RegioneLombardia

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2021-2025

CAPITOLO 1 - Quadro generale del PRP

1.1 Presentazione del PRP . . . . . pag. 4
1.2 Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto . . . . . pag. 8

CAPITOLO 2 - Struttura del PRP

2.1 Elenco dei Programmi Predefiniti e Liberi del PRP . . . . . pag. 25
2.2 Tabella sinottica Obiettivi Strategici/Programmi . . . . . pag. 26
2.3 Tabella Azioni per programma . . . . . pag. 40

CAPITOLO 3 - Programmi Predefiniti

3.1 PP01 Scuole che promuovono Salute . . . . . pag. 55
3.2 PP02 Comunità attive . . . . . pag. 86
3.3 PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute . . . . . pag. 120
3.4 PP04 Dipendenze . . . . . pag. 148
3.5 PP05 Sicurezza negli ambienti di vita . . . . . pag. 186
3.6 PP06 Piano mirato di prevenzione . . . . . pag. 218
3.7 PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura . . . . . pag. 248
3.8 PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro . . . . . pag. 279
3.9 PP09 Ambiente, clima e salute . . . . . pag. 307
3.10 PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza . . . . . pag. 351

CAPITOLO 4 - Programmi Liberi

4.1 PL19 Conoscenze e strumenti per la programmazione e la prevenzione . . . . . pag. 405
4.2 PL14 Screening oncologici . . . . . pag. 445
4.3 PL12 Nutrire la Salute . . . . . pag. 465
4.4 PL16 La promozione della salute in gravidanza nei primi 1000 giorni . . . . . pag. 485
4.5 PL20 Prevenzione della Cronicità . . . . . pag. 519
4.6 PL17 Evoluzione programma "Rating Audit Control (RAC) dell'Organisation for Economic Co-operation and Developement (OECD)" . . . . . pag. 549
4.7 PL15 Malattie infettive: quadro logico, preparedness e piano pandemico . . . . . pag. 563
4.8 PL18 Malattie Infettive Prevenibili da Vaccino . . . . . pag. 592
4.9 PL13 Malattie Infettive trasmesse da alimenti: prevenzione, sorveglianza e controllo . . . . . pag. 622
4.10 PL21 Malattie Infettive Sessualmente Trasmesse . . . . . pag. 648
4.11 PL22 Malattie infettive correlate all'ambiente e ai vettori . . . . . pag. 677
4.12 PL23 Malattie infettive correlate alle condizioni di vita . . . . . pag. 695

APPENDICI

APPENDICE 1 - TABELLE DI SINTESI PER IL MONITORAGGIO DEI PP E DEI PL . . . . . pag. 716

APPENDICE 2 - IL PROFILO DI SALUTE ED EQUITÀ DELLA POPOLAZIONE LOMBARDA

CAPITOLO 1 Quadro generale del PRP

1.1 Presentazione del PRP

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025, nel rispetto dei vincoli del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 (Intesa Stato-Regioni, 6 agosto 2020), è lo strumento di programmazione regionale per tutta l'area della prevenzione, promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche degenerative, comprese le dipendenze. Il Piano mira a promuovere e supportare la salute individuale e collettiva secondo un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato, nel quale l'attenzione alla centralità della persona e della comunità è un elemento essenziale, nella consapevolezza che la salute è determinata non solo da fattori biologici o comportamenti individuali, ma anche da fattori ambientali, sociali ed economici da sostenere anche per un approccio di equità.

Continuità con il PRP 2014-2019 (DCR n. X/1497/2017 e XI/67/2018). Il PRP 2020-2025 ripropone l'*Evidence Based Prevention* come criterio di policy (programmazione e valutazione) ed adotta un approccio integrato e per setting di programmi e di interventi coerenti con il contesto regionale, utilizzando una struttura a matrice, nella quale le diverse azioni o programmi agiscono su più obiettivi contemporaneamente. Inoltre, il nuovo PRP dà continuità al precedente attuando un approccio trasversale e multidisciplinare che va oltre il contributo del solo Servizio Sanitario Regionale, coinvolgendo un ampio schieramento di risorse e competenze, per sviluppare capacità di dialogo e valorizzare l'apporto di Soggetti istituzionali e Attori sociali che, pur avendo altre *mission* o interessi, sono in grado di fornire un contributo su obiettivi di prevenzione e promozione della salute concreti e misurabili in termini di "guadagno di salute".
Nel 2019 si è concluso il PRP 2014-2019, i cui risultati contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi del PNP 2014-2019 ed eventuali relativi obiettivi europei.

Risultati conseguiti. I principali risultati sono riferiti, nella maggior parte dei casi, ad azioni portate a sistema o in via di consolidamento ed ottenuti mediante strumenti strategici trasversali a tutti i Programmi del Piano:

- predisposizione/aggiornamento periodico e attuazione di **Piani di settore** di programmazione e governo locale, mirati all'integrazione istituzionale, gestionale ed operativo-funzionale interna, e di Piani riferiti a specifiche tipologie di rischio;
- **Accordi** con stakeholder per sviluppare e consolidare processi intersettoriali di prevenzione, promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute ed alla prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie cronico-degenerative, per valorizzarne il ruolo e il contributo responsabile;
- attuazione di **percorsi formativi**, in collaborazione con l'Istituto Regionale per il Supporto alle Politiche della Lombardia, per operatori sanitari e stakeholder pubblici/privati, per diffondere ed accrescere conoscenze e competenze;
- realizzazione di piani, azioni e strumenti di **comunicazione** per favorire la riconoscibilità della programmazione regionale di settore: iniziative intersettoriali, diffusione e scambio di Buone pratiche, documentazione tecnica e materiale informativo e loro aggiornamento (siti web, newsletter, …);
- raccordo con **Piani di Azione, Strategie e Progetti nazionali, internazionali ed Europei**.

Di seguito si richiamano le **azioni ormai a sistema** e riferibili ai 10 Macro Obiettivi Centrali**[1]**[1] (MOC) del PNP 2014-2019:

MOC.1-6. Attività trasversali, finalizzate alla promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute, a prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie cronico degenerative non trasmissibili e dipendenze patologiche, programmate nei Piani Integrati Locali ATS, che concorrono al raggiungimento dei LEA nei quattro setting e relativi target:

- *Scuola*: Rete Scuole che Promuovono Salute Lombardia;
- *Luoghi di lavoro*: Rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro Lombardia*;*
- *Comunità locali*: interventi impattanti sulle politiche dei Comuni nei diversi contesti di vita per incrementare le opportunità di salute (alimentazione, attività fisica, invecchiamento attivo), ridurre le situazioni di rischio (dipendenze, tabagismo, Disturbi da Gioco d'Azzardo, sicurezza stradale e domestica) e di raccordo tra politiche per la salute e strategie chiave riferite al territorio e al sociale*;*
- *Servizi socio-sanitari*: promozione allattamento seno (modello WHO – UNICEF); screening audiologico e oftalmologico nei punti nascita ospedalieri; rete assistenza extraospedaliera ai malati di AIDS e sindromi HIV correlate; supporto socio-sanitario a soggetti a rischio per patologie infettive legate alla povertà/emarginazione sociale (es. tubercolosi);

Programmi di screening oncologici:

- mantenimento del trend in aumento dell'estensione degli inviti e del tasso di adesione per gli screening mammografico e colon-rettale (fascia di età prevista dal LEA 50-69 anni);
- ampliamento delle fasce di età nell'offerta di screening mammografico (45-74 anni) e del colon retto (50-74 anni);
- Audit dei Centri Screening ATS (modello "*Precede-proceed*") per il controllo della qualità dell'offerta e l'incremento dell'adesione;

MOC.7. Modello organizzativo tripartito di pianificazione e monitoraggio attività nell'ambito dell'Ufficio Operativo e del Comitato di coordinamento art. 7 DLgs 81/08 (DPCM 21.12.2007), articolato in laboratori tematici per la produzione di linee regionali di indirizzo; modulazione dei controlli in ragione della capacità/motivazione dell'impresa alla prevenzione, coniugando repressione ed assistenza; raccordo con INFORMO e MalProf e archivio INAIL delle denunce di infortunio per la raccolta dati sui relativi eventi; sviluppo strumento informatico per la pianificazione dei controlli prioritari in edilizia, in collaborazione con OECD; emersione delle malattie professionali – in primis mesoteliomi - mediante servizio telematico (SMP) dedicato alla rete dei medici territoriali, ospedalieri e del Centro Operativo Regionale ex art. 244 DLgs 81/08; consolidamento strumenti anche informatici (Ge.M.A.) per la realizzazione degli interventi di prevenzione e controllo del rischio amianto (censimento siti, controllo bonifiche e sorveglianza sanitaria esposti);

MOC.8. Approccio metodologico interdisciplinare per l'adozione di interventi di prevenzione delle esposizioni a inquinanti chimici, fisici e microbiologici in ambienti indoor e outdoor, e per la gestione delle emergenze ambientali; sviluppo sistemi d'integrazione delle informazioni derivanti da dati ambientali e sanitari; integrazione disciplinare tra DG Territorio e DG Welfare in relazione alla definizione di norme relative alla costruzione di edifici, di strumenti condivisi per la stima degli impatti sulla salute nelle procedure VIA e VAS e partecipazione delle strutture sanitarie ai procedimenti ambientali (AIA,AUA,PGT, etc); rafforzamento dell'attività di vigilanza e controllo in materia di sicurezza chimica nel contesto di Economia circolare, attraverso indirizzi operativi di controllo per l'integrazione tra i diversi settori (REACH-CLP, biocidi, fitosanitari, cosmetici, rifiuti etc.) e la realizzazione dei Piani Nazionali di Controllo;

MOC.9. Mantenimento/miglioramento delle coperture vaccinali previste nel PNPV/PRPV; percorso di Audit per il controllo della qualità del percorso vaccinale; sistema informativo unico regionale di registrazione vaccinazioni 'SIAVR'; disponibilità on-line dei dati di copertura vaccinali: https://www.dati.lombardia.it/stories/s/mq3i-dr57; miglioramento della sorveglianza delle malattie a trasmissione alimentare tramite raccordo tra laboratori di riferimento per patologia e per matrice alimentare e ambientale per l'individuazione dell'agente eziologico, dell'alimento e dei fattori di rischio coinvolti nell'episodio;

MOC.10. Piani di intervento per emergenza sicurezza alimentare, con realizzazione di un'esercitazione multiprofessionale (coordinamento con Protezione Civile); verifica dei requisiti igienico-sanitari di alimenti ed imprese produttrici, in attuazione della normativa comunitaria e dei piani nazionali da parte delle ATS; riclassificazione delle imprese alimentari secondo la MasterList nazionale, con l'aggiornamento dei DB regionali dei controlli e applicativi ATS; completamento dei dati degli operatori del settore dei mangimi in VETiNfo; disponibilità di indicatori dell'utilizzo del farmaco veterinario per singola azienda e di prescrizione di antimicrobici per la cura di animali d'affezione; pianificazione integrata a livello regionale di controlli ispettivi e campionamenti di alimenti e materiali destinati al contatto con gli alimenti; implementazione della capacità analitica dei laboratori del controllo ufficiale; collaborazione con le altre Autorità Competenti su sicurezza alimentare, qualità degli alimenti e repressione delle frodi, con controlli congiunti; percorso di audit su tutte ATS per verifica dell'efficacia e appropriatezza dei controlli ufficiali; formazione del personale addetto al controllo ufficiale (Accordo SR 7 febbraio 2013).

Mutamento di scenario. Il 20 febbraio 2020 è stato segnalato in Lombardia il primo caso SARS-CoV-2, soggetto italiano ricoverato nell'ospedale di Codogno ("paziente 1"). Da quel momento le attività messe in atto da tutto il Sistema (Fase 1-3) sono state indirizzate verso la:

- gestione della diffusione del virus SARS-CoV-2;
- possibilità di garantire, nei limiti delle risorse umane e strumentali disponibili e reperibili, l'erogazione delle prestazioni LEA;
- risposta ai normali bisogni di salute della popolazione.

Fase 1 (*febbraio-maggio 2020 - emergenza pandemica)*. Azioni di contenimento dell'infezione da SARS-CoV-2 (agente di pandemia): incremento della sorveglianza epidemiologica; adozione di misure di prevenzione e controllo dell'infezione in base alle caratteristiche del virus e storia clinica della patologia; garanzia di trattamento e assistenza; piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari ed altri servizi essenziali; rinforzo della formazione; strategie di comunicazione; monitoraggio dell'efficacia delle misure intraprese.

Fase 2 (*periodo successivo a maggio 2020)*. Azioni di progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale; monitoraggio e gestione dell'evento pandemico, compreso il *follow-up* dei pazienti COVID; azioni per assicurare l'erogazione di prestazioni sanitarie/sociosanitarie alla popolazione, in particolare per il recupero di quanto rimandato o non erogato nella prima fase dell'epidemia (prestazioni con finalità preventive: screening, vaccinazioni);

Fase 3 (*autunno/inverno/primavera 2020-2021)*. Provvedimenti per garantire la tenuta del Sistema rispetto ai nuovi picchi epidemici; riduzione delle attività ospedaliere ordinarie, rafforzamento del *contact tracing*, attivazione zone rosse.

In questo scenario, l'area della Prevenzione ha gestito, per le parti di competenza, i percorsi di monitoraggio epidemiologico dell'infezione SARS-CoV-2 e sorveglianza, prevenzione e controllo dei nuovi casi, l'effettuazione degli esami del Test Molecolare Virus SARS-COVID2 e per la ricerca degli anticorpi Anti SARS-COV-2 e la programmazione della Vaccinazione antinfluenzale 2019-20.

Tramite i DIPS ATS, sono stati garantiti i servizi essenziali di competenza, in particolare rimodulando tutte le attività indifferibili di controllo e vigilanza a tutela della Salute pubblica.

E' stato avviato lo studio (WHO), coordinato da ISS, per la ricerca e il monitoraggio di SARS-CoV-2 nelle acque reflue per l'individuazione di indicatori sensibili e disponibili in continuo, in grado di descrivere i cambiamenti del profilo epidemiologico, il carico sulle strutture di ricovero, ospedaliere e residenziali sociosanitarie, di definire preventivamente, ove possibile, il *cut-off* e le azioni di controllo da implementare e/o da riorientare sulla base di nuove evidenze scientifiche e di eventuali indirizzi nazionali.

La nuova programmazione. Il PNP 2020-2025 individua 6 macrobiettivi, ***MO01*** *Malattie croniche non trasmissibili,* ***MO02*** *Dipendenze da sostanze e comportamenti,* ***MO03*** *Incidenti domestici e stradali,* ***MO04*** *Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali,* ***MO05*** *Ambiente, Clima e Salute,* ***MO06*** *Malattie infettive prioritarie,* rispetto ai quali si articola, attraverso Programmi Predefiniti e Programmi Liberi, il Piano Regionale della Prevenzione della Regione Lombardia.
Il PRP 2020-2025, in linea con l'approccio *One Health*, si basa su una visione organica delle relazioni tra salute–umana, animale e dell'ecosistema per affrontare efficacemente i rischi potenziali/esistenti per la salute, e si pone come strumento per il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda ONU 2030 per lo sviluppo sostenibile del pianeta mediante un approccio combinato agli aspetti economici, sociali e ambientali che impattano sul benessere delle persone e sullo sviluppo delle società. In tal senso, il PRP si incardina all'interno di una pianificazione di politiche regionali alte - "Piano delle performance, degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio 2021" (DGR XI /4230/2021), che risultano in linea con gli obiettivi Goal dell'Agenda 2030 e che, con la loro declinazione all'interno della Strategia nazionale Sviluppo sostenibile, individuano cinque temi per supportare la ripresa, sostenere lo sviluppo e per guidare le priorità 2021 – 2023 di Regione Lombardia (1. Rilancio del sistema economico e produttivo; 2. Bellezza, natura e cultura lombarde; 3. Forza dell'istruzione, della formazione, della ricerca e del lavoro; 4. La persona, prima di tutto; 5. Un territorio connesso, uno sviluppo sostenibile).
Anche nei precedenti PRP si è operato per l'implementazione di azioni basate su robuste evidenze di efficacia preventiva e sostenibilità organizzativa affinché fosse garantita una solida offerta di prevenzione ai cittadini lombardi. Per tale ragione la programmazione 2020-2025 prevederà sia il consolidamento/miglioramento dei programmi già a regime, sia l'avvio di nuovi, e sarà caratterizzata da una particolare attenzione verso una riduzione delle diseguaglianze, sia dal punto di vista dell'offerta che della domanda (*Health literacy*).

