente il recepimento della direttiva 2013/59/Euratom che aggiornerà il vigente D.Lgs. 230/1995 con disposizioni finalizzate a ridurre la presenza del radon nelle abitazioni, a fronte di livelli di riferimento (validi anche per i luoghi di lavoro) non superiori a 300 Bq/m³ in termini di concentrazione media annua.

La definizione dell'azione si attua attraverso le seguenti attività:

- Monitoraggio del Piano della Radioattività Ambientale sulle matrici alimentari. (campioni programmati - PPRIC /campioni effettuati x100). Monitorato su SINVSA/Relazione annuale.
- Monitoraggio del Piano della Radioattività delle acque (campioni programmati - PPRIC /campioni effettuati x100). Monitorato su SIVRA/Relazione annuale.
- Controllo del Piano Radon. Monitorato tramite relazione annuale.



PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (5 di 12)	Piano di monitoraggio e controllo delle malattie trasmesse da vettori e Piano controllo della Leishmaniosi
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
OS03IS07	Urban health
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT01	Attività intersettoriali
OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	
OT04IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Introduzione

Il virus West Nile (WNV) è stata segnalata in Europa a partire dal 1958 ed è il virus appartenente al genere *Flavivirus* più diffuso al mondo. Le persone e gli equidi sono ospiti a fondo cieco e l'infezione decorre in maniera asintomatica nella maggior parte dei casi. Tuttavia nelle categorie a rischio (persone in età avanzata, soggetti con disturbi immunitari, persone affette da alcune patologie croniche quali tumori, diabete, ipertensione ecc.) l'infezione può manifestarsi con sintomi neurologici talvolta letali.

Meno noto del WNV, il virus Usutu (USUV) anch'esso appartenente al genere *Flavivirus*, è stato invece osservato per la prima volta in Europa nel 1996. La sua comparsa ha determinato mortalità significativa tra le popolazioni di merli e altre specie aviarie in Italia e, successivamente in altri paesi



europei. Entrambi i virus possono passare dalle popolazioni aviarie ai mammiferi, esseri umani inclusi, attraverso i cosiddetti vettori ponte, ovvero specie di zanzare che compiono il pasto sia sugli uccelli che sui mammiferi.

Obiettivi specifici della sorveglianza integrata di WNV-USUV

1. Individuare il più precocemente possibile la circolazione virale sul territorio regionale, attraverso programmi di sorveglianza mirata, riguardanti gli uccelli appartenenti a specie bersaglio e gli insetti vettori per permettere una rapida valutazione del rischio finalizzata all'adozione di adeguate misure preventive in sanità pubblica.
2. Attuare in maniera tempestiva, efficace e coordinata le misure preventive necessarie a ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione alle persone, tramite un efficiente scambio delle informazioni tra tutti gli Enti interessati.
3. Governare in maniera coordinata le eventuali emergenze epidemiche.

Nella regione Abruzzo nell'ultimo decennio non è stata rilevata la circolazione del WNV ma solo del virus Usutu (USUV) nel 2017 e nel 2018 in provincia di Pescara.

Indicatori

Reportistica annuale delle attività di sorveglianza

Riesame analisi del piano entro il 2024

Formula	Valore atteso annuale				
	2021	2022	2023	2024	2025
Reportistica annuale a cura della Regione Abruzzo		X	X	X	X

Formula	Valore atteso annuale				
	2021	2022	2023	2024	2025
Riesame analisi del piano entro il 2024				X	



PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (6 di 12)	Piano di controllo per le acque potabili
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OS02 Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute	
OS02IS04	Programmazione e realizzazione interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato
OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
OS03IS07	Urban health
OS03IS08	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT01	Attività intersettoriali
OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	
OT04IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità

DESCRIZIONE

Descrizione sintetica delle attività

Gli obiettivi dell'azione sono quelli di tutelare la sanità pubblica, monitorando eventuali contaminazioni di acqua potabile e dell'ambiente (fallout atmosferico, pioggia, ecc).



La Regione Abruzzo aggiorna il piano che stabilisce il tipo e la quantità di analisi sull'acqua da svolgere e le strutture pubbliche che sono responsabili per l'esecuzione del programma.

Queste strutture sono:

l'ARTA (Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente), l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise e le Aziende Sanitarie locali.

Nello specifico effettuano i campionamenti i Servizi Medici (SIAN) per gli alimenti di O.V. e i prelievi su matrici ambientali sono svolti direttamente da appositi tecnici dell'ARTA.

Sul territorio abruzzese risultano presente alcuni punti di pressione ambientale legati alla presenza di insediamenti industriali e di ricerca scientifica possibili fonti di contaminazione ambientale per i quali è opportuno prevedere piani di controllo e di risposta ad eventuali emergenze.

Indicatori

Implementazione di un sistema informativo per la gestione dei flussi dati relativi alle acque potabile entro il 2025

Effettuazione di almeno un audit presso i gestori del ciclo idrico integrato da parte della ASL entro il 2023

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (7 di 12)	GESTIONE DELLE'EMERGENZE EPIDEMICHE VETERINARIE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
OS03IS07	Urban health



OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT01	Attività intersettoriali
OT01IT02	Tavoli tecnici intersettoriali
OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunit&#224; e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialit&#224; delle conoscenze	
OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN
OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	
OT04IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Fase di allerta pandemica: corrisponde alla fase in cui l'influenza causata da un nuovo sottotipo è identificata nell'uomo. Una maggiore sorveglianza epidemiologica e virologica e un'attenta valutazione del rischio, a livello locale, nazionale e globale, sono le attività caratteristiche di questa fase. Se le valutazioni del rischio indicano che il nuovo virus non si sta trasformando in un ceppo potenzialmente pandemico, può verificarsi una riduzione delle attività (de-escalation) ossia una ri-modulazione delle attività con misure meno stringenti, ovvero corrispondenti a quelle della fase inter-pandemica.

Fase di transizione pandemica: con la diminuzione del rischio a livello globale, può verificarsi una deescalation delle azioni, con riduzione delle attività di risposta alle epidemie in ambito nazionale e lo spostamento verso azioni di recupero, in base a valutazioni del rischio paese-specifiche.

Fase inter-pandemica: corrisponde al periodo tra le pandemie influenzali. In questa fase è prevista la normale attività di sorveglianza epidemiologica delle sindromi-simil-influenzali e virologica dell'influenza.

Fase pandemica: corrisponde al periodo di diffusione globale dell'influenza umana causata da un nuovo sottotipo. Il passaggio tra le fasi inter-pandemica, di allerta e pandemica può verificarsi rapidamente o gradualmente, come indicato dalla valutazione del rischio globale, principalmente sulla base di dati virologici, epidemiologici e clinici. All'interno della fase pandemica ciascun Paese può osservare diverse fasi della epidemia a livello nazionale con: fasi acute in cui i casi sono in aumento evidente, con numeri elevati e segnali di sovraccarico dei servizi sanitari; fasi post-acute in cui i nuovi casi riscontrati al giorno hanno raggiunto un picco e, seppur ancora in numero elevato, hanno un trend in diminuzione; fasi di



transizione epidemica in cui i casi sono stabili o con variazioni contenute, l'incidenza è bassa e non si assiste ad un sovraccarico dei servizi sanitari. In altre parole, sono fasi in cui l'epidemia è controllata a livello nazionale.

Preparedness: la preparedness nelle emergenze di sanità pubblica comprende tutte le attività volte a minimizzare i rischi posti dalle malattie infettive ed a mitigare il loro impatto durante una emergenza di sanità pubblica, a prescindere dalla entità dell'evento (locale, regionale, nazionale, internazionale). Durante una emergenza di sanità pubblica sono richieste capacità di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e comunicazione.

Readiness: L'Organizzazione mondiale della sanità definisce la readiness come la capacità di rispondere in modo tempestivo ed efficace alle emergenze/disastri mettendo in pratica le azioni realizzate nella preparedness

Organizzazione della Regione Abruzzo:

Emergenza: "Un avvenimento improvviso, che richiede un'azione immediata e decisa, dovuto a cause epidemiche, naturali, tecnologiche e/o dovute all'attività dell'uomo."

Comitato Regionale Zooprofilassi (CRZ)

Unità di Crisi Regionale (UDCRA)

Determinazione Dirigenziale DG21/164 del 30 dicembre 2010. «linee guida regionali per la gestione delle allerte relative ad alimenti e mangimi e per il piano di emergenza per la sicurezza degli alimenti e mangimi»

Determinazione Dirigenziale DG11/184/2009. «intesa ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente l'attuazione del Piano di Emergenza per la sicurezza degli alimenti e mangimi»

L'organizzazione nella Regione Abruzzo

- Comitato regionale per le zooprofilassi (Del. G. R. n° 1670 del 13/04/1993 e n° 2546/1998);
- Unità di crisi (Istituzione per ogni malattia TSE, BT, MVS,AFTA, IA ecc...);
- Gruppo di intervento rapido sul focolaio (TASK –FORCE) (IZS,Az. USL, LLPP, APA);

INDICATORI:

Corso di formazione per l'addestramento del personale a cura dell'IZS	entro il 2022
Ridefinizione delle procedure operative in applicazione delle norme UE	entro il 2023
Ricostituzione dei kit di pronto intervento presso le ASL del materiale di consumo	entro il 2024



PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (8 di 12)	Sorveglianza e controllo sanitario della fauna selvatica
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
OS03IS07	Urban health
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT01	Attività intersettoriali
OT01IT02	Tavoli tecnici intersettoriali
OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità; delle conoscenze	
OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN
OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	
OT04IT04	Iniziativa/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE



Il presente documento intende disciplinare la sorveglianza epidemiologica nella fauna selvatica delle patologie più significative del territorio della regione Abruzzo.

Il documento individua gli obiettivi dell'attività di sorveglianza, le sue modalità di attuazione, i criteri guida per l'individuazione della tipologia di sorveglianza da applicare sulla base delle indicazioni Nazionali.

Ai fini del presente documento per sorveglianza si intende: “La raccolta continua e classificazione sistematica delle informazioni relative allo stato sanitario delle popolazioni animali nonché la loro analisi e pronta disseminazione a coloro che sono deputati a intraprendere le necessarie azioni sanitarie” (Terrestrial Animal Health Code - OIE).

Elemento fondamentale della sorveglianza, che la distingue dal monitoraggio, è l'adozione di misure sanitarie in risposta alla presenza di una malattia o infezione. Queste risposte sanitarie possono riguardare la popolazione oggetto della sorveglianza, oppure un'altra popolazione ricettiva, oppure una popolazione di vettori o di reservoir dell'infezione. Per esempio, la sorveglianza della West Nile Disease viene svolta su una serie predefinita di specie di uccelli selvatici, mentre le misure sanitarie sono indirizzate alla protezione dell'uomo e del cavallo, che sono ospiti accidentali e a fondo cieco dell'infezione.

Obiettivi

Rilevare tempestivamente nella popolazione selvatica malattie esotiche o malattie ritenute non presenti nel territorio oggetto di sorveglianza (malattie emergenti).

Valutare nel tempo il comportamento di alcune malattie presenti in modo endemico o sporadico nelle popolazioni animali (selvatiche o domestiche) e ritenute prioritarie dai servizi sanitari per le loro conseguenze nel caso di trasmissione all'uomo o per la loro importanza economica nelle popolazioni di animali domestici o perché soggette a piani di controllo o di eradicazione.

Valutazione delle attività di sorveglianza per l'utilizzo ed esecuzione di analisi del rischio finalizzate a definire:

1. La trasmissione di malattie dalle specie domestiche a quelle selvatiche al fine di evitare che tali patologie possano endemizzare nonché causare possibili perturbazioni alla dinamica di popolazione delle specie selvatiche a rischio di estinzione;
2. La trasmissione alle popolazioni domestiche e all'uomo di malattie presenti nella fauna selvatica e il loro eventuale impatto sul raggiungimento di specifici obiettivi previsti dai piani di eradicazione nazionali o regionali

Continuità e novità rispetto al Piano della prevenzione 2014-

2018

Nel programma 11 Azione 1 del piano della prevenzione 2014-2018 erano già stati individuati gli obiettivi strategici relativamente a questa linea di intervento. Alla luce della recente situazione pandemica che ha visto nelle popolazioni di animali selvatici un ruolo importante nell'inizio della



trasmissione, si ritiene che ulteriori approfondimento possano essere messi in campo per monitorare la presenza di patogeni, soprattutto zoonosici, nelle specie selvatiche.

Finalità del piano di sorveglianza:

- Assicurare l'attività continua d'investigazione e un costante monitoraggio sui patogeni nei selvatici e sulle malattie che possono causare;
- Regolare analisi delle informazioni raccolte, per fini specifici predefiniti;
- La comunicazione dei risultati della raccolta e dell'analisi dei dati a persone, agenzie e istituzioni competenti in materia di fauna selvatica.
- Adozione di misure sanitarie di mitigazione del rischio qualora evidenziato.
- Rafforzamento delle attività di sorveglianza sanitaria tramite l'approccio "One Health" valorizzando il ruolo dei servizi veterinari mediante la promozione l'applicazione di misure per ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica, nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria

Indicatori

- Predisposizione/aggiornamento di un piano regionale di sorveglianza e controllo della fauna selvatica entro il 2022
- Implementazione del sistema informativo (SIVRA-BDR) per la gestione dei flussi dati concernenti la raccolta dati
- Analisi e riaggiornamento del piano annuale a partire dal 2023.

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (9 di 12)	GESTIONE DELLE EMERGENZE NON EPIDEMICHE IN SANITA' PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.2 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di gestione delle emergenze
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute



OS02 Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute	
OS02IS04	Programmazione e realizzazione interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato
OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
OS03IS07	Urban health
OS03IS08	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT01	Attività intersettoriali
OT01IT02	Tavoli tecnici intersettoriali
OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze	
OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN
OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	
OT04IT04	Iniziativa/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Razionale ed analisi di contesto:

Negli ultimi anni, anche la Regione Abruzzo è stata interessata da diverse emergenze, di natura non epidemica, che hanno avuto notevoli risvolti in ambito sociale ed ambientale.

Per emergenza non epidemica si intende un evento determinato da un agente fisico che produce un impatto distruttivo sul territorio in cui si manifesta, la cui entità dipende sia dalle caratteristiche fisiche e fenomenologiche dell'evento stesso, sia dalla struttura socio-politica preesistente nel territorio di riferimento (eventi meteorologici, eventi geologici, eventi idrogeologici, ecc).

Dal 2000 in poi l'elenco di episodi rilevanti accaduti in Abruzzo comprende sia fenomeni di origine naturale (terremoti, alluvioni, nevicate di eccezionale portata ecc..) che di matrice antropica/tecnologica (incendi, incidenti...).



Le implicazioni in materia di igiene e sanità pubblica, di sicurezza alimentare e di benessere animale rendono evidente come le azioni di risposta a tali problematiche debbano essere sinergiche ed integrate a livello di tutti i servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, così come le stesse debbano raccordarsi proficuamente con altri enti e parti interessate.

Un ruolo importante è svolto anche dall'IZS Abruzzo e Molise che dal 2013 è centro di referenza nazionale per l'igiene urbana veterinaria e le emergenze non epidemiche

A tale proposito si ricorda che con Deliberazione di Giunta Regionale 264/2018 è stato approvato il piano regionale delle maxi emergenze sanitarie.

Parimenti si farà anche riferimento alle Linee guida per l'azione veterinaria nelle emergenze non epidemiche di cui al documento della Presidenza del Consiglio dei Ministri prot. N. 38507/EME del 22-1-1999

Linee strategiche di intervento pianificate

Al fine di raggiungere gli obiettivi predefiniti, le linee strategiche di intervento pianificate sono:

- Implementazione di sistemi integrati di previsione del rischio per la salute associato ad eventi estremi e sistemi di allarme e risposta rapida (Early warning system)

Obiettivi strategici

- Promuovere e rafforzare strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA nelle attività di promozione della salute, prevenzione, valutazione e gestione dei rischi per la salute da fattori ambientali, anche per la comunicazione del rischio in modo strutturato, sistematico e integrato

INDICATORI

Aggiornamento delle linee guida relative ai piani delle emergenze non epidemiche a livello regionale (incluso lo sviluppo di adeguati sistemi informativi di supporto): entro il 2022.

Adozione a livello dei dipartimenti di Prevenzione ASL di piani coerenti e strutturati per la gestione delle emergenze non epidemiche): entro il 2023.

Svolgimento corso di addestramento / formazione per gli operatori sanitari e personale interessato a livello regionale entro il 2023

Formula	Valore atteso annuale				
	2021	2022	2023	2024	2025
Aggiornamento e emanazione di linee guida relative ai piani delle emergenze non epidemiche a livello regionale		X			



Formula	Valore atteso annuale				
	2021	2022	2023	2024	2025
Adozione a livello dei dipartimenti di Prevenzione ASL di piani coerenti e strutturati per la gestione delle emergenze non epidemiche)			x		

Formula	Valore atteso annuale				
	2021	2022	2023	2024	2025
Svolgimento di corso di addestramento / formazione per gli operatori sanitari e personale interessato a livello regionale			X		

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (10 di 12)	Programmazione e controllo delle attività in materia di sicurezza chimica per la gestione dei prodotti fitosanitari (REACH e CLP).
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.3 Formalizzazione accordi di collaborazione tra Servizi e con altri Settori finalizzati a promuovere integrazione, coordinamento, cooperazione
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OS02 Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute	
OS02IS04	Programmazione e realizzazione interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato
OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	



OS03IS07	Urban health
OS03IS08	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT01	Attività intersettoriali
OT01IT02	Tavoli tecnici intersettoriali
OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze	
OT02IT03	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN
OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	
OT04IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	ambiente di lavoro;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

A seguito dell'adozione del Piano Regionale dei controlli REACH e CLP il personale incaricato dei controlli effettua i sopralluoghi presso le imprese al fine di verificare il rispetto dei Regolamenti del settore in riferimento alla fabbricazione, all'immissione sul mercato o all'uso di sostanze chimiche, in quanto tali o in quanto componenti di miscele e articoli.

Con questo progetto si vogliono continuare le azioni già intraprese consolidando e potenziando la struttura di vigilanza e controllo della Regione Abruzzo, che assicura il rispetto degli obiettivi fissati annualmente dai Piani di Controllo Nazionali (REACH e CLP), estende gli interventi al settore dei Fitosanitari e tiene conto delle indicazioni del Tavolo Tecnico Regionale di Integrazione Ambiente e Salute impegnandosi ad uniformare le attività di vigilanza sul territorio in applicazione delle Linee Guida Regionali del 2017 e mediante l'utilizzo delle check list anch'esse trasmesse agli operatori del controllo ufficiale.

Sarà necessario condividere esperienze e problematiche rinvenute nel territorio, attraverso il confronto degli ispettori con la coordinazione dall'Autorità Competente regionale (individuata nella Direzione Politiche della Salute per effetto della DGR n. 242 del 22.03.10 che recepisce l'Accordo Stato-Regioni n. 181 del 29/10/09).

La Regione Abruzzo, con D.G.R. n. 242 del 22/03/2010, nel recepire l'accordo Stato-Regioni del 29/10/2009 (Rep. Atti n. 181/CSR), ha definito l'obbligo dei controlli in tutte le fasi della catena di approvvigionamento dalla fabbricazione, importazione, uso ed immissione sul mercato delle sostanze chimiche. Ha individuato le Autorità preposte alle attività di controllo sia presso la Regione Abruzzo



sia presso le ASL, ed ha individuato L'ARTA quale supporto tecnico-analitico alle attività di controllo, mentre per quanto concerne le matrici alimentari si fa riferimento al controllo analitico effettuato presso i laboratori dell'IZS.

In attuazione di quanto sopra tutte le ASL della Regione Abruzzo effettuano regolarmente controlli documentali e analitici previsti dai Piani regionali annuali. I controlli effettuati fino ad ora sono stati indirizzati a settori diversi del mondo produttivo.

Come già attuato da vari anni si continuerà a procedere realizzando le seguenti attività:

- Controllo dei residui sui prodotti alimentari compreso le acque
- Controlli presso produttori, rivendite ed utilizzatori secondo la programmazione nazionale e regionale
- Prelievo di campioni ed analisi di laboratorio dei fitosanitari
- Controllo dell'idoneità delle apparecchiature per l'impiego dei prodotti fitosanitari.

Documentazione di riferimento:

Accordo Stato-Regioni del 29/10/2009 (Rep. Atti n. 181/CSR) relativo al sistema dei controlli ufficiali e relative linee di indirizzo per l'attuazione del regolamento CE n. 1907 del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche (REACH).

Accordo Stato-Regioni del 07/05/2015 (Rep. Atti n. 88/CSR)-Rete dei laboratori a supporto delle attività di controllo.

Regolamento UE 218/1962 che sostituisce l'allegato I del regolamento (CE) n. 396/2005 del Parlamento europeo e del Consiglio

Regolamento CE 396/2005 concernente i livelli massimi di residui di antiparassitari nei o sui prodotti alimentari e mangimi di origine vegetale e animale e che modifica la direttiva 91/414/CEE del Consiglio

Regolamento UE 625/2017 relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuati per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari..;

Regolamento UE 533/2019 relativo a un programma coordinato di controllo pluriennale dell'Unione per il 2020, il 2021 e il 2022, destinato a garantire il rispetto dei livelli massimi di residui di antiparassitari e a valutare l'esposizione dei consumatori ai residui di antiparassitari nei e sui prodotti alimentari di origine vegetale e animale;

DGR 163 del 04.03.2015 Disciplina dei prodotti fitosanitari.

Indicatori	2022	2023	2024	2025
Sviluppo del piano di controllo dei residui di prodotti fitosanitari sugli alimenti e sulle acque	effettuazione di almeno il 90% del programmato	effettuazione di almeno il 90% del programmato	effettuazione di almeno il 90% del programmato	effettuazione di almeno il 90% del programmato
Controllo dell'idoneità delle apparecchiature per l'impiego dei prodotti fitosanitari.	secondo l'analisi del rischio	secondo l'analisi del rischio	secondo l'analisi del rischio	secondo l'analisi del rischio



Prelievo di campioni ed analisi di laboratorio dei fitosanitari	secondo la programmazione nazionale	secondo la programmazione nazionale	secondo la programmazione nazionale	secondo la programmazione nazionale
Iniziative di formazione e formazione per gli operatori del settore agricolo sull'impiego dei prodotti fitosanitari	almeno 1 corso per asl	almeno 1 corso per asl	almeno 1 corso per asl	almeno 1 corso per asl

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (11 di 12)	Controllo delle emissioni odorigene e qualità dell'aria
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.7 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione protocolli, percorsi, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OS01IS03	Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali
OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
OS03IS06	Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica
OS03IS07	Urban health
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	
OT01IT01	Attività intersettoriali
OT01IT02	Tavoli tecnici intersettoriali
OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	



OT04IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta
SETTING	comunità;ambiente di lavoro

DESCRIZIONE

Come previsto dalla legislazione fase cruciale del processo di definizione del piano è la fase valutativa e, per gli inquinanti per cui è prescritta, la suddivisione del territorio regionale in zone. Preliminarmente alla zonizzazione si riportano i risultati della fase valutativa (inventario delle emissioni ed analisi dei dati del monitoraggio) come sintesi regionali.

L'analisi conoscitiva condotta dal piano fa rilevare come a livello globale regionale:

- la qualità dell'aria nelle aree urbane è in miglioramento con riferimento ai seguenti inquinanti primari principali: biossido di zolfo, monossido di carbonio; tutti i limiti legislativi esistenti sono rispettati;

- la qualità dell'aria con riferimento al biossido di azoto nell'area metropolitana di Pescara-Chieti è critica e non presenta segnali rilevanti di miglioramento; la valutazione dell'evoluzione delle emissioni fa prevedere, a fronte di un ulteriore residuo miglioramento delle emissioni dai veicoli su strada, gli effetti peggiorativi dell'incremento della mobilità privata e delle politiche di riequilibrio del deficit regionale di produzione di energia elettrica e di valorizzazione delle biomasse contenuto negli atti di pianificazione

regionale; tale evoluzione va mitigata con opportune misure di piano, anche in funzione del contributo dell'Abruzzo al raggiungimento degli obiettivi nazionali sui tetti di emissione; va infine sottolineato come la riduzione delle emissioni di questo inquinante sia un forte elemento per il miglioramento della qualità dell'aria con riferimento all'ozono;

- con riferimento alle particelle sospese con diametro inferiore ai 10 micron (PM10), il monitoraggio rileva una situazione critica; le emissioni, provenienti principalmente dal traffico su strada e dalle altre sorgenti mobili con contributi significativi dalla combustione della legna e dalla combustione industriale, pur in miglioramento non garantiscono il rientro nei limiti senza opportune misure di risanamento; opportune misure sulle sorgenti mobili e sulle emissioni industriali, nonché politiche di incentivo al rinnovamento tecnologico nel settore della combustione della legna, sono necessarie nelle aree di maggiore inquinamento;

- con riferimento al Benzene l'analisi delle concentrazioni rilevate mostra una situazione da tenere ancora sotto controllo per il rispetto del limite sulla media annuale nella città di Pescara; l'effetto dei miglioramenti previsti nelle emissioni da traffico autoveicolare (sorgente quasi esclusiva dell'inquinamento) non assicurano il rientro nei nuovi limiti previsti dalla legislazione comunitaria; opportune misure sul traffico sono necessarie nell'area metropolitana di Pescara-Chieti;

- la qualità dell'aria con riferimento alle emissioni odorigene è fortemente critica sia nelle aree industriali sia nelle aree suburbane della regione (vedasi la provincia di Teramo);

La metodologia di valutazione seguita basata sull'utilizzo preliminare di modelli di diffusione (naso chimico) necessita di ulteriori approfondimenti ed un opportuno monitoraggio regionale; l'evoluzione naturale delle emissioni.



Indicatori:

Predisposizione delle linee guida per la riduzione delle emissioni inquinanti (VIS -VAS -VINCA -PAUR)	Entro il 2023.
Incentivazione dell'istallazione di colonnine per la fornitura di energia attraverso la semplificazione delle procedure.	Entro il 2025
Corso di formazione/informazione rivolto alla collettività sull'uso di materiali edili isolanti	Entro il 2023

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP09
TITOLO AZIONE (12 di 12)	Piano per l'identificazione dell'echinococcosi / Idatidosi al macello e nelle altre strutture di custodia degli animali
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	
OS01IS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali
OS01IS02	Rete regionale integrata ambiente e salute
OS03 Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	
OS03IS07	Urban health
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	
OT04IT04	Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

L'Echinococcosi cistica (EC), zoonosi parassitaria causata dal cestode *E. granulosus*, è una malattia inclusa nell'elenco ufficiale delle Malattie Tropicali Neglette (NTDs) stilato dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). Oltre a questo gruppo l'OMS ha identificato l'EC come appartenente al sottogruppo di 7 malattie zoonotiche endemiche neglette (NZDs). A livello globale, l'EC umana e animale rimane endemica nelle comunità pastorali che praticano l'allevamento estensivo, in particolare di quello degli ovini. Gli ovini sono dunque una specie chiave nel ciclo della EC e gli allevamenti nei quali viene praticato uno scorretto management igienico (abbandono dei capi morti, macellazioni clandestine e mancato trattamento antiparassitario dei cani aziendali) sono il target di qualsiasi piano di controllo della malattia. Il network costituito si propone di sperimentare l'applicazione di un modello di sorveglianza attiva che consenta la stima della reale prevalenza della malattia negli ovini, ovviando alle difficoltà di applicazione che caratterizzano le attività di monitoraggio esistenti. Inoltre il suddetto progetto intende porre le basi per la validazione della prevalenza della malattia precedentemente stimata, con un approccio One Health che prevede l'elaborazione dei dati di prevalenza reale negli ovini e i dati esistenti sulla distribuzione della EC umana. . Al fine di perseguire in maniera corretta l'obiettivo principale e quelli secondari, risulta necessario stabilire un Piano di Campionamento (PdC) post-mortem degli ovini in sede di macellazione, e conseguentemente un Piano di Controllo del Campionamento (PCC). Questo piano sarà confrontato e corretto in itinere con la "stima della prevalenza" calcolata nel precedente lavoro di ricerca. La motivazione di fondo che spinge la ricerca ad intraprendere studi scientifici su un campione di popolazione, è infatti la possibilità di osservare un evento in una porzione di popolazione (campione) ed ottenere delle evidenze scientifiche che permettano di estendere i risultati all'intera classe di popolazione studiata, senza necessariamente osservare tale evento in tutti i soggetti. Affinché lo studio che si vuole intraprendere sia quindi valido e con risultati generalizzabili, è necessario che il campione oggetto di studio sia selezionato in maniera casuale (random), che sia correttamente dimensionato, che rifletta le caratteristiche della "popolazione campionaria", cioè di tutta la popolazione potenzialmente eleggibile per lo studio, e che tale campionamento avvenga in assenza di bias di selezione. Al fine di ottimizzare tempi e risorse già impiegate dai servizi veterinari (SV), si è ritenuto opportuno conciliare le attività del modello che si intende proporre con quelle del monitoraggio ufficiale del Piano Nazionale delle Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili (TSE) ovi-caprine (Reg. n.999/2001/CE), in sede di macellazione e sui capi morti.