[1] ***MOC.1.*** *Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili;* ***MOC.2.*** *Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali;* ***MOC.3.*** *Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani;* ***MOC.4.*** *Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti;* ***MOC.5.*** *Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti;* ***MOC.6.*** *Prevenire gli incidenti domestici e ridurre la gravità dei loro esiti;* ***MOC.7.*** *Prevenire gli infortuni e le malattie professionali;* ***MOC.8.*** *Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute;* ***MOC.9.*** *Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie;* ***MOC.10.*** *Attuare il piano nazionale integrato dei controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria*

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

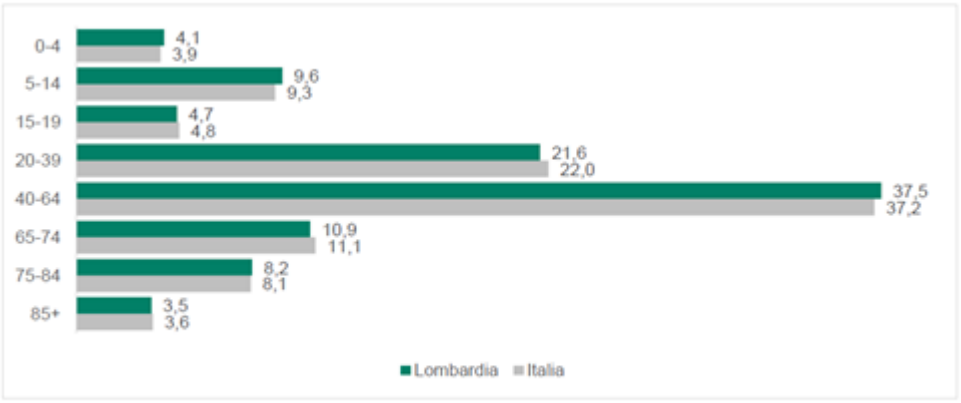
Sintesi del Profilo di salute ed equità

In Lombardia negli ultimi anni si è registrato un progressivo miglioramento delle condizioni di salute, della longevità e speranza di vita alla nascita che hanno riguardato tutte le fasi della vita, dalla riduzione della mortalità infantile ai consistenti progressi nell'età adulta e senile, evidenziati dall'evoluzione positiva della mortalità evitabile e da incrementi nella qualità della sopravvivenza in età anziana. È migliorata, infine, la diffusione tra i cittadini di alcuni stili di vita più sani, in particolare si è ridotta la sedentarietà. Lo scenario si è però modificato con l'avvento della pandemia Covid-19.

I dati di seguito riportati descrivono la situazione in Lombardia.

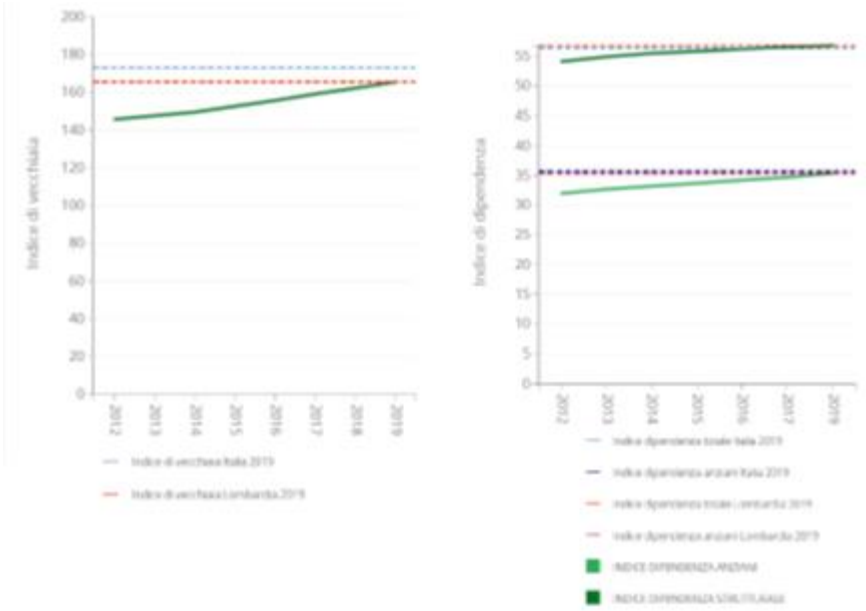
CONTESTO DEMOGRAFICO

In Lombardia al 1° gennaio 2019 risiedevano 10.060.574 persone (16,7% del totale della popolazione residente in Italia). Poco più di 1/4 abita nei 12 capoluoghi di provincia, tra cui Milano che raccoglie il 13,7% del totale.



Fonte: Istat, Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile
(a) Dati provvisori

Gli anziani >65 anni rappresentano il 22,9% della popolazione totale, quelli tra 15 e 64 anni il 63,7%, mentre solo il 13,4% ha meno di 15 anni. L'età media è di 45,5 anni (range: 44,7 Bergamo e 47,1 Pavia). Nel 2019 l'analisi dell'*indice di vecchiaia* (165,5) e *di dipendenza strutturale totale* (56,8) evidenzia come il peso assoluto della popolazione anziana sia progressivamente consistente negli anni. Un trend analogo si osserva anche per il tasso di dipendenza strutturale per la sola fascia di anziani >65 anni (35,4). Le province di Pavia, Cremona e Mantova presentano valori superiori alla media per tutti e tre gli indici demografici.



Nel 2020 la *pandemia da Covid-19* ha prodotto marcati effetti sulla dinamica demografica. Infatti, mentre negli anni precedenti la popolazione lombarda è lievemente aumentata, grazie ad un saldo migratorio positivo che ha controbilanciato parzialmente il saldo naturale negativo (nascite-decessi), nel 2020 il trend si è invertito e al 1/01/2021 i residenti (9.967.000) sono diminuiti dello 0,6% su base annua. La riduzione della popolazione è effetto del saldo naturale negativo dovuto all'aumento dei decessi soprattutto durante la prima ondata, con un totale di 136,2mila decessi per tutte le cause (+36,3%) e alla riduzione delle nascite soprattutto nella seconda ondata, con un totale di 69,1mila nuovi nati (-5,5%).

La ***dinamica di popolazione di Lombardia e Italia, anni 2010 e 2020***, è la seguente.

	Lombardia		Italia	
Dinamica di popolazione	**2010**	**2020**	**2010**	**2020**
Numero di nati	97.815	73.117 (2019)	561.944	420.084 (2019)
Numero di deceduti	89.068	99.983 (2019)	593.427	634.417
Tasso di natalità	10,1	6,9 (p)	9,5	6,8
Tasso di mortalità (x 1.000)	9,3	13,6 (p)	9,8	12,6
Saldo migratorio totale (x 1.000)	7	0,7 (p)	4,7	-0,7
Saldo migratorio con estero (x	6,2	1,9 (p)	4,7	1,3
Stranieri residenti (x 100)	9,8	11,5	7	8,4

P= dati parziali

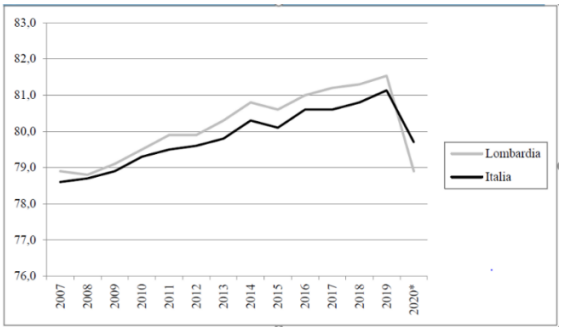
STATO DI SALUTE

Nel 2020 *la* ***speranza di vita alla nascita*** a seguito della pandemia riduce bruscamente il trend positivo degli ultimi anni e scende negli uomini a 78,9 anni e nelle donne a 83,9 anni (in Italia: uomini 79,7 anni e donne 84,4 anni), con perdita rispettivamente di ben 2,6 e di 2 anni rispetto al 2019.
Nel confronto nazionale, la perdita è di 0,8 anni negli uomini e di 0,5 nelle donne. Riduzioni più marcate si registrano nelle province di Bergamo (uomini:-4,3 anni, donne:-3,2 anni), Cremona e Lodi (rispettivamente, uomini:– 4,5 e donne:-2,9 anni).

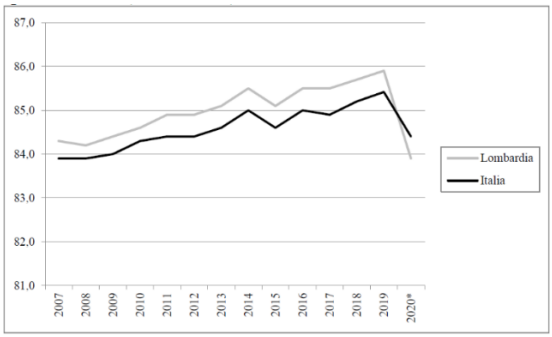
In contrasto con il trend progressivo negli ultimi anni di riduzione del divario tra uomini e donne nella speranza di vita, avendo il Covid-19, colpito più gli uomini in termini di mortalità, ha fatto sì che la

distanza nella speranza di vita sia aumentata nuovamente a favore delle donne (in Lombardia +5 anni nel 2020) *(Osservasalute 2020)*.

***Speranza di vita** (valori in anni) alla nascita. Maschi 2007-2020*



***Speranza di vita** (valori in anni) alla nascita. Femmine 2007-2020*



Patologie croniche

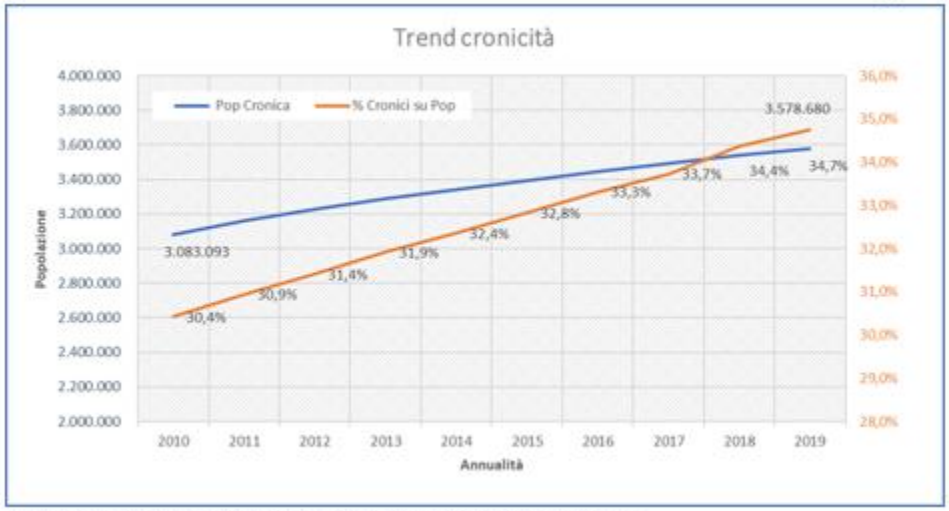
La principale causa di morte è rappresentata dalle malattie croniche, le maggiori responsabili della perdita di anni di vita vissuti in buona salute e del consumo di risorse sanitarie in quanto notevolmente disabilitanti. Esse sono determinate sia da fattori di tipo genetico non modificabili, sia da fattori comportamentali, pertanto modificabili attraverso la promozione di stili di vita salutari, da qui la rilevanza dell'investimento in prevenzione.

Età avanzata e bassi livelli socioeconomici si correlano ad una maggiore prevalenza e mortalità per patologie croniche.

Negli ultimi anni la prevalenza di soggetti affetti da patologie croniche è aumentata passando dal 30,4% del 2010 al 34,7% del 2019; l'incremento, soprattutto >65 anni, è quasi direttamente proporzionale all'aumento del numero di soggetti nella specifica classe d'età; il carico di cronicità oltre i 65 anni è mediamente del 74% e oltre gli 80 anni giunge al 85-86%.

La distribuzione dei soggetti cronici si concentra nelle seguenti principali patologie: *ipertensione arteriosa (22,7% dei soggetti cronici), diabete mellito di tipo 2 (8,5%), ipercolesterolemie familiari e non familiari (6,2%), neoplasia in fase attiva, cioè soggetta a prestazioni sanitarie "traccianti" nell'ultimo anno (5,5%), cardiopatia ischemica (5,2%).*

Popolazione secondo la condizione di salute e alcune malattie croniche (x100)



Fonte: Istat, Indagine sugli Aspetti della vita quotidiana

I dati relativi ai trend temporali indicano che l'incidenza dei principali tumori è in riduzione negli uomini e nelle donne, in particolare quella del colon-retto, grazie agli effetti dello screening oncologico.

Nelle donne si evidenzia il trend in crescita dei tumori di polmone e mammella.

I trend temporali indicano che tra il 2003-2014 anche la mortalità continua a diminuire in maniera significativa in entrambi i generi come risultato di più fattori, quali la prevenzione primaria ed in particolare per: lotta al tabagismo, diffusione degli screening su base nazionale, miglioramenti diagnostici, progressi terapeutici (chirurgici, farmacologici, radioterapici) e l'applicazione sempre più su larga scala di una gestione multidisciplinare dei pazienti oncologici.

I tassi di ***mortalità*** nel 2018, risultano del 100,9/10.000 per gli uomini e del 65,3/10.000 per le donne (Italia: uomini 103,1/10.000 e donne 68,5/10.000). Nel periodo 2007-2018, si evidenzia una riduzione per gli uomini: -19,3% *vs* -17,7% valore nazionale e per le donne: -14,5% *vs* -13,9% valore nazionale. I dati per genere maschile sono quasi tutti inferiori ai valori italiani (eccetto il dato 2008 che risulta uguale), mentre per il genere femminile i dati risultano tutti minori rispetto ai dati nazionali.

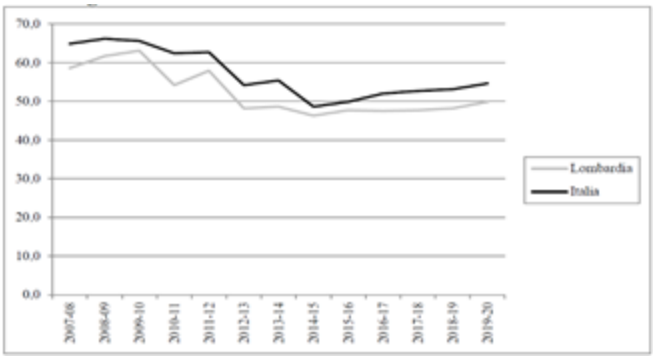
Per effetto della pandemia Covid-19, il tasso di mortalità sale da 1,01% del 2019 a 1,36%, mentre il tasso di natalità prosegue il trend negativo (0,75% nel 2018) e passa da 0,72% del 2019 a 0,69%. Nel 2018, le principali cause di mortalità nei maschi fino ai 39 anni sono i decessi di natura violenta e nelle donne la prima causa di morte è rappresentata dai tumori, pur con un tasso identico a quello maschile. Tra 40 e 74 anni le prime due cause di decesso sono i tumori e le malattie del sistema circolatorio in entrambi i generi, con una mortalità per tumori nelle donne inizialmente molto simile a quella degli uomini, quindi decisamente inferiore con l'avanzare dell'età. Dai 75 anni in poi le malattie del sistema circolatorio rappresentano la prima causa di morte nelle donne, mentre negli uomini fino agli 89 anni prevalgono ancora i tumori. Tra gli ultra 90enni, poco meno della metà dei decessi è dovuto alle malattie del sistema circolatorio, seguiti dai tumori.

Nel periodo pandemico, l'eccesso di mortalità per tutte le cause rappresenta un importante indicatore dell'impatto complessivo dell'epidemia, perchè comprende i decessi attribuiti direttamente a Covid-19 e quelli non diagnosticati o indirettamente collegati alla pandemia per ritardato o mancato trattamento a causa di un sistema sanitario sovraccarico.

Rispetto al 2019, l'eccesso di mortalità è pari al 24,7% (superiore al 13,2% nazionale) e risulta più elevato nelle province di Bergamo, Cremona e Lodi. L'eccesso di mortalità rispetto alla media dei 5 anni precedenti (2015-2019) è più rilevante nella prima ondata rispetto alla seconda; ad esso contribuiscono in particolare gli over 80 e la fascia tra 70-79 anni in percentuali simili a quelle della mortalità da Covid-19. Nei soggetti di età <50 anni, invece, si osserva una minore mortalità rispetto ai 5 anni precedenti, sia per la minore letalità dell'epidemia sia per la riduzione della mortalità per alcune delle principali cause in questa fascia di popolazione come quelle accidentali, per effetto del lockdown e del conseguente blocco della mobilità e di molte attività produttive.

Accesso alle offerte di Prevenzione

La copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età >65 anni è del 49,9% (valore nazionale 54,6%), stagione 2019-2020 (Osservasalute 2020).er la minore letalità dell'epidemia sia per la riduzione della mortalità per alcune delle principali cause in questa fascia di popolazione come quelle accidentali, per effetto del lockdown e del conseguente blocco della mobilità e di molte attività produttive.



Si mantengono elevati i livelli di copertura vaccinale esavalente e MPR, con un trend in aumento tra il 2018 e il 2019, così come la soddisfazione dei cittadini sulla qualità del servizio vaccinale, passando dal 94% al 98% tra 2018 e 2019.

Indicatori	2018	2019	2020
Copertura esavalente	95,30%	95,60%	94,12%
Copertura MPR	94,10%	95,48%	93,65%
Monitoraggio qualità del servizio offerto al cittadino (valutato tramite audit)	94,16%	97,57%	nd

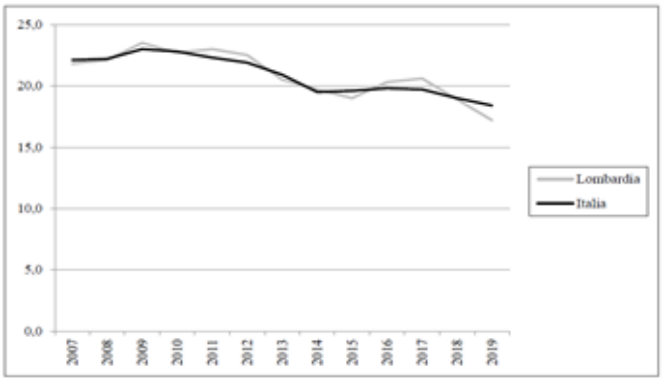
I programmi di screening mammografico e colon-rettale sono a regime dal 2007, mentre quello della cervice uterina è attivo solo in 5/8 ATS (Brescia, Milano, Montagna, Pavia, Valpadana). I dati di estensione e adesione dei tre programmi di screening sono mostrati in Tabella.

Indicatori	2018	2019	2020
Estensione programma di screening della mammella (donne 50-69aa)	99,7%	106,0%	57,7%
Adesione programma di screening della mammella (donne 50-69aa)	66,5%	64,0%	61,6%
Estensione programma di screening del colon retto (popolazione 50-69aa)	93,5%	102,2%	33,5%
Adesioneal programma di screening del colon retto (popolazione 50-69aa)	48,4%	47,0%	37,7%
Estensione al programma di screening della cervice uterina (donne 25-64aa)	24,9%	26,4%	10,7%
Adesione programma di screening della cervice uterina (donne 25-64aai)	49,8%	48,1%	41,7%

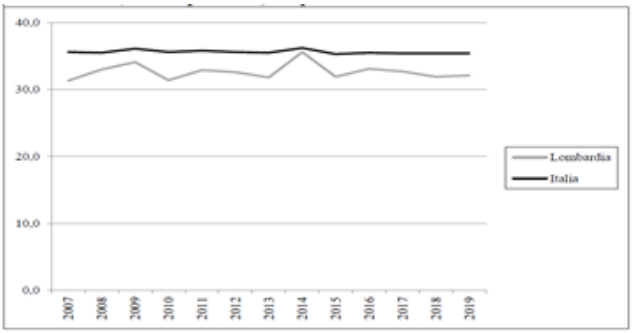
I dati 2020 risentono dell'impatto sui programmi dovuto all'interruzione delle attività per l'emergenza Covid-19.

FATTORI DI RISCHIO

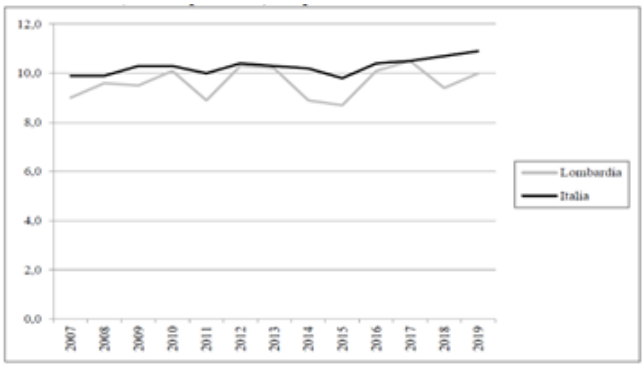
Fumo. Nel 2019, la quota di fumatori tra la popolazione di età 14 anni ed oltre è del 17,2% (Italia 18,4%). Nel periodo 2007-2019, si osserva un trend in diminuzione (-21,1%), con una riduzione nell'ultimo anno pari al -9,0 (Osservasalute 2020).



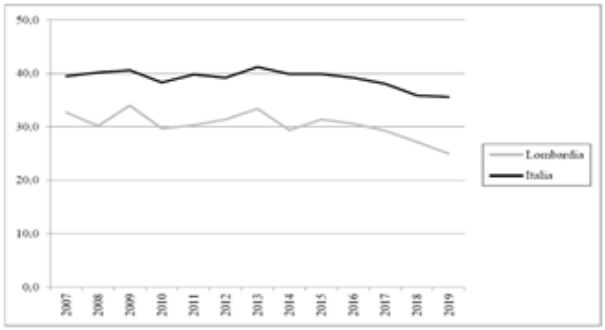
Sovrappeso. Nel 2019, la prevalenza di persone di 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso è del 32,1% (Italia 35,4%). Tra il 2007-2019, i valori risultano inferiori a quelli nazionali con valori compresi tra 31,3-35,6%. Nell'intero periodo si è registrato un aumento del 2,6% (Italia -0,6%) (Osservasalute 2020).



Obesità. Nel 2019, la prevalenza di persone obese di età 18 anni ed oltre è pari al 10,0% (Italia: 10,9%). Nel periodo 2007-2019, i dati presentano un andamento oscillante (compresi tra 8,7-10,5%). Il dato 2019 risulta in aumento rispetto al 2018 (+6,4%). Considerando il periodo 2007-2019, si è registrato un aumento pari all'11,1% (aumento nazionale +10,1%) (Osservasalute 2020).



Attività fisica. Nel 2019, la prevalenza di chi dichiara di non praticare sport è del 25,0% (Italia 35,6%). Nel periodo 2007-2019, i dati mostrano un andamento oscillante, con differenza tra valore massimo/minimo pari a 9 punti percentuali. Considerando l'intero periodo in Lombardia si registra una diminuzione del -23,5% (Osservasalute 2020).



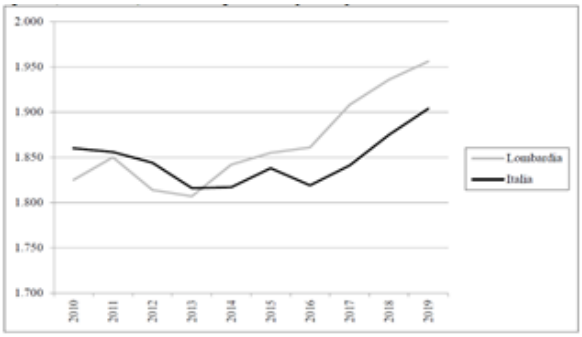
Alcol. Il 68% della popolazione >11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno (Italia 66,8%) e per il 20% il consumo è stato giornaliero. L'assunzione di alcolici è più frequente nella popolazione maschile (78% vs 58,7 nell'anno e 29,6% vs 11,3 nel consumo giornaliero).

Il consumo giornaliero durante i pasti è un'abitudine per il 48,7% dei lombardi (Italia 46,2%). Il dato per genere mostra: uomini 41,8% e donne 57,5%. Il 51% ha bevuto alcolici almeno una volta al di fuori del momento del pasto (58,2% uomini vs 42,5% donne).

La **percezione dello stato di salute** rappresenta un indicatore globale delle condizioni di salute della popolazione (fisica e mentale).

L'83,3% dei lombardi, età ≥ 14 anni, si dichiara "molto o abbastanza soddisfatto" del proprio stato di salute, quota superiore all'81,6% dell'Italia. Il livello di soddisfazione per questo aspetto della vita è in lieve crescita rispetto al 2019 (+0,5%).

In Lombardia il valore dell'indicatore della **spesa sanitaria pubblica pro-capite,** nel 2019, è 1.956€ (valore nazionale 1.904€), con un trend in aumento dal 2013. Nel periodo 2010-2019, si osserva un andamento altalenante a livello regionale/nazionale, con un aumento del +7,2% in Lombardia e +2,4% a livello nazionale (Osservasalute 2020).



CONTESTO SOCIALE ED ECONOMICO

Le caratteristiche socio-economiche della popolazione lombarda e italiana (2010-2020) sono riportate in Tabella.

Caratteristiche socio-economiche della popolazione. Lombardia e Italia. 2010-2020

	Lombardia		Italia	
Indicatori socio-economici	**2010**	**2020**	**2010**	**2020**
Tasso di disoccupazione (x 100)	5,5	4,8	8,4	10
Tasso di disoccupazione giovanile (x 100)	20	19,2	28	29,2
Famiglie in povertà relativa (x 100)	2,6	6 (2019)	9,6	11,4 (2019)
Famiglie in povertà assoluta (x100)*	3 (2014)	7,1	5,7(2014)	7,7
Densità abitativa (per 100 m^2)	4,2	4,2	2,7	2,6
Famiglie monocomponente (x 100)	28,7	33,5	29,6	34,1
Famiglie > 5 componenti	4,1	4,7	5,7	5,2
Occupati agricoltura (x 100)**	0,8% (Nord-Ovest)	1,0% (Nord-Ovest)	2,4%	2,8%
Occupati industria (x 100)**	34,6% (Nord-Ovest)	33,0% (Nord-Ovest)	30,4%	28,5%
Occupati servizi (x 100)**	64,7% (Nord-Ovest)	66,0% (Nord-Ovest)	67,3%	68,7%
Tasso di occupazione tra 20-64 aa (x100)	69 (2011)	71,6	61,2 (2011)	62,0
Tasso di mancata partecipazione al lavoro (100 forze di lavoro e parte delle forze di lavoro potenziali di 15-74 anni)	10,1 (2011)	9,8	17,9 (2011)	19,1
Forze lavoro >15anni (migliaia)	4.424	4.639	24.583	25.214
Occupati (migliaia)	4.179	4.406	22.527	22.904
Totale inattivi (migliaia)	3.824	4.023	26.413	26.763
Persone con almeno il diploma 25-64 anni (x 100)	50,1	64,6	53,4	60,6

**Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati Istat. Lombardia 2020, dato stimato da PoliS-Lombardia*
***Fonte dati ISTAT (http://dati.istat.it/; estrazione personalizzata per Codice Ateco, età = +15 anni, territorio= Nord Ovest)*

ASPETTI ORGANIZZATIVI

Rete sanitaria. Il numero di strutture accreditate per tipologia di unità d'offerta sanitaria e i relativi posti letto, con dettaglio per quelli di terapia intensiva (2017-2019) è mostrato sotto.

	2017	2018	2019	Variaz 2019/2017
OSPEDALI ASST	88	85	85	-3
OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI	85	81	80	-5
FONDAZIONI IRCCS PUBBLICI	5	5	5	
IRCCS PRIVATI	20	21	21	+1
TOTALE STRUTTURE	198	192	191	-7
PS OSPEDALI PUBBLICI	78	78	78	
PS OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI	21	21	20	-1
PS IRCCS PUBBLICI	2	2	2	
PS IRCCS PRIVATI	8	8	9	+1
TOTALE PRONTO SOCCORSO	109	109	109	
POSTI LETTO OSPEDALI PUBBLICI	20794	20868	20727	-67
POSTI LETTO OSPEDALI PUBBLICI - TERAPIA INTENSIVA	528	543	527	-1
POSTI LETTO OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI	10081	10043	9939	-142
POSTI LETTO OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI - TERAPIA INTENSIVA	156	160	160	
POSTI LETTO IRCCS PUBBLICI	2308	2298	2345	+37
POSTI LETTO IRCCS PUBBLICI - TERAPIA INTENSIVA	62	62	71	+9
POSTI LETTO IRCCS PRIVATI	5036	5071	5089	-53
POSTI LETTO IRCCS PRIVATI - TERAPIA INTENSIVA	125	125	120	-5
TOTALE POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA	871	890	878	+7
TOTALE POSTI LETTO	39.090	39.170	38.978	-112

In Lombardia, inoltre, sono presenti:

- Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro organizzate in Rete che concorrono alla erogazione delle attività di prevenzione per la tutela della salute e sicurezza del lavoratore;
- tre Centri Antiveleno che forniscono consulenza tossicologica specialistica al pubblico ed agli operatori sanitari per la diagnosi, cura e prevenzione delle intossicazioni acute.

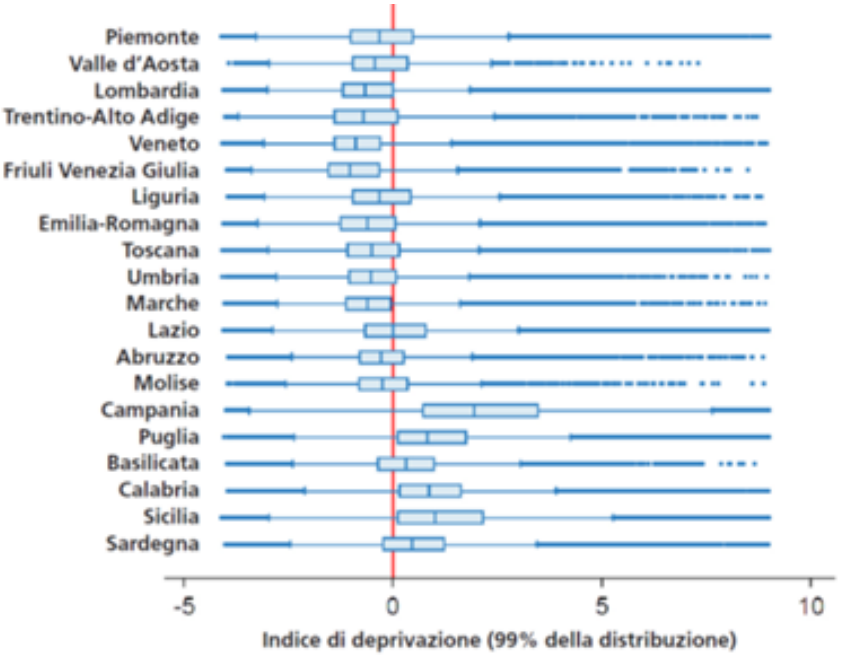
Rete sociosanitaria. La rete delle unità d'offerta sociosanitarie lombarde comprende servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari rivolti a anziani, disabili, famiglie, fase terminale della vita, soggetti affetti da dipendenze patologiche, soggetti fragili.

UDO	N. UDO	Setting	Nr. Posti accreditati / Trattamenti	
Assistenza Domiciliare Integrata	226		-	
Centri Diurni Disabili	265		6.750	
Centri Diurni Integrati	310		7.594	
Consultori	220		-	
Comunità Socio Sanitarie	177		1.606	
Hospice	72		847	
Residenze Sanitarie Assistenziali	693		*Ordinari*	*Alzheimer*
			58.024	4.334
Residenze Sanitarie per Disabili	101		4.240	
SERT	74		-	
Servizi Multidisciplinari Integrati	12		-	
Tossicodipendenze	171	*Residenziale*	2.443	
		Semiresidenziale	232	
		Residenziale bassa int.	208	
Cure Palliative Domiciliari	126		-	
Cure Intermedie/Riabilit.	49		2.835	

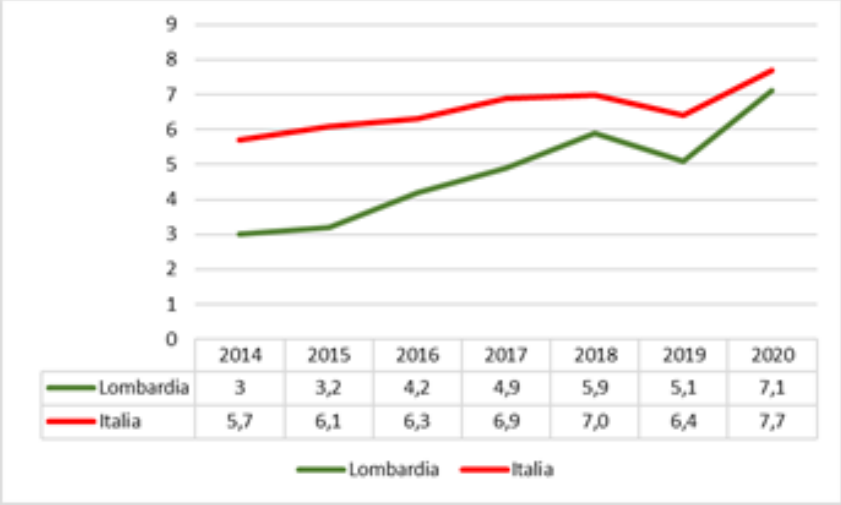
DISEGUAGLIANZE E PROFILO DI EQUITA'

Gli indici di deprivazione (ID), misure multidimensionali di risorse materiali e sociali, sono utilizzati in ambito epidemiologico come proxy dello status socioeconomico individuale e di condizioni socioeconomiche di contesto.