Controllo degli animali morti per accertare la presenza dell'infestazione da echinococco (prelievo campione - esame anatomopatologico da registrare in SINVSA)	Entro il 2023 flusso gestito su SINVSA
Controllo anatomopatologico al mattatoio sugli animali macellati.	Entro il 2023 flusso cartaceo - da implementare
Esame delle feci dei cani nelle strutture di ricovero e negli allevamenti più a rischio	Entro il 2023 flusso da monitorare - da implementare



MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Prevenire l'echinococco e ridurre l'incidenza dei casi nell'uomo e la distruzione di alimenti infestati.
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Controllo degli animali ospiti del parassita (cani, lupi e canidi selvatici); Controllo delle ispezioni al macello degli organi parassitati per interrompere il ciclo di trasmissione della patologia; Educazione ed informazione alla maggiore igiene nella raccolta e consumo dei vegetali;
ATTORI COINVOLTI	ASL - IZS - Comuni - Impianti di macellazione (OSA) - Strutture di ricovero dei cani - Scuole
INDICATORE	<p>Riduzione degli interventi chirurgici sull'uomo colpito da cisti di echinococco.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero ospedalizzati per echinococcosi / anno • Standard: L'obiettivo principale è la riduzione del numero di interventi chirurgici effettuati sull'uomo per echinococco; ne consegue che per ottenere tale risultato è necessario ridurre l'infestazione negli ospiti definitivi (cani, gatti e canidi). La lotta al parassita si svolge anche attraverso l'interruzione del suo ciclo biologico mediante il sequestro e la distruzione di tutti gli organi parassitati. • Fonte: Strutture ospedaliere (DRG)

3.10 PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza

3.10.1 Quadro logico regionale

CODICE	PP10
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Servizio Prevenzione Sanitaria, Medicina Territoriale DPF
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO6 Malattie infettive prioritarie
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO6-09 Assicurare il rintraccio dell'alimento per l'attivazione del sistema di allerta al fine del ritiro/richiamo dalla commercializzazione dell'alimento pericoloso o potenzialmente pericoloso - MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano



	<ul style="list-style-type: none"> - MO6-24 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) - MO6-25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario (One Health) - MO6-26 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici - MO6-27 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni ministeriali - MO6-28 Sviluppare programmi di Antimicrobial stewardship (AS)
<p>LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - MO6LSz Assicurare che la sorveglianza nazionale delle batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi abbia una copertura elevata - MO6LSaa Interventi per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario - MO6LSx Attivazione in tutte le Regioni di un sistema regionale di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano, basato sui dati di laboratorio, che coinvolga tutti i laboratori degli ospedali pubblici e privati secondo le indicazioni nazionali - MO6LSy Monitoraggio del consumo antibiotici in ambito umano e veterinario - MO6LSbb - Interventi per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito umano - - MO6LSdd Interventi per ridurre la trasmissione in ambito assistenziale - MO6LSff Formazione sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA
<p>LEA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse - A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse - D08 Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza - allegato 2 Assistenza Distrettuale - allegato 3 Assistenza Ospedaliera



3.10.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

L'Abruzzo è una tra le regioni italiane con minore popolazione, pari al 2,2% della popolazione italiana. Nel 2018 ha registrato 1,3 mln di cittadini e le proiezioni per il 2065 prevedono una diminuzione della popolazione che arriverà a 1,1 mln. Secondo i dati anagrafici forniti dall'ISTAT al 1° gennaio 2020 la popolazione residente in Abruzzo ammonta a 1.293.941 (Fig.1), di cui 631.743 uomini (48,82%) e 662.198 (donne (51,18%). La popolazione è così distribuita nelle quattro province che, dal 2010, territorialmente corrispondono alle quattro ASL: ASL di L'Aquila, Teramo, Pescara e Chieti (vedi Tab. 1). Dai dati si evidenzia omogeneità per numero di abitanti di tre delle quattro Province, mentre la provincia di Chieti è per numerosità (e per ampiezza del territorio) più grande delle altre. Rispetto al 2019 nella Regione si è avuto un decremento della popolazione residente pari a 0,51%, con una variazione in valori assoluti pari a 6.704 unità. Dal 2014 al 2020, in modo analogo a quanto avvenuto a livello nazionale e nel complesso delle regioni del Sud, la popolazione residente nella regione si è ridotta (- 3%); la riduzione è più marcata dal 2018, quando l'andamento è divenuto simile a quello complessivo delle regioni del sud. La piramide di età e sesso al primo gennaio 2021 è rappresentata nella figura 1. L'indice di invecchiamento della popolazione abruzzese (calcolato come rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100) mostra che l'Abruzzo presenta valori superiori alla media italiana in tutto l'arco temporale 2014-2019 (vedi Tab.2). Dal 2014 al 2019, inoltre, l'indice è in continua crescita. Analizzando l'indice a livello provinciale si osserva che le province che registrano un indice di invecchiamento maggiore nel 2019 sono L'Aquila (204,78) e Chieti (204,28), seguite da Teramo (187,67) e Pescara (181,65). Come evidenziato dall'Osservatorio Sociale Regionale, l'Abruzzo si caratterizza come una regione con bassa densità territoriale, con 123 ab. per Km² rispetto alla media nazionale di 201 ab. Secondo i dati Eurostat solo il 9,1% della popolazione della Regione vive in città, tre volte più basso rispetto alla media nazionale. La popolazione abruzzese infatti si concentra principalmente in piccoli comuni o zone rurali (34% della popolazione). La differenza fra le zone costiere e sub-costiere, quelle montane interne, l'aquilano ed i centri maggiori della Marsica è netta. In particolare, è evidente la concentrazione urbana della cosiddetta "Area Metropolitana Chieti-Pescara", un'area che rappresenta il 2% della superficie regionale, dove tuttavia si concentra il 23% dell'intera popolazione abruzzese, con una densità media di 1.323 ab. per Km² e con punte superiori ai 2.000 ab. per km². Più di due terzi dell'intero territorio regionale (intera zona centrale interna e costa meridionale) si caratterizzano, invece, per una densità di popolazione particolarmente contenuta (<90 ab. per km²) in cui è evidente uno sbilanciamento verso le classi di popolazione anziane e tassi di disoccupazione inferiori ai valori medi. Infine, a ridosso dell'area metropolitana e dell'ovest della regione vi sono zone che rientrano nei sistemi definiti "Mezzogiorno interno", caratterizzati da bassissima densità (74 ab. per km²), tipici di aree interne e composti da territori che si stanno spopolando da decenni. La popolazione in queste zone è strutturalmente anziana e il mercato del lavoro appare inerte. Dal punto di vista economico, la Regione è sotto la media nazionale sia per il reddito familiare medio, pari a 29.740 € a fronte di 35.417 € di media nazionale (massimo 44.900 € in Trentino-Alto Adige, minimo 24.130 € in Sicilia) sia per il reddito da pensione familiare, pari a 24.875 € a fronte di 25.600 € di media nazionale (massimo di 29.324 € in Emilia-Romagna, minimo di 19.969 € in Sicilia). La regione Abruzzo mostra un trend dei punteggi LEA in costante crescita, avendo superato la soglia minima di conformità di 160 punti nel 2014 e ha continuato a migliorare l'assistenza sanitaria fino a raggiungere un punteggio di 202 punti nel 2017. L'offerta ospedaliera regionale si articola attualmente in 23



strutture ospedaliere per acuti, di cui 16 pubbliche e 7 private accreditate. La programmazione regionale prevede, tenendo conto dei criteri di efficienza e di complementarità di discipline in relazione ai bacini di utenza, la seguente classificazione dei presidi: 4 ospedali con funzioni di Dea di II livello per le reti tempo dipendenti (L'Aquila e Pescara per la rete stroke e per la rete politrauma/trauma maggiore, Chieti e Teramo per la rete emergenze cardiologiche estese), 4 ospedali di primo livello (Avezzano, Sulmona, Lanciano e Vasto), 6 ospedali di base (Ortona, Popoli, Penne, Atri, Giulianova e Sant'Omero), 2 presidi di area disagiata sedi di pronto soccorso (Castel di Sangro e Atesa). Nella nuova programmazione regionale sono previsti a Tagliacozzo 52 posti letto di riabilitazione (codice 56) per il recupero delle capacità motorie e per la riabilitazione cardiologica e polmonare. A Pescina sono programmati 20 posti letto di lungodegenza (cod. 60) a supporto dell'ospedale di Avezzano e 2 moduli (ognuno di 15 posti letto) per l'ospedale di comunità. La Struttura sanitaria di Guardiagrele rappresenta il polo del policlinico di Chieti con 10 posti letto per le acuzie (di cui 5 in medicina e 5 in geriatria) e 8 posti letto per la lungodegenza, oltre a un servizio di psichiatria. Nella programmazione della nuova rete ospedaliera abruzzese sono previste le emodinamiche a Vasto ed Avezzano, mentre viene mantenuto aperto in deroga il punto nascita di Sulmona. E' stata definita, inoltre, nel rispetto del tetto massimo consentito dagli standard, la dotazione aggiornata di posti letto, per un totale di 4912 posti letto (tra pubblico e privato), di cui 4015 per acuti, 624 per la riabilitazione e 273 di lungodegenza. L'organizzazione ospedaliera, invece, prevede la programmazione di 220 Unità Operative Complesse e di 287 Unità Operative Semplici e Dipartimentali. In relazione al consumo degli antimicrobici, il rapporto 2020 su "L'uso degli antibiotici in Italia" a cura dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), attesta che nel 2019 il consumo di antibiotici in Italia risulta invariato rispetto al 2018 (21,4 DDD/1000 ab die), confermandosi superiore alla media europea, e che in Abruzzo, negli ultimi sette anni, il consumo negli ospedali pubblici e privati è calato in misura minima passando dalle 22,3 dosi/mille abitanti del 2013 alle 22 dosi/mille abitanti del 2019, mentre sono aumentati i costi per l'acquisto di antibiotici (Fig.2): nel 2013 era di 18,1 euro pro capite mentre nel 2019 è stato di 18,5 euro pro capite.

La crescente diffusione di infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici MDROs (Multi-Drug Resistant Organisms), spesso resistenti ad una o più classi di agenti antimicrobici ha assunto, anche su scala regionale, e in corso di pandemia da Sars-CoV-2, dimensioni preoccupanti a fronte della sempre più limitata disponibilità di nuovi principi attivi. Le cause principali della selezione di ceppi batterici resistenti è strettamente correlata alla "pressione" antibiotica, ovvero all'intensità e all'uso inappropriato delle molecole antibiotiche, ed anche di altri antimicrobici, sia in ambito umano che veterinario, all'uso inappropriato della terapia antibiotica empirica, all'inadeguata applicazione delle misure di prevenzione e controllo della trasmissione in ambito ospedaliero e territoriale, così come dalla diffusione di residui di questi farmaci nel suolo, nelle coltivazioni e nell'acqua. Nonostante l'emanazione, da parte delle Istituzioni scientifiche nazionali ed internazionali, di una serie di Raccomandazioni per l'attuazione di programmi di sorveglianza e controllo dei MDROs, in molte aree del territorio italiano, inclusa la Regione Abruzzo, tali programmi non sono stati ancora pienamente implementati a livello centrale, o sono disugualmente diffusi a livello locale, rappresentando di fatto un ostacolo alla conoscenza dell'epidemiologia delle resistenze batteriche presenti nel territorio regionale, alla rapida ed accurata identificazione dei ceppi resistenti, all'implementazione di misure di controllo specifiche e di strategie terapeutiche mirate ed appropriate che potrebbero aumentare la possibilità di esiti clinici favorevoli, ad esempio, in caso di sepsi sostenute da MDRO. Nell'area abruzzese, inoltre, i dati sul consumo di antibiotici e sull'appropriatezza prescrittiva sono carenti;



manca un'analisi sistematica delle prescrizioni antibiotiche sia territoriali che ospedaliere che possa permettere una costante analisi e confronto tra le varie aree regionali e con le regioni limitrofe. Pertanto, la Regione Abruzzo, nell'ambito dello specifico Programma predefinito, e nell'ottica One Health, ha definito una serie di Azioni da implementare per la realizzazione di un sistema di sorveglianza e controllo regionale integrato dell'AMR, in continuità con i programmi e gli obiettivi definiti, ed in parte realizzati, con il PRP 2014-2019.

3.10.3 Scheda di programma

3.10.3.1 Descrizione dal PNP

Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è un'emergenza di sanità pubblica a livello globale. Diversi antibiotici sono diventati parzialmente o del tutto inefficaci rendendo rischiose procedure mediche avanzate (es. chemioterapie antitumorali, trapianti d'organo, protesi d'anca). Si calcola che, in Europa, circa 25 mila decessi all'anno siano dovuti ad infezioni da batteri resistenti agli antibiotici e si stima che, entro il 2050, se non si riuscirà a contenere il fenomeno, le morti potrebbero arrivare a 10 milioni (fonte OMS).

L'Italia è uno dei Paesi europei con i livelli più alti di AMR, sempre superiore alla media europea, e con un elevato consumo di antibiotici (al 5° posto, dati ESAC-Net dell'ECDC). La maggior parte di queste infezioni è gravata da elevata mortalità (fino al 30%), capacità di diffondere rapidamente nelle strutture sanitarie, causando epidemie intra- e inter-ospedaliere, e di divenire endemici. L'*European Center for Disease Control* (ECDC) ha stimato che annualmente si verificano in Europa 670.000 infezioni sostenute da microrganismi antibioticoresistenti: queste sono responsabili di 33.000 decessi, dei quali più di 10.000 in Italia data l'alta prevalenza di infezioni antibioticoresistenti (Cassini A et al. *Lancet Infect Dis* 2018).

L'OMS, riconoscendo l'AMR un problema complesso che può essere affrontato solo con interventi coordinati multisettoriali, promuove un approccio *One Health*, sistematizzato nel 2015 con l'approvazione del Piano d'Azione Globale per contrastare l'AMR, collaborando da tempo con FAO, OIE e UNEP. La visione *One Health* è stata sostenuta anche dai leader G7 e G20. Ugualmente, la Commissione Europea ha adottato una prospettiva *One Health* e nel Piano d'azione 2011-2016 ha identificato le aree prioritarie di intervento. Il 2 novembre 2017 è stato approvato in Conferenza Stato Regioni il Piano nazionale di contrasto dell'AMR (PNCAR) 2017-2020, coerente con l'approccio *One Health*.

Il rischio infettivo associato all'assistenza, ossia il rischio per pazienti, visitatori e operatori di contrarre una infezione, ha un posto particolare nell'ambito dei rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, per dimensioni, complessità dei determinanti e trend epidemiologico in aumento. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite nel corso dell'assistenza e possono verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali ospedalieri e territoriali.

L'impatto clinico-economico è rilevante: secondo un rapporto dell'OMS, le ICA causano prolungamento della degenza, disabilità a lungo termine, aumento dell'AMR, costi aggiuntivi e mortalità in eccesso. L'ECDC ha stimato che ogni anno si verificano più di 2,5 milioni di ICA in Europa e che le 6 ICA più frequenti (infezioni urinarie, infezioni del sito chirurgico, infezioni respiratorie,



batteriemie, sepsi neonatale, infezioni da *Clostridium difficile*) siano responsabili ogni anno di 501 DALYs/100.000 abitanti; tale burden è maggiore, quasi il doppio, di tutte le 32 malattie infettive notificabili considerate complessivamente (260 DALYs per 100.000 abitanti) (Cassini A et al PLOS Medicine 2016). Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima che possa esserlo più del 50%. In Italia, per le infezioni del sito chirurgico, nel 2014-2015 si è rilevata un'incidenza di circa 1%, comparabile con gli standard europei e statunitensi. Per le UTI, nel 2016 si sono registrate le seguenti incidenze: batteriemie 4,5/1.000 gg-paziente; polmoniti 5,2/1.000 gg-pz; infezioni vie urinarie 2,2/1.000 gg-pz. Il primo Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020, approvato il 2 novembre 2017, evidenzia la necessità di linee di indirizzo uniche e un più forte coordinamento nazionale, per poter guidare meglio e armonizzare le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA e garantire il rispetto in tutto il paese di standard comuni condivisi.

La diffusione e lo sviluppo del presente Programma è in accordo con la strategia di contrasto dell'AMR, con approccio *One Health*, delineata nel PNCAR, che prevede il coinvolgimento collaborativo, intersettoriale, multidisciplinare e multiprofessionale, con l'integrazione delle azioni in ambito umano, veterinario, agroalimentare e ambientale, in una visione organica ed unitaria.

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

3.10.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1. *Piano d'azione quinquennale (2011-2016) contro la crescente minaccia dell'antibiotico-resistenza della Commissione Europea*
2. *A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR) del 2017*
3. *WHO Global action plan on antimicrobial resistance del 2015*
4. *Dichiarazione della 71° Sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sull'antimicrobico-resistenza del 2016*
5. *Circolare ministeriale per la sorveglianza delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi prot.4968 del 23.02.2013 e successivi aggiornamenti*
6. *Piano nazionale di contrasto dell'AMR (PNCAR) 2017-2020 e successivi aggiornamenti*
7. *CAC/RCP 61-2005 "Codice di Comportamento per minimizzare e contenere la resistenza antimicrobica"*
8. *CAC/GL 77-2011 "Linee guida per l'analisi dei rischi da AMR in prodotti di origine alimentare"*
9. *The OIE Strategy on Antimicrobial Resistance and the Prudent Use of Antimicrobials del 2016*
10. *The FAO action plan on antimicrobial resistance 2016-2020*
11. *Report OCSE Stemming the Superbug Tide - Just a Few Dollars More del 2018*
12. *Conclusioni del Consiglio "Verso una strategia dell'Unione per una politica sostenibile in materia di sostanze chimiche" 2019*



13. *Biosicurezza e uso corretto e razionale degli antibiotici in zootecnia del Ministero salute*
14. *Linee guida per la predisposizione, effettuazione e gestione dei controlli sulla distribuzione e l'impiego dei medicinali veterinari del Ministero salute*
15. *Linee guida per l'uso prudente degli antimicrobici negli allevamenti zootecnici per la prevenzione dell'antimicrobico-resistenza e proposte alternative - Ministero della Salute*
16. *DECRETO 8 febbraio 2019 Modalità applicative delle disposizioni in materia di tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati*
17. *Manuale operativo per la predisposizione e la trasmissione delle informazioni al sistema informativo di tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi*

3.10.3.3 Declinazione a livello regionale del Programma

Il Programma per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza sarà declinato a livello regionale attraverso un approccio multimodale mirato al potenziamento e all'armonizzazione delle metodologie di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni sostenute da MDRO e dell'AMR in ambito umano (ospedaliero e territoriale) e veterinario, al monitoraggio del consumo di antimicrobici dal punto di vista quantitativo e qualitativo per individuare criticità e promuovere azioni di miglioramento a livello locale, alla corretta e prudente prescrizione antibiotica in ambito ospedaliero e territoriale con specifici Programmi di stewardship antimicrobica e approcci metodologici diversificati di tipo "restrittivo" e "persuasivo". L'approccio di tipo "restrittivo" consisterà nella predisposizione di una lista regionale di antimicrobici ed antifungini ad alta soglia di attenzione il cui utilizzo dovrà essere autorizzato, a livello ospedaliero e territoriale, da specialisti di Malattie infettive esperti in antibioticoterapia attraverso un sistema strutturato ed informatizzato di consulenza infettivologica, l'approccio di tipo "persuasivo", invece, dovrà basarsi su programmi di formazione regionali e locali mirati a perfezionare la conoscenza e l'utilizzo razionale delle molecole antimicrobiche già in uso e di quelle più recenti, a rafforzare la conoscenza sulle principali Misure precauzionali da attuare per la prevenzione delle ICA sostenute da microrganismi MDR.

Per il raggiungimento degli obiettivi strategici del Programma è prevista l'implementazione ed il monitoraggio di una serie di azioni integrate a livello regionale, in parte già previste nel precedente PRP 2014-2018, che vedono la stretta collaborazione e coordinamento tra la parte sanitaria umana e quella veterinaria per prevenire e rallentare la diffusione della resistenza agli antimicrobici nell'ottica One- Health e promuovere la diffusione delle Buone pratiche attualmente esistenti e riconosciute come le più efficaci. Tra queste la realizzazione di un Modello di riferimento regionale integrato per la lotta all'AMR e il coinvolgimento strutturato di tutte le competenze del settore (specialisti infettivologi, microbiologi, farmacisti ospedalieri e territoriali, igienisti, infermieri specialisti nel rischio infettivo, veterinari) e dei servizi essenziali al programma (es. Servizi diagnostici di microbiologia e diagnostica rapida per l'identificazione dei patogeni sentinella e delle resistenze antibiotiche, Servizi informatici per il flusso informativo dei dati sugli MDRO circolanti, sulle ICA e sul consumo degli antibiotici nell'ambito della rete microbiologica regionale prevista dal PNCAR).



3.10.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PP10_OT01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, ARPA, IZZSS, Ordini professionali/Federazioni, Comuni, Enti, Istituzioni, allevatori, operatori del settore alimentare e farmaceutico e altri stakeholder, finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR
PP10_OT01_IT01	Tavoli tecnici intersettoriali
formula	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR
Standard	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2022
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PP10_OT02	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti
PP10_OT02_IT02	Formazione sull'uso appropriato di antibiotici
formula	Presenza di offerta formativa progettata e gestita insieme alla Scuola, alle Università e agli Ordini professionali
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo di carattere regionale, entro il 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PP10_OT03	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità sull'uso appropriato degli antibiotici. Costruire strumenti di comunicazione e informazione, organizzare interventi mirati e specifici per i diversi stakeholder
PP10_OT03_IT03	Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici
formula	Esistenza di un programma regionale annuale di informazione e comunicazione basato sulle evidenze, coordinato con le azioni nazionali e le indicazioni del PNCAR
Standard	Realizzazione annuale del programma di comunicazione
Fonte	Regione



EQUITÀ

PP10_OT04	Orientare gli interventi per garantire l'equità nel Paese aumentando la consapevolezza nelle diverse comunità, nella popolazione e nelle categorie maggiormente a rischio
PP10_OT04_IT04	Lenti di equità
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

3.10.5 Obiettivi e indicatori specifici

PP10_OS01	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione
PP10_OS01_IS01	Sorveglianza e monitoraggio (a)
formula	adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute
Standard	SI (verifica annuale)
Fonte	Regione / ISS
PP10_OS01_IS02	Sorveglianza e monitoraggio (b)
formula	percentuale di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate incluse nel sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano: $(N. \text{ strutture di ricovero per acuti aderenti alla sorveglianza dell'AMR}) / (N. \text{ totale delle strutture di ricovero per acuti}) \times 100$
Standard	100% (entro il 2025, ma con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)
Fonte	Regione / ISS
PP10_OS01_IS03	Sorveglianza e monitoraggio (c)
formula	Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza, omogenee tra le Regioni
Standard	Si (entro 2023)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS04	Sorveglianza e monitoraggio (d)_laboratori
formula	% laboratori regionali (pubblici e privati) coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia
Standard	Elenco dei laboratori al 2022 e verifica annuale di aumento della percentuale annua di



	partecipazione entro il 2025.
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS05	Sorveglianza e monitoraggio (d)_procedure
formula	Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari
Standard	SI (entro il 2023)
Fonte	Regione/IZS/CNR-LNR
PP10_OS01_IS06	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): A
formula	Restituzione annuale, da parte della Regione alle Aziende Sanitarie, di informazioni relative al consumo di antibiotici in ambito umano e veterinario, al fine di ottemperare agli obiettivi di riduzione dei consumi previsti dal PNCAR e successive versioni. In ambito veterinario tali informazioni scaturiscono dal sistema di tracciabilità del farmaco veterinario e REV
Standard	Produzione Report annuale (a partire dal 2022)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS07	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): B
formula	coordinamento delle attività del piano regionale residui a livello locale annuale del piano come previsto dal PNCAR
Standard	produzione report annuale
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS08	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): C
formula	promozione dell'applicazione degli strumenti informatici messi a disposizione dal Ministero per la definizione di DDDVET per gli antimicrobici e le categorie di animali produttori di alimenti
Standard	almeno il 50% degli allevamenti deve essere monitorato con le DDDVET entro il 2025, con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo
Fonte	Regione/ASL/Ordini Professionali
PP10_OS01_IS09	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): D
formula	Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici tool informatici messi a disposizione dal Ministero
Standard	100% (entro il 2025), con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS10	Sorveglianza e monitoraggio (e)
formula	% di strutture di ricovero in cui è stata effettivamente attivata la sorveglianza dei CRE, con un grado di copertura >90% (verificata attraverso lo "zero reporting" oppure attraverso l'incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile)
Standard	>90% (entro 2025), con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo
Fonte	Regione/ISS



PP10_OS01_IS11	Sorveglianza e monitoraggio (f)
formula	Partecipazione regionale ad almeno tre sorveglianze delle infezioni correlate all'assistenza, come da indicazioni del Ministero della Salute, definendo un piano progressivo di sviluppo della sorveglianza regionale
Standard	n. 3 sorveglianze (entro 2022)
Fonte	Regione/ISS
PP10_OS01_IS12	Sorveglianza e monitoraggio (g)
formula	Formula % di Comitati per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA) che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza: $(N. \text{ CC-ICA che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza} / (N. \text{ totale CC-ICA}) \times 100$
Standard	100% (ANNUALE)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS13	Promozione dell'applicazione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario (a)
formula	Offerta e realizzazione di iniziative, a livello di ASL, indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali mirate alla verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso appropriato di antibiotici secondo linee guida nazionali entro il 2025
Standard	100% Asl aderiscono alle iniziative entro il 2025
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS14	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (b):
formula	Esistenza di iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario, coordinate con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCAR e le linee guida sull'uso prudente
Standard	almeno 1 iniziativa annuale
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS15	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano (c):
formula	Esistenza di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di Antimicrobial stewardship (AS) in tutte le Aziende sanitarie/Ospedali: $(N \text{ Aziende sanitarie/Ospedali in cui è stato predisposto un programma di AS}) / (N. \text{ totale Aziende sanitarie/Ospedali}) \times 100$
Standard	100%, (entro il 2025)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS16	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (a):
formula	Esistenza di un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza in tutti gli ospedali pubblici: $(N. \text{ ospedali che hanno attivato un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza}) / (N. \text{ totale ospedali}) \times 100$
Standard	100%, (entro il 2022)
Fonte	Regione



PP10_OS01_IS17	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (b):
formula	Istituzione di un sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani: $(N. \text{ ospedali che dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica}) / (N. \text{ totale di ospedali della Regione}) \times 100$
Standard	100% (entro 2024)
Fonte	Regione
PP10_OS01_IS19	Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA
formula	% di Aziende che hanno inserito negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, per medici, veterinari e farmacisti sul buon uso degli antibiotici e per tutti gli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA: $(N. \text{ Aziende sanitarie in cui è stato predisposto almeno un corso di formazione all'anno}) / (N. \text{ totale Aziende sanitarie}) \times 100$
Standard	100% (entro 2024)
Fonte	Regione

3.10.6 Azioni

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (1 di 7)	Implementazione di un Piano regionale integrato di sorveglianza epidemiologica continua delle ICA e degli MDRO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.6 Allestimento di strumenti per monitoraggio, valutazione, coordinamento dei livelli locali (es. piattaforme informatiche, sistemi di reporting, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

- Implementazione di un Piano regionale integrato di sorveglianza epidemiologica continua e controllo delle ICA e dei microrganismi che hanno acquisito profili di resistenza ad un ampio spettro di antibiotici (MDRO) nelle Strutture sanitarie e socio-sanitarie della Regione Abruzzo che, in linea con quanto raccomandato a livello nazionale ed europeo, definisca ruoli e responsabilità per ciascun livello istituzionale e ambito operativo, le risorse necessarie e le



attività di sorveglianza da svolgere stabilmente nei differenti contesti assistenziali (ospedalieri e territoriali), pubblici e privati accreditati di cure intermedie, riabilitazione residenziale ed RSA;

- Riorganizzazione degli Organismi deputati alla gestione del rischio infettivo secondo un modello regionale uniforme che preveda la ridefinizione organizzativa, strategica ed operativa dei Comitati C.I.O./C.C.I.C.A. delle Asl abruzzesi in Gruppi Operativi Epidemiologici (G.O.E.), multiprofessionali e multidisciplinari, composti da risorse professionali dedicate ed esperte in tema di ICA e Stewardship antimicrobica, in grado di garantire un approccio sistematico, quotidiano, tempestivo e multidisciplinare alla prevenzione e governance delle Infezioni Correlate all'Assistenza (I.C.A.) e dell'Antimicrobico-resistenza (AMR);
- Attivazione di un Coordinamento tecnico-scientifico regionale dei G.O.E. per la definizione del Piano annuale delle attività da svolgere in cui vengono individuati gli obiettivi vincolanti per le ASL, i relativi indicatori e standard di riferimento, le azioni di miglioramento e di monitoraggio in relazione alle situazioni rilevate a livello locale e in linea con quelle previste dal PNCAR;
- Predisposizione di un documento regionale di riferimento sulle Best practice da adottare per la prevenzione e controllo delle ICA a livello locale nei setting di cura e di assistenza ospedalieri, residenziali e domiciliari;
- Implementazione di un Database epidemiologico regionale sulle ICA e l'AMR alimentato da un flusso informativo, stabile e strutturato, dei dati epidemiologici raccolti a livello ospedaliero e territoriale sulle colonizzazioni/infezioni da microrganismi alert (MDRO e non) per monitorarne l'andamento epidemiologico sul territorio regionale, stimarne il livello di circolazione e l'impatto sulla salute umana, favorirne l'analisi anche in rapporto ai dati relativi al consumo degli antibiotici e per la trasmissione dei dati ai sistemi di sorveglianza nazionali;
- Elaborazione e diffusione di reportistica periodica tra le diverse componenti della rete di sorveglianza regionale;
- Definizione di un Piano di formazione regionale specifico sul tema della prevenzione e controllo delle ICA e dell'AMR, condiviso con le Aziende Sanitarie Locali e indirizzato a tutti gli Operatori sanitari delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, con focus sull'importanza dell'integrazione delle diverse competenze e del lavoro in team.

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (2 di 7)	POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITA' DEI SERVIZI VETERINARI RIGUARDANTI L'ANTIMICROBICORESISTENZA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e	



successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	
OS01IS06	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): A
OS01IS07	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): B
OS01IS08	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): C
OS01IS09	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): D
OS01IS13	Promozione dell'applicazione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario (a)
OS01IS14	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (b):
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, ARPA, IZZSS, Ordini professionali/Federazioni, Comuni, Enti, Istituzioni, allevatori, operatori del settore alimentare e farmaceutico e altri stakeholder, finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità; per il contrasto dell'AMR	
OT01IT01	Tavoli tecnici intersettoriali
OT02 Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti	
OT02IT02	Formazione sull'uso appropriato di antibiotici
OT03 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità; sull'uso appropriato degli antibiotici. Costruire strumenti di comunicazione e informazione, organizzare interventi mirati e specifici per i diversi stakeholder	
OT03IT03	Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici
OT04 Orientare gli interventi per garantire l'equità; nel Paese aumentando la consapevolezza nelle diverse comunità; nella popolazione e nelle categorie maggiormente a rischio	
OT04IT04	Lenti di equità
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Razionale ed analisi di contesto:

Dal 2019 in poi, in ambito veterinario, si sono succedute una serie di importanti novità legate al farmaco veterinario. La progressiva informatizzazione del settore (a partire dall'adozione della Ricetta Elettronica Veterinaria fino all'obbligatorietà, a partire dal 2022, del registro dei trattamenti elettronici per gli animali destinati alla produzione di alimenti) rende necessario un "cambio di passo" da parte di tutte le parti interessate (Medici Veterinari, Farmacisti, allevatori).

Inoltre, nel settore dell'allevamento di animali destinati alla produzione di alimenti, sono numerose le novità relative allo sviluppo degli applicativi VETINFO e Classyfarm.



Gli operatori del settore e i Veterinari devono conoscere ed essere consapevoli delle potenzialità di questi sistemi che vanno a condizionare la professione veterinaria e le attività imprenditoriali legate all'allevamento.

La stessa attività di controllo (farmacosorveglianza) da parte dei veterinari ufficiali ha subito una profonda modificazione del *modus operandi*, trovando nelle verifiche preliminari da remoto dei dati disponibili sui sistemi informatici, un momento fondamentale e necessario dell'accertamento sanitario.

La precisa conoscenza da parte del personale deputato al controllo, (a titolo di esempio dei *tools* e algoritmi *classyfarm* e *vetinfo*) riveste quindi priorità assoluta tra gli obiettivi del presente piano, atteso che la quantificazione e programmazione dei controlli ufficiali viene già stabilita mediante piani regionali annuali da applicarsi a livello dei dipartimenti di prevenzione delle ASL.

Continuità e novità rispetto al Piano della prevenzione 2014-2018

Nel programma 1, l'azione 14, "Gestione corretta del farmaco veterinario per ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza" ha previsto una serie di azioni utili a monitorare e ridurre l'impiego degli antimicrobici, nonché a sviluppare competenze specifiche tramite formazione di diverse figure.

Rispetto al contesto attuale, si rileva il cambio dei sistemi informatici di monitoraggio, con il SIVRA che, in assenza di applicativi nazionali, gestiva le registrazioni delle prescrizioni in triplice copia (animali DPA e scorte) sostituito dalla REV.

La possibilità, con la REV, di monitorare puntualmente anche le prescrizioni di antimicrobici per animali non DPA (prima prescrivibili mediante ricetta "bianca", da non comunicare ai servizi veterinari della ASL e la cui conservazione da parte delle farmacie era semestrale) è un ulteriore fattore di semplificazione per il monitoraggio del consumo di antibiotici (e non solo) da parte delle autorità preposte.

OBIETTIVI

Produzione di un report annuale a cura della regione.

Implementazione di *classyfarm* con i dati riferiti all'impiego di antibiotici (Almeno il 50% degli allevamenti deve essere monitorato con le DDDVET entro il 2025)

Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici sistemi informatici messi a disposizione dal Ministero (il 100% entro il 2025)

Riduzione dell'uso di antibiotici, soprattutto quelli considerati critici negli allevamenti intensivi e nelle strutture di cura e custodia degli animali.

Implementazione delle attività di formazione/informazione degli operatori del settore come previsto dal PNP (Almeno 1 iniziativa annuale)

Implementazione delle attività di formazione dei controlli ufficiali e dei medici veterinari liberi professionisti.



INDICATORI

Per quanto riguarda il cronoprogramma delle attività, si fa riferimento agli indicatori descritti nel piano nazionale.

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (3 di 7)	Monitoraggio regionale della prescrizione antibiotica nel settore sanitario umano e veterinario
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

- Implementazione di un sistema regionale stabile di monitoraggio quali-quantitativo della prescrizione antibiotica nel settore sanitario umano, sia a livello ospedaliero che territoriale, con il coinvolgimento attivo delle strutture private accreditate, attraverso la centralizzazione, in un unico database regionale, dei flussi informativi locali derivanti dalla prescrizione degli antibiotici erogati sul territorio regionale tramite ricetta rimborsabile e dalla informatizzazione della prescrizione di farmaci antibiotici di ultima immissione in commercio sottoposta all'obbligo di richiesta motivata in ambito ospedaliero, con produzione di reportistica periodica;
- Sviluppo di un sistema informatizzato di farmaco-epidemiologia-sorveglianza sull'uso degli antimicrobici nella medicina veterinaria per gli animali da affezione ed equidi non destinati alla produzione di alimenti e per gli animali da reddito, che consenta la tracciabilità e l'inserimento dei dati relativi agli antimicrobici veterinari prescritti ed erogati sul territorio regionale, con e senza ricetta elettronica veterinaria, in un unico database regionale, con produzione di reportistica periodica;
- Predisposizione di linee guida regionali per il responsabile utilizzo degli antimicrobici in ambito umano e veterinario in attuazione dei principi previsti dalle Linee Guida nazionali (PNCAR);



- Organizzazione di Corsi di formazione specifici sull'AMR e sull'uso appropriato dei farmaci antimicrobici in ambito sanitario umano e veterinario.

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (4 di 7)	Aumentare la consapevolezza della Comunità sull'importanza di fare un uso appropriato degli antimicrobici
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.10 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

- Predisposizione di Campagne informative regionali sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito comunitario, umano e veterinario, al fine di promuovere tra la popolazione abruzzese, e tra i professionisti interessati dalla tematica, una maggiore consapevolezza sugli effetti derivanti dalla loro inappropriata prescrizione ed utilizzo. Le Campagne informative dovranno essere svolte in maniera capillare, in stretta collaborazione con le ASL regionali, e dovranno definire gli strumenti informativi più idonei, i principali canali di diffusione e prevedere il coinvolgimento dei Professionisti della medicina umana e veterinaria (es. Medici, Veterinari, Specialisti di malattie infettive, Farmacisti, Microbiologi, Personale infermieristico) e di altri gruppi/istituzioni di interesse (es. Scuole, Farmacie, Società scientifiche) per rafforzarne l'impatto sulla popolazione;
- Diffusione a livello comunitario dei programmi di Antimicrobial stewardship (AS) predisposti in ambito umano e veterinario e del loro impatto epidemiologico sulla salute attraverso la pubblicazione di report regionali annuali;
- Pubblicazione, con cadenza annuale, dei dati regionali raccolti con le attività di sorveglianza e monitoraggio delle antimicrobico-resistenze in ambito umano e veterinario e del consumo di antimicrobici e antifungini.



PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (5 di 7)	Sistema di allerte per gli alimenti, MOCA, mangimi e piano di emergenza
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.12 Recepimento e implementazione di indirizzi nazionali, WHO, norme UE di settore
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	
OS01IS05	Sorveglianza e monitoraggio (d)_procedure
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT01 Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, ARPA, IZZSS, Ordini professionali/Federazioni, Comuni, Enti, Istituzioni, allevatori, operatori del settore alimentare e farmaceutico e altri stakeholder, finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilit&#224; per il contrasto dell'AMR	
OT01IT01	Tavoli tecnici intersettoriali
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Pur disponendo di piani per la gestione delle attività connesse con le allerte alimentari e di emergenza per le MTA (malattie trasmesse da alimenti), le recenti disposizioni normative unionali (es. Reg. UE 625/2017 e Reg. UE 466/2020) impongono una revisione delle procedure regionali.

Si ritiene opportuno confermare la funzione di nodo regionale, vale a dire di punto di contatto per la gestione del sistema di allerta, in capo al competente Servizio Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, salvo l'attribuzione ai competenti Servizi del Dipartimento di Prevenzione delle Aziende SS. LL. del compito di trasmettere direttamente alle parti coinvolte le comunicazioni di allerta, allo scopo di garantire massima rapidità dei flussi informativi, per il tramite dell'applicativo BDR-SIVRA ed altri nazionali.

E' importante anche migliorare l'integrazione tra i servizi territoriali e la rete ospedaliera al fine di rilevare precocemente possibili tossinfezioni di origine alimentare.

Pertanto, gli indicatori relativi alle attività correlate a questa azione risultano essere



Indicatori:

- 1- Report annuale da parte della Regione a partire dal 2022
- 2- Aggiornamento del piano di allerta e di emergenza entro il 2023
- 3- Altri indicatori previsti dal PNP

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (6 di 7)	Sorveglianza regionale delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) e resistenti ai carbapenemi (CRE)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.5 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

- Realizzazione di un sistema di sorveglianza microbiologica regionale, stabile e continuativo, delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) e resistenti ai carbapenemi (CRE) e centralizzazione, in un database epidemiologico regionale, del flusso informativo di dati proveniente direttamente dai sistemi informatici di gestione dei Laboratori ospedalieri delle ASL di Pescara, di Chieti-Lanciano-Vasto, di Teramo e dell'Aquila;
- Analisi epidemiologica dei dati raccolti nel database microbiologico regionale e predisposizione di report in output a tutti i potenziali utenti, non solo cioè alle autorità di sorveglianza epidemiologica, ma capillarmente a tutti i potenziali gestori della terapia antibiotica;
- Trasmissione dei dati dalla Regione all'ISS.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PP10
TITOLO AZIONE (7 di 7)	Sviluppo di Programmi locali di Antimicrobial stewardship (AS) per il contrasto



7)	dell'antimicrobico-resistenza
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	
OS01IS15	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano (c):
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

- Istituzione di un Gruppo tecnico-scientifico regionale multiprofessionale con il ruolo di indirizzo, coordinamento e monitoraggio delle strategie di contrasto dell'AMR in ambito umano e veterinario e individuazione dei Referenti regionali;
- Predisposizione di un Programma regionale di stewardship antimicrobica contenente le strategie per l'uso appropriato e responsabile dei farmaci antibiotici ed antifungini e le linee d'intervento organizzative necessarie per favorire l'attivazione da parte delle ASL della Regione Abruzzo di Programmi aziendali di Antimicrobial stewardship (AS) basati sulla conoscenza dei pattern locali di resistenza agli antibiotici ottenuti dai sistemi informativi dei Laboratori di microbiologia e su quelli relativi al consumo degli antibiotici ricavabili dai flussi informativi correnti;
- Istituzione di funzioni aziendali o articolazioni organizzative multiprofessionali di Antimicrobial Stewardship (AS) all'interno di ciascuna ASL, che prevedano l'inserimento anche di figure sanitarie territoriali (es. Responsabile delle Cure Primarie, MMG, PLS, Infermiere di famiglia o di comunità, Farmacista territoriale) per la stesura e diffusione di Protocolli di terapia e profilassi antibiotica per pazienti in regime di ricovero ospedaliero o in assistenza di tipo distrettuale (ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale), per lo svolgimento di attività di consulenza e revisione dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici, per la promozione di misure di *best practice* per la prevenzione e controllo delle infezioni, per la realizzazione di un programma formativo aziendale obbligatorio, continuativo e specifico sulla stewardship antibiotica;
- Monitoraggio dello stato di avanzamento dei Programmi di Antimicrobial Stewardship (AS) mediante un sistema di indicatori definiti a livello regionale;
- Elaborazione e pubblicazione di Report aziendali e regionali, semestrali e/o annuali, sulla circolazione e prevalenza degli MDRO in ambito ospedaliero e territoriale e sul consumo degli antibiotici misurati in tassi percentuali di DDD/100 giorni di degenza;



- Corsi di Formazione specifici, a livello regionale e locale, per la formazione e aggiornamento di Medici ospedalieri, Medici di continuità assistenziale, MMG e PLS, infermieri, farmacisti e personale di laboratorio sull'uso appropriato e responsabile dei farmaci antimicrobici ed antifungini e sulle misure di prevenzione delle ICA sostenute da MDRO;
- Corsi di formazione regionale indirizzati a Veterinari pubblici ed allevatori e a Veterinari liberi professionisti sull'uso prudente ed appropriato degli antimicrobici in medicina veterinaria;
- Creazione di un programma regionale di comunicazione sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito comunitario.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Implementazione di Programmi di Antimicrobial Stewardship (AS) in tutte le ASL abruzzesi
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<p>- Approvazione di un Programma regionale di stewardship antimicrobica contenente le strategie da attuare per l'uso appropriato e responsabile dei farmaci antibiotici ed antifungini e le linee d'intervento organizzative necessarie per favorire l'attivazione, da parte delle ASL della Regione Abruzzo, di Programmi locali di Antimicrobial stewardship (AS) basati sulla conoscenza dei pattern locali di resistenza agli antibiotici ottenuti dai sistemi informativi dei Laboratori di microbiologia e su quelli relativi al consumo degli antibiotici ricavabili dai flussi informativi correnti;</p> <p>-Verifica dell'istituzione di funzioni aziendali o articolazioni organizzative multiprofessionali di Antimicrobial Stewardship (AS) in ciascuna ASL abruzzese e monitoraggio dello stato di avanzamento dei Programmi di Antimicrobial Stewardship (AS) predisposti a livello locale mediante un sistema di indicatori definiti a livello regionale.</p>
ATTORI COINVOLTI	Componenti del Gruppo tecnico-scientifico regionale per il coordinamento e monitoraggio delle strategie di contrasto dell'AMR in ambito umano, Gruppi Operativi Epidemiologici Aziendali (G.O.E.), Responsabili delle Cure Primarie, Infettivologi, Rianimatori, MMG, PLS, Infermieri Specialisti nel rischio infettivo (ISRI), Infermieri di famiglia o di comunità, Farmacisti territoriali.
INDICATORE	<p>Riduzione del consumo complessivo, misurato in DDD per 100 giorni di degenza, degli antibiotici ad alta soglia di attenzione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula: Numero di ASL che hanno implementato Programmi di Antimicrobial Stewardship (AS) • Standard 100% ASL abruzzesi che hanno implementato Programmi di Antimicrobial Stewardship (AS) entro il 2025 • Fonte Database informatizzati delle ASL regionali

CAPITOLO 4 Programmi Liberi

4.1 PL11 SCREENING ONCOLOGICI

4.1.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL11
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Servizio Prevenzione Sanitaria, Medicina Territoriale DPF
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-20 Aumentare l'estensione dei programmi di screening oncologico alla popolazione target per ciascuno dei 3 tumori oggetto di screening - MO1-21 Aumentare l'adesione ai programmi di screening oncologico - MO1-22 Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1LSn Rafforzamento/implementazione dei coordinamenti regionali screening - MO1LSo Offerta di programmi organizzati di screening oncologici per i carcinomi della cervice uterina (test HPV DNA), della mammella e del colon retto - MO1LSp Implementazione di protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV - MO1LSq Implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2
LEA	- F08 Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale

4.1.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Dai dati PASSI 2016-2019 emerge che i programmi di screening organizzato, in quanto percorsi di prevenzione attivi e gratuiti rivolti a tutta la popolazione bersaglio, rappresentano un ottimo strumento di equità e di facilitazione di accesso ai servizi sanitari; infatti, sebbene in maniera variabile tra i programmi, si osserva una riduzione delle differenze di adesione per quanto riguarda il grado di



istruzione, lo stato civile, la cittadinanza e le difficoltà economiche riferite, rispetto alla prevenzione su iniziativa personale.

Per quanto concerne lo **screening del carcinoma del colon retto** mediante la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) è più frequente che a questo esame si sottopongano persone più avanti con l'età (60-69 anni), i cittadini italiani rispetto agli stranieri e le persone economicamente più avvantaggiate o più istruite, le donne rispetto agli uomini.

Relativamente agli interventi di promozione messi in campo per favorire l'adesione allo screening poco meno del 60 % della popolazione target riferisce di essere stato raggiunto da un qualche intervento (lettera della ASL, consiglio di un sanitario, campagna informativa), la cui efficacia cresce all'aumentare del numero di input ricevuti, raggiungendo il massimo con la combinazione di tutti gli interventi, e di converso, l'adesione allo screening è pressoché nulla tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione (5%).

Emerge altresì che circa il 62% della popolazione target non ha mai effettuato la ricerca del SOF; tra i motivi della non effettuazione spiccano motivi culturali e di comunicazione come il pensare di non averne bisogno (26%) e non aver ricevuto il consiglio di farla (23%).

Per quanto concerne la colonscopia/rettosigmoidoscopia, che rappresenta un esame secondario alla ricerca del sangue occulto fecale, completa la procedura diagnostica qualora il SOF risultasse positivo; pertanto, non costituisce di per sé un indicatore di adesione al programma di screening, il 20 % degli intervistati, tra i 50 e i 69 anni, riferisce di aver effettuato una colonscopia o una rettosigmoidoscopia a scopo preventivo nei cinque anni precedenti l'intervista. È più frequente che a questo esame si sottopongano persone più avanti con l'età (60-69 anni), i cittadini italiani rispetto agli stranieri, le persone senza difficoltà economiche o più istruite

Per quanto concerne lo **screening mammografico** la quota di donne che si sottopone allo screening è maggiore fra quelle socio-economicamente più avvantaggiate, per condizioni economiche, culturali, e di istruzione, fra le donne di cittadinanza italiana rispetto alle straniere.

Lo screening organizzato riduce notevolmente le disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione e per la gran parte delle donne meno istruite o con maggiori difficoltà economiche l'offerta di un programma rappresenta l'unica possibilità di fare prevenzione del tumore della mammella.

Relativamente agli interventi di promozione della mammografia il 66% delle donne riferisce di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL ed il 70% di aver ricevuto il consiglio di farla da parte di un operatore sanitario.

L'efficacia della promozione dello screening cresce se all'invito della ASL si accompagna il consiglio del proprio medico di fiducia o di un operatore sanitario (74%).

Per quanto riguarda, invece, il comportamento opposto della non adesione allo screening mammografico tra i motivi della non effettuazione della mammografia il 17% delle donne riferisce di non averne bisogno, e il 15% delle donne riferisce di non aver ricevuto alcuna convocazione.

Per quanto riguarda lo **screening cervicale** la quota di donne che si sottopone allo screening è maggiore fra quelle più avvantaggiate con maggior grado di istruzione, fra le cittadine italiane rispetto alle straniere, e fra le coniugate o conviventi.

Lo screening organizzato, offerto dalla ASL, si conferma uno strumento di riduzione delle disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione, in quanto rappresenta l'unica modalità per la gran parte delle donne meno istruite, con maggiori difficoltà economiche o straniere, di fare prevenzione attraverso la diagnosi precoce del tumore della cervice.



Tra i motivi della non effettuazione del test di screening cervicale negli ultimi 3 anni, il 19,7% delle donne intervistate riferisce di non averne bisogno e il 14% riferisce di non aver ricevuto alcuna convocazione.

Per quanto riguarda gli interventi per migliorare l'adesione allo screening, quello più efficace sembrerebbe essere l'invito da parte della ASL, associato al consiglio ricevuto del proprio medico di fiducia o da un operatore sanitario (80%).

Per quanto riguarda lo **screening coloretale** nella Regione Abruzzo, dai dati risultanti dal Sistema di Sorveglianza PASSI (sorveglianza 2016-2019), emerge che l'adesione resta ancora piuttosto bassa: il 41% degli intervistati nella fascia di età 50-69 anni riferisce di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali a scopo preventivo nei tempi e modi raccomandati (ricerca del sangue occulto fecale negli ultimi due anni oppure colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi cinque anni).

Nell'ambito del 41% degli intervistati la gran parte delle persone che ha effettuato lo screening coloretale lo ha fatto nell'ambito di programmi organizzati dalle ASL (28%), mentre quello eseguito su base spontanea (ossia al di fuori dell'offerta delle ASL) è meno frequente (12%).

Gli indicatori relativi ai trends annuali del Sistema di Sorveglianza PASSI documentano un notevole aumento delle coperture per lo screening coloretale totale passando da un valore del 24% nel 2010 al 40% del 2019. Tale aumento è dovuto principalmente all'estensione dello screening organizzato (dal 17% del 2010 si è passati al 29% del 2019 con differenza statisticamente significativa) rispetto allo screening spontaneo (6,5% nel 2010 e 10% nel 2019 con differenza non significativa).

Considerando separatamente i due esami utilizzati per lo screening la percentuale di copertura dalla ricerca del SOF negli ultimi due anni è passata nel corso del periodo 2010-2019 dal 13% al 30%; mentre l'esecuzione della rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni ha mostrato un aumento molto contenuto.

Tuttavia dai dati dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) emerge che la copertura del programma di screening regionale per il carcinoma del colon retto è stata del 30,9% nel 2018, del 27,6% nel 2019 e del **18,4% nel 2020**.

Nel 2020 l'emergenza Covid ha avuto un impatto negativo su tutte le attività programmate, comprese quelle relative alla prevenzione, che hanno subito dei bruschi rallentamenti.

Dai dati dell'ONS, relativamente allo screening coloretale nel periodo gennaio-settembre 2020, emerge che, a livello nazionale, sono stati invitati e/o contattati 1.929.530 utenti in meno rispetto allo stesso periodo del 2019; per la Regione Abruzzo tale differenza è invece positiva e pari a 6.350 utenti in più invitati e/o contattati per effettuare lo screening del colon-retto.

In Abruzzo nel 2020, per gli esami di screening coloretale sono stati fatti 7.828 esami in meno rispetto al 2019. A livello nazionale tale differenza è pari a 1.110.414 esami in meno rispetto al 2019.

In termini percentuali, tale differenza a livello nazionale corrisponde a 45,5% esami in meno rispetto al 2019 e per la Regione Abruzzo corrisponde a 19,3% esami fatti in meno sempre rispetto al 2019.

Per quanto riguarda lo **screening mammografico** nella Regione Abruzzo, dai dati risultanti dal Sistema di Sorveglianza PASSI (sorveglianza 2016-2019), si evidenzia che il 66% delle donne nella fascia di età 50-69 anni riferisce di aver eseguito l'esame mammografico all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale. Lo screening organizzato raggiunge circa il 45% della popolazione target, mentre la restante quota di donne (20%) che si sottopone a una mammografia preventiva nei tempi raccomandati, lo fa al di fuori dei programmi organizzati.



Tuttavia dai dati scaturenti dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) emerge che la copertura del programma di screening regionale per il carcinoma della mammella è stata del 45,5% (2018) 42,1% (2019) e del 18,8% (2020).

Per quanto riguarda lo screening mammografico nel periodo gennaio-dicembre 2020 sono state invitate e/o contattate 980.994 donne in meno rispetto allo stesso periodo del 2019; per la rRgione Abruzzo tale differenza è pari a 4.849 donne in meno invitate e/o contattate per effettuare lo screening mammografico.

La differenza tra il 2020 e il 2019 degli screening mammografici fatti è negativa, in particolare considerando il periodo di gennaio-dicembre nel 2020, in Abruzzo, sono stati eseguiti 19.547 esami in meno rispetto al 2019. A livello nazionale tale differenza è pari a -751.879.

In termini percentuali, tale differenza a livello nazionale corrisponde a -37,6% esami in meno e per la Regione Abruzzo corrisponde a -52,8% di esami fatti in meno rispetto al 2019.

Tale differenza si traduce, in termini di tempi di diagnosi, in circa 4 mesi di ritardo rispetto al 2019, ipotizzando di mantenere a livello di tutte le Regioni le stesse performance del 2019. A livello di Regione Abruzzo tale ritardo di diagnosi corrisponde a circa 6 mesi se confrontassimo i dodici mesi del 2020 con lo stesso periodo del 2019.

Infine, sulla base di una stima relativa al biennio 2016-2018 il numero di esami effettuati in meno del 2020 rispetto al 2019 corrisponde a circa 3.324 carcinomi diagnosticati in meno a livello nazionale e 88 in meno a livello di Regione Abruzzo.

Per quanto riguarda lo **screening cervicale** nella Regione Abruzzo, dai dati scaturenti dal Sistema di Sorveglianza PASSI (sorveglianza 2016-2019), risulta che il 75% delle donne nella fascia di età 25-64 anni si sottopone allo screening cervicale (Pap test o HPV test) a scopo preventivo, all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale. L'adesione allo screening cervicale a scopo preventivo è maggiore nell'ambito di programmi organizzati dalle Asl (43,2%) mentre una quota inferiore, ma consistente di donne (31%) , fa prevenzione per iniziativa personale sostenendo del tutto o in parte il costo dell'esame.

Tuttavia dai dati dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) emerge che la copertura del programma di screening regionale per il carcinoma della cervice è stata del 48,8% (2018) 41,4,6% (2019) e del 25,3% (2020).

In Italia, per quanto riguarda lo screening cervicale nel periodo gennaio-settembre 2020 sono state invitate e/o contattate 1.279.608 donne in meno rispetto allo stesso periodo del 2019; per la Regione Abruzzo tale differenza è invece positiva e pari a 4.119 donne in più invitate e/o contattate per effettuare lo screening cervicale.

La differenza tra il 2020 e il 2019 degli esami di screening cervicale eseguiti è negativa a livello nazionale, in particolare considerando il periodo gennaio-dicembre, nel 2020, si sono fatti il 669.742 esami in meno rispetto al 2019. In Abruzzo tale differenza è pari a 11.658 esami in meno rispetto al 2019, con la differenza più significativa riscontrata nel periodo giugno-settembre.

In termini percentuali, tale differenza a livello nazionale corrisponde a -43,4% esami in meno rispetto al 2019 e per la Regione Abruzzo corrisponde a -38,9% di esami fatti in meno sempre rispetto al 2019.

Tale differenza si traduce, in termini di tempi di diagnosi, in circa 5 mesi di ritardo rispetto al 2019, ipotizzando che tutte le Regioni mantengano le stesse performance del 2019. A livello di Regione Abruzzo, nel caso in cui si mantenesse lo stesso livello di performance del 2019, si stima siano necessari circa 4,7 mesi per recuperare il ritardo di diagnosi accumulato nei dodici mesi del 2020.



Infine, sulla base dei tassi medi attesi di cancro per 1.000 donne esaminate relativi al 2017, il numero di esami effettuati in meno del 2020 rispetto al 2019 corrisponde a circa 2.782 casi (lesioni CIN2+) diagnosticati in meno a livello nazionale e 66 in meno a livello di Regione Abruzzo.

Per quanto concerne le percentuali di adesione allo screening mammografico in base alla cittadinanza italiana o straniera dai dati Passi Regione Abruzzo 2016-2019 emerge quanto segue:

i valori di sotto riportati evidenziano che le differenze nelle percentuali di adesione da parte delle donne italiane e straniere allo screening mammografico sia totale (organizzato e spontaneo) che solo organizzato o solo spontaneo non sono statisticamente significative.

screening mammografico totale (organizzato e spontaneo)

Cittadinanza	italiana	66.2	63.0	69.1
	straniera	58.4	42.9	72.4

screening mammografico totale organizzato

Cittadinanza	italiana	45.6	42.4	48.8
	straniera	35.0	21.8	50.9

screening mammografico spontaneo

Cittadinanza	italiana	19.9	17.5	22.6
	straniera	22.1	11.9	37.5

L'analisi multivariata evidenzia, invece, una differenza altamente significativa ($p < 0.01$), per quanto riguarda l'adesione delle cittadine straniere ed italiane all'adesione alle LL.GG.

Percentuali di adesione allo screening cervice uterina in base alla cittadinanza italiana o straniera. dati Passi Regione Abruzzo 2016-2019)

I valori di sotto riportati evidenziano che le differenze nelle percentuali di adesione da parte delle donne italiane e straniere allo screening della cervice uterina sia organizzato sia spontaneo non sono statisticamente significative; per quanto riguarda , invece, lo screening organizzato totale (sia organizzato che spontaneo) si sfiora la significatività statistica (l'intervallo di confidenza superiore della percentuale delle cittadine straniere è uguale all'intervallo di confidenza inferiore delle cittadine italiane).

Screening cervice uterina totale (organizzato e spontaneo)

Cittadinanza	italiana	75.6	73.4	77.7
	straniera	65.1	55.9	73.4



Screening cervice uterina organizzato

Cittadinanza	italiana	43.5	41.1	45.9
	straniera	40.6	31.9	50.0

Screening cervice uterina spontaneo

Cittadinanza	italiana	31.4	29.1	33.7
	straniera	23.8	16.8	32.5

Anche l'analisi multivariata non documenta differenze statisticamente significative nell'adesione alle LL.GG da parte delle cittadine straniere rispetto a quelle italiane

"Per quanto riguarda lo screening del tumore della mammella si notano delle differenze statisticamente significative nell'adesione alle ll.gg. da parte delle cittadine straniere rispetto a quelle italiane (nel senso di una minore adesione delle cittadine straniere) mentre per quanto riguarda lo screening della cervice uterina non sembrano esserci differenze significative tra i due gruppi".

4.1.3 Scheda di programma

4.1.3.1 Descrizione dal PNP

I programmi di screening oncologici per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina sono dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantiti a tutti i cittadini e cittadine residenti nel territorio regionale.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 intende aumentare l'estensione dei programmi di screening oncologico alla popolazione target per ciascuno dei 3 tumori oggetto di screening (cervice uterina, mammella e colon-retto).

Il Programma si propone quindi di migliorare i risultati conseguiti dalle Aziende Sanitarie Locali in termini di estensione dell'invito ed adesione ai programmi di screening, anche al fine di garantire equità di accesso alle prestazioni dando continuità ad alcune attività svolte all'interno del PRP 2015-2019 (identificazione delle criticità dei tre screening, mantenimento e/o aumento dell'estensione nelle AA.SS.LL., mantenimento attività di formazione) mediante il rafforzamento delle azioni di orientamento della prevenzione individuale spontanea verso i programmi di screening organizzati, alla luce delle evidenze sviluppate in questi anni in base alle quali la prevenzione individuale si dimostra mediamente meno efficace e più costosa rispetto alla prevenzione di popolazione mediante programmi di screening organizzati. Sul punto si evidenzia che con Decreto Commissariale n.112 /2016 del 28 settembre 2016 la Regione aveva già fornito prime indicazioni di riordino dei programmi di screening oncologici regionali della mammella, colon retto e cervice uterina volte a riorientare la prevenzione individuale spontanea verso i percorsi di screening.



Al fine di migliorare il grado di implementazione dei programmi di screening, aumentandone i livelli di copertura e adesione, e favorire il rafforzamento delle azioni già poste in essere per riorientare la prevenzione individuale spontanea verso i percorsi organizzati, un contributo significativo può essere fornito da un coordinamento regionale multidisciplinare, in grado di monitorare costantemente l'andamento dei programmi di screening e di intervenire positivamente per modificarne la qualità, intervenendo altresì con la condivisione di azioni strutturate di programmazione.

Relativamente allo screening del carcinoma della cervice uterina, il Programma si propone di adottare nuovi protocolli di screening per le donne vaccinate, con almeno due dosi, contro l'HPV prima del compimento dei 15 anni di età, che saranno invitate per la prima volta a fare il test HPV DNA a 30 anni, e che quindi non riceveranno più l'invito a fare il Pap-test a 25 anni come accadeva in precedenza. Tale attività deve essere supportata da adeguata campagna informativa sfruttando tutte le occasioni opportunistiche del sistema sanitario (PLS, ginecologi, consultori, servizi vaccinali).

Il Programma si propone inoltre di individuare un percorso regionale strutturato per l'identificazione precoce delle donne sane ad alto rischio eredo familiare di tumore mammario e per la gestione del rischio sulla base di linee guida nazionali anche attraverso l'implementazione di percorsi diagnostico terapeutici regionali, integrati con i programmi di screening, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche dei geni BRCA1 e BRCA2.

Il ruolo dei MMG nel favorire l'adesione dei loro assistiti ai programmi di screening del tumore del colon retto cervice uterina e mammella riveste carattere di primaria importanza per la realizzazione dell'obiettivo dell'innalzamento delle percentuali di copertura. L'attività principale dei MMG riguarda il counseling ai propri assistiti rientranti nella fascia di età target, anche attraverso la consegna di specifico materiale informativo, al fine del recupero dei non "responders" alla chiamata e del successivo reindirizzamento ad uno dei centri erogatori di primo livello.

Il Programma infine si prefigge di mettere in atto azioni trasversali ovvero azioni di sistema che contribuiscono trasversalmente al raggiungimento degli obiettivi di salute ed equità del Piano della Prevenzione.

In particolare è necessario sviluppare programmi di **formazione** efficaci interdisciplinari e di aggiornamento dei diversi operatori coinvolti a vario titolo nei programmi di screening (MMG, PLS, specialisti ovvero ginecologici, radiologi, anatomopatologi, endoscopisti), sensibilizzando, in particolare, i ginecologi verso i nuovi protocolli dei programmi di screening del carcinoma della cervice uterina mediante il test HPV/DNA.

Occorre migliorare e rafforzare le iniziative di **comunicazione**, basate su evidenze scientifiche, orientate all'empowerment del cittadino e alla scelta informata e consapevole, attivando sinergie con le associazioni dei cittadini e dei pazienti, al fine di coglierne i reali fabbisogni e al tempo stesso di fornire informazioni chiare e adeguate al target di popolazione che si intende raggiungere, non solo per aumentare la partecipazione ai programmi organizzati, ma anche in un'ottica di appropriatezza, per evitare la duplicazione di interventi di prevenzione mediante screening organizzato e di prevenzione individuale spontanea. In linea con l'approccio di equità, per altro, occorre prevedere interventi specifici volti a migliorare l'adesione agli screening organizzati da parte dei gruppi vulnerabili.



Al fine di rendere omogenea l'offerta di screening su tutto il territorio regionale anche attraverso il potenziamento della rete esistente, occorre mettere in campo azioni volte al perseguimento dell'**equità**, partendo dall'analisi delle variabili sociodemografiche, la valutazione dei bisogni di salute della popolazione e l'identificazione dei gruppi più ad alto rischio di esposizione o di vulnerabilità alle disuguaglianze.

L'**intersettorialità**, sia all'interno che al di fuori del Sistema Sanitario, si basa sul riconoscimento della salute quale processo complesso e dinamico che implica interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali. Ne discende quindi una corresponsabilità da parte di tutti i settori le cui politiche, a vario titolo, hanno impatto su tali determinanti (governi a tutti i livelli, terzo settore, associazionismo, impresa, commercio, mobilità, ricerca, sistema sociale e sanitario, istruzione, ecc.).

Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono necessarie alleanze e sinergie tra forze diverse. "Salute in tutte le Politiche" (*Health in all Policies*) significa quindi riconoscere nelle decisioni politiche dei diversi settori il benessere generale della popolazione come obiettivo comune.

Costruire convergenze programmatiche e alleanze di scopo e coinvolgere il più ampio e qualificato numero di *stakeholder* e, dunque, un passaggio determinante, che richiede l'individuazione dei diversi livelli decisionali e di *policy making* e presuppone la creazione di occasioni di confronto, scambio, contaminazione di competenze e linguaggi, riconoscimento di identità e ruoli diversi.

4.1.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

L'erogazione di attività di screening organizzati per la prevenzione delle patologie oncologiche rappresentano una importante azione di sanità pubblica, la cui applicabilità deve essere validata attraverso la soddisfazione degli ancor validi principi di Wilson- Jungner (rivisti ed ampliati nel 1968 dal WHO) (1).

In merito allo screening mammografico, grazie anche all'attuale dibattito per la valutazione del rapporto tra effetti positivi dello screening mammografico (riduzione della mortalità specifica) ed effetti negativi (sovra diagnosi e sovra trattamento) il WHO ha redatto un position paper che convalida lo screening mammografico come efficace e sostenibile per la riduzione della mortalità per tumore al seno (a condizione del rispetto di criteri qualitativi nella erogazione del programma di screening) ed in tal senso raccomanda, in contesti con alte risorse e con un servizio sanitario organizzato, l'erogazione di un programma di screening mammografico per le donne 50-69 anni con chiamata biennale (2).

Significativo il position paper ministeriale in merito al fenomeno dei cancri di intervallo e alla formazione dei professionisti dello screening (3).

Lo screening mammografico risulta di interesse anche per le innovazioni tecnologiche che potrebbero permettere un miglioramento delle performances attraverso l'utilizzo della tomosintesi (4-5-6). Altra tematica di interesse è la definizione di percorsi efficaci ed efficienti per l'individuazione ed il monitoraggio di donne ad alto rischio eredo familiare: sono presenti evidenze che definiscono vantaggioso l'attuare programmi di monitoraggio (7).



In merito allo screening cervicale l'introduzione della metodologia di ricerca del HPV-DNA è ormai considerata come quella più efficace per diminuire mortalità ed incidenza del tumore della cervice uterina (8-9-10).

In merito allo screening colon rettale le principali evidenze sono sintetizzate nelle recenti linee guida europee (11) che validano l'utilizzo del test del sangue occulto delle feci per ridurre la mortalità con efficacia pari rispetto all'utilizzo della colonscopia di screening. Analogamente al percorso mammografico è importante la riflessione e l'analisi dei percorsi di qualità e di formazione con particolare attenzione ai cancri di intervallo (12).

Fonti:

1. Wilson JMG, Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease. WHO Chronicle 1968;22(11):473
2. WHO. (2014). WHO position paper on mammography screening (p. 82). Switzerland. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137339/1/9789241507936_eng.pdf?ua=1&ua=1 ultimo accesso 25 aprile 2015
3. Ministero della Salute. PROGRAMMA DI SCREENING MAMMOGRAFICO: ERRORI INTERPRETATIVI SUPPOSTI NELLA LETTURA DELLA MAMMOGRAFIA e CANCRI INTERVALLO
Friedewald SM, Rafferty EA, Rose SL, et al. Breast cancer screening using tomosynthesis in combination with digital mammography. JAMA 2014;311:2499-507.
5. Kopans DB. Digital breast tomosynthesis from concept to clinical care. AJR Am J Roentgenol 2014;202:299-308.
6. Ciatto S, Houssami N, Bernardi D, et al. Integration of 3D digital mammography with tomosynthesis for population breast- cancer screening (STORM): a prospective comparison study. Lancet Oncol 2013;14:583-9.
7. Hilgart, J., Coles, B., & Iredale, R. Cancer genetic risk assessment for individuals at risk of familial breast cancer (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON, (2). (2012).
8. Ronco, G., Accetta, G., Angeloni, C., Arbyn, M., Barzon, L., Biggeri, A., ... Rossi, P. G. (2012). Ricerca del dna di papillomavirus umano (hvp) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino. Epidemiol Prev, 36(suppl 1), 1–72.
9. Saslow, D., Solomon, D., Lawson, H. W., Killackey, M., Kulasingam, S. L., Cain, J., ... Moscicki, A. (2012). American Cancer Society , American Society for Colposcopy and Cervical Pathology , and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer, 62(3), 147–172. <http://doi.org/10.3322/caac.21139>.
10. Ministero per la Salute Documento di indirizzo sull'utilizzo dell'HPV-DNA come test primario per lo screening del cancro del collo dell'utero (nota prot. n. 1068-P-14.01.2013 della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute)
11. Segnan, N., Patnick, J., & Von Karsa, L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. (E. Commission, Ed.). (2010).