La Lombardia si colloca tra le Regioni con i valori ID più bassi, anche rispetto alla media nazionale.



Povertà assoluta. L'incidenza della povertà assoluta nelle famiglie lombarde è quasi raddoppiata tra il 2014 (3,0%) ed il 2018 (5,9%), per poi scendere al 5,1% nel 2019 e risalire al 7,1% nel 2020.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Lombardia	3	3,2	4,2	4,9	5,9	5,1	7,1
Italia	5,7	6,1	6,3	6,9	7,0	6,4	7,7

L'esposizione alla povertà varia in base ad alcune caratteristiche sociodemografiche: ampiezza familiare; presenza di minori/anziani; cittadinanza. L'incidenza aumenta al: 9% e più in famiglie con 4 e più componenti; 10% in famiglie con almeno un minore; 11,4% in famiglie di cittadinanza mista; fino al 31,9% in famiglie composte da soli stranieri.

Il gradiente delle disuguaglianze nella **speranza di vita per titolo di studio** è ben definito ed evidenzia che l'aspettativa di vita media alla nascita varia da 82,3 anni per gli uomini con livello di istruzione alto a 79,2 anni per i meno istruiti (+3,1 anni) e tra le donne da 86,0 a 84,5 anni (+1,5 anni).

Speranza di vita alla nascita della popolazione al Censimento 2011, per genere e livello di istruzione. Periodo di osservazione dei decessi 2012-2014

	Femmine				Maschi			
	Livello di istruzione				Livello di istruzione			
	Basso	Medio	Alto	Tutti	Basso	Medio	Alto	Tutti
Lombardia	84,9	85,8	86,4	85,4	79,5	81,3	82,9	80,8
Italia	**84,5**	**85,3**	**86,0**	**84,9**	**79,2**	**80,9**	**82,3**	**80,3**

Dati Istat, Tavole di Mortalità

Le persone meno istruite di sesso maschile mostrano una speranza di vita alla nascita inferiore di 3,4 anni rispetto alle persone più istruite, così come per le donne lombarde meno istruite la speranza di vita alla nascita è inferiore di circa 1,6 anni rispetto a quelle più istruite.

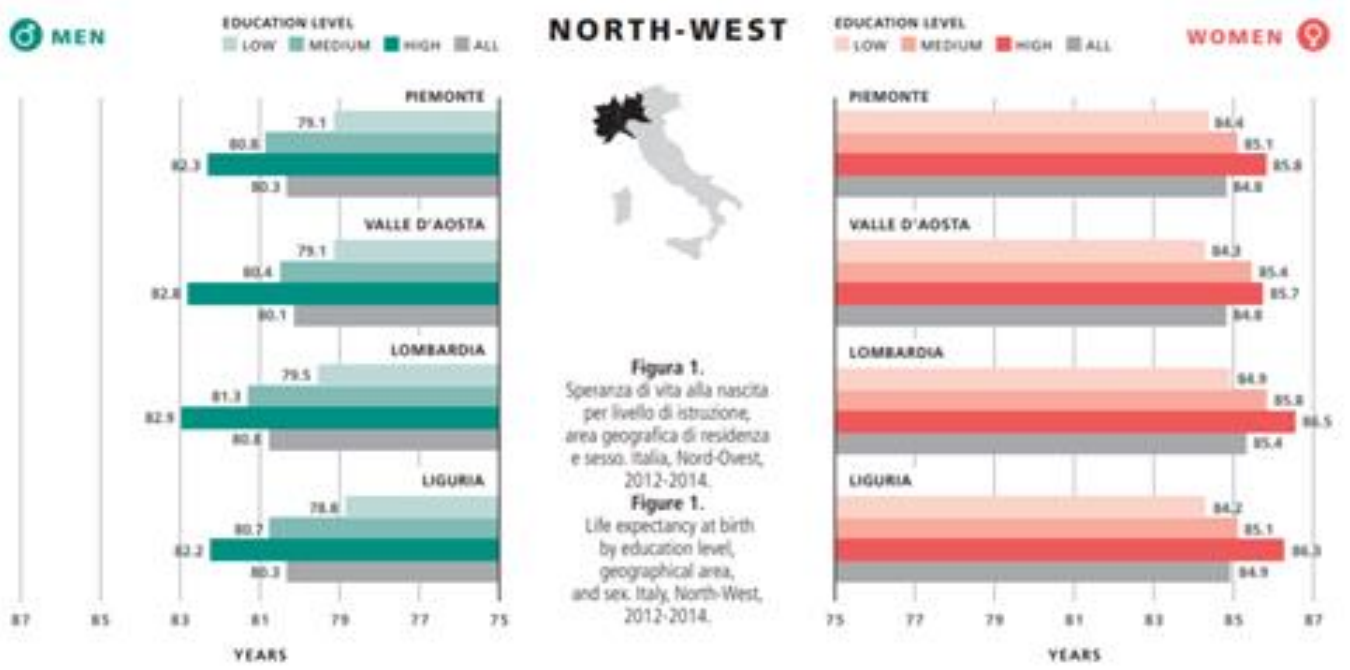
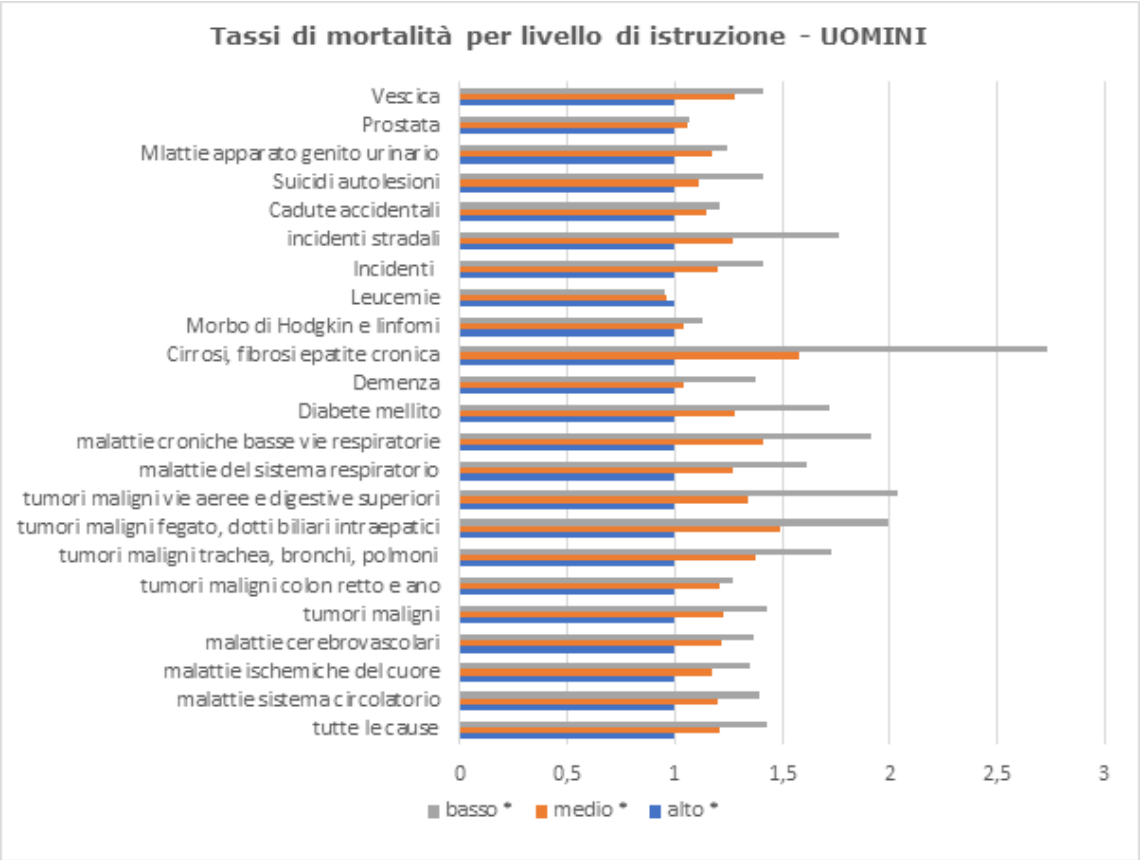
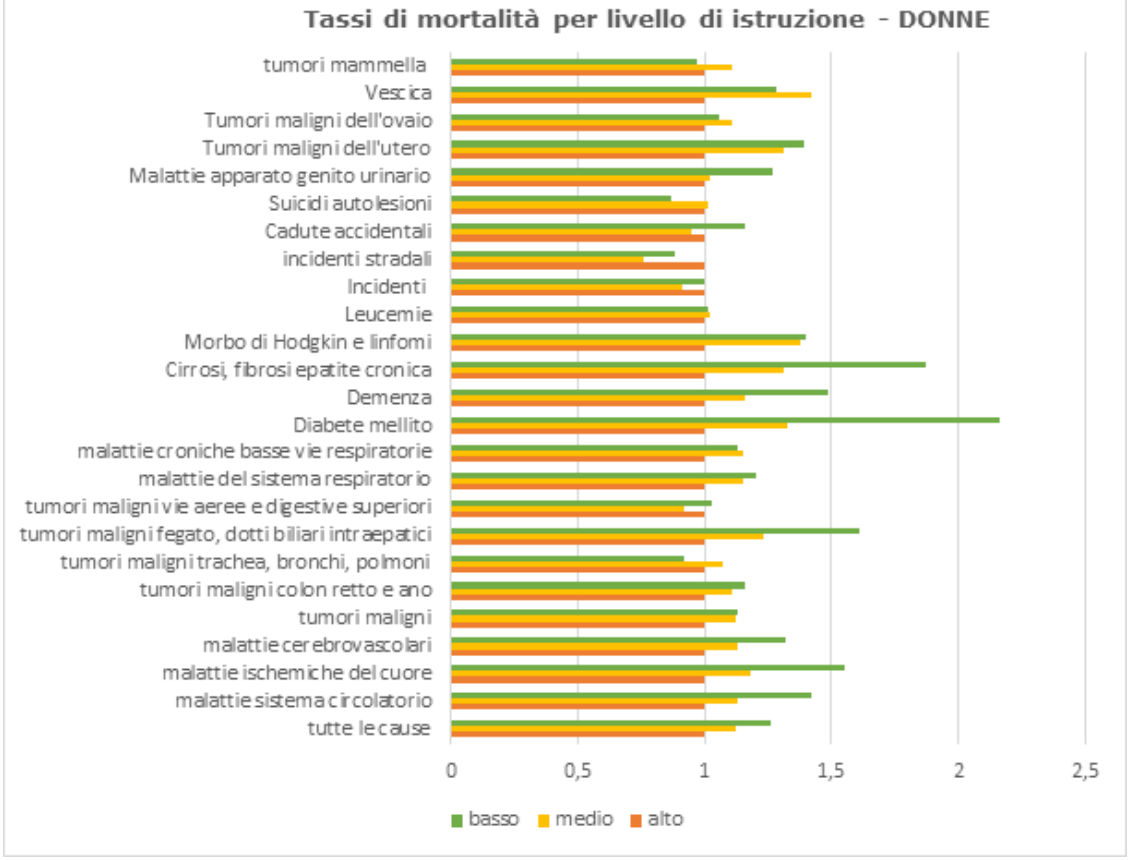


Figura 1.
Speranza di vita alla nascita per livello di istruzione, area geografica di residenza e sesso. Italia, Nord-Ovest, 2012-2014.
Figure 1.
Life expectancy at birth by education level, geographical area, and sex. Italy, North-West, 2012-2014.

Malattie che conducono a morte. Il livello di istruzione incide in maniera diversificata e significativa sulle cause di morte della popolazione. Nelle figure è mostrato per uomini e donne lombardi come varia, in funzione del livello di istruzione, il rapporto tra tassi di mortalità standardizzato per età nelle persone con livello d'istruzione medio e basso, rispetto a quello tra chi ha un livello di istruzione alto.


Tassi di mortalità per livello di istruzione - UOMINI
Vescica
Prostata
Mlattie apparato genito urinario
Suicidi autolesioni
Cadute accidentali
incidenti stradali
Incidenti
Leucemie
Morbo di Hodgkin e linfomi
Cirrosi, fibrosi epatite cronica
Demenza
Diabete mellito
malattie croniche basse vie respiratorie
malattie del sistema respiratorio
tumori maligni vie aeree e digestive superiori
tumori maligni fegato, dotti biliari intraepatici
tumori maligni trachea, bronchi, polmoni
tumori maligni colon retto e ano
tumori maligni
malattie cerebrovascolari
malattie ischemiche del cuore
malattie sistema circolatorio
tutte le cause
0
0,5
1
1,5
2
2,5
3
basso *
medio *
alto *


Tassi di mortalità per livello di istruzione - DONNE
tumori mammella
Vescica
Tumori maligni dell'ovaio
Tumori maligni dell'utero
Malattie apparato genito urinario
Suicidi autolesioni
Cadute accidentali
incidenti stradali
Incidenti
Leucemie
Morbo di Hodgkin e linfomi
Cirrosi, fibrosi epatite cronica
Demenza
Diabete mellito
malattie croniche basse vie respiratorie
malattie del sistema respiratorio
tumori maligni vie aeree e digestive superiori
tumori maligni fegato, dotti biliari intraepatici
tumori maligni trachea, bronchi, polmoni
tumori maligni colon retto e ano
tumori maligni
malattie cerebrovascolari
malattie ischemiche del cuore
malattie sistema circolatorio
tutte le cause
0
0,5
1
1,5
2
2,5
basso
medio
alto

Quasi tutte le malattie causa di morte sono in eccesso tra le persone meno istruite. Solo i tumori del polmone e mammella sono in eccesso tra le donne più istruite, poiché i loro rispettivi fattori di rischio (fumo e ritardo di prima gravidanza) sono comportamenti assunti prima. Tutte le malattie causa di morte tra gli uomini e gran parte tra le donne sono, invece, a svantaggio dei soggetti con titoli di studio inferiori. L'ampiezza dell'eccesso di mortalità varia tra le diverse malattie.

Occupazione. In Lombardia, anno 2019 il livello di condizione professionale, età 15 anni e più, è mostrato percentualmente in Tabella.

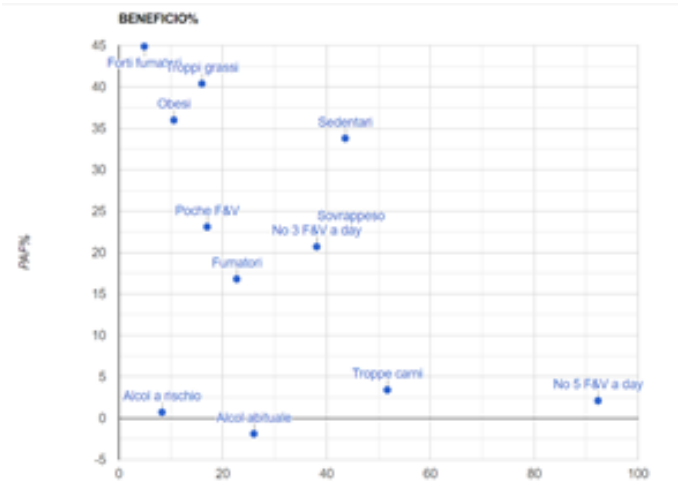
	Occupato	Disoccupato/In cerca I occ.	Casalinga	Studente	Ritirato dal lavoro	Altra condizione
Italia	45.6	6.9	10.8	7.9*	22.3	6.6
Lombardia	51,0	4,9	8,4	7,3	23,7	4,6

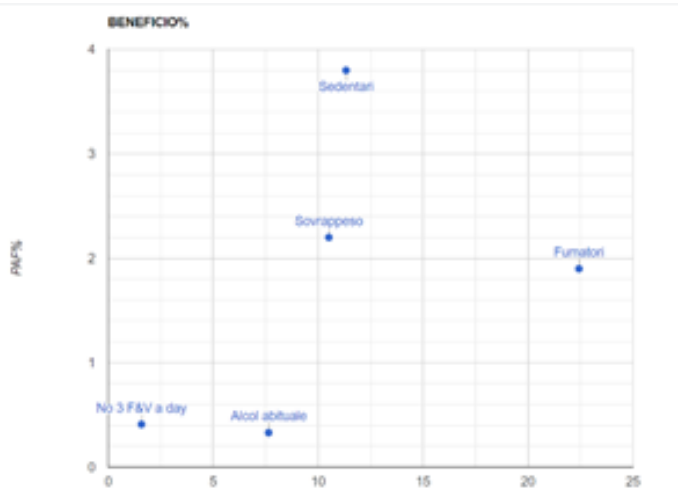
Censimenti permanenti di popolazione 2019

Tra le malattie professionali (2015-2019) prevale la patologia muscolo scheletrica (6.132 casi), seguita dai danni da rumore (1.230 casi) (Rif. denunciate e riconosciute da INAIL – in Lombardia sono 9.345 casi totali).

Comportamenti a rischio per la salute. In Lombardia l'impatto delle disuguaglianze sociali sui fattori di rischio comportamentali, 30-74 anni, è riassunto nella tabella e nei grafici sottostanti.

Fattore di rischio	CoEsDi			CoMoDi		
	Prevalenza%	PAF%	N. soggetti dis	RA	PAF%	N. morti dis
Alcol abituale	26	-1,9	1.622.303	7,6	0,3	79
Alcol a rischio	8,3	0,7	515.137			
Fumatori	22,7	16,8	1.416.845	22,4	1,9	453
Forti fumatori	4,9	44,9	300.930			
Sedentari	43,6	33,8	2.692.304	11,3	3,8	908
No 5 F&V a day	92,3	2,1	3.672.775			
No 3 F&V a day	38,1	20,7	1.515.612	1,6	0,4	98
Poche F&V	17	23,1	1.057.672			
Troppe carni	51,7	3,4	3.225.596			
Troppi grassi	16	40,4	992.962			
Sovrappeso	44,7	22,5	2.817.304	10,5	2,2	525
Obesi	10,6	36	665.588			





I fattori di rischio più influenzati dalle diseguaglianze sociali sono: essere forti fumatori, troppo grassi, obesi, sedentari *(COESDI - COMODI)*
La prevalenza dei fattori di rischio e l'influenza delle diseguaglianze sociali di salute si distribuiscono diversamente anche in relazione al genere e all'età.
Forti fumatori. La prevalenza e l'influenza delle disuguaglianze sociali sono più evidenti per gli uomini, in particolare tra i 30-54 anni. Il beneficio maggiore che si otterrebbe eliminando le diseguaglianze è più forte per le donne nella fascia d'età 55-64.

Obesità. Anche per questo fattore di rischio, il beneficio maggiore che si otterrebbe eliminando le disuguaglianze è maggiore per le donne nella fascia d'età 55-64.

Sedentarietà. Questo fattore di rischio, oltre ad essere tra quelli che il Lombardia è maggiormente influenzato dalle disuguaglianze di salute e, secondo COMODI, è quello che in Lombardia permetterebbe di ridurre maggiormente la mortalità dovuta all'iniquità tra livelli socioeconomici. In termini assoluti, se si agisse su questo fattore riducendo le disuguaglianze, si salverebbero circa 2.700 persone.

Per gli uomini il beneficio massimo, riducendo le diseguaglianze, si otterrebbe per la fascia 30-44 anni, per le donne per la fascia 55-64.

Fattori ambientali. I tratti costitutivi della Lombardia sono sia la forte antropizzazione, la concentrazione urbana, la presenza di attività economiche che producono fattori di rischio - che caratterizzano la fascia di pianura e i fondovalle - sia i territori montani e/o marginali, caratterizzati da forte capitale naturale e dispersione insediativa. Una conformazione che presenta notevoli disuguaglianze territoriali e che espone a ricorrenze critiche proprie sia dei rischi antropici che naturali e degli effetti dei cambiamenti climatici.

Ambiente

	Dispersione da rete idrica comunale (c) 2018	Conferimento dei rifiuti urbani in discarica (d) 2019	Qualità dell'aria - PM2,5 (e) 2019	Disponibilità di verde urbano (g) 2018	Soddisfazione per la situazione ambientale (h) 2020 (*)	Preoccupazione per la perdita di biodiversità (h) 2020 (*)	Preoccupazione per i cambiamenti climatici (h) 2020 (*)	Siti contaminati (i) 2019	Popolazione esposta al rischio di frane (l) 2017	Popolazione esposta al rischio di alluvioni (l) 2017	Trattamento delle acque reflue (m) 2015	Aree protette (n) 2017	Energia elettrica da fonti rinnovabili (o) 2018	Impermeabilizzazione del suolo da copertura artificiale (n) 2019	Rifiuti urbani raccolti (p) 2019	Indice di durata dei periodi di caldo (q) 2020	Giorni consecutivi senza pioggia (q) 2020
Lombardia	29,8	4,2	97,0	28,2	69,5	25,2	72,0	7,8	0,5	4,4	62,9	16,1	24,0	12,1	538	22,5	25,0
Italia	42,0	20,9	81,9	32,8	70,1	24,3	70,3	8,0	2,2	10,4	59,6	21,6	34,3	7,1	504	17,0	26,0

(c) Percentuale dei volumi immessi in rete. (d) Percentuale sul totale dei rifiuti urbani raccolti. (e) Percentuale di misurazioni valide superiori al valore di riferimento definito dall'Oms (10 µg/m3) sul totale delle misurazioni valide delle concentrazioni medie annuali di PM2,5. (f) Percentuale di costa balneabile sul totale della linea di costa. (g) Metri quadri per abitante. (h) Per 100 persone di 14 anni e più. (n) Percentuale sulla superficie territoriale. (o) Percentuale sul totale dei consumi interni lordi. Il dato Italia per il 2019 è 35%. (q) Numero di giorni *Fonte: BES 2020*

Il confronto evidenzia minori performance per la Lombardia rispetto a quelle nazionali in riferimento ai seguenti indicatori: *Qualità dell'aria - PM2,5 (97,0% RL vs 81,9% I); Disponibilità di verde urbano (28,2m2 RL vs 32,8m2 I); Soddisfazione per la situazione ambientale (69,5% RL vs 70,5% I); Preoccupazione per la perdita di biodiversità (25,2% RL vs 24,3% I); Preoccupazione per i cambiamenti climatici (72,0% RL vs 70,3% I); Aree protette (16,1% RL vs 21,6% I); Energia elettrica da fonti rinnovabili (24,0% RL vs 34,3% I); Impermeabilizzazione del suolo da copertura artificiale (12,1% RL vs 7,1% I); Indice di durata dei periodi di caldo (22,5 giorni RL vs 17,0 giorni I).*

Paesaggio

	Abusivismo edilizio (c) 2019	Erosione dello spazio rurale da dispersione urbana (d) 2011	Erosione dello spazio rurale da abbandono (d) 2011	Pressione delle attività estrattive (e) 2018	Impatto degli incendi boschivi (f) 2019	Diffusione delle aziende agrituristiche (g) 2018	Densità di verde storico (h) 2020	Insoddisfazione per il Paesaggio del luogo di vita (i) 2020	Preoccupazione per il deterioramento del paesaggio (i) 2019
Lombardia	5,9	24,0	31,0	541	7,1	2,7	15,9	15,6	0,5
Italia	17,7	22,2	36,1	259	8,1	1,8	19,2	12,5	1,2

(c) Costruzioni abusive per 100 costruzioni autorizzate. (d) Percentuale sul totale della superficie regionale. (e) Metri cubi estratti per km2 di superficie regionale. (f) Superficie percorsa dal fuoco, valori per 1.000 km2. (g) Numero di aziende per 100 km2. (h) Metri quadri per 100 m2 di superfice urbanizzata. (i) Per 100 persone di 14 anni e più. Dati provvisori
Fonte: BES 2020

Il confronto mostra minori performance per la Lombardia rispetto a quelli nazionali in riferimento ai seguenti indicatori: *Erosione dello spazio rurale da dispersione urbana (24,0% RL vs 22,2% I); Pressione delle attività estrattive (541m3 RL vs 259m3 I); Densità di verde storico (15,9m2 RL vs 19,2m2 I); Insoddisfazione per il paesaggio del luogo di vita (15,6% RL vs 12,5% I); Preoccupazione per il deterioramento del paesaggio (0,5% RL vs 1,2% I).*

Analisi di contesto

L'analisi di contesto fa riferimento ai 17 Goals di sviluppo sostenibile dall'Agenda 2030 (Allegato: Rapporto Lombardia 2020) ed evidenzia alcuni aspetti che paiono emergere in una valutazione complessiva di elementi di sostenibilità in Lombardia, senza, però, prescindere dal considerare i cambiamenti innescati dalla crisi pandemica e dalle conseguenze sociali ed economiche da lei derivate.

Tenendo conto del concetto di sostenibilità inteso come stato di uno sviluppo che debba soddisfare le esigenze della generazione presente e al contempo preservare le possibilità per le generazioni future, si evidenziano condizioni di **disparità generazionale**, caratterizzate in particolare dallo stato di precarietà della popolazione giovanile. Questo si manifesta nell'elevata esposizione al rischio di povertà relativa e di esclusione sociale in particolare nella fascia di età 18-34 anni, la più in difficoltà a livello nazionale (33,3%) e regionale (16,9%). L'esame della precarietà delle posizioni lavorative, peggiorata dopo la crisi del 2008 e a rischio di peggioramento a causa delle conseguenze del Covid-19, evidenzia che in Lombardia il 61,5% dei giovani fascia 15-24 anni e il 20,7% tra i 25-34enni sono assunti con un contratto a termine.

Il tasso di **occupazione** è nel 2019 il 24,3% per i 15-24enni e il 78% per 25-34enni, dove i redditi mediamente percepiti mostrano che i più giovani (18-34anni) percepiscono la metà dei 35-49enni.

La fragilità dei giovani è ulteriormente testimoniata dal 14,8% di chi, fra 15 e 29 anni, non è inserito né in un sistema occupazionale, né in un sistema di istruzione, con conseguente grande rischio di esclusione sociale e occupazionale. Parziali segnali positivi riguardano la fascia 15-24 anni, per l'accresciuta partecipazione al sistema di istruzione e formazione (64%) e la diminuzione della quota che abbandona precocemente gli studi (nella fascia di età 18-24 anni si è passati dal 19,5% del 2008 all'11,5% del 2019). È chiaro come le difficoltà economiche condizionino presente e futuro di una generazione che trova enormi ostacoli anche a formare una **famiglia** e a garantirsi una discendenza.

In ambito famigliare al crescere del numero dei componenti, aumenta la probabilità di trovarsi in condizione di povertà assoluta: l'incidenza è del 2,8% per famiglie a tre componenti, 9,2% per famiglie a quattro componenti e 15% per quelle con cinque o più componenti. Le maggiori difficoltà sopportate riguardano il genere femminile. Malgrado un aumento dell'1,6% delle **donne** occupate, range 15-64 anni, il tasso d'occupazione regionale femminile (60,4%) rimane ben al di sotto di quello maschile (72,2%). Il 33% delle donne occupa una posizione con contratto part-time, spesso involontario, che, però, viene negato quando le esigenze di flessibilità vengono avanzate dalle interessate. Il numero di dimissioni e di risoluzioni consensuali registrate, più che raddoppiate in Lombardia, mostrano un incremento del 123% fra il 2012 e il 2019, testimoniando la difficoltà di conciliare i tempi di lavoro-famiglia e portando ancora tante donne, dopo la nascita di un figlio, ad abbandonare il lavoro.

Tuttavia, aumentano progressivamente le imprese femminili e le misure di sostegno alla genitorialità e di conciliazione vita-lavoro adottate da alcune aziende, anche se in gran parte con più addetti ed attente a politiche di welfare aziendale.

Per l'ambito **casa**, le condizioni abitative sono migliorate negli anni, con una percentuale di persone che vive in alloggi con problemi strutturali o di umidità scesa dal 13,2% (2017) al 9,6% (2019), ma che, tuttavia, presentano per il 27,3% problemi di sovraffollamento (2018), riguardanti quasi 1,2 milioni di cittadini stranieri residenti in Lombardia.

L'incremento di **efficienza energetica**, nonostante il patrimonio edilizio lombardo (400 milioni di m² per circa 4,7 milioni di unità abitative), ha registrato dal 2010 un incremento costante stimato al +0,7/anno sull'anno precedente. L'evoluzione è riconducibile principalmente ai processi di riqualificazione ed efficientamento del patrimonio edilizio che caratterizzano buona parte del mercato delle costruzioni. Ai fini della sostenibilità, la Lombardia è in crescita costante per la produzione di energia da fonti rinnovabili,

contribuendo per il 14,9% del totale nazionale, in particolare per il comparto elettrico. In Lombardia la percentuale di fonti energetiche rinnovabili sul consumo finale lordo è del 13,8% (2017).

Per quanto concerne il **consumo del suolo** è costante il recupero di aree dismesse, periferie urbane degradate, spazi di grandi e piccole-medie imprese. Tuttavia, la Lombardia rimane una delle regioni con più elevato consumo di suolo avvicinandosi ai 290.000ha, pari a circa il 12% della superficie regionale (media italiana 7,1%).

In questo contesto sono necessarie politiche volte a preservare le condizioni degli habitat, a infoltire il **verde urbano** a mantenere inalterate ed estendere le **superfici forestali,** che rappresentano il 26% del territorio regionale, con 619.893ha corrispondenti a 616 m2 per ogni singolo abitante: dato distribuito sul territorio in maniera molto diseguale, con una concentrazione nelle province di Brescia, Sondrio e Bergamo (a un abitante di Sondrio corrispondono 6908 m2, a uno di Milano 27 m2). L'84% delle foreste lombarde è soggetta a vincolo idrogeologico e il 12% a vincolo paesaggistico; il 26% delle foreste è incluso in aree Parco Regionale o Nazionale ed il 21,6% nel network Natura 2000, che riconoscono lo status di interesse comunitario a oltre 77.000ha di superficie forestale.

Le molteplici funzioni assolte – impatti positivi sui servizi ecosistemici (la superficie forestale lombarda può assorbire 4,9 Mt di carbonio), contenimento dei rischi idrogeologici, conservazione delle biodiversità, garanzie di benessere sociale ecc. – testimoniano la loro importanza e ben giustifica l'introduzione dei Piani di Indirizzo Forestale che ormai interessano il 72,6% della superficie regionale. La quota di legna ricavata dalle superfici forestali è di 565.237 m3 (2018), destinati per il 73% a usi energetici e per il 25% ad usi commerciali, con un percorso virtuoso del recupero del legno, che riguarda più di 500.000 tonnellate di imballaggi raccolti e rigenerati. Di contro un utilizzo particolarmente inquinante è quello delle biomasse legnose per la combustione. Gli impianti a pellet insidiano la qualità dell'aria, che vede ancora pendenti le procedure di infrazione aperte dalla Commissione europea per il mancato rispetto dei limiti di PM10 e di biossido d'azoto. I dati ARPA confermano che, oltre ai sopracitati inquinanti, non vi è ancora il pieno rispetto dei limiti per il PM2,5 e l'ozono troposferico. Per le polveri, il PM10 ha rispettato in tutte le stazioni del territorio regionale il limite di concentrazione media annua di 40 $\mu g/m^3$, mentre il limite giornaliero di 50 $\mu g/m^3$ che non deve essere superato per più di 35 giorni all'anno, rimane inadempiente in molti dei capoluoghi provinciali: Brescia, Cremona, Lodi, Mantova, Milano, Monza, Pavia.

La **qualità dell'aria**, durante il lockdown ha tratto giovamento dalla compressione delle attività antropiche e, in particolare, della circolazione veicolare (stimata dal 9 marzo al 75% delle auto e 50% dei veicoli pesanti). Di contro, però, è condizionata negativamente dal settore trasporti, per l'aumentato utilizzo del mezzo privato da parte di cittadini allarmati dalla promiscuità dei mezzi pubblici.

ARPA ha dimostrato come i fenomeni legati al particolato siano assolutamente complessi, sia per la componente primaria, sia per quella secondaria prodotta in atmosfera. Il PM10 ha registrato riduzioni variabili nel tempo considerato, omogenee a tutto il territorio regionale, spesso poco apprezzabili per colpa di aria polverosa di origine desertica (episodio di fine marzo), sia a causa dalla combustione di legna e pellet (componente primaria), sia per la presenza di alti livelli di ammoniaca attribuibili al **settore agricolo** (componente secondaria). Questo elemento, unito all'essere unica sorgente di biossido di carbonio in crescita, indica l'importanza di una produzione agricola sostenibile, in considerazione anche dei numeri regionali del settore: la Lombardia interessa una superficie di 931.600ha. Non molto diffuse al momento le colture biologiche che riguardano solo il 2,8% delle superfici coltivate, ma in crescita per le numerose iniziative a supporto della filiera bio. Impattante sull'ambiente è anche l'allevamento, settore economicamente importante, ma causa di notevoli e importanti valori di gas serra.

La sostenibilità in campo alimentare riguarda il concetto di «diritto al cibo» e la problematica dello **spreco alimentare**, con risvolti anche di natura economica, sociale ed etica: il 13-16% dei pasti del settore dell'istruzione, pari a 107g di cibo al giorno pro-capite, viene scartato e prima dello smistamento effettivo vi è un'eccedenza di 500.000 pasti/anno. L'aumento dei **rifiuti** è solo parzialmente compensato da una migliore gestione della raccolta differenziata, che in Lombardia ha raggiunto il 71% nel 2019, con una raccolta pro-capite in aumento: 6,43 kg/abitante, +8,28% sul 2018.