12. GISCOR. “Rilevazione dei cancri di intervallo e stima della sensibilità dei programmi di screening colonrettale. Manuale operativo” a cura di: Gruppo di lavoro GISCoR sui cancri di intervallo e la stima della sensibilità Epidemiol Prev 2013; 37(2-3) marzo-giugno supplemento 1)

ALTRE FONTI

- Osservatorio Nazionale Screening. <https://www.osservatorionazionale screening.it/>
- Epicentro - I programmi di screening organizzati: uno strumento efficace di prevenzione dei tumori <https://www.epicentro.iss.it/tumori/CancerDayScreening>
- Sistema di sorveglianza PASSI 2016-2019;
- Progetto CCM 2012 “Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e di contrasto”.
http://www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_progetto_378_listaFile_List11_itemName_0_file.pdf
- Salute Internazionale “Gli screening, uno strumento che può ridurre le disuguaglianze nella salute”. <https://www.saluteinternazionale.info/2010/06/gli-screening-uno-strumento-che-puo-ridurre-le-diseguaglianze-nella-salute/?pdf=4265>
- Disuguaglianze di Salute - Diseguaglianze socioeconomiche nella prognosi e nel trattamento del tumore della mammella in Italia. <https://www.disuguaglianzedisalute.it/diseguaglianze-socioeconomiche-nella-prognosi-e-nel-trattamento-del-tumore-della-mammella-in-italia/>
- Danilo Cereda, Antonio Federici, Angela Guarino, Grazia Serantoni, Liliana Coppola, Patrizia Lemma, Paolo Giorgi Rossi, Gruppo PRECEDE-PROCEED
- Development and first application of an audit system for screening programs based on the PRECEDE-PROCEED model: an experience with breast cancer screening in the Region of Lombardy (Italy). BMC Public Health. 2020 Nov 25;20(1):1778. doi: 10.1186/s12889-020-09842-8.

4.1.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL11_OT02	Attivare collaborazioni intersettoriali al fine di implementare il processo di arruolamento della popolazione target per ciascuno dei tre screening oncologici e delle donne con rischio di tumore mammario ereditario
PL11_OT02_IT03	Accordo con Associazioni tutela diritti del cittadino
formula	presenza di accordo
Standard	almeno 1 accordo stipulato nel 2022
Fonte	REGIONE
PL11_OT02_IT06	Accordi intersettoriali
formula	Presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder



Standard	Almeno 1 Accordo regionale entro il 2022
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PL11_OT03	garantire opportunità di formazione e aggiornamento degli operatori coinvolti nel percorso di screening
PL11_OT03_IT04	Presenza di un percorso formativo validato
formula	Presenza di offerta formativa per gli operatori del SSN(inclusi MMG e PLS) finalizzata all'acquisizione di competenze sui percorsi di screening
Standard	almeno 1 percorso formativo annuale a partire dal 2022
Fonte	REGIONE/ASL
PL11_OT03_IT07	Formazione intersettoriale
formula	Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PL11_OT04	Promuovere la conoscenza dell'offerta dei programmi di screening presso la popolazione target mediante iniziative di marketing sociale equity oriented (cioè attente a barriere culturali, linguistiche ecc)
PL11_OT04_IT05	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni
formula	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022 realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023
Fonte	Regione
PL11_OT04_IT08	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni
formula	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022 realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023
Fonte	Regione



EQUITÀ

PL11_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL11_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

4.1.5 Obiettivi e indicatori specifici

PL11_OS01	potenziamento/implementazione del coordinamento regionale screening;
PL11_OS01_IS03	Ricostituzione del comitato di coordinamento regionale screening
formula	atto formale regionale che ridefinisce la composizione e le finalità del Comitato di coordinamento regionale screening
Standard	Ricostituzione formale del Comitato entro il 2022
Fonte	Regione
PL11_OS02	estensione dell'invito attivo allo screening mammografico alle fasce di età 45-49 e 70-74 anni e all'invito attivo allo screening del colon retto alla fascia di età 70-74 anni
PL11_OS02_IS02	implementazione del programma di screening della mammella e del colon retto
formula	Elaborazione indicazioni di adeguamento dei programmi di screening regionali della mammella e colon retto.
Standard	Adozione documento regionale
Fonte	Regione
PL11_OS03	implementazione di protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV
PL11_OS03_IS05	attuazione protocollo di screening cervicale differenziato per le bambine vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV
formula	predisposizione lettera tipo da inviare alle 25enni contenente informazioni sulla posticipazione della chiamata allo screening a 30 anni con test HPV DNA
Standard	invio lettera tipo a partire dal 2022 per la coorte delle bambine nate nel 1997
Fonte	REGIONE/ASL
PL11_OS04	implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2



PL11_OS04_IS04	elaborazione PDTA del carcinoma della mammella
formula	elaborazione di un documento di programmazione regionale concernente la definizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA), integrato con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di carcinoma eredo familiare della mammella
Standard	presenza documento
Fonte	REGIONE
PL11_OS05	realizzazione di un nuovo sistema unico regionale di informatizzazione screening
PL11_OS05_IS01	nuovo sistema unico regionale di informatizzazione screening
formula	acquisizione nuovo sistema regionale informatizzato screening
Standard	acquisizione e messa a regime del nuovo sistema regionale informatizzato screening
Fonte	REGIONE

4.1.6 Azioni

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (1 di 7)	Rafforzamento dei coordinamenti regionali e aziendali di screening
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.9 Attivazione tavoli/gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 potenziamento/implementazione del coordinamento regionale screening;	
OS01IS03	Ricostituzione del comitato di coordinamento regionale screening
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 342/2019 è stata modificata la composizione del "Comitato unico regionale di coordinamento screening" già istituito presso il Dipartimento Sanità con DCA n.91/2016.

Al fine di rafforzare la governance regionale degli screening oncologici della mammella, colon retto e cervice uterina si intende, con atto formale, modificare la composizione del riferito Comitato integrandolo con figure apicali nell'ambito delle aziende sanitarie quali ad es. i Direttori Sanitari.

A cascata, nell'ambito delle 4 Asl territoriali, dovranno essere costituiti i rispettivi Comitati di coordinamento aziendali con la funzione di raccordo per l'attuazione delle azioni programmate.

Il Comitato avrà le seguenti funzioni:



- coordinare e rendere omogenee le modalità di attuazione degli screening oncologici nella Regione;
- adeguare e aggiornare i protocolli tecnici regionali per l'attuazione degli screening;
- rafforzare le indicazioni regionali, già contenute nel Decreto Commissariale 112/2016 di 28 settembre 2016, volte a riorientare la prevenzione individuale spontanea verso i percorsi di screening;
- monitorare l'andamento della qualità dello screening attraverso gli indicatori di screening anche ai fini LEA;
- coordinare le attività di formazione ed aggiornamento del personale coinvolto nell'attività di screening.

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (2 di 7)	La formazione degli operatori
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 garantire opportunità di formazione e aggiornamento degli operatori coinvolti nel percorso di screening	
OT03IT04	Presenza di un percorso formativo validato
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

È di fondamentale importanza assicurare agli operatori sanitari interni ed esterni al programma di screening un'accurata e adeguata formazione sulla nuova strategia di screening adottata.

Ciò richiede necessariamente nuovi investimenti sul piano formativo con la predisposizione di diversi modelli didattici tra cui anche quello della Formazione a distanza (FAD) e seminari dedicati.

Questa modalità garantirebbe, anche alla luce della attuale pandemia da COVID-19 una capillare ed omogenea formazione di tutti gli operatori coinvolti.

La pianificazione e la realizzazione delle attività formative dovranno essere precedute da una valutazione dei bisogni formativi degli operatori coinvolti che potranno essere diversi a seconda del ruolo svolto.



PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (3 di 7)	Implementazione di protocollo di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV (a partire dalla coorte 1997)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.1 Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS03 implementazione di protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV	
OS03IS05	attuazione protocollo di screening cervicale differenziato per le bambine vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza; donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La prevenzione dei tumori del collo dell'utero sta cambiando grazie alla diffusione del vaccino contro il virus dell'HPV. Questo cambiamento prevede che le donne vaccinate contro l'hpv prima di aver compiuto 15 anni siano invitate a fare il primo test di screening a 30 anni anziché a 25.

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 ha inserito tra le linee strategiche di intervento per i programmi di screening "l'implementazione di protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV", in concomitanza con l'arrivo all'età di screening delle prime ragazze vaccinate nel dodicesimo anno di età (coorte 1996).

Già nel 2015 l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), congiuntamente al Gruppo Italiano Screening per il Cervicocarcinoma (GISCI) e alle principali società scientifiche del settore (AOGOI, SIGO, SICPCV, SIAPEC, SICI, SIV, SITI), ha promosso una Conferenza di Consenso per la definizione del percorso di screening cervicale per le donne vaccinate contro l'HPV.

Le indicazioni fornite dal documento di consenso, basate sulle migliori evidenze scientifiche, auspicano la modifica del protocollo dello screening all'arrivo delle coorti delle ragazze vaccinate (definite come chi ha ricevuto almeno due dosi entro il compimento del 15esimo anno d'età) in quanto a bassissimo rischio di patologia. Le indicazioni prevedono l'innalzamento a 30 anni del primo invito e identificano il test HPV come test di screening primario.

Come indicato dalla Conferenza di Consenso Italiana e confermato dallo studio "Integrazione dei programmi di vaccinazione e di screening per la prevenzione del cervicocarcinoma: interventi per ridefinire e implementare nuovi protocolli di screening per le donne vaccinate prima dell'età di inizio



dello screening” finanziato dal programma CCM 2016, questa dovrà passare a 30 anni con test HPV invece che di come avviene oggi 25 anni con pap-test.

Nella Regione Abruzzo la vaccinazione contro l’HPV è stata avviata per le bambine appartenenti alla coorte del 1997 e che pertanto compiranno 25 anni nel 2022.

A partire dal 2022 sarà necessario estrarre dall’anagrafe vaccinale regionale/aziendale i nominativi delle bambine appartenenti alla coorte del 1997 che hanno completato il ciclo di vaccinazione HPV affinché i centri aziendali di screening provvedano a dare comunicazione diretta dell’inclusione nel percorso di screening a partire dal compimento del 30 anno di età. Successivamente, a partire dall’anno 2023 e per gli anni a seguire, l’informativa verrà inviata alle bambine vaccinate delle coorti

Sarà inoltre predisposta una “lettera tipo” da inviare alle 25enni contenente informazioni sulla posticipazione della chiamata allo screening a 30 anni con test HPV DNA.

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (4 di 7)	Acquisizione nuovo sistema informatizzato unico regionale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L’ACCESSIBILITÀ E L’APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L’ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL’OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.10 Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS05 realizzazione di un nuovo sistema unico regionale di informatizzazione screening	
OS05IS01	nuovo sistema unico regionale di informatizzazione screening
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

L’attuale sistema per la gestione regionale degli screening oncologici risulta obsoleto e privo dei necessari aggiornamenti, manutenzione e di assistenza; inoltre la mancanza di un sistema di informatizzazione regionale unico ed efficiente inficia le attività delle ASL per le prestazioni di screening oncologici con conseguenze pregiudizievoli ai fini dell’erogazione dei LEA.



Nel corso del 2021 sono state già avviate dal servizio regionale Flussi Informativi e sanità digitale, le attività volte alla realizzazione di un nuovo sistema unico regionale di informatizzazione screening, al fine di rendere possibile un aggiornamento periodico delle anagrafiche della popolazione target che consenta di superare la criticità della mancata consegna degli inviti a causa di anagrafiche non corrette/aggiornate. Il sistema dovrà inoltre consentire l'integrazione tra il gestionale screening con altri applicativi (anatomie patologiche, endoscopie, laboratori, gestione inviti e referti ecc).

A partire dal 2022 il nuovo sistema informatizzato unico regionale dovrà integrarsi con l'anagrafe vaccinale regionale al fine di estrarre i nominativi delle bambine appartenenti alla coorte del 1997 che hanno completato il ciclo di vaccinazione HPV affinché i centri aziendali di screening provvedano a darne comunicazione diretta dell'inclusione nel percorso di screening a partire dal compimento del 30° anno di età. A partire dall'anno 2023 e per gli anni a seguire, l'informativa verrà inviata alle bambine vaccinate appartenenti alle coorti successive al 1997.

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (5 di 7)	Estensione invito attivo screening mammografico alle fasce di età 45-49 e 70-74 e allo screening al colon retto alla fascia di età 70-74 anni.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.13 Recepimento e implementazione di indirizzi nazionali, WHO, norme UE di settore
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 estensione dell'invito attivo allo screening mammografico alle fasce di età 45-49 e 70-74 anni e all'invito attivo allo screening del colon retto alla fascia di età 70-74 anni	
OS02IS02	implementazione del programma di screening della mammella e del colon retto
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Nella regione Abruzzo lo screening mammografico e del colon retto è attivo in tutte e 4 le Asl territoriali per le fasce di età comprese tra 50-69 anni.

In linea con le aggiornate indicazioni nazionali si intende avviare dal 2022 il processo di estensione della chiamata attiva anche alle fasce di età 45-49 e 70-74 anni per lo screening mammografico e 70-



74 anni per il colon retto definendo con specifico atto regionale di programmazione le relative modalità di implementazione.

A livello regionale, per implementare l'estensione della chiamata attiva alle nuove fasce di età, verranno inseriti specifici e nuovi obiettivi incentivanti per le Direzioni aziendali.

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (6 di 7)	Implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di carcinoma eredo familiare della mammella
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.3 Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS04 implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2	
OS04IS04	elaborazione PDTA del carcinoma della mammella
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta; donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La definizione di percorsi integrati con i programmi di screening mammografico in essere per donne ad alto rischio di sviluppare il cancro della mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2 è uno degli obiettivi del nuovo Piano regionale, in recepimento del PNP 2020/2025. Secondo evidenze scientifiche (Linee di indirizzo su "La genomica in sanità pubblica") le donne con storia familiare suggestiva della presenza di mutazioni nei geni BRCA1 o BRCA2 devono essere indirizzate alla consulenza genetica ed eventualmente ai test genetici al fine di identificare i soggetti a rischio di sviluppare il cancro della mammella nell'arco della vita e consentirne la diagnosi precoce.

Il cancro della mammella è il primo tumore per incidenza e prevalenza nella donna. Si stima che in Italia siano diagnosticati circa 46.000 nuovi casi/anno, e che circa il 5-7% di essi sia legato a fattori eredo-familiari, la maggior parte per mutazioni di uno dei due geni, BRCA-1 e BRCA-2.

Dal punto di vista genetico sono circa trenta i geni coinvolti nella predisposizione ereditaria di tali neoplasie, ma i due principalmente interessati sono il gene BRCA1 ed il gene BRCA2.



Le mutazioni a carico di questi geni conferiscono, in accordo all'età, un aumentato rischio di sviluppare un tumore della mammella e/o un tumore dell'ovaio.

La definizione di percorsi integrati con i programmi di screening mammografico per donne ad alto rischio di sviluppare il cancro della mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2 è uno degli obiettivi del nuovo Piano regionale, in recepimento del PNP 2020/2025.

I tumori eredo-familiari e lo specifico rischio oncologico richiedono quindi una gestione assistenziale specifica e diversificata rispetto a quella dei tumori sporadici. La possibilità di identificare i portatori di tali mutazioni genetiche o comunque, in generale, di valutare attentamente il profilo di rischio dei soggetti che presentano familiarità per questo tipo di neoplasie ha importanti ripercussioni sul piano clinico.

Secondo evidenze scientifiche (Linee di indirizzo su "La genomica in sanità pubblica") le donne con storia familiare suggestiva della presenza di mutazioni nei geni BRCA1 o BRCA2 devono essere indirizzate alla consulenza genetica ed eventualmente ai test genetici al fine di identificare i soggetti a rischio di sviluppare il cancro della mammella nell'arco della vita e consentirne la diagnosi precoce.

È necessario promuovere un'efficace attività di prevenzione dell'insorgenza di tumori della mammella e dell'ovaio attraverso il riconoscimento delle condizioni di predisposizione percorrendo delle tappe:

1. Selezione delle famiglie a rischio sulla base di criteri clinici (familiarità, precocità di insorgenza, molteplicità di neoplasie in uno stesso individuo, etc.);
2. Consulenza genetico-oncologica per la definizione delle famiglie eleggibili;
3. Identificazione dell'alterazione genetica predisponente ai tumori della mammella e dell'ovaio dei geni BRCA1 e BRCA2 mediante strategie di diagnosi molecolare;
4. Pianificazione collegiale di strategie di prevenzione adeguate ad ogni singolo caso (sorveglianza diagnostica, interventi chirurgici radicali, adesione a trials di chemioprevenzione).

La presente azione propone lo sviluppo di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale, messo a punto da un gruppo di esperti regionali, per il carcinoma della mammella ed in particolare pianificare delle strategie di intervento e prevenzione nei confronti di donne con rischio elevato per carcinoma mammario ereditario.

Il reclutamento delle donne sane ad alto rischio genetico prevede la partecipazione dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Centri di screening mammografico delle ASL e dei genetisti medici e degli onco-genetisti coinvolti direttamente nella campagna di informazione sui tumori ereditari. Una prima valutazione dei profili di rischio sarà effettuata dal MMG e dal Centro di screening attraverso la compilazione, da parte della donna, di un semplice questionario di anamnesi familiare. Tale questionario è in grado di valutare se il soggetto in esame ha un rischio basso, assimilabile alla popolazione generale, o aumentato. In quest'ultimo caso la donna sarà inviata a consulenza genetica. Il test genetico BRCA1 e BRCA2, e gli altri eventuali approfondimenti genetico molecolari indicati, potranno essere eseguiti da tutti i pazienti su indicazione del genetista medico e/o dell'oncologo successivamente alla consulenza genetica e alla firma di appositi consensi presso le strutture del SSR accreditate o convenzionate in base alla normativa vigente e secondo le linee guida delle società scientifiche. Determinante sarà fornire alla paziente oltre al risultato del test molecolare una spiegazione dettagliata dei risultati e l'interpretazione clinica e famigliare in un percorso di consulenza genetica dedicato e concordato con i colleghi all'interno delle singole strutture.



Azioni

1. Creazione di un tavolo di lavoro regionale e predisposizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) regionale strutturato per il carcinoma mammario che consenta di pianificare delle strategie di intervento e prevenzione nei confronti di donne con rischio elevato per carcinoma mammario ereditario. Il tavolo regionale di coordinamento creato ad hoc, in attesa di Linee Guida da parte dell'ONS/Ministero della Salute, individuerà le strutture qualificate, gli strumenti di selezione della popolazione a rischio e di verifica delle donne portatrici di mutazione genetica, le modalità di presa in carico, gli interventi di counseling e i protocolli di sorveglianza;
2. Adozione e attuazione del percorso in tutte le ASL della Regione Abruzzo;
3. Sviluppo di un piano di formazione in particolare sui tumori eredo familiari del carcinoma mammario e sul percorso organizzativo regionale;
4. Coinvolgimento tutti gli stakeholders.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL11
TITOLO AZIONE (7 di 7)	Comunicazione a categoria target (donne italiane e straniere di 25 anni).
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.6 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS03 implementazione di protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV	
OS03IS05	attuazione protocollo di screening cervicale differenziato per le bambine vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

L'introduzione del nuovo protocollo di screening, che coinvolgerà la fascia più giovane della popolazione italiana e straniera, prevede la pianificazione di una strategia comunicativa tempestiva e mirata: le donne e tutti coloro che a vario titolo sono coinvolti nella prevenzione del carcinoma cervicale devono ricevere un'informazione adeguata sul nuovo protocollo di invito e sui motivi che lo sottendono. L'obiettivo è quello di diffondere messaggi corretti, trasparenti, sostenuti da evidenze scientifiche, nel tentativo di contrastare la diffusione di informazioni contraddittorie o ingannevoli.



Tale comunicazione dovrà essere realizzata a vari livelli, coinvolgendo tutti i servizi aziendali che si occupano di prevenzione del tumore della cervice-uterina, con l'impiego degli strumenti comunicativi più idonei: canali istituzionali (siti regionali e aziendali), mass media (radio-televisioni locali, stampa), social (profili Facebook e Instagram regionali e aziendali), e altri strumenti più specifici della sanità (lettere d'invito, opuscoli, locandine, incontri con operatori).

La strategia comunicativa deve prevedere anche il coinvolgimento con le principali associazioni di medici (Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ginecologi) e società scientifiche di settore (AOGOI, SIGO, SICPCV, SIAPEC, SICI, SIV, SITI) che potranno supportare i programmi di screening nella diffusione delle informazioni e nell'empowerment dell'utenza.

La comunicazione rivolta all'utenza deve:

- informare chiaramente le donne di 25 anni, che hanno ricevuto almeno due dosi di vaccino prima del compimento del 15esimo anno di età, che saranno invitate per la prima volta dal programma di screening a fare il test HPV a 30 anni.
- dettagliare e motivare i criteri su cui si basa l'inizio dello screening a 30 anni (età alla vaccinazione, numero di dosi di vaccino effettuate e tempi della vaccinazione, altri criteri che emergeranno da nuove evidenze scientifiche);
- consolidare il senso di responsabilità sociale in riferimento all'ottimizzazione dell'utilizzo dell'offerta gratuita di screening; per esempio, sottolineando l'importanza di attendere l'invito del programma organizzato di screening, senza fare test opportunistici e la buona pratica di disdire l'appuntamento in caso di non adesione allo screening;

La nuova campagna informativa prevede la elaborazione di materiale informativo specifico per le donne straniere, attraverso il coinvolgimento delle strutture locali impegnate nel settore dell'immigrazione(es.mediatori culturali locali), di MMG, PLS,Ginecologi, Servizi Vaccinali, Consulitori, centri aziendali screening.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO RIDUZIONE/NON AUMENTO DISUGUAGLIANZE	DI DELLE	Rafforzamento degli interventi di comunicazione per aumentare la percentuale di adesione allo screening cervicale delle donne straniere residenti nella Regione Abruzzo
STRATEGIA PER RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	IL	- Produzione e promozione su scala regionale di materiale informativo specifico per le donne straniere; - Diffusione del materiale informativo specifico prodotto per le donne straniere; - Identificazione e presa di contatto con le strutture locali impegnate sul territorio nel settore dell'immigrazione; - Coinvolgimento dei consultori , MMG,PLS, ginecologi, servizi vaccinali per facilitare l'accesso delle donne straniere al percorso di screening.
ATTORI COINVOLTI		Settore comunicazione istituzionale della Regione, Dipartimenti di Prevenzione



	delle Asl territoriali, Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, consultori familiari, centri vaccinali, mediatori culturali, assistenti sociali, ginecologi.
INDICATORE	percentuale di incremento di adesione allo screening cervicale delle donne straniere residenti nella Regione Abruzzo
	<ul style="list-style-type: none"> • Formula: incremento 3% donne straniere aderenti allo screening cervicale • Standard incremento al 2025 3% donne straniere aderenti allo screening cervicale • Fonte Regione

4.2 PL12 MALATTIE INFETTIVE E VACCINAZIONI

4.2.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL12
REFERENTI PROGRAMMA	DEL Servizio Prevenzione Sanitaria, Medicina Territoriale DPF
MACRO PRINCIPALE RIFERIMENTO	OBIETTIVO DI MO6 Malattie infettive prioritarie
MACRO TRASVERSALE RIFERIMENTO	OBIETTIVO DI - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO6-01 Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita - MO6-02 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile - MO6-03 Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi) - MO6-04 Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti) in particolare con riferimento all'integrazione vaccino HPV screening. - MO6-05 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) - MO6-06 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole



	<ul style="list-style-type: none"> - MO6-08 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C) - MO6-18 Consolidamento dei sistemi di sorveglianza: <ul style="list-style-type: none"> - sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta (PFA) - sorveglianza ambientale - MO6-19 Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST (es. Clamidia, Gonorrea, etc.) sulla popolazione - MO6-20 Incrementare e favorire strategie parallele, secondo il modello fondato sui CBVCT*, che promuovano l'esecuzione del Test HIV e del counseling nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari - MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST - MO6-22 Adesione alle Linee Guida e alla normativa vigente per l'attuazione dello screening per HIV, per le altre malattie a trasmissione sessuale (HBV, Sifilide, HCV) e del complesso Torch all'inizio della gravidanza - MO6-23 PrEP - concepire e realizzare protocolli dedicati seguendo le Linee Guida vigenti, su popolazioni adeguatamente selezionate
<p>LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - MO6LSa Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e integrazione delle fonti - MO6LSb Coordinamento e integrazione tra diversi livelli istituzionali nella attuazione di interventi di prevenzione, nel periodico ritorno informativo a tutti i livelli e nel monitoraggio sistematico - MO6LSr Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e di laboratorio e integrazione delle fonti - MO6LSs Offerta dei test di screening delle IST sulla popolazione target - MO6LSst Mappatura e monitoraggio dell'attivazione di iniziative CBVCT rivolti a popolazioni target - MO6LSu Promozione di interventi sui comportamenti: comprendono azioni sui comportamenti a rischio (esercizio consapevole della sessualità, miglioramento dell'adesione alla terapia, corretto uso del profilattico maschile e femminile, counseling) - MO6LSv Promozione dei protocolli gestionali multidisciplinari specifici attraverso gli strumenti e i canali ritenuti idonei - MO6LSc Promozione della immunizzazione attiva - MO6LSd Comunicazione del rischio per la popolazione generale e specifici sottogruppi - MO6LSw Interventi farmacologici: strategie di prevenzione basate sull'uso dei farmaci antiretrovirali (PrEP, PEP, TasP, terapia per prevenire la trasmissione materno-fetale)



LEA	<ul style="list-style-type: none"> - A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffuse - A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse - A03 Vaccinazioni
------------	--

4.2.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

La pandemia da Sars-CoV-2 del 2020 ha condizionato fortemente le attività dei Servizi di prevenzione orientandone le risorse ad altre attività necessarie per rispondere adeguatamente all'emergenza. Non è stato possibile rispettare pienamente la programmazione delle attività di sorveglianza epidemiologica delle altre malattie infettive e diffuse così come delle vaccinazioni e ciò ha determinato una notevole difficoltà anche nel reperire e comunicare i relativi dati. Nel periodo 2015-2019 sono stati notificati dai Servizi di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica delle ASL abruzzesi 7656 casi di malattie infettive di cui 49 di Classe I, 5307 di Classe II, 363 di Classe III, 1937 di Classe V (Fonte: SIMIWEB), così come di seguito distribuite per ASL di diagnosi (Tab.1). Il 92,4 % di tali segnalazioni (pari a 7073 casi) si riferisce a soggetti domiciliati nei Comuni della medesima Regione. Alle segnalazioni riferite ai singoli casi si aggiungono 57 segnalazioni relative a focolai di Classe IV che hanno coinvolto in totale 450 soggetti (Tab.2).

Tab. 1

Segnalazioni di malattie infettive 2015-2019 per ASL di diagnosi (Classe I, II, III, V)		
ASL DI DIAGNOSI	Casi	Percentuale
Avezzano/Sulmona/L'Aquila	1551	20,3%
Lanciano/Vasto/Chieti	2900	37,9%
Pescara	1859	24,3%
Teramo	1346	17,6%
TOTALE	7656	100,0%

Tab. 2

Segnalazioni di malattie infettive 2015-2019 per ASL di diagnosi relative a focolai di Classe IV		
ASL DI DIAGNOSI	Segnalazioni	Casi
Avezzano/Sulmona/L'Aquila	19	55
Lanciano/Vasto/Chieti	19	114
Pescara	12	260
Teramo	7	21
TOTALE	57	450

Tra le malattie di classe IV che hanno fatto registrare il maggior numero di casi (Tab.3) si segnalano le tossinfezioni alimentari (tra cui l'episodio da ricondurre a contaminazione alimentare da campylobacter jejuni con 222 casi in diverse scuole di Pescara) e la scabbia con 27 episodi e complessivi 116 casi (Fonte: SIMIWEB).



Tab. 3

MALATTIE	NUMERO SEGNALAZIONI	NUMERO CASI
Tossinfezioni alimentari	11	255
Scabbia	27	116
Ossiuriasi	1	24
Dermatofitosi	3	9

Le malattie infettive che hanno fatto registrare, in ciascuna Classe di appartenenza, il maggior numero di casi nel periodo di riferimento 2015-2019, sono riportate nella tabella 4:

Tab. 4

Classe di appartenenza delle malattie infettive	Maggior n° di casi registrati in ciascuna Classe nel periodo 2015-2019
Classe I	<ul style="list-style-type: none"> • 33 casi di Influenza con isolamento virale • 10 casi di Tetano • 6 casi di Botulismo
Classe II	<ul style="list-style-type: none"> • 3529 casi di Varicella (46,1% di tutte le segnalazioni) • 332 casi di Morbillo • 307 di Salmonellosi • 300 di Scarlattina • 252 di Diarrea infettiva
Classe III	319 casi di Tubercolosi
Classe IV	<ul style="list-style-type: none"> • 222 casi di infezione da <i>Campylobacter jejuni</i> che hanno coinvolto, in un unico focolaio, gli scolari di alcuni asili e scuole elementari di Pescara • 91 casi di Scabbia

Dall'analisi dei casi domiciliati nei Comuni della Regione Abruzzo, in grado di riflettere con maggiore precisione la situazione epidemiologica regionale, i casi segnalati di Classe I, II, III, V sono stati 7073.

La differenza tra casi diagnosticati e casi domiciliati documenta come, nel periodo di riferimento 2015-2019, poco meno di 600 segnalazioni riguardano pazienti non domiciliati nella Regione Abruzzo, ma in ambito extraregionale, dove il maggior numero è stato riscontrato nelle Province di Roma (51), Campobasso (37), Milano (22), Napoli (22), Foggia (16) e Rieti (16). Tra le segnalazioni di malattie infettive dei casi domiciliati in regione Abruzzo, distribuite per Provincia di domicilio ed anche per ciascun anno di diagnosi del quinquennio di riferimento 2015-2019 (Fonte: SIMIWEB), il maggior numero di casi è risultato essere domiciliato in Provincia di Chieti e l'anno che ha fatto registrare il più elevato numero di segnalazioni è il 2018 (1.756 segnalazioni).

Con i 3.395 casi segnalati la varicella ha fatto registrare il 48% delle segnalazioni effettuate nel periodo 2015-2019 rappresentando la malattia infettiva più diffusa sul territorio regionale. Nelle tabelle 5 e 6 si riporta la distribuzione dei casi per sesso e classi di età nel periodo 2015-2019 con i tassi per 100.000 abitanti (Fonte: SIMIWEB) da cui si evidenzia come i tassi più elevati si realizzino nei maschi e nelle classi di età pediatriche.

Tabella 5 - Distribuzione dei casi di varicella per sesso e tassi per 100.000 ab.

Sesso	Frequenza	Percentuale	Tassi x 100.000 ab.*
F	1.600	47,1%	47
M	1.795	52,9%	56
Totale	3.395	100,0%	52

*Valori medi annuali



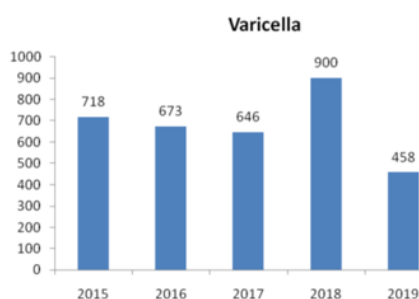
Tabella 6 - Distribuzione dei casi di varicella per classe di età e tassi per 100.000 ab.

Classi di età	Frequenza	Percentuale	Tassi x 100.000 ab.*
0-5	1.975	58,2%	626
6-10	917	27,0%	320
11-14	178	5,2%	78
15-24	65	1,9%	10
25-64	244	7,2%	7
65 ed oltre	16	0,5%	1
Totale	3.395	100,0%	52

*Valori medi annuali

In relazione alla distribuzione temporale dei casi di varicella emerge una loro lenta riduzione dal 2015 al 2017 con un successivo incremento nel 2018 e dimezzamento nel 2019 (Fonte: SIMIWEB) (Tab. 7).

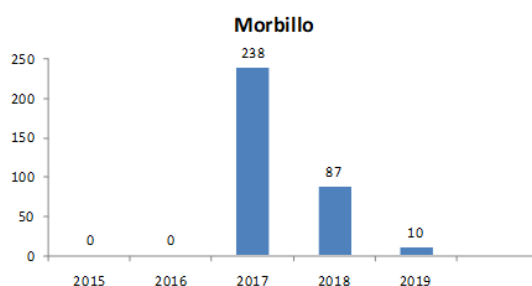
Tab. 7 - Distribuzione dei casi di Varicella per anno di segnalazione, 2015-2019



Relativamente alla gravità del quadro clinico, nel 3,4% dei casi la varicella ha portato al ricovero ospedaliero.

Nel periodo 2015-2019 sono stati segnalati 353 casi di morbillo di cui 335 (95%) si sono verificati in soggetti domiciliati nei comuni abruzzesi. La distribuzione per sesso documenta un modesto maggior numero dei casi e del tasso di incidenza nei maschi, mentre nella distribuzione per classi di età la percentuale più elevata dei casi (53%) si riscontra nella classe 25-64 anni seguita dalla classe 0-5 anni (30%) in cui si riscontrano i tassi più elevati (32 x 100.000 ab.); 1/3 dei casi di questa classe ha meno di un anno di età. La distribuzione temporale dei casi di morbillo/anno evidenzia l'assenza di casi negli anni 2015 e 2016, una ripresa epidemica nel 2017 seguita da una riduzione dei casi nel 2018 ed, in maniera più accentuata, nel 2019 (Fonte: Sorveglianza integrata Morbillo e Rosolia) (Tab.8).

Tab. 8 - Distribuzione dei casi di morbillo per anno comparsa sintomi 2015-2019

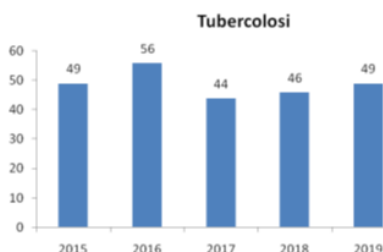


Nel periodo 2015-2019 sono stati segnalati tra i cittadini domiciliati in Regione Abruzzo 244 casi di Tuberculosis corrispondenti al 3,4% di tutte le segnalazioni. La distribuzione per sesso documenta una



percentuale dei casi quasi doppia nei maschi rispetto alle femmine (63,5%), mentre la distribuzione per classi di età mostra che l'83% dei casi interessa l'età adulta ed anziana (Fonte: SIMIWEB). Il numero dei casi segnalati è pressoché costante nel corso degli anni (Tab. 9) e riguarda prevalentemente cittadini di nazionalità italiana (63% dei casi) (Fonte: SIMIWEB) (Tab. 10).

Tab. 9 - Distribuzione dei casi di tubercolosi per anno di segnalazione, 2015-2019



Tab. 10 - Distribuzione dei casi di tubercolosi per nazionalità, 2015-2019

Nazionalità	Frequenza	Percentuale
Italiana	154	63,1%
Straniera	86	35,3%
Non nota	4	1,6%
Totale	244	100,0%

I dati relativi alle Malattie Batteriche Invasive (MABI) raccolti dal sistema di sorveglianza SIMIWEB nel periodo di riferimento 2015-2019 evidenziano come in poco meno di 1/5 dei casi, purtroppo, non è stato identificato l'agente eziologico e che le forme prevenibili con la vaccinazione (Haemophilus influenzae, Neisseria meningitidis e Streptococcus pneumoniae) rappresentano il 62% di tutte le MABI (Tab. 11).

Tab. 11 - MABI segnalate nel periodo 2015-2019

MABI da agente non identificato	20
MABI da altri agenti	6
MABI da Escherichia coli	1
MABI da Haemophilus influenzae	5
MABI da Klebsiella pneumoniae	6
MABI da Klebsiella spp	3
MABI da Listeria monocytogenes	5
MABI da Neisseria meningitidis	17
MABI da Streptococcus B	2
MABI da Streptococcus pneumoniae	48
Totale	113

Secondo i dati pubblicati dall'Istituto Superiore della Sanità per il 2019 le diagnosi di HIV in Abruzzo sono andate diminuendo drasticamente nel corso del triennio 2017-2019: 33 casi diagnosticati (di cui 7 stranieri) nel 2019 a fronte di 67 nel 2017 e di 85 nel 2018. La maggior parte dei contagiati sono maschi italiani tra 29 e i 47 anni. Sull'infezione di AIDS i dati regionali più recenti risalgono al triennio 2015-2017 e mostrano un trend in graduale salita.

Nel periodo 2015-2020 sono stati segnalati al SEIEVA (Sistema Epidemiologico Integrato delle Epatiti Virali Acute) 123 casi di Epatiti Virali Acute (EVA) di tipo A, B, C ed E il cui trend risulta in graduale calo dall'analisi di ciascun anno di riferimento. Il maggior numero di segnalazioni è stato registrato per l'EVA di tipo A, mentre il minor numero di segnalazioni è stato registrato per l'EVA di tipo C.



In relazioni alle Zoonosi sono state effettuate sul territorio regionale, nel periodo 2015-2020, 20 segnalazioni di cui 4 di Brucellosi, 10 di Rickettsiosi, 3 di Leishmaniosi cutanea e 3 di Leishmaniosi viscerale. La distribuzione annuale dei casi di zoonosi documenta come i $\frac{3}{4}$ dei casi si sono verificati nel biennio 2015-2016.

La copertura vaccinale in Abruzzo, aggiornata a giugno 2020, per le principali malattie infettive (polio, difterite, tetano, epatite B, influenza di tipo B, rosolia) è in linea con gli standard italiani e supera il 90% in fascia pediatrica, ad eccezione della varicella la cui copertura è circa del 62% (entro i 24 mesi di età) e inferiore del 19% rispetto alla media nazionale. La copertura antinfluenzale negli anziani over 65 (55,3%) è in linea con la media nazionale (54,6%). L'offerta vaccinale prevista dal PNPV 2017-19 e ricompresa interamente nei LEA per le classi di età e le categorie a rischio ivi contenute, è stata completamente realizzata in Regione Abruzzo nel corso del 2017 e 2018 (DGR 105/2017).

Negli ultimi decenni si è assistito ad una rapida e continua evoluzione dello scenario epidemiologico globale e, con questo, a problemi di sicurezza della salute pubblica che hanno fatto comprendere che nessun Paese è al sicuro nei confronti di malattie altamente infettive e diffuse. Tutti i Paesi sono potenzialmente esposti alla diffusione di agenti patogeni, alla probabilità di confrontarsi con malattie infettive e diffuse emergenti o riemergenti che hanno un significativo potenziale epidemico e che possono, dunque, configurarsi come Emergenza di Sanità Pubblica con grave impatto socio-economico sui cittadini. In particolare, l'epidemia da SARS nel 2003, la pandemia influenzale da virus A(H1N1) nel 2009 e la pandemia da SARS-CoV-2 nel 2020 hanno evidenziato quanto il mondo sia globalizzato, quanto rapidamente si possa diffondere una malattia infettiva e che l'insorgenza di fenomeni epidemici non prevedibili richiedono un grande sforzo di Sanità Pubblica orientato a migliorare la sorveglianza epidemiologica attiva delle malattie infettive, l'analisi e l'utilizzo dei dati rilevati per la pianificazione delle azioni da adottare.

La sorveglianza delle malattie infettive nel nostro Paese è affidata al Sistema informativo delle malattie infettive (SIMIWEB) a cui tutte le Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo hanno aderito dal 2009. A seguito della dismissione del sistema SIMIWEB e dell'attivazione della nuova piattaforma PREMAL le Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo, a partire dal 01 gennaio 2020, vi hanno aderito e destinato personale già specificatamente formato dal Ministero della Salute. Pur tuttavia, ad oggi, si rileva che non tutte hanno provveduto in maniera uniforme all'inserimento dei dati, anche per la concomitante emergenza da COVID-19 che ha determinato l'assorbimento di gran parte del personale della sanità pubblica nelle relative attività. Infatti, per gran parte dell'anno 2020 i Servizi di Igiene e Sanità pubblica locali sono stati impegnati prevalentemente nell'emergenza Covid-19 con conseguente impatto negativo sia sul regolare svolgimento delle attività vaccinali programmate, sia sulle attività di diagnosi precoce di malattie infettive e diffuse, con un calo significativo di segnalazioni per tutte le malattie infettive. Ciò ha richiesto da parte dei Dipartimenti di Prevenzione della Regione Abruzzo uno sforzo maggiore per garantire una costante ripresa delle attività di notifica e sorveglianza delle malattie infettive e delle sorveglianze speciali, ma anche un diverso livello di governance regionale per favorire, in stretta collaborazione con i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica locali, una sorveglianza delle malattie notificabili il più possibile omogenea su tutto il territorio regionale, il potenziamento degli attuali sistemi informativi in modo interoperabile e



garantire, dunque, un adeguato ritorno delle informazioni aggregate agli operatori coinvolti e alla collettività.

La sorveglianza basata sul laboratorio rappresenta per la Regione Abruzzo una parte sostanziale e imprescindibile per il monitoraggio delle Malattie infettive pertanto, al fine di migliorare l'attività diagnostica, sia ai fini clinici che epidemiologici, sono stati identificati Laboratori di riferimento regionali per la diagnosi di alcune malattie infettive: es. Laboratorio di Microbiologia e Virologia del P.O. di Pescara per l'emergenza Coronavirus, il Laboratorio di Patologia Clinica del P.O. di Teramo per il Morbillo, la Rosolia congenita e per la Rosolia in gravidanza, il Laboratorio di virologia dell'Istituto Zooprofilattico dell'Abruzzo e del Molise (IZSAM) per la sorveglianza integrata umana, entomologica e veterinaria delle Arbovirosi.

Non è stato, invece, ancora istituito un coordinamento regionale permanente sulle Malattie infettive emergenti e/o riemergenti quale punto di riferimento centrale per analizzare i punti di debolezza della sorveglianza sul territorio regionale, per progettare le attività di miglioramento del sistema su aspetti relativi ad esempio alla diagnosi, al ritardo o alla sottonotifica dei casi, alla compilazione errata o incompleta delle schede di notifica, per favorire l'aggiornamento e la collaborazione dei clinici ed esperti di riferimento sui temi di prioritario interesse e la declinazione a livello locale del Piano pandemico nazionale.

La Regione Abruzzo, inoltre, in relazione alle Malattie infettive trasmesse da vettori (Arbovirosi) ha recepito con DGR n. 479 del 5.8.2020 l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5/6/2003 n° 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025" ma il percorso intrapreso non è stato ancora completato con uno specifico Piano regionale che permetta l'integrazione dei dati di sorveglianza umana, veterinaria, ornitologica ed entomologica e la strutturazione di una serie di attività da implementare, nell'ottica one-health, sul territorio regionale.

In relazione alle attività vaccinali programmate le Asl territoriali hanno adottato, in corso di pandemia, modalità organizzative consistenti prevalentemente nel somministrare le vaccinazioni solo su prenotazione, privilegiando il contatto telefonico con le famiglie. Ma questo non ha garantito la possibilità di rispondere a tutte le esigenze per cui il recupero dei non vaccinati ha assunto, attraverso la modalità di chiamata attiva, carattere prioritario. In linea con i dati a livello nazionale anche nella Regione Abruzzo la fascia di età che ne ha risentito maggiormente è quella pediatrica. Il rinforzo delle attività di vaccinazione, attraverso campagne di comunicazione ad hoc indirizzate ai soggetti in età pediatrica, e alla popolazione in generale, prevede la collaborazione operativa dei PLS e dei MMG, come previsto nel PNPV 2017-2019 prorogato al 2021, così come dei Consultori, degli esercenti le Professioni sanitarie correlate alle attività di vaccinazione e prevenzione delle malattie infettive ed anche delle Scuole. Particolare attenzione sarà posta nel recupero della vaccinazione per HPV anche attraverso l'attivazione di collaborazioni con la Scuola.

Il PNPV 2014-2019 e il PNEMoRc 2010-2015 rappresentano, tutt'ora, il documento di riferimento per la definizione degli obiettivi di Sanità Pubblica relativi alla riduzione o eliminazione delle malattie infettive prevenibili da vaccino. In linea con esso la Regione Abruzzo ha adottato, con DGR 105/2017, il proprio PRPV definendo gli obiettivi specifici regionali da raggiungere sia nella popolazione generale che nei gruppi a rischio. Gli obiettivi di copertura stabiliti per tipologia di vaccinazione e target di età e/o gruppi di popolazione sono stati oggetto di monitoraggio annuale o semestrale in quanto rientranti nei LEA. L'offerta vaccinale prevista dal PNPV 2017-19, e ricompresa interamente nei LEA per le classi di età e le categorie a rischio ivi contenute, è stata completamente realizzata in Regione



Abruzzo nel corso del 2017 e del 2018 (DGR 105/2017). Sono state, pertanto, introdotte nel calendario vaccinale regionale le seguenti vaccinazioni:

- Prima infanzia: Meningococco B, Rotavirus e Varicella;
- Adolescenza: estensione della vaccinazione anti HPV ai maschi e introduzione della 5° dose di antipolio, la vaccinazione tetravalente (A, C, W, Y) contro il meningococco;
- Donna in gravidanza: vaccinazione contro la Pertosse;
- Età adulta/anziana (65enni): vaccinazione anti-pneumococco e anti Herpes Zoster.

Inoltre, è proseguita l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni, già in calendario, contro: difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Haemophilus influenza b, pneumococco, meningococco tetravalente (A,C,W,Y), morbillo-parotite-rosolia e, per le persone ≥ 65 anni, influenza. Così come è proseguita, con sempre maggiore impegno, l'offerta vaccinale alle persone di qualunque età che, per la presenza di patologie croniche, sono a particolare rischio di contrarre le infezioni e di sviluppare gravi complicanze, altrettanto impegno è stato dedicato all'offerta vaccinale per le donne in gravidanza, per le donne in età fertile e per gli operatori sanitari. Il concetto di herd immunity è particolarmente importante per la difesa della popolazione più fragile, con sistema immunitario debole, come i bambini che non possono essere vaccinati (es. bambini immunodepressi, con gravi patologie croniche, con tumori ecc.) e la cui unica possibilità di frequentare, in sicurezza, ad esempio i servizi educativi/scuola per l'infanzia è legata alla copertura vaccinale, e dunque all'immunizzazione, dei soggetti che li circondano, necessaria a ridurre la circolazione di agenti patogeni e dunque il rischio di entrarvi in contatto.

La copertura vaccinale in Abruzzo, aggiornata a giugno 2020, per le principali malattie infettive (polio, difterite, tetano, epatite B, influenza di tipo B, rosolia) in fascia pediatrica è in linea con gli standard italiani, superando largamente il 90%, ad eccezione della varicella la cui copertura è circa del 62% (entro i 24 mesi di età) e inferiore del 19% rispetto alla media nazionale. Più nello specifico, in riferimento alla copertura vaccinale al 24° mese si registrano i seguenti dati di copertura regionale (Fonte: Regione/Ministero della salute) (Tab.1).

Tab.1

Copertura vaccinale al 24° mese di vita	Anno di riferimento
97,10%	2016
97,4%	2017
96,9%	2018
97,5%	2019
93,09%	2020

Per quanto riguarda la vaccinazione contro il Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR) e la vaccinazione anti-meningococcica di tipo C (Men C) si è registrato, nel periodo di riferimento 2016-2019, un sostanziale aumento percentuale della copertura vaccinale a differenza di quanto avvenuto, invece, nel 2020 per entrambe le vaccinazioni in corso di pandemia da Covid-19, come riportato nelle Tabelle 2 e 3.



Tab.2

Copertura vaccinale per MPR	Anno di riferimento
87,6%	2016
89,2%	2017
94,5%	2018
95,1%	2019
62,16%	2020

Tab.3

Copertura vaccinale per Men C	Anno di riferimento
62,57%	2016
70,92%	2017
78,43%	2018
55,72%	2019
42,57%	2020

Fondamentale è risultata l'introduzione della legge nazionale 119/2017 che ha reso obbligatorie, per i minori fino ai 16 anni, 10 vaccinazioni (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Haemophilus influenza b, morbillo, parotite, rosolia, varicella, quest'ultima a partire dai nati nel 2017) stabilendo che l'esecuzione di tali vaccinazioni rappresenti un requisito per l'ammissione ai servizi educativi e alle scuole dell'infanzia (per i bambini da 0 a 6 anni). L'impatto di questa legge sulle coperture vaccinali, soprattutto della vaccinazione MPR e MEN C, è stato molto evidente.

Il PNPV 2017-2019 ha introdotto per le persone di 65 anni di età l'offerta di due importanti vaccinazioni: quella anti-pneumococco e quella anti-herpes zoster, che vanno ad aggiungersi alla vaccinazione antinfluenzale già da molti anni prevista per tutti gli over 65enni. La vaccinazione anti-pneumococco viene offerta in maniera attiva e gratuita dal 2017 alle persone che compiono i 65 anni nel corso dell'anno (nati nel 1952 nel 2017) e alle categorie a rischio individuate nel PNPV e prevede la somministrazione sequenziale del vaccino coniugato 13-valente seguito dal vaccino polisaccaridico 23-valente. Tale vaccinazione in Abruzzo viene eseguita prevalentemente dai Medici di Medicina Generale. Nel 2018, secondo anno dall'introduzione dell'offerta vaccinale, le coperture raggiunte sono state soddisfacenti su tutto il territorio regionale.

Prosegue inoltre l'offerta gratuita per la vaccinazione antinfluenzale a tutte le persone a partire dai 65 anni e alle categorie a rischio individuate nel Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) che viene svolta prevalentemente presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e, in parte, dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, contribuendo a ridurre l'impatto clinico, sociale ed economico che l'influenza esercita ogni anno sull'individuo e sulla collettività. La copertura antinfluenzale degli anziani over 65 nella Regione Abruzzo (55,3%) risulta essere in linea con la media nazionale (54,6%).

Il recente avvio della nuova Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR) per i vaccini antinfluenzali, che permette a tutte le sedi regionali coinvolte nella vaccinazione l'accesso e la gestione informatizzata dei dati, rappresenta uno strumento adeguato e affidabile per il monitoraggio continuo delle coperture vaccinali su tutto il territorio regionale.



4.2.3 Scheda di programma

4.2.3.1 Descrizione dal PNP

I cambiamenti climatici, la globalizzazione e l'intensificarsi di scambi di merci e persone tra varie zone del mondo stanno contribuendo alla presenza e diffusione di agenti infettivi anche in zone che prima ne erano esenti. L'emergenza pandemica da SARS-CoV-2 ha confermato che le patologie infettive rappresentano uno dei principali problemi di sanità pubblica in grado di impattare negativamente sulla sostenibilità del sistema sanitario nazionale e sulle strutture socio-economiche delle regioni, contribuendo ad aumentarne il divario già esistente. Tale emergenza ha, inoltre, posto l'accento sulla necessità di adottare in campo preventivo un approccio "One Health" riconoscendo l'interdipendenza fra lo stato di salute dell'ambiente, degli animali e dell'uomo.

Un efficace controllo di tali patologie richiede, pertanto, una costante attività di sorveglianza e un complesso sistema di misure preventive, che includono, a seconda dei casi: campagne di screening e vaccinazione, misure di sicurezza alimentare, interventi di disinfezione e disinfestazione, profilassi antibiotica o antivirale delle persone venute in contatto stretto con soggetti infetti.

Il programma regionale, in tale ottica, si propone di identificare gli ambiti di intervento ritenuti prioritari sui quali concentrare, nei prossimi anni, le attività di prevenzione e sorveglianza delle malattie infettive emergenti e riemergenti e le azioni necessarie a rafforzare la capacità del sistema sanitario regionale nei confronti di altre eventuali situazioni di criticità. Il coinvolgimento del mondo scolastico sarà indispensabile per favorire tra i soggetti in età evolutiva la diffusione della cultura della prevenzione dalle malattie prevenibili attraverso la vaccinazione e l'attuazione di misure igienico-comportamentali corrette.

Nello specifico, il programma si propone di:

- Consolidare su tutto il territorio regionale il nuovo "Sistema di segnalazione delle Malattie Infettive PREMAL" attraverso un nuovo livello di governance regionale, con funzioni di coordinamento e monitoraggio permanente del sistema, una stretta collaborazione con i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica locali ed un maggior coinvolgimento della medicina di base;
- Migliorare la completezza e la qualità dei dati inseriti nel sistema di segnalazione delle malattie infettive attraverso la predisposizione di linee guida regionali, la realizzazione di training formativi del personale medico ospedaliero, dei MMG e dei PLS e il monitoraggio periodico della qualità del dato;
- Completare l'informatizzazione dell'Anagrafe vaccinale regionale, interoperabile con quella nazionale, quale strumento di monitoraggio continuo delle coperture vaccinali su tutto il territorio regionale;
- Favorire l'interoperabilità tra i vari sistemi informativi (Sistema di segnalazione delle malattie infettive, Anagrafe vaccinale, etc.) e un adeguato ritorno delle informazioni aggregate agli operatori coinvolti e alla collettività;
- Aumentare la copertura vaccinale per le malattie infettive prevenibili e fornire alla popolazione generale, e a specifici gruppi a rischio (es. operatori sanitari, militari, donne in età fertile, adolescenti, migranti, popolazioni difficili da raggiungere, gruppi a rischio per patologie), le informazioni scientifiche disponibili sui benefici e i rischi da vaccino al fine di favorirne una consapevole adesione;



- Sostenere il Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia per il conseguimento degli obiettivi di eradicazione attraverso una serie di azioni da porre in essere a livello regionale per raggiungere e mantenere un'elevata copertura vaccinale su tutto il territorio abruzzese;
- Consolidare il sistema di sorveglianza della Paralisa Flaccida Acuta (PFA) attraverso la programmazione, con carattere di obbligatorietà, di audit regionali annuali con i referenti delle singole strutture ospedaliere coinvolte e corsi di formazione specifici indirizzati agli operatori sanitari;
- Prevedere interventi educativi rivolti alla popolazione adolescenziale sul rischio di trasmissione dell'infezione da HIV e delle altre infezioni sessualmente trasmesse (IST) al fine di aumentare, nel gruppo di età bersaglio della prevenzione (15-20 anni di età), la disponibilità di informazioni necessarie per proteggersi;
- Campagna informativa sulle malattie infettive prevenibili da vaccino e sui benefici e rischi correlati alla vaccinazione per favorire, tra la popolazione generale, una capillare trasmissione di informazioni chiare e scientificamente valide;
- Realizzazione di uno specifico Piano regionale per la prevenzione e controllo delle Arbovirosi che permetta, attraverso un approccio One-Health, l'integrazione dei dati di sorveglianza umana, veterinaria, ornitologica ed entomologica;
- L'implementazione di una strategia di "combination prevention" per l'utilizzo della profilassi farmacologica pre-esposizione (PrEP) nelle persone ad alto rischio di acquisizione di HIV;
- Migliorare a livello regionale l'accessibilità allo screening pro-attivo delle infezioni sessualmente trasmesse (HIV, HCV, HBV E Sifilide) attraverso la strategia della "combination prevention" orientata all'equità organizzativa e all'uniformità operativa;
- Sviluppare ed approvare il documento regionale di applicazione del "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023" e delle azioni ad esso correlate.

4.2.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Il programma regionale "Malattie infettive e vaccinazioni" si è posto l'obiettivo di favorire connessioni con i seguenti Piani nazionali specifici che, a tal fine, ne hanno rappresentato le fonti informative di riferimento:

- Piano Nazionale della Prevenzione (PNV) 2020-2025.
- Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025.
- Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)".
- Piano Nazionale per l'Eliminazione di Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) 2019-2023.
- Sistema nazionale di sorveglianza delle malattie infettive "PREMAL". Ministero della Salute (2020)
- Piano Nazionale di preparazione e risposta a una epidemia di poliomelite. Ministero della Salute (2019).
- Piano Nazionale AIDS 2017-2019.



- Intesa Stato-Regioni n. 162 del 30 dicembre 2019 “Screening nazionale gratuito dell’infezione attiva da HCV”.
- Piano Nazionale per l’Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita(PNEMoRc) 2010-2015.
- Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2012-2014, 2016-2018 e 2017-2019.
- Sistema informativo delle malattie infettive “SIMIWEB”.
- Linee Guida Italiane sull’utilizzo della Terapia Antiretrovirale e la gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1 - Edizione 2017, Ministero della Salute.
- CDC. PrEP Efficacy. Available from: https://www.cdc.gov/hiv/risk/estimates/preventionstrategies.html#anchor_1562942347
- Chou R, Evans C, Hoverman A, et al. Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection: Evidence report and systematic review for the US preventive services task force. JAMA - J Am Med Assoc. 2019; 321(22):2214–2230.
- Federica Sozio, Polilli E, Di Stefano P, Girinelli G, Tarquini PL, D’Alessandro M, Mariani R., Vignale F, Vecchiet J, Antonelli S, Sciotti MP, Iapatre N, Grimaldi A, Parruti G. Lo screening via web di HIV per la prevenzione della presentazione tardiva e della mortalità correlata nella Regione Abruzzo. Web-based screening of HIV to prevent AIDS presentation and associated mortality in the Abruzzo Region. JHA 2019; 4(4):72-76
- Polilli E, Sozio F, Di Stefano P, Clerico L, Di Iorio G, Parruti G. Preliminary evaluation of the impact of a Web-based HIV testing programme in Abruzzo Region on the prevention of late HIV presentation and associated mortality. Int J Infect Dis. 2018 Apr;69:44-46.
- Polilli E, Sozio F, Di Stefano P, Sciacca A, Ursini T, Paoloni M, Vecchiet J, Di Giammartino D, Sciotti MP, Grimaldi A, Cortesi V, Fazii P, Ricci E, D’Amario C, Ippolito G, Pippa L, Parruti G. Web-Based HIV Testing in Abruzzo, Italy: Analysis of 15-Month Activity Results. AIDS Patient Care STDS. 2016 Oct;30(10):471-475.

4.2.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL12_OT02	sviluppare/ consolidare processi intersettoriali con MIUR -USR finalizzati alla condotta integrata di azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e responsabilità del mondo scolastico; promuovere il coinvolgimento multidisciplinare di operatori sanitari per la realizzazione di attività di sensibilizzazione e promozione alle vaccinazioni.
PL12_OT02_IT02	Accordi intersettoriali (a)
formula	Presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento “Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute”



	(Accordo Stato Regioni 17.01.19)
Standard	1 Accordo entro il 2022
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PL12_OT03	organizzare percorsi di formazione comune rivolta ai professionisti dei settori coinvolti, per lo sviluppo di competenze, conoscenze e condivisione per la promozione delle vaccinazioni
PL12_OT03_IT03	Formazione sul counseling breve
formula	Presenza di offerta formativa per gli operatori del SSN (inclusi MMG e PLS) finalizzata all'acquisizione di competenze sul counseling breve
Standard	Disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target formativo, entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

COMUNICAZIONE

PL12_OT04	Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti alla popolazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole
PL12_OT04_IT04	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni
formula	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022 realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023
Fonte	Regione

EQUITÀ

PL12_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL12_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione



4.2.5 Obiettivi e indicatori specifici

PL12_OS01	Favorire a livello regionale e locale la realizzazione, nelle tempistiche previste, delle azioni previste nel Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia, e successive versioni, per il conseguimento degli obiettivi di eradicazione.
PL12_OS01_IS02	Sostenere il Piano nazionale di eliminazione morbillo e rosolia congenita per il conseguimento degli obiettivi di eradicazione
formula	Atto regionale di recepimento e indirizzo documento nazionale
Standard	Disponibilità documento entro il 2023
Fonte	REGIONE/MINISTERO
PL12_OS02	Implementazione e monitoraggio nuovo sistema notifiche malattie infettive denominato "PREMAL"
PL12_OS02_IS05	Consolidamento e monitoraggio nuovo sistema notifiche Malattie infettive "PREMAL"
formula	n. ASL su cui è attivo il nuovo sistema di notifiche/n.totale ASL* 100
Standard	100% ASL entro il 2022
Fonte	REGIONE/ASL
PL12_OS03	Elaborazione di strategie e di interventi di comunicazione sanitaria sulle malattie infettive prevenibili e sulle vaccinazioni come mezzo per aumentare le coperture vaccinali nella popolazione della Regione Abruzzo.
PL12_OS03_IS01	Sviluppo di un programma di comunicazione univoco regionale basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini dell'adesione consapevole
formula	presenza di offerta formativa per operatori sanitari e dirigenti/insegnanti
Standard	realizzazione di almeno 1 percorso formativo annuale di carattere regionale gestito con la scuola a partire dal 2022
Fonte	REGIONE
PL12_OS04	Completa informatizzazione dell'Anagrafe vaccinale regionale
PL12_OS04_IS03	Implementazione anagrafe vaccinale regionale in tutte e 4 le Asl
formula	100%
Standard	inserimento sul sistema anagrafe vaccinale informatizzata coorti mancanti
Fonte	Regione/ASL
PL12_OS05	Sorveglianza popolazione generale e/o ad alto rischio per HCV, HBV e HIV, sifilide.
PL12_OS05_IS04	Accessibilità screening HCV, HIV, HBV, sifilide
formula	N° inviti per test HCV, HIV, HBV, sifilide/totale della popolazione target



Standard	Si intende identificare, nel target di popolazione generale e a maggior rischio, infezioni misconosciute di HCV, HBV, sifilide e HIV allo scopo di trattare i casi positivi e prevenire casi secondari ad essi associati.
Fonte	ASL
PL12_OS06	Assicurare a livello regionale l'attuazione dei Piani nazionali di prevenzione e controllo delle malattie ed emergenze infettive
PL12_OS06_IS06	Recepimento e attuazione piani nazionali per prevenzione e controllo malattie ed emergenze infettive
formula	Numero di Piani operativi locali/numero di Aziende sanitarie della Regione Abruzzo
Standard	Attuazione e adozione di un piano locale da parte di tutte le Asl della Regione
Fonte	Regione/ASL

4.2.6 Azioni

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (1 di 10)	Consolidamento della Sorveglianza regionale delle Paralisi Flaccide Acute (PFA)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.3 Implementazione, integrazione e miglior utilizzo dei sistemi di sorveglianza, registri
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Implementazione e monitoraggio nuovo sistema notifiche malattie infettive denominato "PREMAL"	
OS02IS05	Consolidamento e monitoraggio nuovo sistema notifiche Malattie infettive "PREMAL"
OS06 Assicurare a livello regionale l'attuazione dei Piani nazionali di prevenzione e controllo delle malattie ed emergenze infettive	
OS06IS06	Recepimento e attuazione piani nazionali per prevenzione e controllo malattie ed emergenze infettive
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 organizzare percorsi di formazione comune rivolta ai professionisti dei settori coinvolti, per lo sviluppo di competenze, conoscenze e condivisione per la promozione delle vaccinazioni	
OT03IT03	Formazione sul counseling breve
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Nell'ambito del piano per l'eradicazione della poliomielite, l'OMS considera la sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute (PFA) il "gold standard" di tutti i programmi di sorveglianza, non solo nei paesi endemici e ad alto rischio di reintroduzione, ma anche nei paesi polio-free per i quali il mantenimento



degli standard di sorveglianza rappresenta un obiettivo fondamentale a garanzia dell'avvenuta eradicazione. La rete di sorveglianza nazionale delle PFA è stata istituita in Italia nel 1995 (Circolare Ministeriale n. 400.2/28v/911 del 7 febbraio 1995). Nel 1997 sono stati individuati i Centri di Referenza regionali che devono attivarsi per ricercare i casi di PFA e per sensibilizzare le strutture ospedaliere dove con maggiore probabilità afferiscono questi casi. Il Centro di Referenza Regionale notifica i casi al Ministero della Salute e all'ISS e cura il recupero tempestivo delle informazioni epidemiologiche e dei campioni clinici da inviare ai laboratori di riferimento nazionale (ISS) o sub-nazionale. Il Ministero della Salute, ricevuta la notifica, registra il caso sul sistema informativo centralizzato per le malattie infettive dell'OMS (CISID). Trattasi di un sistema di sorveglianza attiva che richiede un contatto diretto e continuativo tra i Centri di referenza regionali e i Presidi ospedalieri con l'obiettivo di identificare e segnalare, nel più breve tempo possibile, tutti i casi di PFA, dovuti a qualunque eziologia, in soggetti ospedalizzati di età compresa tra 0 e 15 anni e in ogni caso di sospetta poliomielite in persone di tutte le età. Nel 2017 la sorveglianza delle Paralisi Flaccide è stata inserita tra le attività previste nei LEA in quanto ritenuta un'azione essenziale per la rilevazione di poliovirus nelle aree dichiarate polio-free. La rete di sorveglianza italiana non ha però mai raggiunto gli standard di qualità stabiliti dall'OMS tanto che, nel 2018, si è resa necessaria una riorganizzazione dovuta al fatto che la stessa OMS ha inserito l'Italia tra i Paesi a rischio intermedio per la reintroduzione del poliovirus. A seguire, nel febbraio 2019, il Ministero della Salute ha presentato alla Conferenza Stato Regioni un Piano nazionale di preparazione e di risposta a una epidemia di poliomielite qualora si verifici un focolaio epidemico da Poliovirus, sia selvaggio sia vaccino derivato (VDPV), al fine di bloccarne la trasmissione entro 120 giorni dalla conferma del primo caso di infezione.