Per l'ambito **sanità**, oggetto di specifici approfondimenti (Profilo di Salute), i dati danno contezza dello tsunami pandemia abbattutosi in regione, che, prima del Covid-19, mostrava uniformemente fra le province e in costante crescita nel tempo un'elevata speranza di vita alla nascita: con 85,7 anni per le donne e 81,3 per gli uomini nel 2018 era ai primi posti fra le regioni italiane. Anche la mortalità era in costante decrescita, anche se l'anno 2020 ha invertito questa tendenza, legata direttamente o indirettamente alla pandemia.

Nell'ambito dei rischi comportamentali, la Lombardia mostra nel tempo una diminuzione nel consumo di alcol e fumo, dell'obesità e l'adozione di stili di vita migliori.

Un fenomeno emergente è quello delle **violenze domestiche**, in particolare contro le donne. Il lockdown ha lievitato le segnalazioni al +73% di episodi di violenza e/o stalking rispetto all'anno precedente. Tuttavia, trattasi di manifestazioni solo aggravatesi: la maggior parte delle donne ha dichiarato che la violenza denunciata corrispondeva a comportamenti reiterati nel tempo: in 3 casi su 4 la violenza dura da anni. La casa è uno dei luoghi in cui gli episodi avvengono più frequentemente; il lockdown non ha fatto che far esplodere fenomeni già manifestatisi. Tra questi si registra anche il notevole aumento di delitti nel mondo digitale che colpiscono anche bambini e adolescenti poco consapevoli dei rischi delle attività online. Truffe, frodi, stalking caratterizzano la recente piaga informatica della criminalità che ha innalzato una già elevata percezione di insicurezza nella popolazione lombarda.

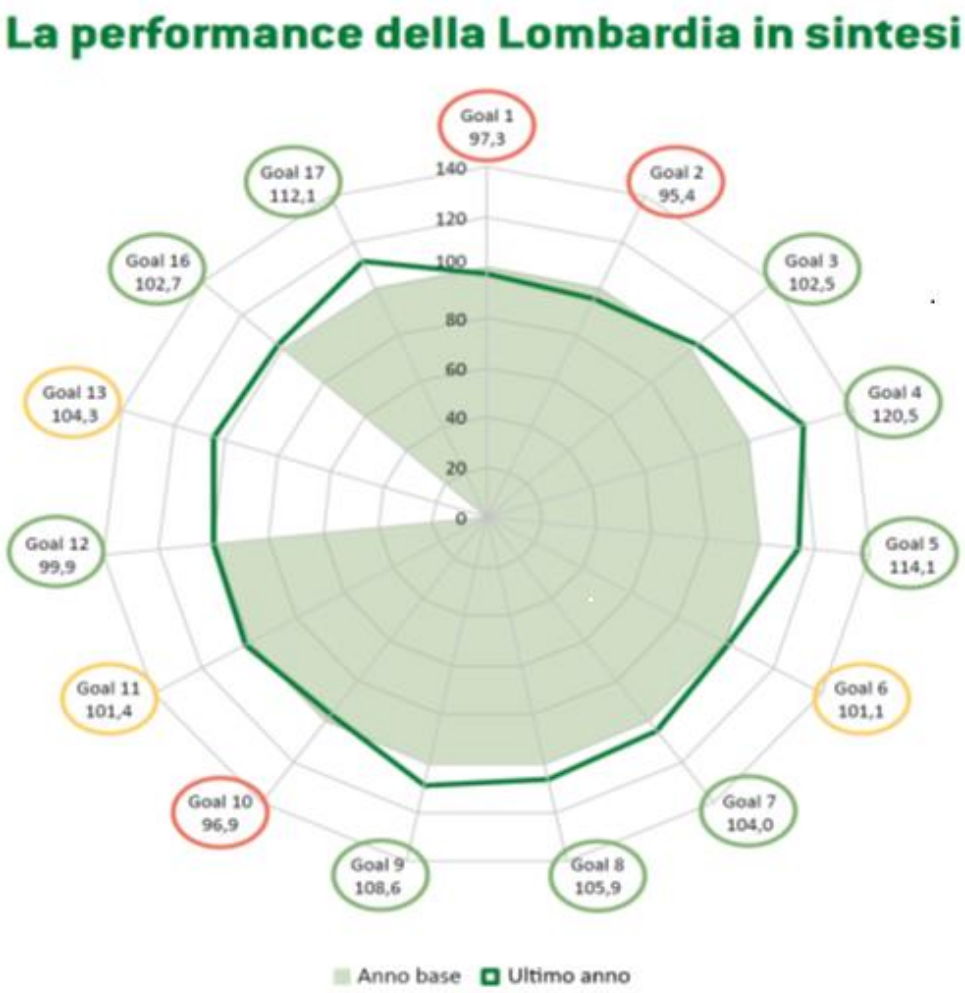
In tema di **sicurezza**, ad eccezione dei reati sopra citati, si evidenzia una diminuzione di omicidi volontari, furti in abitazione, in esercizi commerciali, di autovetture e di rapine in abitazione. Vi è una tendenza ad un aumentato rischio di infiltrazioni criminali e mafiose nel tessuto sociale ed economico della regione, dettati dall'emergenza sanitaria e dall'andamento della crisi economica.

Il ricorso alle forme a distanza di lavoro, studio e socialità richiedono una rete digitale all'altezza, una fibra ottica diffusa, un'efficace rete wireless e adeguate **competenze digitali,** scarse nella popolazione italiana, necessarie soprattutto per affrontare il processo digitale nel mercato del lavoro (rapporto OCSE 2019). La Lombardia, seppure sotto delle medie europee, è la regione italiana più digitalizzata. Sono buone le performance dei Comuni lombardi per quanto riguarda l'accesso ai servizi digitali e la dotazione di reti locali senza fili, scarso invece l'utilizzo da parte delle amministrazioni comunali degli strumenti di videoconferenza (fino all'emergenza sanitaria, solo il 16%) e la formazione ICT per il personale. Ne deriva complessivamente un'impellente necessità di valorizzare il capitale umano mediante un'azione di formazione permanente per recuperare e sviluppare le competenze necessarie.

L’analisi di contesto fa riferimento al monitoraggio dei 17 Goal di sviluppo sostenibile dall’Agenda 2030 - Rapporto Lombardia 2020- mediante la misurazione di indicatori condivisi, la cui valutazione ha fornito un quadro variegato del grado di sviluppo sostenibile raggiunto.

I valori degli indici compositi costruiti hanno come punto di riferimento il valore di soglia di 100 del primo anno di osservazione: valore <100 posizionamento peggiore e >100 posizionamento migliore.

Il radar sottostante consente una lettura sintetica della performance 2019 della Lombardia rispetto al primo di osservazione:



- 9 obiettivi registrano **segnali di miglioramento** (valore >100): *Goal.3 Salute e benessere; Goal 4 Istruzione di qualità; Goal.5 Parità di genere; Goal.7 Energia pulita e accessibile; Goal.8 Lavoro dignitoso e crescita economica; Goal.9 Innovazione e infrastrutture; Goal.12 Consumo e produzione responsabili; Goal.16 Pace, giustizia e istituzioni solide; Goal.17 Partnership per gli obiettivi.*
- 3 obiettivi mostrano un **peggioramento della performance** (valore >100): *Goal.1 Sconfiggere la povertà; Goal.2 Sconfiggere la fame; Goal.10 Ridurre le disuguaglianze;*
- 3 obiettivi mostrano **una sostanziale stabilità** (valore prossimo al 100): *Goal.6 Acqua pulita e servizi igienico sanitari; Goal.11 Città e comunità sostenibili; Goal.13 Lotta contro il cambiamento climatico.*

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
PL12	Nutrire la Salute
PL13	Malattie Infettive trasmesse da alimenti: prevenzione, sorveglianza e controllo
PL14	Screening oncologici
PL15	Malattie infettive: quadro logico, *preparedness* e piano pandemico
PL16	La promozione della salute in gravidanza nei primi 1000 giorni
PL17	EVOLUZIONE PROGRAMMA "Rating Audit Control (RAC) *dell'Organisation for Economic Co-operation and Developement (*OECD)"
PL18	Malattie Infettive Prevenibili da Vaccino
PL19	Conoscenze e strumenti per la programmazione e la prevenzione
PL20	Prevenzione della Cronicità
PL21	Malattie Infettive Sessualmente Trasmesse
PL22	Malattie infettive correlate all'ambiente e ai vettori
PL23	Malattie infettive correlate alle condizioni di vita

2.2 Tabella sinottica Obiettivi Strategici/Programmi

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16	PL17	PL18	PL19	PL20	PL21	PL22	PL23
MO1OS01	Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale	PP01			PP04											PL16							
MO1OS02	Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori				PP04											PL16							
MO1OS03	Promuovere la salute nei primi 1000 giorni			PP03	PP04											PL16							
MO1OS04	Promuovere interventi volti a favorire l'allattamento al seno			PP03	PP04											PL16							
MO1OS05	Individuare precocemente le difficoltà dello sviluppo del bambino da 0 a 36 mesi				PP04											PL16							
MO1OS06	Individuare precocemente i segnali a rischio per disagio infantile	PP01			PP04											PL16							
MO1OS07	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	PP01		PP03	PP04	PP05													PL19				
MO1OS08	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	PP01	PP02	PP03										PL14		PL16				PL20			
MO1OS09	Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT	PP01		PP03	PP04											PL16				PL20			

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16	PL17	PL18	PL19	PL20	PL21	PL22	PL23
MO1OS10	Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia		PP02	PP03																PL20			
MO1OS11	Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	PP01		PP03								PL12							PL19	PL20			
MO1OS12	Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale)	PP01		PP03								PL12											
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								PL12											
MO1OS14	Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti	PP01		PP03								PL12				PL16			PL19				
MO1OS15	Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione			PP03								PL12											
MO1OS16	Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione	PP01										PL12											

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16	PL17	PL18	PL19	PL20	PL21	PL22	PL23
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	PP03																PL20			
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									PL19	PL20			
MO1OS19	Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità		PP02			PP05													PL19	PL20			
MO1OS20	Aumentare l'estensione dei programmi di screening oncologico alla popolazione target per ciascuno dei 3 tumori oggetto di screening			PP03										PL14					PL19	PL20			
MO1OS21	Aumentare l'adesione ai programmi di screening oncologico			PP03										PL14					PL19	PL20			
MO1OS22	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella													PL14					PL19				
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										PL16			PL19				
MO2OS02	Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui	PP01		PP03	PP04											PL16			PL19	PL20			

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16	PL17	PL18	PL19	PL20	PL21	PL22	PL23
MO2OS03	Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti	PP01		PP03	PP04											PL16			PL19	PL20			
MO2OS04	Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope				PP04														PL19	PL20			
MO2OS05	Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato	PP01			PP04														PL19	PL20			
MO2OS06	Offrire programmi finalizzati alla limitazione dei rischi e alla riduzione del danno			PP03	PP04															PL20			
MO2OS07	Sensibilizzare sui rischi, le problematiche e le patologie correlate a uso/abuso di sostanze	PP01		PP03	PP04											PL16			PL19	PL20			
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										PL16			PL19	PL20			
MO3OS02	Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici	PP01		PP03		PP05										PL16			PL19	PL20			
MO3OS03	Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno nella comunità					PP05										PL16			PL19	PL20			
MO3OS04	Monitorare il fenomeno, inclusa la percezione della popolazione rispetto ai rischi di incidente domestico, mettendo in sinergia i flussi informativi	PP01																	PL19				

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16	PL17	PL18	PL19	PL20	PL21	PL22	PL23
MO3OS05	Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente	PP01		PP03	PP04	PP05													PL19				
MO3OS06	Migliorare i dati disponibili per la valutazione epidemiologica dell'incidentalità stradale																		PL19				
MO4OS01	Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale				PP04		PP06		PP08	PP09									PL19				
MO4OS02	Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori			PP03			PP06		PP08	PP09									PL19				
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						PP06																
MO4OS04	Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti						PP06	PP07	PP08								PL17						
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								PL17						

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16	PL17	PL18	PL19	PL20	PL21	PL22	PL23
MO4OS06	Favorire nei giovani l'acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL	PP01		PP03															PL19				
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			PP03	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			PP03	PP04		PP06	PP07	PP08										PL19				
MO4OS09	Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore			PP03	PP04		PP06	PP07											PL19				
MO4OS10	Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti								PP08	PP09									PL19				
MO4OS11	Garantire la funzionalità di OCCAM incrociando i dati sanitari disponibili negli archivi regionali con le storie lavorative INPS								PP08										PL19				
MO4OS12	Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso								PP08	PP09									PL19				

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16	PL17	PL18	PL19	PL20	PL21	PL22	PL23
MO4OS13	Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti								PP08	PP09									PL19				
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						PL16			PL19	PL20			
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	PP01								PP09									PL19				
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									PL19				

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16	PL17	PL18	PL19	PL20	PL21	PL22	PL23
MO5OS04	Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico	PP01		PP03		PP05	PP06	PP07	PP08	PP09									PL19				
MO5OS05	Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione								PP08	PP09									PL19				
MO5OS06	Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione									PP09									PL19				
MO5OS07	Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon							PP07	PP08	PP09									PL19				
MO5OS08	Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione,	PP01	PP02	PP03	PP04					PP09									PL19	PL20			
MO5OS09	Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor	PP01	PP02	PP03						PP09													
MO5OS10	Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche	PP01		PP03		PP05		PP07	PP08	PP09									PL19				

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16	PL17	PL18	PL19	PL20	PL21	PL22	PL23
MO5OS11	Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle acque attraverso l'adozione dei piani di sicurezza (PSA)									PP09									PL19				
MO5OS12	Prevenire e eliminare gli effetti ambientali e sanitari avversi, in situazioni dove sono riconosciute elevate pressioni ambientali, come ad esempio i siti contaminati, tenendo conto delle condizioni socio-economiche nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze									PP09									PL19				
MO5OS13	Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti	PP01		PP03						PP09									PL19				
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									PL19				
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									PL19				
MO6OS01	Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita																	PL18					
MO6OS02	Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile												PL13		PL15				PL19				

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16	PL17	PL18	PL19	PL20	PL21	PL22	PL23
MO6OS03	Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)												PL13		PL15				PL19				
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.																	PL18	PL19				
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)	PP01		PP03	PP04											PL16		PL18	PL19	PL20			
MO6OS06	Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole	PP01		PP03	PP04											PL16		PL18	PL19	PL20			
MO6OS07	Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive	PP01		PP03						PP09					PL15				PL19				
MO6OS08	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C)	PP01			PP04														PL19				PL23

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16	PL17	PL18	PL19	PL20	PL21	PL22	PL23
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												PL13										
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												PL13										
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)"												PL13										

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16	PL17	PL18	PL19	PL20	PL21	PL22	PL23
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)												PL13						PL19	PL20		PL22	
MO6OS13	Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti												PL13										
MO6OS14	Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti	PP01								PP09			PL13						PL19			PL22	
MO6OS15	Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano									PP09			PL13						PL19			PL22	
MO6OS16	Monitorare i punti d'entrata ad alto rischio di nuove specie invasive di vettori.																		PL19			PL22	
MO6OS17	Monitorare l'insorgenza di resistenze agli insetticidi nei vettori																		PL19			PL22	
MO6OS18	Consolidamento dei sistemi di sorveglianza: sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta (PFA) sorveglianza ambientale																		PL19			PL22	
MO6OS19	Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST (es. Clamidia, Gonorrea, etc.) sulla popolazione				PP04															PL20	PL21		

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16	PL17	PL18	PL19	PL20	PL21	PL22	PL23
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																PL21		
MO6OS21	Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST	PP01		PP03	PP04											PL16			PL19	PL20	PL21		
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				PP04														PL19		PL21		
MO6OS23	PrEP - concepire e realizzare protocolli dedicati seguendo le Linee Guida vigenti, su popolazioni adeguatamente selezionate				PP04														PL19		PL21		
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								PL19				
MO6OS26	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici	PP01									PP10					PL16			PL19	PL20			

Codice dell'Ob.strategico	Titolo	PP01	PP02	PP03	PP04	PP05	PP06	PP07	PP08	PP09	PP10	PL12	PL13	PL14	PL15	PL16	PL17	PL18	PL19	PL20	PL21	PL22	PL23
MO6OS27	Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni ministeriali										PP10								PL19	PL20			
MO6OS28	Sviluppare programmi di Antimicrobical stewardship (AS)										PP10												