Con D.G.R. n° 166 del 21/03/2018 la Regione Abruzzo ha recepito le indicazioni fornite dal Ministero della Salute nella Circolare 0004114-8/02/2018 DGPRES “Aggiornamento delle raccomandazioni per lo stato della sorveglianza delle paralisi flaccide acute”, ha approvato il nuovo flusso di segnalazione della paralisi flaccida acuta e le schede ministeriali da utilizzarsi a cura delle Strutture sanitarie per la segnalazione e raccolta dei campioni, ha confermato quale Centro di riferimento regionale il Servizio di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica della Asl di Avezzano-Sulmona-L'Aquila ed ha inserito nella rete di sorveglianza anche le UU.OO. di Rianimazione portando a 33 il numero totale di Unità Operative Ospedaliere coinvolte. Il Centro di riferimento regionale si occupa di inviare mensilmente una mail di promemoria con allegata la scheda di “riepilogo quindicinale o report 0” ai referenti ospedalieri delle UU. OO. di Neurologia, Pediatria, Malattie Infettive e Rianimazione delle AA.SS.LL. regionali. I referenti ospedalieri della rete di sorveglianza sono tenuti a segnalare tempestivamente (auspicabile entro 24-48 ore) i casi che rispondono alla definizione clinica di PFA anche quando, a diagnosi già formulata, se ne escluda la natura infettiva, mentre sono tenuti ad una comunicazione quindicinale nel caso di report 0. Nel 2018 in Abruzzo sono stati segnalati 4 casi di paralisi flaccida; nel 2019 non è stato segnalato alcun caso; nel 2020 è stato segnalato, nel secondo semestre dell'anno, un solo caso; nel 2021 sono stati segnalati due casi di PFA. Il tutto a fronte di una risposta della rete che non ha mai superato il 50% delle unità coinvolte e raggiungendo comunque il dato atteso di casi di PFA che a livello Nazionale è di 1:100.000 casi in soggetti di età inferiore a 15 anni. Si è rilevato, purtroppo, che nonostante le ripetute sollecitazioni, e l'invio di mail periodiche, la partecipazione e l'aderenza al programma da parte dei referenti ospedalieri non ha ancora raggiunto gli obiettivi prefissati. Da ciò si evince che una maggiore responsabilizzazione e consapevolezza del proprio ruolo



da parte dei referenti ospedalieri è necessaria per favorire il raggiungimento di una migliore efficienza ed efficacia del sistema e, dunque, il raggiungimento degli standard di qualità richiesti dal Ministero e dall'OMS.

Per favorire il consolidamento della sorveglianza attiva delle paralisi flaccide a livello regionale, secondo lo specifico protocollo ministeriale, le autorità regionali competenti si occuperanno di programmare, con carattere di obbligatorietà, audit annuali con i referenti delle singole strutture ospedaliere coinvolte, al fine di verificare il loro livello di conoscenza sul funzionamento del sistema di sorveglianza, valutare gli obiettivi raggiunti e le criticità del sistema e di prevedere corsi di formazione specifici (anche in modalità FAD con docenti interni ed esterni) rivolti agli operatori sanitari coinvolti con l'obiettivo di potenziare la segnalazione dei casi, la restituzione dei dati e l'invio di report annuali sulle attività svolte ed i risultati raggiunti.

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (2 di 10)	CONSOLIDAMENTO E MONITORAGGIO DEL NUOVO SISTEMA DI NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE "PREMAL"
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.3 Implementazione, integrazione e miglior utilizzo dei sistemi di sorveglianza, registri
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Implementazione e monitoraggio nuovo sistema notifiche malattie infettive denominato "PREMAL"	
OS02IS05	Consolidamento e monitoraggio nuovo sistema notifiche Malattie infettive "PREMAL"
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

A livello nazionale, a seguito della dismissione del sistema informativo delle malattie infettive (SIMIWEB) è attivo, dal 1 gennaio 2020, il nuovo sistema nazionale di sorveglianza delle malattie infettive, elaborato dal Ministero della Salute, realizzato su specifica piattaforma web denominata PREMAL.

Tutte le ASL della Regione Abruzzo, a far data dal 1 gennaio 2020, vi hanno aderito e sono dotate di personale già specificatamente formato dal Ministero della Salute. Il nuovo sistema di sorveglianza prevede che tutte le "segnalazioni" di malattie infettive e diffuse effettuate dai medici (siano essi ospedalieri o di medicina generale o pediatri di libera scelta o medici che svolgono attività privata)



vengano poi inserite dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica nella piattaforma web ministeriale PREMAL che prevede livelli di accesso differenziati secondo una logica “gerarchica”: ASL, Regione e Ministero, in cui ogni livello controlla e valida i propri dati. I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica di ogni ASL, dunque, raccolgono e verificano la correttezza e completezza dei dati in ingresso e provvedono ad inserirli nel sistema. Tuttavia si rileva che non tutti i Dipartimenti di Sanità Pubblica regionali hanno provveduto uniformemente all’inserimento delle notifiche nella piattaforma PREMAL, soprattutto in concomitanza all’emergenza da COVID-19 che ha determinato l’assorbimento di gran parte del personale della sanità pubblica nelle relative attività. Ciò richiede, pertanto, non solo una maggiore attenzione del personale medico ospedaliero e territoriale sull’importanza di segnalare casi confermati, probabili o sospetti di malattie infettive e diffuse ai Servizi I.E.S.P. aziendali, ma anche la necessità di rafforzare l’organizzazione dei Servizi stessi per favorire, anche in situazioni epidemico/pandemiche, la gestione e l’inserimento delle notifiche nella specifica piattaforma.

E’ fondamentale, dunque, che i Dipartimenti di Sanità Pubblica della Regione Abruzzo possano garantire una costante attività di notifica e sorveglianza delle malattie infettive e delle sorveglianze speciali e che si realizzi un rafforzamento del livello di governance regionale per favorire una migliore e più omogenea sorveglianza delle malattie notificabili su tutto il territorio regionale, il lavoro in rete degli operatori del sistema, un adeguato ritorno delle informazioni aggregate agli operatori coinvolti e alla collettività.

Il consolidamento del nuovo sistema di notifica e sorveglianza delle malattie infettive richiede, pertanto, la realizzazione di una serie di azioni per coordinare, monitorare e migliorare il funzionamento del sistema stesso:

- Istituzione di un Tavolo tecnico di coordinamento regionale;
- Aggiornamento delle figure di riferimento ASL responsabili dell’inserimento delle notifiche nel sistema informativo e individuazione di quelle che parteciperanno al coordinamento a livello regionale;
- Percorsi di formazione e aggiornamento sulla segnalazione/notifica informatizzata delle Malattie infettive e diffuse e sul funzionamento della piattaforma web ministeriale PREMAL;
- Produzione periodica di report regionali sul livello di adesione al sistema di sorveglianza e sull’andamento delle malattie infettive e diffuse.

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (3 di 10)	COMPLETARE E CONSOLIDARE L'INFORMATIZZAZIONE DELL'ANAGRAFE VACCINALE REGIONALE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.3 Implementazione, integrazione e miglior utilizzo dei sistemi di sorveglianza, registri
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	



OS04 Completa informatizzazione dell'Anagrafe vaccinale regionale	
OS04IS03	Implementazione anagrafe vaccinale regionale in tutte e 4 le Asl
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, i programmi di immunizzazione e le attività vaccinali necessitano di una sistematica valutazione in termini di adeguatezza, efficienza ed efficacia, allo scopo di ridefinire periodicamente gli obiettivi e le priorità a livello locale e nazionale. Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 e il Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale (PRPV) 2012-2014 prevedevano, tra gli obiettivi, la completa informatizzazione delle Anagrafi vaccinali al fine di potenziare il monitoraggio delle coperture vaccinali.

A tale scopo nel 2014 la Regione Abruzzo si è dotata di un software per la gestione dell'Anagrafe vaccinale regionale, interoperabile con l'Anagrafe Nazionale Vaccini, al fine di monitorare in maniera continuativa le coperture vaccinali su tutto il territorio regionale, favorire l'adesione alle vaccinazioni attraverso la chiamata attiva, verificare le inadempienze e i ritardi, agevolare la programmazione degli appuntamenti, gestire adeguatamente le scorte di vaccini e valutare l'impatto dei programmi di vaccinazione. Il percorso di informatizzazione intrapreso per l'inserimento dei dati vaccinali antecedenti al 2000, e di quelli raccolti con l'ammissione allo screening delle bambine vaccinate per HPV a partire dalla coorte del 1997, congiuntamente alla messa in regime e consolidamento dell'intero sistema, si realizzerà entro il periodo di vigenza del PRP 2020-2025. Verranno effettuate rilevazioni semestrali sull'attività di inserimento dei dati vaccinali e programmati Corsi di formazione e aggiornamento sull'uso del software anche per il personale di nuova assunzione.

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (4 di 10)	CHE NE S'AIDS: INTERVENTI EDUCATIVI RIVOLTI ALLA POPOLAZIONE ADOLESCENZIALE SUL RISCHIO DI TRASMISSIONE DELL'INFEZIONE DA HIV E DELLE ALTRE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE (IST)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.6 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS03 Elaborazione di strategie e di interventi di comunicazione sanitaria sulle malattie infettive prevenibili e sulle vaccinazioni come mezzo per aumentare le coperture vaccinali nella popolazione della	



Regione Abruzzo.	
OS03IS01	Sviluppo di un programma di comunicazione univoco regionale basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini dell'adesione consapevole
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT03 organizzare percorsi di formazione comune rivolta ai professionisti dei settori coinvolti, per lo sviluppo di competenze, conoscenze e condivisione per la promozione delle vaccinazioni	
OT03IT03	Formazione sul counseling breve
CICLO DI VITA	adolescenza
SETTING	comunità;scuola;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Negli ultimi anni si sta assistendo ad una riduzione dell'attenzione generale nei confronti dell'infezione da HIV, di altre Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST) e del livello d'informazione sulle modalità di trasmissione tra la popolazione giovanile, con il conseguente aumentato rischio di nuovi casi d'infezione. Appare inoltre diffusa la convinzione che alcune infezioni, come sifilide o gonorrea, siano quasi scomparse, oppure che la trasmissione del virus dell'HIV sia un problema limitato solo ad alcune categorie a rischio in cui si realizzano rapporti sessuali/omosessuali non protetti o con partner sconosciuto, o come la tossicodipendenza per via endovenosa con scambio di siringa. Si percepisce ancora come radicata nella popolazione la tendenza a fidarsi di rapporti sessuali con persone "conosciute" o con un aspetto altrimenti "sano", avendo una relativa sicurezza nell'impossibilità di infettarsi con il virus HIV. Tra i fattori causali che oggi sono riconosciuti nell'elevata diffusione delle Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST) si annoverano:

- Carenze informative ed errori di tipo comportamentale (es. mancato uso del profilattico);
- Sottovalutazione del rischio di infezione;
- Scarsa conoscenza della disponibilità di Servizi di prevenzione, diagnosi e cura delle IST/HIV a cui potersi rivolgere;
- Scarsa propensione a partecipare a programmi di screening per HIV/IST.

L'obiettivo fondamentale che si intende realizzare è, dunque, quello di aumentare, nel gruppo di età bersaglio della prevenzione (15-20 anni di età), la disponibilità di informazioni sulle modalità di trasmissione e prevenzione delle IST/HIV, sui percorsi diagnostico-terapeutici disponibili e di favorire una maggiore sensibilità e consapevolezza dei giovani sull'elevato livello di rischio che queste infezioni rappresentano per la propria salute.

Azioni previste entro il periodo di vigenza del PRP 2020-2025:

- Realizzazione di interventi informativi/formativi sulle infezioni da HIV/IST, a livello locale e regionale, rivolti ai ragazzi nella fascia d'età scolare 15/18 anni, gestiti direttamente da personale sanitario delle UU.OO. di Malattie Infettive, dei Servizi IESP, Consultori, Servizi Dipendenze (SERD) e in collaborazione con i MMG;



- Attivazione di collaborazioni con le Scuole secondarie di primo e secondo grado per supporto informativo/formativo alla strategia di lotta regionale e nazionale e per contribuire a ridurre tra la popolazione di giovani l'impatto delle frequenti notizie false (fake news) spesso fuorvianti e pericolose;
- Distribuzione di opuscoli informativi sulle Strutture ambulatoriali che sul territorio regionale si occupano di diagnosi e cura delle IST/HIV e sulle relative modalità di accesso;
- Facilitazione all'accesso dei giovani presso gli Ambulatori di Malattie Infettive delle ASL regionali per le attività di prevenzione primaria e secondaria precoce sia per l'infezione da HIV che per le altre infezioni sessualmente trasmissibili (IST).

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (5 di 10)	REALIZZAZIONE DEL PIANO REGIONALE DI SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE ARBOVIROSI NELL'OTTICA ONE-HEALTH
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS02 Implementazione e monitoraggio nuovo sistema notifiche malattie infettive denominato "PREMAL"	
OS02IS05	Consolidamento e monitoraggio nuovo sistema notifiche Malattie infettive "PREMAL"
OS06 Assicurare a livello regionale l'attuazione dei Piani nazionali di prevenzione e controllo delle malattie ed emergenze infettive	
OS06IS06	Recepimento e attuazione piani nazionali per prevenzione e controllo malattie ed emergenze infettive
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha adottato, nel maggio 2017, la risoluzione WHA 70.16 recante "Azione mondiale per lottare contro i vettori – un approccio integrato di lotta contro le malattie a trasmissione vettoriale" che, riconoscendo il forte impatto che le malattie trasmesse da vettori hanno sugli individui e sulla società, invita gli Stati membri a sviluppare piani operativi nazionali di lotta e ad adattare quelli esistenti allineandoli alla nuova strategia tendente ad una azione globale di controllo dei vettori di malattie.



Con l'Intesa Stato Regioni del 15 gennaio 2020 è stato approvato il Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020 – 2025, 0003789-17/02/2020-DGSAF-MDS-P, attualmente in vigore e che ha, di fatto, recepito quanto raccomandato dalla risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità WHA 70.16.

L'adozione del PNA testimonia l'importanza dell'integrazione di discipline diverse su cui è basato il concetto della Salute Unica o One Health che rappresenta il modello per proteggere e promuovere la salute degli umani, degli animali e dell'ambiente.

E' evidente che gli interventi di prevenzione e controllo delle malattie a trasmissione vettoriale previsti nel PNA possono essere efficacemente condotti solo attraverso una gestione integrata delle attività cui contribuiscono congiuntamente professionalità differenti in una collaborazione tra Enti e Istituzioni.

Un approccio simile rende necessari interventi articolati per i quali le Regioni e le PA sono chiamate non solo a definire le singole attività ma anche ad adottare i relativi provvedimenti attuativi rispettando i tempi indicati dal legislatore.

Con DGR n. 479 del 5.8.2020 la Regione Abruzzo ha recepito l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5/6/2003 n° 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025" e adozione del "Piano Operativo regionale per la sorveglianza della West Nile Disease e dell'USUTU-Abruzzo 2020-2025".

La Regione Abruzzo, inoltre, con nota Prot. RA/ 0330195 del 05/08/2021 del Dipartimento Sanità, in relazione alla già importante collaborazione avviata tra l'IZSAM e i Servizi veterinari delle ASL abruzzesi per il coordinamento e l'attuazione delle attività di sorveglianza previste dal PNA e alla collaborazione pluriennale tra l'IZSAM e la ASL di Pescara (Provvedimento di approvazione n. 42 del 18/01/2018 del Direttore Generale della AUSL di Pescara) nella gestione di un Piano aziendale di sorveglianza e controllo delle Arbovirosi trasmesse da zanzare che prevede il monitoraggio qualitativo dei vettori presenti nell'area circostante il Presidio Ospedaliero e la ricerca dei virus West Nile, Usutu, Zika e Chikungunya, ha designato l'IZSAM quale Laboratorio di riferimento Regionale per la sorveglianza umana, entomologica e veterinaria come previsto dal PNA 2020-2025 per le Arbovirosi.

Il percorso intrapreso richiede però la necessità di strutturare all'interno di uno specifico Piano regionale le attività di sorveglianza e controllo degli arbovirus (West Nile, Usutu, Chikungunya, Dengue e Zika virus) trasmessi da vettori (es. zanzare, zecche e flebotomi) e delle malattie trasmesse da vettori (arbovirosi) attraverso l'integrazione dei dati di sorveglianza umana, veterinaria, ornitologica ed entomologica. Le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie da vettore presuppongono l'interazione fra la Regione e vari Enti e Servizi (Dipartimenti di Prevenzione – SIESP e Veterinari, Laboratori di riferimento, Ambulatori Medicina dei Viaggi, etc.) nonché con i Comuni per le attività di controllo dei vettori. Pertanto, la Regione Abruzzo, entro il periodo di vigenza del PRP 2020-2025, attiverà un Tavolo tecnico regionale intersettoriale e permanente sul tema della Malattie trasmesse da vettori che, nell'ottica One-Health, si occuperà di completare la realizzazione



del Piano regionale per la sorveglianza e controllo delle arbovirosi, di svolgere attività di coordinamento e monitoraggio delle azioni previste e di produrre report dei risultati raggiunti.

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (6 di 10)	CAMPAGNA INFORMATIVA SULLE MALATTIE INFETTIVE PREVENIBILI DA VACCINO E SUI BENEFICI E RISCHI CORRELATI ALLA VACCINAZIONE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.10 Comunicazione – Marketing sociale
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS03 Elaborazione di strategie e di interventi di comunicazione sanitaria sulle malattie infettive prevenibili e sulle vaccinazioni come mezzo per aumentare le coperture vaccinali nella popolazione della Regione Abruzzo.	
OS03IS01	Sviluppo di un programma di comunicazione univoco regionale basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini dell'adesione consapevole
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti alla popolazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole	
OT04IT04	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La conoscenza delle Malattie infettive prevenibili da vaccino e delle più forti ed attuali Evidenze scientifiche disponibili sull'efficacia e sicurezza dei vaccini, rappresenta un aspetto fondamentale per promuoverne l'adesione consapevole tra la popolazione generale. Le vaccinazioni rappresentano tutt'ora uno degli interventi più efficaci e sicuri, a disposizione della Sanità Pubblica, per la prevenzione primaria delle malattie infettive, comportando benefici non solo per l'effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma anche per l'effetto indiretto protettivo che produce sui soggetti non vaccinati (Herd immunity).

L'introduzione della Legge n. 119 del 31 luglio 2017, relativa alla obbligatorietà di una parte delle vaccinazioni dell'infanzia previste nel Piano vaccinale vigente (PNPV 2017-2019), ha sicuramente



prodotto un aumento dell'adesione alle vaccinazioni pediatriche. Pur tuttavia si è creato un movimento di opposizione che ha intensificato la propaganda vaccinale in senso negativo determinando casi di esitazione vaccinale (Vaccine Hesitancy) o di vero e proprio rifiuto, fenomeno sociale derivante da molteplici fattori, quali ad esempio la diffidenza nei confronti delle Istituzioni sanitarie, la percezione dei Medici come portatori di conflitti di interesse, ecc.

L'obiettivo della Regione Abruzzo è, pertanto, quello di favorire, tra la popolazione generale, una capillare trasmissione di informazioni chiare e scientificamente valide sul tema specifico, quale strumento di prevenzione e lotta alle malattie trasmissibili, e di facilitare, per ciò che riguarda la popolazione pediatrica, lo sviluppo di un clima di fiducia e di alleanze tra Sanità, Scuola e genitori a partire dal periodo immediatamente successivo alla nascita dei loro figli, da proseguire poi con la comunità scolastica.

A tal fine, e in coerenza con il PNPV 2017-2019, l'obiettivo sarà raggiunto attraverso specifiche Campagne di informazione, locali e regionali, e incontri informativi/formativi organizzati dai Dipartimenti di Prevenzione della Regione Abruzzo con figure professionali specificatamente formate al fine di:

- Fornire informazioni sul Programma vaccinale, obbligatorio e raccomandato, per i soggetti in età pediatrica e adulta, al fine di orientare e supportare gli utenti verso scelte consapevoli;
- Fornire informazioni sulle notizie false (Fake news) in tema di vaccinazioni;
- Favorire un clima di fiducia nei confronti dei Servizi vaccinali;
- Promuovere un atteggiamento responsabile e consapevole sulle vaccinazioni.

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (7 di 10)	STRATEGIA DI "COMBINATION PREVENTION" PER L'UTILIZZO DELLA PROFILASSI FARMACOLOGICA PRE-ESPOSIZIONE (PrEP) NEI SOGGETTI A RISCHIO DI HIV
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.12 Recepimento e implementazione di indirizzi nazionali, WHO, norme UE di settore
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS05 Sorveglianza popolazione generale e/o ad alto rischio per HCV, HBV e HIV ,sifilide.	
OS05IS04	Accessibilità screening HCV,HIV,HBV,sifilide
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

La profilassi farmacologica pre-esposizione (PrEP) eseguita nelle persone ad alto rischio di acquisizione di HIV in maniera continua (quotidiana) o intermittente (“on demand”) si è dimostrata efficace nella prevenzione della trasmissione dell’infezione di HIV.

Oltre al beneficio individuale, è stato ipotizzato, in studi di popolazione e di costo-efficacia, un potenziale impatto della PrEP a livello di popolazione, in particolare nei gruppi a rischio più elevato di trasmissione di HIV.

L’implementazione della PrEP nei soggetti ad alto rischio di acquisizione dell’infezione da HIV è supportata dai maggiori organismi scientifici (WHO, ECDC, CDC), dal Piano nazionale AIDS e dal Piano nazionale della prevenzione.

La Regione Abruzzo, pertanto, attraverso il Tavolo tecnico regionale che verrà istituito per le Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST), intende realizzare entro il periodo di vigenza del PRP 2021-2025:

- linee guida regionali per definire e uniformare modalità, criteri di erogazione e distribuzione della PrEP sul territorio regionale e la gestione clinica degli utenti che ne fanno utilizzo, in accordo con le indicazioni nazionali ed internazionali;
- favorire l’adozione omogenea a livello regionale dei Protocolli o Linee guida predisposti ed effettuare una mappatura dei Centri territoriali che si occupano delle IST e dell’HIV al fine di individuare e ridurre eventuali barriere di accesso, economiche e/o organizzative, che possono limitare l’utilizzo della PrEP da parte della popolazione abruzzese;
- inserire la PrEP all’interno di una strategia più ampia di prevenzione che include testing per le altre IST, vaccinazioni e counselling per la salute sessuale;
- promuovere, anche in sinergia con le Associazioni del terzo settore, campagne di informazione regionale sulla PrEP, su come poterla utilizzare e sulle modalità di accesso alla popolazione.
- produrre report di valutazione sul programma di implementazione della PrEP sul territorio regionale e sull’incidenza delle nuove infezioni da HIV ed IST nei soggetti che utilizzano la PrEP.

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (8 di 10)	SOSTENERE IL PIANO NAZIONALE PER L'ELIMINAZIONE DEL MORBILLO E DELLA ROSOLIA PER IL CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI ERADICAZIONE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.12 Recepimento e implementazione di indirizzi nazionali, WHO, norme UE di settore
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Favorire a livello regionale e locale la realizzazione , nelle tempistiche previste, delle azioni previste nel Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia, e successive versioni, per il conseguimento degli obiettivi di eradicazione.	



OS01IS02	Sostenere il Piano nazionale di eliminazione morbillo e rosolia congenita per il conseguimento degli obiettivi di eradicazione
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;ambiente di lavoro;servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Nel 2003, il Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa metteva a punto un Piano strategico "Strategic plan for measles and congenital rubella infection in the European Region of WHO" con l'obiettivo di interrompere la trasmissione indigena del Morbillo e ridurre l'incidenza di Rosolia congenita (< 1 caso di CRS per 100.000 nati vivi) entro l'anno 2010. Nel 2005 il WHO ha ritenuto di rafforzare le indicazioni già fornite nel 2003, includendo l'eliminazione della Rosolia tra gli obiettivi del Piano. Nonostante gli Stati membri abbiano fatto molteplici progressi attraverso l'implementazione del Piano strategico, l'obiettivo, previsto per il 2010, non è stato raggiunto. A settembre 2010, il Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa ha stabilito, pertanto, lo spostamento degli obiettivi di eliminazione del Morbillo e della riduzione dei casi di Rosolia congenita al 2015, richiamando l'attenzione alla necessità di rinnovare l'impegno politico, di risorse e azioni per raggiungere tali obiettivi. Nel panorama italiano, l'intesa tra il Governo italiano, le Regioni e le Province Autonome concernente il "Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-2015" (PNEMoRc), ha permesso di definire le Linee guida attuative nazionali per il raggiungimento di tale obiettivo. Sebbene siano stati fatti considerevoli progressi verso l'interruzione della trasmissione, in Italia la copertura vaccinale si sta progressivamente allontanando dal 95%, valore necessario a garantire il controllo delle malattie e la loro successiva eliminazione. Nel 2012 si registrava una copertura nazionale superiore al 90%, negli ultimi due anni il dato è sceso all'87% e in alcune regioni italiane le coperture si aggirano attorno all'80%. La sempre più marcata diffidenza nei confronti delle vaccinazioni, conseguenza anche della diffusione di informazioni errate e scientificamente infondate, ha favorito il sempre più diffuso fenomeno della "vaccine hesitancy" (esitazione vaccinale) che spesso si configura come una notevole preoccupazione e diffidenza nei confronti dei vaccini che si traduce in cicli vaccinali incompleti, ritardi vaccinali, scelta selettiva di alcune vaccinazioni e rifiuto di altre. Nel marzo 2015 la visita di una delegazione dell'OMS e della Commissione Europea di Verifica dell'eliminazione del Morbillo e della Rosolia (CRV), finalizzata a valutare lo stato di avanzamento del processo di eliminazione in Italia e a fornire un supporto per superare eventuali criticità ed individuare possibili sinergie per la piena implementazione del Piano, ha consentito di evidenziare criticità e predisporre alcune raccomandazioni per il miglioramento della performance del Paese tra cui: 1) un impegno politico maggiore non solo a livello nazionale, ma anche e soprattutto a livello regionale e locale, attraverso la mobilitazione delle Regioni e il loro coinvolgimento attivo nel raggiungimento dell'obiettivo nazionale; 2) rinforzare la formazione tecnica e scientifica degli operatori sanitari focalizzata sulle vaccinazioni e sulla capacità di comunicazione e interazione con l'utenza; 3) investire sulla comunicazione efficace in termini di promozione della vaccinazione, immediata comunicazione istituzionale e capacità di interazione con i media e i social network; 4) rinvigorire le campagne di



vaccinazione, anche attraverso la promozione di attività supplementari di immunizzazione (Supplementary Immunization Activities, SIA).

In linea con gli obiettivi prioritari del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019, il Ministero della Salute, al fine di perseguire l'obiettivo fondamentale di eliminazione del Morbillo entro il 2023, ha elaborato un nuovo Piano nazionale per l'eliminazione di morbillo e rosolia (PNEMoRc) 2019-2023, in corso di approvazione con specifica Intesa Stato regioni, che punta, in particolare, a vaccinare i nati tra il 1975 e il 2000 (il cui numero sulla base delle stime disponibili ammonterebbe in circa 2,5 milioni), mentre i nati dal 2001 sono già oggi destinatari di specifiche e mirate attività di recupero vaccinale.

La Regione Abruzzo, nel frattempo, con DGR n. 819 del 16 dicembre 2020 - "Sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia. Individuazione del laboratorio di riferimento regionale" - ha individuato nel Laboratorio di Microbiologia e Virologia Clinica del Presidio Ospedaliero di Pescara il proprio Laboratorio di riferimento regionale per la centralizzazione della diagnosi sierologica e molecolare dei casi sospetti di Morbillo e Rosolia e l'invio dei campioni positivi alla RT-PCR al Laboratorio di riferimento nazionale per la geno-tipizzazione e/o l'isolamento virale, in grado di contribuire, in tal modo, alla sorveglianza nazionale attraverso la propria inclusione nella rete subnazionale dei laboratori (MoRoNET). Obiettivo prioritario della Regione Abruzzo, nella vigenza del nuovo piano di prevenzione 2020-2025, è quello di recepire il Nuovo Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2019-2023, in corso di approvazione con specifica Intesa Stato-Regioni, definendo le azioni da porre in essere a livello regionale e adottando, nell'ambito del sistema di sorveglianza, gli adempimenti di competenza per il raggiungimento, per ciascun anno, del valore soglia degli indicatori monitorati anche ai fini della certificazione annuale LEA (Tasso di indagine di laboratorio, Identificazione virale (Morbillo), Tempestività dell'indagine).

La Regione Abruzzo si impegna pertanto a:

- raggiungere e mantenere, a livello regionale, una copertura vaccinale $\geq 95\%$ per la prima dose di vaccino contro il morbillo e la rosolia entro i 24 mesi di vita e, per la seconda dose, a 5-6 anni;
- raggiungere e mantenere, a livello aziendale (ASL), una copertura vaccinale $\geq 90\%$, attraverso l'uso del vaccino MPR o MPRV che consente di perseguire anche l'obiettivo di controllo della parotite;
- aumentare la copertura vaccinale negli adolescenti e negli adulti suscettibili attraverso la realizzazione di iniziative vaccinali supplementari;
- aumentare la copertura vaccinale nei soggetti a rischio, e in particolari gruppi di qualsiasi età, con particolare attenzione per operatori sanitari e scolastici, militari, gruppi difficili da raggiungere, quali nomadi e alcuni gruppi etnici, attraverso iniziative specifiche;
- migliorare la disponibilità di informazioni scientifiche relative al Morbillo e Rosolia da diffondere tra gli operatori sanitari e la popolazione generale.

**Azioni previste:**

- Recepimento del nuovo Piano di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) 2019-2023 a seguito di approvazione con Intesa Stato-Regioni;
- Offerta attiva della vaccinazione MPR agli operatori sanitari e scolastici al momento dell'assunzione e, nel caso di operatori già assunti, offerta vaccinale ai soggetti suscettibili attraverso il coinvolgimento dei Medici competenti;
- Campagna informativa regionale per la promozione dell'offerta vaccinale alla popolazione generale e alla popolazione target individuata in ambito sanitario, scolastico, militare e tra i gruppi nomadi ed etnici.

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (9 di 10)	ASSICURARE A LIVELLO REGIONALE L'ATTUAZIONE DEI PIANI DI PREPARAZIONE E RISPOSTA ALLE EMERGENZE INFETTIVE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.2 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di gestione delle emergenze
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
Nessun obiettivo indicatore specifico associato	
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria;comune, Municipalità

DESCRIZIONE

Negli ultimi decenni si è assistito ad una rapida e continua evoluzione dello scenario epidemiologico globale e, con questo, a problemi di sicurezza della salute pubblica in relazione a malattie altamente infettive e diffuse. Tutti i Paesi sono potenzialmente esposti alla diffusione di agenti patogeni, alla probabilità di confrontarsi con malattie infettive e diffuse, emergenti o riemergenti, che hanno un significativo potenziale epidemico e che possono, dunque, configurarsi come emergenza di Sanità Pubblica con grave impatto socio-economico sui cittadini.



L'attività di *preparedness* alla gestione di emergenze infettive rappresenta una sfida complessa ed impegnativa per il sistema sanitario nazionale e locale, ma necessaria per affrontare in maniera efficace ed efficiente eventuali future emergenze.

Le comunità locali, soprattutto in occasione di eventi particolarmente pericolosi per la salute pubblica, come la recente pandemia da SARS-CoV-2 o altre pandemie influenzali, attendono risposte rapide e competenti dalle Istituzioni di riferimento e, in particolare, dalle Aziende Sanitarie Locali a cui spetta di garantire adeguati livelli assistenziali in ogni condizione. La gestione di una crisi, notevolmente complessa per le numerose variabili presenti e per la pluralità dei soggetti coinvolti, non può essere improvvisata ma pianificata in tempi ordinari al fine di garantire, in ogni situazione, risposte adeguate ai bisogni di sicurezza e salute dei cittadini e della comunità.

La pianificazione e la preparazione, pertanto, sono elementi dai quali non si può prescindere per mitigare il rischio e l'impatto di un evento infettivo, a carattere epidemico o pandemico, e per gestire in maniera efficace la risposta e la ripresa delle normali attività. La garanzia di una risposta rapida ed efficace è strettamente legata alle misure di prevenzione e controllo attuate per lo specifico rischio e alla capacità organizzativa messa in campo per garantirne la piena implementazione (es. personale e competenze specifiche, spazi e strutture disponibili, dispositivi di protezione individuale, attrezzature e farmaci).

La Regione Abruzzo con D.G.R. n.691 del 10/11/2020 si è dotata di un "*Piano di preparazione e risposta alle emergenze infettive*" centrato su azioni strettamente sanitarie, di tipo preventivo ed assistenziale, come previsto nel PRP 2014-2018 - in sinergia con il Piano regionale delle Maxi-Emergenze sanitarie approvato il 27 Aprile 2018 con Delibera n° 264 della Giunta Regionale. L'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 25/01/2021, del nuovo "*Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)*", comporta il recepimento e la predisposizione di un nuovo Piano regionale avente il fine di rafforzare la *preparedness* nella risposta a future pandemie influenzali e per sviluppare una flessibilità operativa di *upscale* funzionale delle capacità di risposta ad eventi altamente improbabili, nella consapevolezza che le pandemie da virus influenzali rappresentano solo una parte dei potenziali scenari che si possono presentare in relazione ad altri patogeni emergenti.

La Regione Abruzzo si propone, dunque, di assicurare la predisposizione di un documento regionale di applicazione del "*Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023*", e delle azioni ad esso correlate, che dovrà essere poi recepito e declinato a livello di ASL.

AZIONE

EQUITY

PROGRAMMA	PL12
TITOLO AZIONE (10 di 10)	STRATEGIA DELLA "COMBINATION PREVENTION" PER MIGLIORARE L'ACCESSIBILITA' ALLO SCREENING PRO-ATTIVO DELLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE (HIV, HCV,



	HBV E SIFILIDE)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.1 Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS05 Sorveglianza popolazione generale e/o ad alto rischio per HCV, HBV e HIV ,sifilide.	
OS05IS04	Accessibilità screening HCV,HIV,HBV,sifilide
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	adolescenza;età adulta;terza età;età lavorativa;donne in età fertile
SETTING	comunità;scuola;servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

In Italia le dimensioni e le conseguenze di patologie infettive quali l'HIV, l'HBV, l'HCV e la Sifilide sono rilevanti in termini di impatto sulla salute, sulla qualità di vita e sui costi per i singoli e per la comunità. Tali patologie sono strettamente legate a comportamenti individuali e la difficoltà di una loro diagnosi precoce di infezione è attribuibile ad una serie di fattori: sottostima del problema da parte degli individui a rischio (bassa percezione del rischio), insufficiente educazione sessuale a partire dai più giovani, scarsa conoscenza delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST) e delle misure di protezione da attuare, insufficienti informazioni sui servizi di diagnosi e cura offerti, preoccupazione per la propria privacy, etc.

In particolare, una diagnosi tardiva di infezione da HIV aumenta il rischio di arrivare ad una fase conclamata della malattia (AIDS) e riduce la probabilità di un adeguato recupero immunologico a seguito del trattamento farmacologico. In maniera analoga, la consapevolezza di essere soggetto ad un'infezione cronica trasmissibile quale quella da HBV, da HCV e la Sifilide, può consentire l'adozione di comportamenti che evitino la trasmissione dell'infezione e favorire un trattamento farmacologico efficace.

Il problema dell'infezione cronica da HCV rappresenta, al momento, una delle maggiori sfide sanitarie nella Regione Abruzzo dal momento che la sua prevalenza sul territorio regionale è significativamente maggiore rispetto a quanto osservato in molte altre Regioni Italiane, possibilmente fino al 3% della popolazione generale.

Una recente stima (2016) della prevalenza dell'infezione cronica da HCV su un campione ampio pari al 3.5% della popolazione generale della Regione ha rivelato un picco inatteso nella popolazione con età compresa tra 35 e 50 anni, esattamente cioè nella coorte di nascita indicata dalla recente normativa, in particolare nell'area metropolitana di Pescara (5.7%), la più estesa e popolosa della Regione. Per entrambe le infezioni epatotrope, HCV e HBV, si stima peraltro che meno della metà degli infetti nella



Regione Abruzzo sia al momento consapevole del proprio stato, sulla scorta delle evidenze sopra riportate, e del fatto che nella Regione Abruzzo si osserva un'alta proporzione di diagnosi tardive, poste cioè in occasione della progressione clinica della disfunzione epatica.

Anche relativamente all'infezione da HIV la frazione inconsapevole della propria condizione risulta particolarmente elevata nella Regione Abruzzo (50% circa), in linea con la drammatica incidenza di presentazione tardiva e presentazione in AIDS, cioè quando la diagnosi di HIV coincide con quella di una prima grave infezione opportunistica.

Risulta, dunque, indispensabile, attuare una strategia di "combination prevention" orientata all'equità organizzativa e all'uniformità operativa che permetta, nell'ambito di un più ampio ed articolato spettro di azioni di informazione, sensibilizzazione e prevenzione rivolto alla popolazione generale, di implementare a livello regionale un'azione sistematica ed omogenea di screening pro-attivo degli infetti da HIV, HBV, HCV e Sifilide per favorire l'emersione dell'esistente sommerso nelle popolazioni a rischio, inconsapevoli del loro sierostato, e il loro tempestivo inserimento nel continuum of care, in linea con quanto previsto nel Piano Nazionale AIDS 2017-2019 e con l'Intesa Stato-Regioni n. 162 del 30 dicembre 2019 relativamente allo Screening nazionale gratuito dell'infezione attiva da HCV.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	MIGLIORARE L'ACCESSIBILITA' ALLO SCREENING PRO-ATTIVO DELLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE (HIV, HCV, HBV E SIFILIDE)
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione di un Tavolo tecnico regionale per le Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST); - Formalizzazione atti di indirizzo regionali per ampliare e potenziare, in maniera sistematica ed omogenea, l'offerta di screening pro-attivo gratuito e anonimo dell'HIV, HBV, HCV e Sifilide da parte della Rete dei Servizi che si occupano di IST sul territorio regionale; - Mappatura dei Servizi di Testing e Counselling per le Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST) e dei Centri territoriali dedicati alla loro cura; - Integrazione dei programmi per la sorveglianza e il controllo delle Infezioni da HIV e delle IST; - Attivazione di percorsi formativi/anno per Operatori sanitari, MMG, Centri IST e Associazioni.
ATTORI COINVOLTI	Centri IST, Rete infettivologica ed epatologica abruzzese, Associazioni
INDICATORE	<p>N° di Centri IST che attuano sul territorio regionale lo screening pro-attivo delle IST</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula:n° di Centri IST aderenti/Tot. Centri IST • StandardAccessibilità allo screening pro-attivo in tutti i Centri IST regionali • FonteRegione/ASL



4.3 PL13 SALUTE MATERNO INFANTILE E RIPRODUTTIVA

4.3.1 Quadro logico regionale

CODICE	PL13
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Servizio Prevenzione Sanitaria, Medicina Territoriale DPF
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - MO1-01 Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale - MO1-02 Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori - MO1-03 Promuovere la salute nei primi 1000 giorni - MO1-04 Promuovere interventi volti a favorire l'allattamento al seno - MO1-05 Individuare precocemente le difficoltà dello sviluppo del bambino da 0 a 36 mesi - MO1-06 Individuare precocemente i segnali a rischio per disagio infantile
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> - MO1LSa Sviluppo di programmi di promozione della salute riproduttiva e pre-concezionale e di prevenzione nei primi 1000 giorni, al fine di garantire le migliori condizioni di "partenza" ai nuovi nati - MO1LSb Attivazione di percorsi di promozione della salute e sani stili di vita familiari per genitori di bambini 0-36 mesi
LEA	<ul style="list-style-type: none"> - F07 Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare - Art. 24 Assistenza sociosanitaria ai minori , alle donne, alle coppie, alle famiglie

4.3.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

La tutela precoce della salute del bambino viene riconosciuta dalla comunità internazionale e dallo Stato italiano e le sue Regioni come uno dei migliori investimenti che un paese può realizzare per sviluppare la sua economia in termini di sostenibilità e di lotta alle disuguaglianze. Tra gli interventi che possono essere messi in campo con questa finalità sicuramente assume priorità la politica di supporto all'allattamento al seno, pratica non a caso inclusa tra i 17 gli obiettivi di sviluppo sostenibile



dell'Agenda ONU 2030. L'allattamento materno infatti comprende caratteristiche di economicità, poichè totalmente gratuito, caratteristiche ecologiche, in quanto, diversamente dall'allattamento artificiale, non comporta sistemi di produzione, trasporto, imballaggio o smaltimento, e caratteristiche etiche, perché non attua alcuna discriminazione etnica, culturale o socio-economica.

La popolazione destinataria degli interventi di prevenzione, in particolare nell'area materno-infantile, è oggetto di notevoli cambiamenti: per l'età dei genitori ed in particolare della mamma (in genere più elevata rispetto al passato); per la presenza di patologie della donna in attesa (ad es. obesità/diabete materno e gravidanze in donne con storia di patologie croniche o di neoplasie); per la molteplicità delle origini etniche e culturali della popolazione; per il cambiamento della struttura familiare; per la rapida evoluzione dei comportamenti riproduttivi e degli stili di vita dei genitori, dipendenti anche dalla situazione economica ed occupazionale, oltre che dall'invasione del ruolo dei social media. Ad una maggiore complessità di questi fattori emergenti corrisponde l'esigenza di una maggiore specificità di approccio e di intervento.

In questo scenario, la fase post partum rappresenta un momento delicato per il contesto familiare, in cui è importante cogliere eventuali segnali sintomatici di problematiche nell'espressione della genitorialità: in tal caso si rende necessario orientare la donna e/o il partner verso specifici percorsi per garantire, nei casi più comuni, il semplice benessere psicofisico del bambino o, in situazioni di maggiore complessità, per tutelarlo anche contro comportamenti genitoriali pericolosi (es. scuotimento neonatale come reazione al pianto continuo).

Nonostante l'evoluzione di contesto si sia rapidamente sviluppata in questi ultimi anni, uno degli interventi di salute pubblica più rilevanti in termini di efficacia e di rapporto costo/beneficio rimane la tutela, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno. Si rende pertanto necessario aggiornare l'approccio all'assistenza post partum e all'allattamento al seno adattandolo ai vigenti fattori culturali e ai nuovi contesti familiari e lavorativi. La cultura efficientista del biberon, che conta su più di due generazioni di mamme, nonché il marketing del baby food scoraggiano infatti una pratica, come quella dell'allattamento naturale, che comporta tempi ed attenzioni spesso ritenuti incompatibili con gli standard di vita delle nuove famiglie: tutto ciò condiziona in maniera importante la scelta e la libertà della neo-madre, che si ritrova sempre più spesso non supportata dall'esperienza della comunità di riferimento (famiglia, amicizie e conoscenze).

Le maggiori difficoltà ad approcciarsi all'allattamento materno si ritrovano in donne provenienti da gruppi sociali vulnerabili (giovani, madri single e migranti) ed in quello delle donne lavoratrici.

Numerose ricerche dimostrano che l'allattamento naturale è un determinante di salute sia per la madre che per il bambino. Ed è proprio per questo le donne hanno bisogno di avere dei riferimenti competenti, in grado di sostenerle nella scelta informata circa la modalità più corretta di alimentazione del proprio bambino.

I benefici dell'allattamento materno esclusivo sul corretto sviluppo del bambino e sulla prevenzione di numerose malattie sono da tempo riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), primo Ente a considerare tale pratica come uno degli obiettivi prioritari di salute pubblica a livello mondiale in grado di evitare da sola annualmente la morte di 1,4 milioni di bambini a livello mondiale. L'OMS raccomanda l'allattamento in maniera esclusiva fino al compimento del sesto mese di vita. È importante, inoltre, che il latte materno rimanga la scelta prioritaria anche dopo l'acquisto di alimenti complementari, fino ai due anni di vita ed oltre, e comunque finché mamma e bambino lo desiderino.

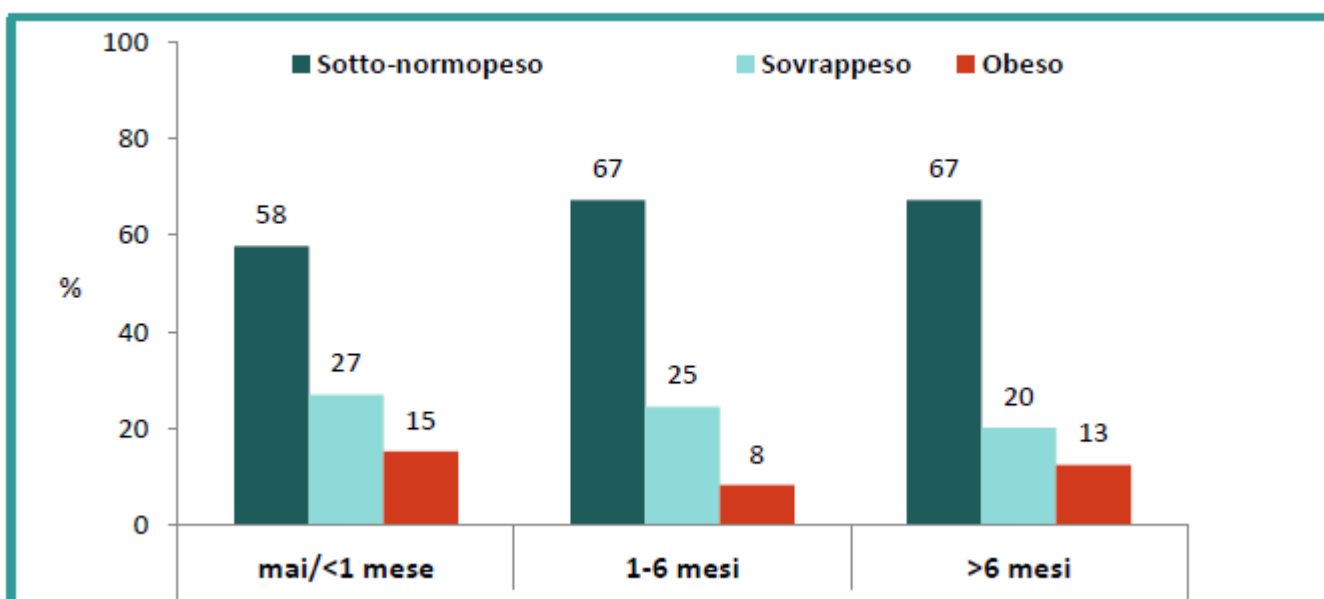


I programmi sviluppati nell'ambito delle organizzazioni internazionali "Comunità amica dei bambini" - "Ospedali amici dei bambini" e dell'OMS-UNICEF considerano fondamentale che le madri siano informate sui seguenti aspetti positivi connessi all'allattamento materno:

- rafforza e consolida il legame del neonato con la mamma (bonding),
- fornisce al neonato un'alimentazione completa (benefici nutrizionali),
- protegge il neonato dalle infezioni,
- porta comprovati benefici alla salute della mamma.

Vi sono evidenze sui vantaggi dell'allattamento al seno per il bambino, in termini trasferimento dei benefici anticorpali, ma anche sull'incidenza nella prevenzione di alcune malattie comuni, come l'obesità infantile, che peraltro trova anche altre concause negli stili vita scorretti della madre durante la gravidanza (in primis fumo da tabacco). Sono ormai noti studi che evidenziano infatti la correlazione tra il tipo di allattamento e l'associazione con lo stato ponderale del bambino per la valutazione predittiva dell'obesità infantile. Il grafico seguente sintetizza i risultati di un'indagine effettuata nel 2019 nella nostra regione (fonte Okkio alla Salute Abruzzo 2019) in cui tale correlazione è evidenziata con chiarezza.

Stato ponderale dei bambini per durata allattamento al seno



Vi sono evidenze di relazione tra alcuni fattori di contesto e la loro influenza sull'approccio all'allattamento al seno o sull'abbandono della pratica inizialmente seguita.

Uno studio ISTAT del 2015 (1), sebbene riferito ad uno specifico territorio locale, ha analizzato il fenomeno della pratica dell'allattamento al seno e dell'abbandono della stessa con riferimento ad alcuni fattori condizionanti. Poiché si tratta di situazioni presenti anche nella realtà nazionale e regionale, tali risultanze rappresentano una buona base di partenza per la valutare l'importanza delle criticità, sebbene le specifiche percentuali di incidenza rilevate potrebbero essere influenzate da fattori locali, ma anche da altri elementi (es. qualità dell'informazione alle donne).



Lo studio ha confermato che la conoscenza dell'allattamento al seno, dovuta alla formazione all'interno dei percorsi ASL (di preparazione al parto o di supporto post-partum), come pure l'esperienza personale della donna maturata durante precedenti gravidanze, gioca un ruolo di fondamentale importanza. Il rischio di non allattare infatti si riduce in questi casi per le madri che hanno beneficiato di un sostegno all'allattamento dopo il parto e in maniera importante per le madri che hanno già avuto esperienze precedenti di allattamento rispetto a chi non ha ricevuto alcun supporto. La presenza di un corso pre-parto contiene inoltre il rischio di non allattare come pure influisce sull'abbandono precoce della pratica. Anche l'abbandono si riduce per le madri che hanno beneficiato di un sostegno all'allattamento dopo il parto e per le madri che hanno già avuto esperienze precedenti di allattamento rispetto a chi non ha ricevuto supporto.

L'istruzione della donna è un altro determinante nell'allattamento. Le madri con alto livello di istruzione infatti hanno un rischio ridotto di mancato allattamento al seno rispetto alle madri con diploma di scuola superiore; mentre per le donne con basso livello di istruzione esso aumenta. Il livello di istruzione è protettivo anche rispetto al rischio di abbandono precoce: le madri con alto livello di istruzione hanno un rischio ridotto.

Anche la cultura del paese di provenienza della donna ha la sua influenza; in generale le madri di cittadinanza straniera hanno un rischio più basso di non allattare rispetto alle madri italiane. E' inoltre acclarato che le donne straniere allattano più a lungo e quindi in generale le madri di cittadinanza straniera hanno un rischio più basso di abbandono precoce rispetto alle madri italiane; la probabilità è significativamente più bassa per le madri dell'Europa Centro Orientale rispetto alle italiane.

L'età è un fattore di grande importanza. Le madri con 40 anni e oltre hanno un rischio più alto di non allattare, rispetto alle madri con 30-34 anni. Mentre l'abbandono della pratica è più frequente nelle donne giovani. Il rischio di smettere di allattare solo al seno, prima dei 3 mesi del bambino, si riduce all'aumentare dell'età; le giovanissime (fino a 24 anni) hanno un rischio di abbandonare più alto rispetto a quelle di 30-34 anni, mentre le ultraquarantenni, hanno un rischio ridotto.

Anche il lavoro ha la sua incidenza sul fenomeno; non tanto sulla probabilità di non allattare - che non sembra essere influenzata significativamente dal lavoro - quanto sull'abbandono precoce. La variabile più significativa è costituita dall'età in mesi del bambino al rientro al lavoro; il rientro precoce (entro i 3 mesi) aumenta il rischio di abbandono precoce dell'allattamento solo al seno, mentre prolungare l'astensione dal lavoro per un periodo tra i 6 e i 12 mesi comporta una riduzione e oltre l'anno una diminuzione rispetto a chi è rientrato tra i 4 e i 6 mesi. Di tutte le variabili legate alle caratteristiche del lavoro, quella che ha un impatto più significativo sul rischio di abbandono precoce dell'allattamento solo al seno è il settore attività (pubblico/privato); le madri che lavorano nel privato hanno un rischio più alto rispetto a quelle che lavorano nel pubblico.

La gemellarità più che il tipo di parto influenza il rischio di non allattare che lievita in caso di cesareo e in maniera più importante se la madre ha avuto un parto plurimo; in questa evenienza la probabilità di abbandono della pratica aumenta (come vi è un incremento della probabilità anche in caso di cesareo).

Sebbene lo studio non rilevi la incidenza dello stato civile della madre, tuttavia il dato, in maniera molto indicativa potrebbe risultare utile per delineare una condizione di stabilità familiare e genitoriale per il bambino, che ha la sua influenza anche sulla serenità della donna e sull'allattamento materno.



Per il 2019 i dati sull'allattamento materno nella Regione Abruzzo risultano da uno studio regionale pubblicato (2) che ha rilevato, con altre finalità di indagine, anche le informazioni principali riepilogate nella tabella che segue, confrontate con i valori nazionali.

VALORE ABRUZZO 2019			VALORE NAZIONALE
CARATTERISTICHE ALLA NASCITA	MODALITA'	%	%
Tipo di parto	Cesareo	43,3	40,01
Allattamento al seno	Mai/<1 mese	30,1	24,1
	1-6 mesi	32,6	33,8
	>6 mesi	37,3	42,2

Dalla tabella emerge che il dato delle donne che non hanno mai allattato o hanno allattato fino ad un mese (30,1%) è più alto di quello nazionale (24,1%) mentre nella fascia 1-6 mesi l'andamento è in linea con quello nazionale (32,6 % a fronte del 33,8%). Al di sopra dei 6 mesi il dato regionale delle donne che allattano (37,3%) è inferiore rispetto a quello nazionale (42,2%).

Le strategie da mettere in atto devono pertanto cercare di recuperare gli scostamenti rispetto al valore nazionale, tenendo conto dell'incidenza delle condizioni personali della donna che risultano determinanti per la scelta di allattare al seno o per l'abbandono della pratica dello stesso .

Le predette informazioni, relative alle condizioni personali delle donne che hanno partorito in Abruzzo nel 2019 (istruzione, paese di provenienza, età, condizione lavorativa, stato civile) sono riepilogate sinteticamente nelle tabelle che seguono (fonte dati cedap 2019).

Stato civile madre	totale	%
Non rilevato	32	0%
Nubile	3051	37%
Coniugata	5005	61%
Separata	88	1%
Divorziata	88	1%
Vedova	8	0%
TOTALE	8272	100%



Titolo studio madre	totale	%
Non rilevato	50	1%
laurea	2690	33%
Diploma universitario o laurea breve	104	1%
Diploma di scuola media superiore	3696	45%
Diploma di scuola media inferiore	1417	17%
Licenza elementare o nessun titolo	315	4%
TOTALE	8272	100%

Stato professionale madre	totale	%
Non rilevato	56	1%
Occupata	4793	58%
Disoccupata	1509	18%
In cerca di prima occupazione	7	0%
Studente	103	1%
Casalinga	1716	21%
Altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc.)	88	1%
TOTALE	8272	100%

Tipo occupazione madre	totale	%
Imprenditore o libero professionista	326	7%
Altro lavoratore autonomo	574	12%
Lavoratore dipendente : Dirigente o direttivo	132	3%
Lavoratore dipendente : Impiegato	2076	43%
Lavoratore dipendente : Operaio	952	20%
Altro lavoratore dipendente (apprendista, lavoratore a domicilio, ecc.)	733	15%
TOTALE donne occupate	4793	100%



ABRUZZO - Area geografica di provenienza della madre (valori percentuali)									
Italia	UE	Altri paesi europei	Africa	America centro sud	America del nord	Asia	Oceania	Apolide o non indicato/errato	totale
83,38	5,00	4,61	3,9	1,28	0,06	1,67	0,02	0,07	8272

Età della madre					
Classe d'età della madre				Totale parti	%non indicato errato
<20	20-29	30-39	40+		
0,59	25,99	62,78	10,63	8272	0,01

Età media madre al primo figlio	
Madre Cittadina italiana	Madre Cittadina straniera
32,33	28,74

Parti plurimi		
% parti plurimi	Totale plurimi	parti
1,6	132	

(1) Le determinanti dell'allattamento. Alcuni risultati dall'Indagine campionaria sulle nascite Cinzia Castagnaro e Sabrina Prati Convegno "Gravidanza, parto e allattamento. I dati del territorio" Venezia, 3 novembre 2015)

(2) Okkio alla salute Abruzzo 2019

4.3.3 Scheda di programma

4.3.3.1 Descrizione dal PNP

Il programma si pone in continuità con quanto già previsto nel precedente PRP, nell'ottica di migliorare gli interventi implementando una strategia regionale, più che aziendale, e risolvendo in tal modo le criticità derivanti dalla disomogeneità dei vari approcci territoriali.

Esso punta in particolare a:



- promuovere dinamiche di parent empowerment (capacità genitoriali) e di valorizzazione del legame relazionale (bonding) con il neonato;
- promuovere il counselling motivazionale al fine di migliorare gli stili di vita materni che incidono anche sulla salute del bambino ed istruendo le madri sui benefici dell'allattamento naturale, sia a breve che a lungo termine, sia per il bambino che per sé stesse (es. prevenzione tumore ovarico e del seno);
- creare una base documentale regionale;
- Implementare la rilevazione sistematica del fenomeno dell'allattamento al seno e dell'incidenza e delle cause di abbandono della pratica.

Risulta pertanto prioritario adottare un documento unico regionale sull'allattamento al seno che valorizzi le iniziative di promozione della pratica: esso affronterà in maniera omogenea, anche dal punto di vista organizzativo, le criticità derivanti da fenomeni condizionanti selezionati (età, cultura, condizioni personali etc.), influenti fortemente sugli stili di vita, sui comportamenti della genitorialità e sui fattori di distribuzione dello svantaggio economico-sociale, e valorizzerà le attività consultoriali che sono funzionalmente in costante contatto con la realtà sociale del territorio.

In particolare è necessario prevedere un servizio di assistenza post partum all'allattamento grazie al coinvolgimento delle ostetriche dei servizi territoriali (consultori familiari) attraverso la previsione di una uniforme modalità di presa in carico dalla dimissione ospedaliera. Il servizio fornisce assistenza alle donne dopo il parto, anche con modalità a distanza compatibili con le nuove esigenze pandemiche, prevedendo la possibilità di concordare incontri sia presso la struttura consultoriale che accessi domiciliari. Tale servizio, prevalentemente orientato alla valorizzazione dell'allattamento, costituisce l'occasione per supportare la donna anche in ulteriori pratiche di accudimento del neonato, in alcuni casi di vitale importanza per lo stesso (es. corretto posizionamento in culla).

La relazione che si stabilisce in questa modalità tra puerpera e servizi territoriali rappresenta inoltre un proficuo presupposto per l'attivazione all'occorrenza anche di altri servizi consultoriali, che possano prendere in carico ulteriori problematiche, sempre attinenti alle dinamiche familiari o genitoriali.

Risulta indispensabile inoltre avviare, con modalità omogenee su tutto il territorio, un sistema di monitoraggio regionale della pratica dell'allattamento al seno, dell'incidenza dello stesso e del suo abbandono, come pure un'analisi eziologica di tali fenomeni, al fine di verificare gli interventi attuati e di implementare possibili soluzioni ed azioni correttive, mediante l'acquisizione delle informazioni da parte degli operatori sanitari dei servizi vaccinali.

La sensibilizzazione della società civile mira a coinvolgere tutte le istituzioni interessate dalla tematica attraverso accordi che possano favorire, sul territorio, la promozione dell'allattamento al seno anche in ambienti frequentati dalle madri nella quotidianità (es. attività commerciali, farmacie, centri sportivi) promuovendo il gesto come un diritto irrinunciabile per la mamma e per il bambino.

La comunicazione viene garantita attraverso iniziative che coinvolgono anche altri programmi attinenti (PP4 e PI12)

Il programma sviluppa in termini promozione e prevenzione precoce dei fattori di rischio quanto stabilito da:

-Legge 29.07.1975 n°405 "Istituzione dei consultori familiari", integrata e modificata dalla successiva Legge 22.05.1978 n°194 avente per oggetto "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza";



- Legge Regionale 26.04.1978, n° 21 e ss.mm.ii., “Istituzione del servizio per l’assistenza alla famiglia, all’infanzia, alla maternità e paternità responsabili”;
- Legge Regionale 11.04.1990 n.35 Norme per la tutela della salute e del benessere psicofisico della donna partoriente e del neonato
- Legge Regionale 10.03.2008 n°5 “Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010” ed in particolare il paragrafo 5.2.8.2 recante “I consultori familiari”;
- Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano su “Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno” (Repertorio Atti n.: 257/CSR del 20/12/2007)
- Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" (Repertorio atti n. 137/CU del 16.12.2010)
- Accordo, ai sensi dell’articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento di indirizzo “Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita.” (Repertorio atti n. 15/CSR 20 del febbraio 2020).

4.3.3.2 Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano su “Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno” (Repertorio Atti n.: 257/CSR del 20/12/2007)

Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" (Repertorio atti n. 137/CU del 16.12.2010)

Accordo, ai sensi dell’articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento di indirizzo “Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita.” (Repertorio atti n. 15/CSR 20 del febbraio 2020)

WHO- Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services - 2017 - (linea guida sull’allattamento)

WHO: Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, Geneva 2003

WHO: Childhood nutrition and progress in implementing the International Code of marketing of Breast-milk Substitutes, A55/14, Geneva 19 March 2002

WHA: WHA 55.25 Infant and young child nutrition, Fifty-Fifth World Health Assembly Resolutions, Geneva, 13-18 May 2002

ILO: Recommendation 2000, No. 191

ILO: Maternity Protection Convention 2000, No. 183

OMS/UNICEF: Campagna mondiale “Ospedale amico dei bambini”, 1991



OMS/UNICEF:Dichiarazione degli innocenti sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno (1990)

OMS:Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno, 1981

BLUEPRINT: Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno in Europa: un programma d'azione

4.3.4 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL13_OT02	protocolli di intesa con altre istituzioni per promozione diffusione allattamento nella comunità civile
PL13_OT02_IT02	Accordi intersettoriali
formula	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni del Programma (es. ANCI; Scuola; Prefetture e Forze dell'Ordine; altre istituzioni; Associazioni di Promozione sociale; Associazioni di categoria; espressioni della società civile; ecc.)
Standard	Almeno 1 accordo entro il 2022
Fonte	Regione

FORMAZIONE

PL13_OT03	formazione del personale delle strutture ospedaliere e territoriali per promozione e sostegno allattamento al seno
PL13_OT03_IT03	Formazione intersettoriale
formula	Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder
Standard	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022
Fonte	Regione



COMUNICAZIONE

PL13_OT04	attività di comunicazione e sensibilizzazione rivolta alle donne e alle famiglie
PL13_OT04_IT04	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni
formula	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale
Standard	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022 realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023
Fonte	Regione

EQUITÀ

PL13_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL13_OT01_IT01	Lenti di equità
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

4.3.5 Obiettivi e indicatori specifici

PL13_OS01	Approvazione documento regionale sull' allattamento al seno
PL13_OS01_	Documento regionale allattamento al seno
formula	presenza/assenza
Standard	presenza entro 2023
Fonte	regione
PL13_OS02	Organizzazione servizio di assistenza post partum all'allattamento
PL13_OS02_IS01	servizio assistenza post partum all'allattamento
formula	presenza/assenza
Standard	presenza entro 2024
Fonte	regione



PL13_OS03	organizzazione sistema di monitoraggio regionale della pratica dell'allattamento al seno, dell'incidenza dello stesso e dell' abbandono
PL13_OS03_	organizzazione monitoraggio regionale all'allattamento al seno
formula	presenza/assenza
Standard	presenza entro 2025
Fonte	regione

4.3.6 Azioni

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (1 di 2)	Istituzione gruppo di lavoro attività consultoriali
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.13 Altro (specificare)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Approvazione documento regionale sull' allattamento al seno	
	Documento regionale allattamento al seno
OS02 Organizzazione servizio di assistenza post partum all'allattamento	
OS02IS01	servizio assistenza post partum all'allattamento
OS03 organizzazione sistema di monitoraggio regionale della pratica dell'allattamento al seno, dell'incidenza dello stesso e dell' abbandono	
	organizzazione monitoraggio regionale all'allattamento al seno
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
Nessun obiettivo indicatore trasversale associato	
CICLO DI VITA	infanzia
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria

DESCRIZIONE

Le attività di supporto alla maternità e più in generale alla genitorialità e alla famiglia nella fase post partum necessitano di un coordinamento delle attività consultoriali regionali che non ha attualmente una sede di confronto e condivisione delle buone pratiche in ambito regionale. Sebbene vi sia il coinvolgimento dei consultori nell'ambito del Comitato percorso nascita regionale esso rappresenta tuttavia una sede in cui spesso il contributo del territorio rischia di non essere efficace; infatti laddove non viene preventivamente concordata una linea comune dei servizi consultoriali le voci delle singole realtà rischiano di non risultare adeguatamente rappresentative delle scenario regionale. Il gruppo di



lavoro può avere compiti propositivi nei confronti del CPNR nel quale è presente in maniera più importante la componente ospedaliera.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL13
TITOLO AZIONE (2 di 2)	Implementazione della presa in carico della puerpera da parte dei servizi consultoriali
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.4 Ciclo HEA di un Servizio Sociosanitario (es. Consultori, Screening, Materno-Infantile, ecc.)
OBIETTIVI/INDICATORI SPECIFICI	
OS01 Approvazione documento regionale sull' allattamento al seno	
	Documento regionale allattamento al seno
OS02 Organizzazione servizio di assistenza post partum all'allattamento	
OS02IS01	servizio assistenza post partum all'allattamento
OBIETTIVI/INDICATORI TRASVERSALI	
OT04 attività di comunicazione e sensibilizzazione rivolta alle donne e alle famiglie	
OT04IT04	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni
CICLO DI VITA	infanzia
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria

DESCRIZIONE

Alla dimissione dall'ospedale la puerpera deve essere informata della possibilità di ottenere dal consultorio la necessaria assistenza sia con supporto a distanza che concordando accessi presso la ASL o domiciliari da parte degli operatori. E' necessario definire delle modalità di presa in carico uniformi su tutto il territorio regionale. La principale finalità è il sostegno all'allattamento al seno. Tuttavia le modalità operative devono favorire anche l'accesso agli ulteriori strumenti socio-sanitari per il sostegno alle dinamiche familiari e genitoriali soprattutto nelle situazioni di particolare vulnerabilità sociale



MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	monitoraggio assistenza post partum
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	
ATTORI COINVOLTI	ostetriche consultori, altri operatori operatori, servizi sociali
INDICATORE	<p>numero di puerpere assistite per allattamento al seno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formula:numero puerpere dimesse all'ospedale prese in carico dal consultorio • Standard30% puerpere dimesse • FonteAUSL

ALLEGATO A

APPENDICE 1 ALLEGATI

APPENDICE 2 TABELLE DI SINTESI PER IL MONITORAGGIO DEI PP E DEI PL

INDICATORI TRASVERSALI

PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico	PP01_OT01	Accordi intersettoriali (a)	Presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" (Accordo Stato Regioni 17.01.19)	Regione	1 Accordo entro il 2022		si			



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico	PP01_OT01	Accordi intersettoriali (b)	presenza di Accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni (es. ANCI, Associazioni di promozione sociale e/o Sportiva, ecc.)	Regione	Almeno 2 Accordi entro il 2025					2
PP01	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole dell'“Approccio globale alla salute”;di cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.	PP01_OT02	Formazione congiunta “Scuola – Sanità” per la condivisione del modello Scuole che Promuovono Salute	Presenza di offerta formativa per operatori sanitari, dirigenti/insegnanti sul modello Scuole che Promuovono Salute	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, progettato e gestito insieme alla scuola		1			



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Garantire opportunità di formazione a Dirigenti, Insegnanti, altro personale della Scuola, amministratori locali, agenzie educative e altri stakeholder	PP01_OT03	Formazione operatori sanitari, socio-sanitari, insegnanti e altri stakeholder	Presenza di offerta formativa, per operatori sanitari, sociosanitari, insegnanti e altri stakeholder, sui programmi/azioni/interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del PRP		1	1	1	1



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Costruire strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder	PP01_OT04	Comunicazione per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali di comunicazione rivolti a scuole, genitori, enti locali, associazioni, ecc. per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti	Regione e MIUR – USR	Progettazione e produzione di almeno 2 strumenti/materiali (uno riguardante l’approccio e uno riguardante i risultati raggiunti) a carattere regionale entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione/diffusione dei risultati, ogni anno dal 2023 al 2025 - realizzazione di almeno 2 iniziative di comunicazione/diffusione (una riguardante l’approccio e una riguardante i risultati raggiunti) a livello regionale nel 2025		2	1	1	2



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PP01_OT05	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si
PP02	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorevoli l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità), il contrasto alla sedentarietà e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati	PP02_OT01	Accordi intersettoriali	Presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder	Regione	Almeno 1 Accordo regionale entro il 2022		1			



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP02	Promuovere il coinvolgimento multidisciplinare di operatori sanitari e non sanitari per la realizzazione di attività di sensibilizzazione e per l'attuazione di programmi di attività fisica e/o sportiva adattata all'età	PP02_OT02	Formazione intersettoriale	Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP02	Organizzare percorsi di formazione al counseling breve per gli operatori del SSN coinvolti	PP02_OT04	Formazione counseling breve sul	Presenza di offerta formativa per gli operatori del SSN (inclusi MMG e PLS) finalizzata all'acquisizione di competenze sul counseling breve	Regione	Disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target formativo, entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP02	Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder	PP02_OT05	Comunicazione ed informazione	Disponibilità e realizzazione di interventi di comunicazione ed informazione rivolti sia alla popolazione sia ai diversi stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP02	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	PP02_OT06	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si
PP03	Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavoro nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti	PP03_OT01	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma	Presenza di Accordi formalizzati	Regione	Almeno 1 Accordo di carattere regionale entro il 2022		1			
PP03	Garantire opportunità di formazione dei professionisti sanitari e medici	PP03_OT02	Formazione dei Medici Competenti al counseling breve	Presenza di offerta regionale di programmi formativi validati (anche FAD)	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo entro il 2022		1			



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP03	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute	PP03_OT03	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022 realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023		si	1	1	1
PP03	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza dei datori di lavoro sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze di salute, delle prassi organizzative	PP03_OT04	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio	PP04_OT01	Accordi intersettoriali	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni del Programma (es. ANCI; Scuola; Prefetture e Forze dell'Ordine; altre istituzioni; Associazioni di Promozione sociale; Associazioni di categoria; espressioni della società civile; ecc.)	Regione	Almeno 1 accordo entro il 2022		1			



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale a Decisori, Policy maker, Amministratori locali, altri Stakeholder, Operatori di tutte le Agenzie e Organizzazioni educative e sociali presenti nel territorio	PP04_OT02	Formazione (A)	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022		1	1	1	1
PP04	Svolgere attività di formazione rivolta ai referenti istituzionali in materia di dipendenze basati su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum	PP04_OT03	Formazione (B)	Disponibilità di percorsi formativi per gli attori coinvolti su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum (programmi validati)	Regione	Almeno 1 percorso formativo, entro il 2022		1			



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Svolgere attività di formazione sul counseling breve rivolte agli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari (inclusi MMG e PLS)	PP04_OT04	Formazione (C)	Disponibilità di un programma di formazione sul counseling breve rivolto agli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS).	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo ogni anno a partire dal 2022.		1	1	1	1
PP04	Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva	PP04_OT06	Comunicazione ed informazione	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024		si	1	1	1



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	PP04_OT07	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si
PP05	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città Metropolitane/ Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell'ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche	PP05_OT01	Accordi intersettoriali	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario	Regione	Almeno 1 accordo entro il 2022, almeno 2 accordi entro il 2025;		1			2



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP05	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	PP05_OT02	Formazione Operatori sanitari e sociosanitari – ambito età pediatrica	Presenza di offerta formativa per gli operatori sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e sociosanitari finalizzata allo sviluppo della cultura della sicurezza degli ambienti domestici e della strada e alla crescita delle competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022		1	1	1	1
PP05	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	PP05_OT02	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari – ambito anziani	Presenza di offerta formativa per gli operatori Sanitari e Sociosanitari (inclusi i MMG), i collaboratori familiari e i caregiver per la prevenzione degli incidenti negli ambienti domestici tra gli anziani, anche attraverso il corretto uso dei farmaci	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022		1	1	1	1



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP05	Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio	PP05_OT03	Comunicazione e informazione	Disponibilità di iniziative/strumenti/materiali di comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza in ambiente domestico e sulla strada nelle comunità locali	Regione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP05	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle azioni programmate	PP05_OT04	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021		si	si	si	si
PP06	Sviluppare un confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008	PP06_OT01	Intersettorialità	Confronto nei tavoli territoriali, con le parti sociali e datoriali, strutturato all'interno del Comitato ex art 7 d.lgs 81/2008	Regione	Almeno 2 incontri annui (livello regionale/territoriale) con redazione dei relativi verbali		si	si	si	si



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP06	Organizzare percorsi di formazione per le aziende individuate e percorsi di formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro	PP06_OT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione	Regione	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)		1	1	1	1
PP06	Produrre report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate	PP06_OT03	Comunicazione	Attività di restituzione dei risultati e diffusione di buone prassi in ordine all'approccio "sistemico" del rischio	Regione	Almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti		1	1	1	1
PP06	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi	PP06_OT05	Lenti di equita	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021		si	si	si	si



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP07	Sviluppo delle collaborazioni e delle azioni integrate: intradipartimentali tra Istituzioni (MdS, INAIL, INL, NAS, ICQRF, MiPAAF, MiSE, MiIT, MLPS, MIUR, VVF) finalizzate agli obiettivi di prevenzione; tra parti sociali e stakeholder (EE.BB, Società Scientifiche, OO.SS. e Associazioni datoriali di settore); con Ordini e collegi professionali	PP07_OT01	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7	Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione	Regione	Almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP (livello regionale/territorial e con redazione dei relativi verbali)		2	2	2	2
PP07	Realizzazione di attività di formazione dei soggetti del sistema della prevenzione in agricoltura e in edilizia.	PP07_OT02	Formazione SSL rivolta agli operatori del settore edile per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico	Attuazione di percorsi di formazione secondo i criteri definiti in ambito nazionale, rivolto agli operatori dei settori edilizia ed agricoltura e delle ASL per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico	Regione	Almeno n. 3 iniziative/incontri/seminari/convegni all'anno		3	3	3	3



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP07	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo in edilizia ed agricoltura, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder	PP07_OT06	Comunicazione dell'approccio al rischio	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi interistituzionali, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio, nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP07	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PP07_OT08	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP08	Confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008	PP08_OT02	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7	Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione	Regione	Almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP (livello regionale/territorial e con redazione dei relativi verbali)		si	si	si	si
PP08	Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza	PP08_OT03	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione	Regione	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)		1	1	1	1



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP08	Elaborazione e diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi (cancerogeno, ergonomico, psicosociale)	PP08_OT05	Comunicazione dell'approccio al rischio	Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo, anche tramite accordi interistituzionali, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio, nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP08	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PP08_OT06	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021		si	si	si	si



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP09	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	PP09_OT01	Attività intersettoriali	Elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, anche attuativi di accordi di programma/convenzioni previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92	Regione	Almeno un programma/accordo entro il 2022		1			
PP09	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	PP09_OT01	Tavoli tecnici intersettoriali	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health anche in coerenza con gli Accordi/Programmi intersettoriali di cui all'indicatore 1.	Regione	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2023			1		



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP09	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte della Comunità e degli operatori in ambito sanitario ed ambientale: di un "Approccio globale alla salute" di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze	PP09_OT02	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN	Disponibilità di un programma di interventi di formazione sui temi ambiente, clima e salute, compresa la valutazione di impatto ambientale e sanitario, epidemiologia ambientale e tossicologia ambientale, comunicazione del rischio, temi della valutazione e gestione del rischio chimico, ecc., per operatori interni al SSN (con particolare riferimento ai MMG, PLS) e operatori del SNPA, anche attraverso modalità via web (FAD)	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022		1	1	1	1



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP09	Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio	PP09_OT04	Iniziativa/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute	Disponibilità di almeno un programma di interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari ed al pubblico volti a promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute	Regione	Realizzazione di almeno un intervento di informazione/sensibilizzazione per ogni anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP09	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PP09_OT05	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, ARPA, IZZSS, Ordini professionali/Federazioni, Comuni, Enti, Istituzioni, allevatori, operatori del settore alimentare e farmaceutico e altri stakeholder, finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR	PP10_OT01	Tavoli tecnici intersettoriali	Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR	Regione	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2022		1			
PP10	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti	PP10_OT02	Formazione appropriata sull'uso di antibiotici	Presenza di offerta formativa progettata e gestita insieme alla Scuola, alle Università e agli Ordini professionali	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo di carattere regionale, entro il 2022		1			



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità sull'uso appropriato degli antibiotici. Costruire strumenti di comunicazione e informazione, organizzare interventi mirati e specifici per i diversi stakeholder	PP10_OT03	Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici	Esistenza di un programma regionale annuale di informazione e comunicazione basato sulle evidenze, coordinato con le azioni nazionali e le indicazioni del PNCAR	Regione	Realizzazione annuale del programma di comunicazione		si	si	si	si
PP10	Orientare gli interventi per garantire l'equità nel Paese aumentando la consapevolezza nelle diverse comunità, nella popolazione e nelle categorie maggiormente a rischio	PP10_OT04	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si
PL11	Attivare collaborazioni intersettoriali al fine di implementare il processo di arruolamento della popolazione target per ciascuno dei tre screening oncologici e delle donne con rischio di tumore mammario ereditario	PL11_OT02	Accordo con Associazioni tutela diritti del cittadino	presenza di accordo	REGIONE	almeno 1 accordo stipulato nel 2022		si			



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL11	Attivare collaborazioni intersettoriali al fine di implementare il processo di arruolamento della popolazione target per ciascuno dei tre screening oncologici e delle donne con rischio di tumore mammario ereditario	PL11_OT02	Accordi intersettoriali	Presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder	Regione	Almeno 1 Accordo regionale entro il 2022		1			
PL11	garantire opportunità di formazione e aggiornamento degli operatori coinvolti nel percorso di screening	PL11_OT03	Presenza di un percorso formativo validato	Presenza di offerta formativa per gli operatori del SSN(inclusi MMG e PLS) finalizzata all'acquisizione di competenze sui percorsi di screening	REGIONE/ ASL	almeno 1 percorso formativo annuale a partire dal 2022		si	si	si	si
PL11	garantire opportunità di formazione e aggiornamento degli operatori coinvolti nel percorso di screening	PL11_OT03	Formazione intersettoriale	Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022		1	1	1	1



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL11	Promuovere la conoscenza dell'offerta dei programmi di screening presso la popolazione target mediante iniziative di marketing sociale equity oriented (cioè attente a barriere culturali, linguistiche ecc)	PL11_OT04	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022 realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023		si	1	1	1
PL11	Promuovere la conoscenza dell'offerta dei programmi di screening presso la popolazione target mediante iniziative di marketing sociale equity oriented (cioè attente a barriere culturali, linguistiche ecc)	PL11_OT04	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022 realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023		si	1	1	1
PL11	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL11_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL12	sviluppare/ consolidare processi intersettoriali con MIUR -USR finalizzati alla condotta integrata di azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e responsabilità del mondo scolastico; promuovere il coinvolgimento multidisciplinare di operatori sanitari per la realizzazione di attività di sensibilizzazione e promozione alle vaccinazioni.	PL12_OT02	Accordi intersettoriali (a)	Presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" (Accordo Stato Regioni 17.01.19)	Regione	1 Accordo entro il 2022		si			
PL12	organizzare percorsi di formazione comune rivolta ai professionisti dei settori coinvolti, per lo sviluppo di competenze, conoscenze e condivisione per la promozione delle vaccinazioni	PL12_OT03	Formazione counseling breve sul	Presenza di offerta formativa per gli operatori del SSN (inclusi MMG e PLS) finalizzata all'acquisizione di competenze sul counseling breve	Regione	Disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target formativo, entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL12	Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti alla popolazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole	PL12_OT04	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022 realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023		si	1	1	1
PL12	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL12_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL13	protocolli di intesa con altre istituzioni per promozione diffusione allattamento nella comunità civile	PL13_OT02	Accordi intersettoriali	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni del Programma (es. ANCI; Scuola; Prefetture e Forze dell'Ordine; altre istituzioni; Associazioni di Promozione sociale; Associazioni di categoria; espressioni della società civile; ecc.)	Regione	Almeno 1 accordo entro il 2022		1			
PL13	formazione del personale delle strutture ospedaliere e territoriali per promozione e sostegno allattamento al seno	PL13_OT03	Formazione intersettoriale	Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022		1	1	1	1
PL13	attività di comunicazione e sensibilizzazione rivolta alle donne e alle famiglie	PL13_OT04	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022 realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023		si	1	1	1



PROG RAM MA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL13	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL13_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si



INDICATORI

SPECIFICI

PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP01	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")	PP01_O S02	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")	presenza	Regione	disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali		si			



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP01	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")	PP01_O S02	Sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"	presenza	Regione	Progettazione/attuamento del sistema entro il 2022;Disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023		si	si	si	si
PP01	Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.	PP01_O S03	Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute	presenza di 1 Rete regionale di "Scuole che Promuovono Salute" formalizzata da MIUR - USR	MIUR - USR.	Rete regionale formalizzata entro il 2022		si			



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP01	Diffondere l'adozione dell'“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	PP01_O S01	Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete (* Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica: quindi nell'anagrafe MIUR il codice meccanografico della relativa Scuola)	(N. Istituti scolastici * che aderiscono formalmente alla Rete con impegno a recepire l'“Approccio globale” e a realizzare gli interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”) / (N. Istituti scolastici presenti sul territorio regionale) *100	Regione, Anagrafe MIUR (“Scuole in chiaro”)	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro 2024; almeno il 30% entro il 2025			10	20	30



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP01	Diffondere l'adozione dell'“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	PP01_O S01	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate	(N. Scuole* che realizzano almeno 1 intervento di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”) / (N. Scuole presenti sul territorio regionale la cui Direzione Scolastica ha aderito alla Rete) *100 (* Per Scuole si deve intendere il plesso o la tipologia di indirizzo (es. liceo scientifico, liceo tecnologico, istituto agrario, ecc.): quindi nell'anagrafe MIUR i rispettivi codici meccanografici.)	Regione, Anagrafe MIUR (“Scuole in chiaro “)	almeno il 50%, ogni anno a partire dal 2022		50	50	50	50



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP01	Diffondere l'adozione dell'“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	PP01_O S01	Scuole raggiunte dal Programma - Attuazione dell'intervento Toybox	(N. Scuole che realizzano l'intervento ToyBox) / (N. Scuole dell'Infanzia presenti sul territorio regionale la cui Direzione Scolastica ha aderito alla Rete) *100	Gruppo di lavoro PP1 - Regione Abruzzo	almeno il 30%, ogni anno a partire dal 2023			30	40	50



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP02	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	PP02_O S01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età	(N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo) / (N. totale Comuni) * 100	Regione	20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025			20		50



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP02	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	PP02_O S01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)	(N. ASL sul cui territorio è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)) / (N. totale ASL) *100	Regione	50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025			50		10 0



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP03	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	PP03_O S02	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese/aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere ("Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	presenza	Regione	disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali		si			
PP03	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	PP03_O S02	Disponibilità di un sistema di monitoraggio regionale per la rilevazione della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili"	presenza	Regione	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022, disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023		si	si	si	si



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP03	Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	PP03_O S01	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)	(N. sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili", per ciascuna area indicata nel Documento stesso) / (N. sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche aderenti al Programma) *100	Regione	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro il 2025			10		20



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP03	Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	PP03_O S01	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)	(N. Aziende Sanitarie e Ospedaliere aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" per ciascuna area indicata nel Documento stesso) / (N. Aziende sanitarie e ospedaliere aderenti al Programma) *100	Regione	almeno il 20% entro il 2023; almeno il 50% entro il 2025			20		50
PP04	Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative	PP04_O S01	Sistema di monitoraggio regionale	Attivazione e implementazione di un sistema di monitoraggio, con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi	Regione	Progettazione /adattamento entro il 2022; Disponibilità e utilizzo entro il 2023		si	si		



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP04	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting	PP04_O S02	Copertura (target raggiunti dal Programma)	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano Programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in setting extra scolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo) /n° Aziende Sociosanitarie del territorio*100	Regione	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024			50	80	



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP04	Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo	PP04_O S03	Copertura (target raggiunti dal Programma)	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato/(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100	Regione	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024			50	80	



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP04	Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all' intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato	PP04_O S04	Copertura (target raggiunti dal Programma)	$(N \text{ Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di riduzione dei rischi e del danno rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi}) / (n^\circ \text{ Aziende Sociosanitarie del territorio}) * 100$	Regione	almeno il 50% entro il 2023 , almeno l'80% entro il 2025			50		80
PP04	Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA	PP04_O S05	Copertura (target raggiunti dal Programma)	$(N \text{ Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio }) / (n^\circ \text{ Aziende Sociosanitarie del territorio}) * 100$	Regione	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2025			50		80



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_O S01	Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) *	(N. di Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) nei quali la ASL ha espresso un contributo nell'ambito del procedimento di VAS) /(N. totale di PUMS) *100	Regione	30% di PUMS entro il 2023; 80% di PUMS entro il 2025			30		80



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP05	Estendere/implementare strategie e azioni per promuovere la sicurezza negli ambienti domestici	PP05_O S02	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")	presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR -USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" (Accordo Stato Regioni 17.01.19)	Regione	Disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali		si			



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_O S01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età	(N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo) / (N. totale Comuni) * 100	Regione	20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025			20		50



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_O S01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)	(N. ASL sul cui territorio è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)) / (N. totale ASL) *100	Regione	50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025			50		10 0



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_O S01	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese/aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere (“Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)	presenza	Regione	disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali		si			



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP06	Promuovere l'approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro), al sostegno, alla autovalutazione e gestione dei rischi, al ruolo dei lavoratori (RLS) nell'organizzazione della salute e sicurezza aziendale, tramite l'attivazione di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP) in "settori" specifici individuati in ciascuna Regione sulla base delle specificità territoriali (diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura)	PP06_O S01	Progettazione e realizzazione, da parte di ogni Regione, di PMP rivolti ad aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura	Formula: n. di PMP "attuati" * su aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura (* Per attuazione del PMP si intende la completa esecuzione delle fasi ed attività indicate nello specifico paragrafo del MO4)	Regione	maggiore o uguale a 3					3



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP07	Promozione delle attività di vigilanza, controllo e assistenza alle imprese anche applicando alle attività di controllo i principi dell'assistenza "empowerment" e dell'informazione; contrasto all'utilizzo di macchine ed attrezzature da lavoro non conformi o prive dei Requisiti Essenziali di Sicurezza e creazione della banca dati delle non conformità ai RES	PP07_O S01	Strategie di intervento per le attività di vigilanza, controllo, assistenza	Programmazione annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza	Regione	Report annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza in rapporto al numero di aziende agricole presenti sul territorio (privilegiando le micro imprese) e di aziende del commercio macchine anche nelle manifestazioni fieristiche e, per l'edilizia, al numero di notifiche preliminari significative (importo lavori maggiore di 30.000 euro) pervenute l'anno precedente		si	si	si	si



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP07	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto/uso del trattore, uso di sostanze pericolose, contenimento dei rischi nei lavori stagionali) tramite l'attivazione in ciascuna Regione/ASL di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP), di contrasto ad uno o più rischi specifici del settore edilizia ed agricoltura, individuato sulla base delle specificità territoriali e conformemente alle risorse e competenze disponibili	PP07_O S02	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto)	Regione	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun comparto (edilizia e agricoltura); 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento; 2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza		si	si	si	si



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP07	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)	PP07_O S03	Sorveglianza Sanitaria Efficace	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)	Regione	(per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) - 2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente la sorveglianza sanitaria, per i comparti Edilizia e Agricoltura - 2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti - 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza		si	si	si	si



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP08	Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	PP08_O S01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali	presenza	Regione	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun rischio; 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento;2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza		si	si	si	si



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP08	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti	PP08_O S02	Sorveglianza Sanitaria Efficace	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)	Regione	(per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B): 2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente alla sorveglianza sanitaria;2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti, 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza		si	si	si	si



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP09	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	PP09_O S01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali	Stipula di almeno un Accordo, Attuazione degli Accordi	Regione	Stipula Accordo entro il 2022, Rispetto tempistiche ed attività previste dagli Accordi		si			
PP09	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	PP09_O S01	Rete regionale integrata ambiente e salute	Realizzazione di una Rete regionale integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN e SNPA	Regione	Formalizzazione della rete entro il 2023			si		
PP09	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	PP09_O S01	Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali	Formalizzazione di indirizzi e criteri regionali	Regione	Formalizzazione entro il 2023			si		



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP09	Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute	PP09_O S02	Programmazione e realizzazione di interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato	Formalizzazione di un Programma annuale regionale di controllo in materia di sicurezza chimica, trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato	Regione	Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo		si	si	si	si
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_O S03	Piani Regionali per l'amianto	Formalizzazione del Piano Regionale Amianto	Regione	Approvazione del Piano Regionale Amianto entro il 2025					si
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_O S03	Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica	Adozione di documento regionale riguardante le buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati - Realizzazione di interventi formativi specifici sulle buone pratiche	Regione	Adozione del documento regionale entro il 2023 - Realizzazione di almeno un intervento formativo entro il 2025			si		si



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_O S03	Urban health	Partecipazione a tavoli tecnici inter istituzionali di valutazione dei programmi/progetti dedicati a rigenerazione urbana/urban health/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a promuovere ambienti "salutogenici"	Regione	rappresentanza socio-sanitaria in almeno un tavolo tecnico interistituzionale secondo la programmazione delle politiche regionali di sviluppo					si
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_O S03	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano	Realizzazione del sistema informativo	Regione	Realizzazione entro il 2025					si



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP09	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	PP09_O S01	Corso di formazione	1 per anno	Regione Abruzzo	1 corso di formazione all'anno		1	1	1	1
PP09	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	PP09_O S01	Corso di formazione	NUMERICA	Regione Abruzzo	CORSO DI FORMAZIONE	1	1	1	1	1
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Sorveglianza e monitoraggio (a)	adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute	Regione / ISS	SI (verifica annuale)		si	si	si	si



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Sorveglianza e monitoraggio (b)	percentuale di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate incluse nel sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano: (N. strutture di ricovero per acuti aderenti alla sorveglianza dell'AMR) / (N. totale delle strutture di ricovero per acuti) x 100	Regione / ISS	100% (entro il 2025, ma con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)		si	si	si	10 0



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Sorveglianza e monitoraggio (c)	Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza, omogenee tra le Regioni	Regione	Si (entro 2023)			si		
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Sorveglianza e monitoraggio (d)_laboratori	% laboratori regionali (pubblici e privati) coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia	Regione	Elenco dei laboratori al 2022 e verifica annuale di aumento della percentuale annua di partecipazione entro il 2025.		si	si	si	si



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Sorveglianza e monitoraggio (d)_procedure	Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari	Regione/IZS/C NR-LNR	SI (entro il 2023)			si		



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): A	Restituzione annuale, da parte della Regione alle Aziende Sanitarie, di informazioni relative al consumo di antibiotici in ambito umano e veterinario, al fine di ottemperare agli obiettivi di riduzione dei consumi previsti dal PNCAR e successive versioni. In ambito veterinario tali informazioni scaturiscono dal sistema di tracciabilità del farmaco veterinario e REV	Regione	Produzione Report annuale (a partire dal 2022)		si	si	si	si



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): B	e coordinamento delle attività del piano regionale residui a livello locale annuale del piano come previsto dal PNCAR	Regione	produzione report annuale		si	si	si	si
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): C	e promozione dell'applicazione degli strumenti informatici messi a disposizione dal Ministero per la definizione di DDDVET per gli antimicrobici e le categorie di animali produttori di alimenti	Regione/ASL/ Ordini Professionali	almeno il 50% degli allevamenti deve essere monitorato con le DDDVET entro il 2025, con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo		si	si	si	50



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): D	Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici tool informatici messi a disposizione dal Ministero	Regione	100% (entro il 2025), con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)		si	si	si	10 0
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Sorveglianza e monitoraggio (e)	% di strutture di ricovero in cui è stata effettivamente attivata la sorveglianza dei CRE, con un grado di copertura >90% (verificata attraverso lo "zero reporting" oppure attraverso l'incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile)	Regione/ISS	>90% (entro 2025), con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo		si	si	si	90



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Sorveglianza e monitoraggio (f)	Partecipazione regionale ad almeno tre sorveglianze delle infezioni correlate all'assistenza, come da indicazioni del Ministero della Salute, definendo un piano progressivo di sviluppo della sorveglianza regionale	Regione/ISS	n. 3 sorveglianze (entro 2022)		3			



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Sorveglianza e monitoraggio (g)	Formula % di Comitati per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA) che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza: (N. CC-ICA che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza / (N. totale CC-ICA) x 100	Regione	100% (ANNUALE)		10 0	10 0	10 0	10 0



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Promozione dell'applicazione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario (a)	Offerta e realizzazione di iniziative, a livello di ASL, indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali mirate alla verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso appropriato di antibiotici secondo linee guida nazionali entro il 2025	Regione	100% Asl aderiscono alle iniziative entro il 2025					10 0
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (b):	Esistenza di iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario, coordinate e con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCAR e le linee guida sull'uso prudente	Regione	almeno 1 iniziativa annuale		1	1	1	1



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano (c):	Esistenza di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di Antimicrobial stewardship (AS) in tutte le Aziende sanitarie/Ospedali: (N Aziende sanitarie/Ospedali in cui è stato predisposto un programma di AS) / (N. totale Aziende sanitarieOspedali) x 100	Regione	100%, (entro il 2025)					100



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (a):	Esistenza di un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza in tutti gli ospedali pubblici: (N. ospedali che hanno attivato un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza) / (N. totale ospedali) x 100	Regione	100%, (entro il 2022)		10 0			
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (b):	Istituzione di un sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani: (N. ospedali che dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica) / (N. totale di ospedali della Regione) x100	Regione	100% (entro 2024)				10 0	



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_O S01	Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA	% di Aziende che hanno inserito negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, per medici, veterinari e farmacisti sul buon uso degli antibiotici e per tutti gli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA: $(N.Aziende\ sanitarie\ in\ cui\ è\ stato\ predisposto\ almeno\ un\ corso\ di\ formazione\ all'anno) / (N.\ totale\ Aziende\ sanitarie) \times 100$	Regione	100% (entro 2024)				10 0	
PL11	potenziamento/implementazione del coordinamento regionale screening;	PL11_O S01	Ricostituzione del comitato di coordinamento regionale screening	atto formale regionale che ridefinisce la composizione e le finalità del Comitato di coordinamento regionale screening	Regione	Ricostituzione formale del Comitato entro il 2022		si			



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PL11	estensione dell'invito attivo allo screening mammografico alle fasce di età 45-49 e 70-74 anni e all'invito attivo allo screening del colon retto alla fascia di età 70-74 anni	PL11_O S02	implementazione del programma di screening della mammella e del colon retto	Elaborazione di indicazioni di adeguamento dei programmi di screening regionali della mammella e colon retto.	Regione	Adozione documento regionale		si	si		
PL11	implementazione di protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV	PL11_O S03	attuazione di protocollo di screening cervicale differenziato per le bambine vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV	predisposizione di lettera tipo da inviare alle 25enni contenente informazioni sulla posticipazione della chiamata allo screening a 30 anni con test HPV DNA	REGIONE/ASL	invio lettera tipo a partire dal 2022 per la coorte delle bambine nate nel 1997		si	si	si	si



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PL11	implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2	PL11_O S04	elaborazione PDTA del carcinoma della mammella	elaborazione di un documento di programmazione regionale concernente la definizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA), integrato con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di carcinoma eredo familiare della mammella	REGIONE	presenza documento		si	si	si	si
PL11	realizzazione di un nuovo sistema unico regionale di informatizzazione screening	PL11_O S05	nuovo sistema unico regionale di informatizzazione screening	acquisizione nuovo sistema regionale informatizzato screening	REGIONE	acquisizione e messa a regime del nuovo sistema regionale informatizzato screening		si	si	si	si



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PL12	Favorire a livello regionale e locale la realizzazione , nelle tempistiche previste, delle azioni previste nel Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia, e successive versioni, per il conseguimento degli obiettivi di eradicazione.	PL12_O S01	Sostenere il Piano nazionale di eliminazione morbillo e rosolia congenita per il conseguimento degli obiettivi di eradicazione	Atto regionale di recepimento e indirizzo documento nazionale	REGIONE/MINISTERO	Disponibilità documento entro il 2023			si		
PL12	Implementazione e monitoraggio nuovo sistema notifiche malattie infettive denominato "PREMAL"	PL12_O S02	Consolidamento e monitoraggio nuovo sistema notifiche Malattie infettive "PREMAL"	n. ASL su cui è attivo il nuovo sistema di notifiche/n.totale ASL* 100	REGIONE/ASL	100% ASL entro il 2022		4			



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PL12	Elaborazione di strategie e di interventi di comunicazione sanitaria sulle malattie infettive prevenibili e sulle vaccinazioni come mezzo per aumentare le coperture vaccinali nella popolazione della Regione Abruzzo.	PL12_O S03	Sviluppo di un programma di comunicazione univoco regionale basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini dell'adesione consapevole	presenza di offerta formativa per operatori sanitari e dirigenti/insegnanti	REGIONE	realizzazione di almeno 1 percorso formativo annuale di carattere regionale gestito con la scuola a partire dal 2022		si	si	si	si
PL12	Completa informatizzazione dell'Anagrafe vaccinale regionale	PL12_O S04	Implementazione anagrafe vaccinale regionale in tutte e 4 le Asl	100%	Regione/ASL	inserimento sul sistema anagrafe vaccinale informatizzata coorti mancanti		si	si	si	si



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PL12	Sorveglianza popolazione generale e/o ad alto rischio per HCV, HBV e HIV ,sifilide.	PL12_O S05	Accessibilità screening HCV,HIV,HBV,sifilide	N° inviti per test HCV,HIV,HBV,sifilide/ totale della popolazione target	ASL	Si intende identificare, nel target di popolazione generale e a maggior rischio, infezioni misconosciute di HCV, HBV,sifilide e HIV allo scopo di trattare i casi positivi e prevenire casi secondari ad essi associati.		50	75	10 0	10 0
PL12	Assicurare a livello regionale l'attuazione dei Piani nazionali di prevenzione e controllo delle malattie ed emergenze infettive	PL12_O S06	Recepimento e attuazione piani nazionali per prevenzione e controllo malattie ed emergenze infettive	Numero di Piani operativi locali/numero di Aziende sanitarie della Regione Abruzzo	Regione/ASL	Attuazione e adozione di un piano locale da parte di tutte le Asl della Regione		si	4	si	si
PL13	Approvazione documento regionale sull' allattamento al seno	PL13_O S01	Documento regionale allattamento al seno	presenza/assenza	regione	presenza entro 2023			si		



PROGRA MMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	20 21	20 22	20 23	20 24	20 25
PL13	Organizzazione servizio di assistenza post partum all'allattamento	PL13_O S02	servizio assistenza post partum all'allattamento	presenza/assenza	regione	presenza entro 2024			si		
PL13	organizzazione sistema di monitoraggio regionale della pratica dell'allattamento al seno, dell'incidenza dello stesso e dell' abbandono	PL13_O S03	organizzazione monitoraggio regionale all'allattamento al seno	presenza/assenza	regione	presenza entro 2025					si