2.3 Tabella Azioni per programma

Programma	Azione
PP01	Elaborazione Indirizzi regionali per l'adozione del Modello SHE da parte dei Centri di Formazione professionale regionali
	Rafforzamento della collaborazione intersettoriale (DG Welfare - DG Istruzione – USR) nella gestione di sportelli e servizi di supporto piscologico nel setting scolastico
	Formalizzazione e attivazione del Gruppo di Approfondimento regionale Sistemi di Sorveglianza con il coinvolgimento della Scuola
	Promozione dell'adesione alla Rete Regionale SPS da parte dei Centri di Formazione professionale regionali
	Attuazione all'interno della Programmazione preventiva annuale del SSR delle Indicazioni regionali per la promozione del Modello SPS Lombardia
	Integrazione del patrimonio di risorse accessibili di SBBL con banche dati di area psico-socio-educativa e pedagogica
	OFFERTA FORMATIVA OPERATORI SANITARI, SOCIO-SANITARI, INSEGNANTI E ALTRI STAKEHOLDER
	Implementazione portale regionale www.scuolapromuovesalute.it
	Articolazione e formalizzazione Accordi "Rete Regionale SPS – Lombardia" a livello provinciale e/o territoriale
	Attivazione del Laboratorio Regionale permanente per la promozione della salute nel setting scolastico
	Progettazione e realizzazione della versione 2.0 degli strumenti e sussidi dei Programmi preventivi regionali (piattaforma per utilizzo a distanza, sussidi in formato digitale)
	Costituzione del Centro Regionale per lo Sviluppo e il Supporto dei Programmi preventivi
	Sottoscrizione Accordo Regionale quinquennale di Rete fra le Scuole che Promuovono Salute "Rete SPS Lombardia"
	Formalizzazione Rete Regionale "Atenei che Promuovono Salute"
	Aggiornamento e approvazione Protocollo Regionale di intesa fra Regione e USR "Scuola che Promuove Salute – SPS Lombardia"
	Messa a sistema del coinvolgimento dei Consultori nella implementazione dei Programmi Preventivi Regionali (ad es. LST, Unplugged, Educazione tra pari)
	Rilevazione sistematica e valutazione dei programmi preventivi e formativi implementati nel setting scolastico
	Aggiornamento e rinnovo del Protocollo Regionale d'Intesa di cui alla d.g.r. X/5288 del 13.06.16
	Definizione del "Documento regionale di pratiche raccomandate"
	Promozione dell'attività fisica e del movimento nel setting scolastico mediante accordi intersettoriali (area sociale)
	Incremento della copertura dei target dei programmi preventivi regionali (n. Scuole ; n. destinatari finali), mediante l'attuazione di un Piano Operativo pluriennale
	OFFERTA FORMATIVA CONGIUNTA "SCUOLA – SANITÀ" PER LA CONDIVISIONE DEL MODELLO SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE
	Definizione della struttura e sperimentazione di un Programma Regionale "Mentoring"

	Progettazione e pubblicazione materiali divulgativi su modello SPS Lombardia e esiti Rete SPS
	Attivazione di un Sistema per la rilevazione sistematica e la valutazione degli esiti dei programmi e delle azioni formative
	Implementazione di una piattaforma digitale regionale per la formazione e l'Health literacy
	Definizione di un Sistema per la rilevazione sistematica e la valutazione degli esiti del Documento regionale di pratiche raccomandate)
	Rafforzare la ricaduta del Modello SPS in quanto potenziale moderatore delle diseguaglianze di salute
PP02	Sviluppo di una strategia di marketing sociale e di strumenti di comunicazione rivolti a target specifici
	Implementazione del Programma Formativo Regionale con percorsi/offerta rivolti a target specifici sui temi di interesse
	Attuazione indirizzi regionali per l'integrazione di BP per la promozione di attività fisica e movimento, modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based
	Inserimento nella Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.) dell'offerta di programmi 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
	Costituzione Laboratorio Regionale Permanente per la promozione di attività fisica e movimento
	Incremento dell'offerta di Attività fisica e Movimento nella Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.)
	Implementazione del Modello WHP - Luoghi di lavoro che promuovono Salute - con BP per la promozione di attività fisica/movimento nella cornice dell'health ageing
	Indicazioni per l'adozione di BP previste negli Indirizzi regionali per la promozione di "Comunità Attive" all'interno della Programmazione Sociale (Piani di Zona) e della Programmazione del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.)
	Costituzione Laboratori Locali (ATS) Permanenti per la promozione di attività di sensibilizzazione e per l'offerta di programmi di attività fisica e/o sportiva adattata all'età
	Promozione di occasioni e offerta di attività fisica e movimento a favore di soggetti diversamente abili mediante Indirizzi regionali
	Attuazione Programma Formativo Regionale finalizzato a promozione di strategie per promozione attività fisica e movimento con moduli dedicati a: MMG, PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità , Formazione manageriale , Polizia locale , Uffici di Piano
	Riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità mediante l'applicazione di indirizzi regionali per l'incremento dell'offerta di programmi/percorsi integrati nella Programmazione annuale del SSR
	Sensibilizzazione e attivazione di Amministratori Locali per la promozione di Attività fisica e Movimento nella cornice dell'Urban Health mediante Accordi intersettoriali

	Promozione di attività fisica e movimento all'interno della programmazione regionale dei Centri di Aggregazione Giovanile attraverso Indirizzi regionali per l'adozione di Buone Pratiche
	Attuazione Programma Formativo Regionale a supporto delle competenze di tutte le categorie di professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorenti la salute
	Implementazione del modello "Comunità Attive" a livello territoriale, con l'attivazione di Laboratori locali (con il coinvolgimento dei diversi stakeholder , Atenei, Enti Locali, ASST , Movimenti e Associazioni sportive, Gestori strutture sportive ecc.)
	Elaborazione indirizzi regionali per la definizione e la promozione di "Comunità Attive"
	Attuazione Programma Formativo Regionale basato sugli esiti del progetto CCM - Azioni Centrali "Sostenere il cambiamento: la Formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorenti la salute", rivolto a: MMG, Personale delle ATS/ASST, Infermieri di Famiglia e di Comunità , Operatori Servizi Sociali comunali
	Realizzazione con il coinvolgimento del Laboratorio Regionale Permanente per la promozione di attività fisica e movimento: di strumenti 2.0 (ad es. Mappe "Offerta di Salute intorno a te" fruibili da device) per facilitare scelte di salute da parte della popolazione; integrazione dei contenuti informativi nel set di comunicazione "screening oncologici"
	Sensibilizzazione della popolazione sui benefici per la salute di Attività fisica e Movimento mediante la Formalizzazione Accordi regionali con Stakeholder strategici
	Attuazione Programma Formativo Regionale in collaborazione con altre DDGG regionali rivolto a caregiver e badanti
	Promozione di attività fisica e movimento in collaborazione con Rete SPS Lombardia
	Incremento del livello di attività fisica nelle diverse fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità
PP03	Realizzazione di Campagne mirate in collaborazione con Società Scientifiche
	Formalizzazione di un Protocollo di Intesa e di collaborazione con ANCI per l'implementazione del Programma WHP – Enti locali
	Implementazione dell'offerta di counseling motivazionale secondo il modello TTM (Transtheoretical Model of Change)
	FORMALIZZAZIONE DEL PROTOCOLLO DI INTESA E DI COLLABORAZIONE CON IL MINISTERO DELL'ECONOMIA E FINANZE (MEF) PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA WHP - PA
	Attuazione del "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili"
	Rilevazione sistematica e valutazione dei programmi preventivi e formativi implementati nel setting luoghi di lavoro
	Costituzione del Laboratorio Intersettoriale regionale "Marketing sociale e Comunicazione per la Salute nei luoghi di lavoro"
	Realizzazione di Campagne mirate in collaborazione con Associazioni Datoriali/Categoria e Sindacati e Corpo Consolare
	Formalizzazione Documento "Pratiche raccomandate e sostenibili nei Luoghi di lavoro WHP – Lombardia"
	Formalizzazione di Partnership fra Regione Lombardia e stakeholder di sistema per la diffusione del Modello di Luogo di lavoro che promuove salute – WHP

	Definizione di un Sistema per la rilevazione sistematica e la valutazione degli esiti del Documento regionale di pratiche raccomandate
	Promozione del Modello WHP Lombardia e dell'adesione alla Rete da parte di Aziende private e pubbliche, all'interno della Programmazione preventiva annuale del SSR
	Rafforzamento dell'impatto del Modello WHP Lombardia in luoghi di lavoro con forza lavoro manuale con bassa qualifica mediante indirizzi regionali mirati e l'inserimento di percorsi/moduli mirati nei Programmi Formativi Regionali
PP04	Rilevazione sistematica, analisi e valutazione dei dati relativi all'offerta e all'impatto dei programmi messi in atto a livello regionale e locale
	Costituzione del Laboratorio Intersettoriale regionale "Marketing sociale e Comunicazione per la Salute"
	Rafforzamento della programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali per la prevenzione "Dipendenze"
	Offerta Programma Formativo Regionale a distanza (FAD) per il rafforzamento delle competenze dei professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorenti la salute
	implementazione offerta di programmi di riduzione dei rischi e del danno rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi
	Progettazione e offerta formativa rivolta a target specifici del SSR in tema di: EDPQS e EUPC – Curriculum UE per la Prevenzione
	Definizione di Indirizzi regionali per il LEA – Riduzione del danno
	offerta percorsi di formazione e aggiornamento rivolti a operatori del SSR e di UdO accreditate in tema di programmi preventivi regionali
	Realizzazione Campagne mirate in collaborazione con Società Scientifiche (contenuti specifici)
	Costituzione Centro Regionale per lo Sviluppo e il Supporto dei Programmi preventivi, la Prevenzione e la Promozione della Salute presso la ATS Milano
	Definizione e formalizzazione dei contenuti di un "Patto regionale per la prevenzione delle dipendenze" intersettoriale
	Implementazione di modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, evidence based, con approccio life course differenziato per genere e per setting
	Integrazione dell'offerta di programmi di prevenzione e limitazione dei rischi nei luoghi del divertimento giovanile e il contrasto al disagio
	Definizione del set informativo integrato "Dipendenze: previsione e prevenzione"
	Aggiornamento e rinnovo del Protocollo Regionale d'Intesa di cui alla d.g.r. X/5288 del 13 06 16 per la piena applicazione in ambito scolastico del T.U. D.P.R. 309/90 a livello territoriale
	implementazione offerta di programmi di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio
	Declinazione territoriale del Programma regionale "Progetto Parchi"
	Declinazione e approvazione a livello territoriale ATS del Protocollo Regionale d'Intesa di cui alla d.g.r. X/5288 13.06.16, per la piena applicazione in ambito scolastico del T.U. D.P.R. 309/90

	Formalizzazione del Gruppo di Approfondimento regionale Sistemi di Sorveglianza HBSC – Okkio alla Salute con il coinvolgimento di Università e Centri di ricerca a livello regionale e nazionale
	Offerta di un Programma Formativo Regionale su EDPQS e EUPC Curriculum con moduli dedicati a Coordinatori Piani locali GAP ATS, Coordinatori dei Servizi di prossimità POR-FSE
	rafforzamento delle strategie di prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico integrata delle dipendenze nella programmazione Piani di Zona
	Definizione Indirizzi regionali per il LEA –"Riduzione del danno" (con riferimento specifico all'offerta Servizi territoriali)
	Rilevazione sistematica degli elementi derivanti dal set di indicatori "Dipendenze: previsione e prevenzione"
	Offerta di percorsi formativi basati su EDPQS e EUPC – Curriculum UE per la Prevenzione in collaborazione con Scuola delle Buone Pratiche ANCI
	implementazione offerta di programmi di intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili o a rischio di esclusione sociale
	Implementazione offerta di programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio
	Attuazione Strategie e Programmi preventivi di ogni forma di dipendenza con i Centri di Aggregazione Giovanile e le UdO Socio educative rivolte a adolescenti e minori
	Costituzione presso la DG Welfare del Gruppo di lavoro interdirezionale e intersettoriale "Prevenzione Dipendenze e Comportamenti d'Abuso
	Attuazione e declinazione territoriale del programma regionale "Progetto Parchi" in sinergia con Centri MTS
	Rafforzamento dell'integrazione e della collaborazione fra Servizi Promozione della Salute e Servizi Territoriali e ospedalieri dell'area Salute mentale e dipendenze
	Realizzazione Campagne mirate in collaborazione con Corpo Consolare (target specifici; multilingue ecc.)
	rafforzamento offerta regionale di programmi di prevenzione universale rivolti al setting scolastico
	progettazione e offerta Programma Formativo Regionale "Prevenzione Ambientale" basato su EDPQS e EUPC Curriculum con moduli dedicati MMG, PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità, Formazione manageriale, Polizia locale, Uffici di Piano
	Formalizzazione e attuazione di una Strategia per la prevenzione e la riduzione dei rischi mirata ai bisogni della popolazione carceraria
PP05	Formalizzare il Documento "Pratiche raccomandate e sostenibili nei Luoghi di lavoro WHP – Lombardia" (Azione comune con PP3)
	Aggiornamento delle linee guida regionali per la prevenzione degli incidenti domestici
	Progettazione di un percorso formativo regionale finalizzato allo sviluppo della cultura della sicurezza rivolto agli operatori sanitari e sociosanitari
	Revisione degli indirizzi regionali di cui alla D.G.R. n. VIII/9097 del 13.03.2009 e s.m.i., in materia di accertamenti richiesti dall'autorità giudiziaria a seguito di fermo alla guida o incidente stradale (ex artt. 186, 186 bis e 187 c.d.s.) con adeguamento alle previsioni ex art. 1 L. 41/2016).

	Aggiornamento del sito regionale www.promozionesalute.regione.lombardia.it con sezione dedicata alla sicurezza domestica e incidentalità stradale
	Interventi di comunicazione/informazione sui rischi in ambiente domestico e sulla strada
	Progettazione, programmazione e attuazione di un piano di formazione su temi di interesse rivolto alle diverse categorie di operatori coinvolti nei procedimenti previsti nei casi di accertamento di idoneità alla guida e consumo di alcool.
	ATTIVAZIONE DEL LABORATORIO REGIONALE PERMANENTE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEL SETTING SCOLASTICO (Azione comune con PP1)
	Iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione target (anziani e bambini) sul fenomeno dell'incidentalità in collaborazione con Comuni, scuole, associazioni, ASST
	Recepimento delle linee di indirizzo per le CML in materia di uso/abuso di alcol e idoneità alla guida in accordo con Ministero e società scientifiche e predisposizione dei relativi atti di indirizzo regionale
	Progettazione di un percorso formativo regionale finalizzato allo sviluppo della cultura della sicurezza rivolto agli operatori sanitari e sociosanitari
	Sviluppo di un percorso integrato di promozione della sicurezza domestica
	Progettazione, programmazione e attuazione di un piano formativo su temi di interesse rivolto alle diverse categorie di operatori coinvolti nei procedimenti previsti nei casi di accertamento di idoneità alla guida e disabilità psichica
	Definizione e attuazione di linee guida regionali per la riorganizzazione e la ricostituzione della composizione delle Commissioni Mediche Locali in accordo con la normativa nazionale
	Sostegno all'espressione di pareri integrati nell'ambito delle VAS dei Piani Urbani di Mobilità (PUMS) e dei Biciplan
	Iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale sui criteri di accertamento delle capacità funzionali alla guida e degli accertamenti richiesti dall'autorità giudiziaria a seguito di fermo alla guida o incidente stradale
	Formalizzazione di Intese con CONI e Enti di promozione sportiva per la promozione dell'attività fisica come strumento di prevenzione degli incidenti domestici
	Indirizzi regionali per l'incremento dell'attività fisica e movimento nella Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.) (Azione comune con PP2)
	INDICAZIONI PER L'ADOZIONE DI BP PREVISTE NEGLI INDIRIZZI REGIONALI PER LA PROMOZIONE DI "COMUNITÀ ATTIVE" ALL'INTERNO DELLA PROGRAMMAZIONE SOCIALE (PIANI DI ZONA) E DELLA PROGRAMMAZIONE DEL SSR (REGOLE, INDIRIZZI E OBIETTIVI AI DG ATS/ASST, PIANI INTEGRATI LOCALI PROMOZIONE DELLA SALUTE ATS ECC.) (Azione comune con PP2)
	Ridurre incidenti domestici nella popolazione over 65 stratificando per tutti i possibili determinanti di salute e determinanti sociali di salute.
PP06	1.3 OPERATIVITA' DEI COMITATI DI COORDINAMENTO EX ART. 7, D.LGS 81/2008 PER LA VALORIZZAZIONE DEL RUOLO DEGLI RLS/RLST
	5. Progettazione e realizzazione di PMP in settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura

	1.2 OPERATIVITA' DEI COMITATI DI COORDINAMENTO EX ART. 7, D.LGS 81/2008 PER LA VALORIZZAZIONE DELLA COLLABORAZIONE CON GLI OO.PP.
	2. Formazione su metodologie efficaci di verifica della VdR
	3. piano di comunicazione degli esiti dell'attività di controllo
	1.1 Confronto strutturato all'interno del COMITATO di COORDINAMENTO REGIONALE ex art. 7, D.Lgs 81/2008
	4. RAFFORZAMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE ATS IN CHIAVE PIANI MIRATI DI PREVENZIONE QUALE TIPOLOGIA DI CONTROLLO IN GRADO DI CONTRASTARE EFFICACEMENTE LE DISUGUAGLIANZE IN SSL
PP07	6.2 PIANO MIRATO DI PREVENZIONE COME MISURA DI CONTRASTO A INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI IN EDILIZIA
	6.1 Piani Mirati di Prevenzione come misura di contrasto a infortuni e malattie professionali in Agricoltura
	1.2 Operatività Comitati di coordinamento ex art. 7, D.Lgs 81/2008
	5.1 ATTUAZIONE STRATEGIE D'INTERVENTO PER LE ATTIVITA' DI VIGILANZA, CONTROLLO ASSISTENZA IN AGRICOLTURA
	1.1. Operatività Comitati di coordinamento ex art. 7, D.Lgs 81/2008 -Tavoli tecnici regionali per il settore Edilizia e Agricoltura
	2.1 FORMAZIONE SSL RIVOLTA ALLE FIGURE AZIENDALI DELLA PREVENZIONE (ddl, RSPP, ASPP, RLS, MC e, per il settore Edilizia CSE e CSP)
	5.2 STRATEGIE D'INTERVENTO PER LE ATTIVITA' DI VIGILANZA, CONTROLLO ASSISTENZA IN EDILIZIA
	3. PIANO DI COMUNICAZIONE
	7. SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE
	2.2 FORMAZIONE SSL RIVOLTA AGLI OPERATORI ATS
	4. RAFFORZAMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE ATS IN CHIAVE PIANI MIRATI DI PREVENZIONE QUALE TIPOLOGIA DI CONTROLLO IN GRADO DI CONTRASTARE EFFICACEMENTE LE DISUGUAGLIANZE IN SSL
PP08	5.2 PIANO MIRATO DI PREVENZIONE COME MISURA DI CONTRASTO AL RISCHIO DELLE PATOLOGIE PROFESSIONALI DELL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO
	5.3 PIANO MIRATO DI PREVENZIONE COME MISURA DI CONTRASTO AL RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO
	1.1 OPERATIVITÀ COMITATI DI COORDINAMENTO EX ART. 7, D.LGS 81/2008 - TAVOLO TECNICO REGIONALE RISCHIO CANCEROGENO PROFESSIONALE
	1.2 Operatività Comitati di coordinamento ex art. 7, D.Lgs 81/2008 - Tavoli tecnici regionali per il rischio delle patologie professionali muscolo-scheletriche e del rischio stress lavoro-correlato
	2. FORMAZIONE SU METODOLOGIE EFFICACI DI VERIFICA DELLA VDR
	3. PIANO DI COMUNICAZIONE
	6. SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE
	5.1 PIANO MIRATO DI PREVENZIONE COME MISURA DI CONTRASTO AL RISCHIO CANCEROGENO PROFESSIONALE

	4. RAFFORZAMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE ATS IN CHIAVE PIANI MIRATI DI PREVENZIONE QUALE TIPOLOGIA DI CONTROLLO IN GRADO DI CONTRASTARE EFFICACEMENTE LE DISUGUAGLIANZE IN SSL
PP09	7. REALIZZAZIONE RETE REGIONALE INTEGRATA AMBIENTE E SALUTE
	8. FORMALIZZAZIONE DI UN DOCUMENTO REGIONALE DI INDIRIZZI E CRITERI PER L'APPLICAZIONE DELLA VALUTAZIONE COMPONENTE SALUTE PUBBLICA IN PROCEDIMENTI AMBIENTALI E IN PIANI E PROGRAMMI REGIONALI:
	9.3 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: FOCUS OSH e REACH/CLP
	12 SUPPORTO AD INTERVENTI INTERSETTORIALI DI URBAN HEALTH, ATTRAVERSO INDIRIZZI REGIONALI PER LA PARTECIPAZIONE A TAVOLI TECNICI INTER ISTITUZIONALI REGIONALI E LOCALI E L'ESPRESSIONE DI PARERI INTEGRATI
	1 e 2 CONSOLIDAMENTO DEI PROCESSI DI GOVERNANCE INTEGRATA IN MATERIA DI SALUTE, AMBIENTE, CLIMA: ATTO FORMALE DI COLLABORAZIONE INTERSETTORIALE E TAVOLO
	3. FORMAZIONE OPERATORI SANITARI E SOCIOSANITARI ED OPERATORI ESTERNI AL SSN SU AMBIENTE, CLIMA E SALUTE
	4. CAMPAGNE INFORMATIVE E DI SENSIBILIZZAZIONE SU AMBIENTE, CLIMA E SALUTE
	15. PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DI INTERVENTI FORMATIVI SUL SISTEMA CLASSYFARM
	13. SVILUPPO DEI SISTEMI INFORMATIVI A LIVELLO TERRITORIALE PER CONSENTIRE LO SCAMBIO DELLE INFORMAZIONI TRA LE AUTORITA' COMPETENTI E GLI ENTI COINVOLTI NELLA MATERIA DELLE ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO
	14. PROGRAMMI D'INFORMAZIONE FINALIZZATI ALLA PROTEZIONE DEGLI ANIMALI E LOTTA AL RANDAGISMO
	6.REALIZZAZIONE DI UN ACCORDO INTERISTITUZIONALE PER LA SORVEGLIANZA DELL'INQUINAMENTO ATMOSFERICO SULLA POPOLAZIONE DEL BACINO PADANO
	9.1 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: REALIZZAZIONE ANNUALE DEL PROGRAMMA DI CONTROLLO SOSTANZE CHIMICHE
	9.2 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: FOCUS EOW e REACH/CLP
	10. FORMALIZZAZIONE DEL PIANO D'AZIONE REGIONALE AMIANTO
	11. PREDISPOSIZIONE, ADOZIONE E DIFFUSIONE DI BUONE PRATICHE IGIENICO-SANITARIE IN MATERIA DI SOSTENIBILITÀ ED ECO-COMPATIBILITÀ NELLA COSTRUZIONE, RISTRUTTURAZIONE E EFFICIENTAMENTO ENERGETICO DEGLI EDIFICI
	SVILUPPO DELLA CAPACITA' DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE DA DETERMINANTI AMBIENTALI ATTRAVERSO L'IMPLEMENTAZIONE DI STRUMENTI PER LA PROGRAMMAZIONE ORIENTATA AL BISOGNO DI SALUTE
PP10	Promozione della sorveglianza della AMR e predisposizione di Procedure di Laboratorio

	Istituzione di un tavolo tecnico regionale intersettoriale per l'integrazione con altri ambiti del SSR ed extra-SSR nel contrasto alla AMR
	Rafforzamento del sistema di sorveglianza e monitoraggio dell'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario
	PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ FORMATIVE PER GLI ADDETTI AL CONTROLLO UFFICIALE IN TEMA DI USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI (ambito veterinario)
	RAFFORZAMENTO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO DELL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO UMANO
	SVILUPPO DI PROCEDURE INTERSETTORIALI REGIONALI PER LA CONDUZIONE DI INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE IN CASI DI INDIVIDUAZIONE DI MICRORGANISMI PATOGENI RESISTENTI (ambito veterinario)
	Aggiornamento degli indirizzi regionali in coerenza con le indicazioni nazionali e lo sviluppo del SSR lombardo
	Attivazione di percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori sanitari (ospedale e territorio)
	Attivazione dei Comitati Per il Controllo delle ICA e sviluppo di programmi di Antimicrobial stewardship
	Rinnovo del Sistema informativo della Sorveglianza delle ICA e AMR
	PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DI INIZIATIVE PER GLI STAKEHOLDERS PER L'USO APPROPRIATO DI ANTIBIOTICI (ambito veterinario)
	Sviluppo di un programma di monitoraggio, informazione e comunicazione sull'uso degli antibiotici e la AMR in età pediatrica
PL12	Formazione degli operatori delle ATS per favorire l'attuazione dei Regg. (CE) 1924/2006 e 1169/2011 per quanto riguarda le indicazioni nutrizionali e salutistiche fornite sui prodotti alimentari (1.14)
	Formazione di tutti gli attori della ristorazione collettiva (1.13)
	Comunicazione e marketing nutrizionale
	Formazione/informazione degli operatori del settore alimentare (1.12)
	Messa a sistema dei controlli per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti (1.14)
	Messa a sistema dei controlli per la verifica delle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari (1.15)
	Tavolo regionale di Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN) (1.16)
	Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva (1.11)
	Aumentare il consumo di alimenti adeguati sotto l'aspetto nutrizionale da parte dei soggetti fragili
PL13	Formazione degli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti (6.13)
	Formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cottura e nelle mense (6.10)
	Gestione delle malattie trasmesse da alimenti (6.9)
	LABORATORI DI RIFERIMENTO REGIONALI PER LE MALATTIE TRASMESSE DA VETTORI E DA ALIMENTI (6.15)

	Comunicazione sociale e campagne informative (6.14)
	Formazione del personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari (6.11)
	Formazione sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti (6.12)
	Garantire alimenti sicuri distribuiti sul territorio regionale per migliorare la tutela del cittadino
PL14	Sviluppo linee di indirizzo regionali screening oncologici
	Sviluppo progetti pilota di sperimentazione organizzativa screening oncologici
	Istituzione del coordinamento multidisciplinare regionale screening oncologici
	Costruzione sistema regionale di gestione, monitoraggio e valutazione screening oncologici
	Reingegnerizzazione dell'offerta spontanea
	Ingaggio della popolazione fragile e straniera nei programmi di screening attraverso accordi intersettoriali
PL15	piano pandemico
	aggiornamento DGR 18853/2004
	Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive
	formazione e verifica delle competenze degli operatori
PL16	analisi del fenomeno dell'esitazione vaccinale a livello regionale
	Mappatura dell'offerta di vaccinazione nelle donne in gravidanza ed in età fertile
	standardizzazione delle modalità operative di offerta (processi di lavoro) e verifica delle skill necessarie agli operatori per attivare l'offerta della vaccinazione
	Messa a sistema informazione degli stili di vita dei genitori durante i bilanci di salute a cura dei pediatri
	offerta Formativa mirata agli operatori del percorso diagnostico - terapeutico e sistema di sorveglianza dello screening audiologico e oculistico
	Stratificazione del bisogno finalizzata a orientare l'offerta di supporto post- partum e Home Visiting
	Studio e successiva implementazione di modalità di integrazione delle informazioni relative alle vaccinazioni nei software utilizzati dai PLS
	Integrazione Offerta Programmi Formativi Regionali sulle tematiche primi 1000 giorni
	Elaborazione di un documento di indirizzo tecnico e organizzativo per l'effettuazione di screening audiologico e screening oftalmologico neonatale
	offerta formativa mirata agli operatori dell'area della ginecologia ed ostetricia (pubblica e privata)
	Progettazione e pubblicazione di materiali divulgativi
	definizione del modello lombardo di Home visiting
	Attivazione di modalità collaborative di richiamo alla vaccinazione
	Costituzione e formalizzazione di un tavolo di lavoro intersettoriale per favorire e sostenere l'allattamento al seno
	adattamento dell'Home visiting al contesto Lombardo
	rafforzamento delle competenze degli operatori dei servizi in tema di Vaccine Hesitancy
	Messa a sistema degli esiti del progetto Pensare positivo (WHO)
	Integrazione degli Indicatori previsti dai documenti tecnici regionali sul Portale di Governo Clinico-Area Materno Infantile
	attuazione protocollo di rilevazione della non adesione all'offerta vaccinale in età infantile

	attuazione linee guida regionali per favorire e sostenere l'allattamento al seno
	Revisione del documento tecnico sull'home visiting in Lombardia alla luce della prima sperimentazione e formalizzazione della messa a sistema del programma
	Attivazione di una analisi locale per l'identificazione di differenze tra PLS nella copertura vaccinale; attivazione di tavoli locali per raccogliere i fabbisogni e disponibilità di collaborazione dei PLS in tema di vaccinazioni
	Sviluppo e messa a sistema di un sistema di monitoraggio del tasso di allattamento al seno alla dimissione e sino al 6° mese di vita
	Sperimentazione del modello Home visiting
	Sviluppo e messa a sistema di un sistema di monitoraggio dello screening audiologico e oculistico
	Verifica e mappatura dei processi organizzativi e delle skill degli operatori dei consultori
	Sviluppo accordo di partnership e collaborazioni intersettoriali
	Verifica e mappatura dei processi organizzativi e delle skill degli operatori dei punti nascita
	Integrazione dell'indicatore "Tasso allattamento" sul Portale di Governo Clinico-Area Materno Infantile.
	offerta formativa mirata agli operatori sulla classificazione OMS-UNICEF in tema di alimentazione del neonato/lattante
	Aggiornamento del software vaccinale per garantire maggiore fruibilità ai PLS
	Integrazione dei Programmi Formazione manageriali regionali er la valorizzazione del ruolo e della funzione preventiva delle politiche di intervento 0-3 anni
	promozione della salute mediante adesione all'offerta di percorsi di Accompagnamento alla Nascita
PL17	2.2 MONITORAGGIO ACCORDI REGIONALI affidato al Comitato di coordinamento ex art. 7, D.Lgs 81/2008
	REPORT ANNUALE ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI CANTIERI
	3. PERCORSI FORMATIVI
	2.1 ACCORDI REGIONALI
	5. CAMPAGNA INFORMATIVA
	1. APPROCCIO SISTEMICO AL RISCHIO
PL18	Commissione Vaccini
	rinnovare il Sistema informativo delle Vaccinazioni
	standard vaccinali e audit vaccinazioni
	attivare percorsi di Tailoring Immunization Programs (TIP)
	attivare percorsi di vaccinazione dedicati ai pazienti cronici
	attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori
	reportistica "Vaccine Hesitancy"
PL19	RILASCIO PIATTAFORMA HARDWARE E SOFTWARE E DEI GESTIONALI
	Rilascio di un Report strutturato "Esperienze e Indicatori già sviluppati a livello nazionale/internazionale per l'implementazione di processi di equity audit"
	formalizzazione del Comitato Scientifico del programma
	identificazione delle infrastrutture informative open source disponibili per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit" in prevenzione sulla base della ricognizione dell'esistente

	Definizione e articolazione nell'ambito del Programma Formativo Regionale di percorsi/offerta rivolta a target specifici integrata con i Programmi formativi già attivati
	identificazione delle piattaforme disponibili e sistematizzazione degli elementi
	Sistematizzazione degli elementi con il coinvolgimento del comitato di indirizzo di programma
	Definizione di una metodologia statistica per valutare gli esiti di interventi mirati di modifica delle variabili che operano una pressione negativa sulla popolazione con finestre temporali mobili
	Definizione e realizzazione di campagne informative multi target e multicanale
	Rilascio del Documento tecnico "Modello organizzativo, della piattaforma informativa distribuita/diffusa e definizione delle modalità per integrare le informazioni disponibili sui vari livelli: internazionale/ nazionale/ regionale /locale di ATS/Provincia"
	Identificazione della documentazione esistente livello nazionale/internazionale per l'implementazione di processi di equity audit e sistematizzazione degli elementi con il coinvolgimento del comitato di indirizzo di programma
	Rilascio del set di elementi informativi per lo sviluppo di processi di equity audit
	Identificazione e formalizzazione da parte del Comitato di Indirizzo e del Comitato scientifico dei profili professionali e del set competenze per l'implementazione del sistema
	realizzazione di azioni strutturate di advocacy rivolte ai diversi attori del sistema
	Definizione dell'ambiente informatico e della metodologia statistica per la sintesi degli indicatori utili ad analizzare in modo integrato i diversi set informativi (misura sintetica complessiva)
	Formalizzazione Accordi fra DG Welfare e altri Stakeholder (Università, enti di ricerca, istituzioni pubbliche e private deputate alla raccolta e alla messa a disposizione di dati)
	Costituzione e formalizzazione di Tavoli Tecnici
	definizione di scenari evolutivi della popolazione e predizione dell'andamento di esposizioni, fattori di rischio e outcome sociosanitari
	Definizione e articolazione nell'ambito del Programma Formativo Regionale di percorsi/offerta rivolta a target specifici integrati con i Programmi formativi già attivati
	Definizione e realizzazione di campagne informative multi target e multicanale finalizzate a pubblicizzare funzioni, accessibilità e utilizzo di tutti gli strumenti informativi messi a disposizione
	Ricognizione delle piattaforme di open data esistenti e definizione del layout grafico
	Realizzazione di Percorsi di ricerca sul campo (focus group, seminari tecnici) per l'individuazione e la condivisione del set di elementi informativi per lo sviluppo di processi di equity audit
	Implementazione dell'infrastruttura informatica e della piattaforma open data
	Implementazione e adattamento del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi in almeno uno dei Programmi del PRP
	Rilascio di un Report strutturato "Infrastrutture informative disponibili open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit"
	ricognizione delle piattaforme disponibili presenti a livello internazionale e nazionale
	identificazione delle risorse tecniche e professionali per l'implementazione del programma

	Formalizzazione Accordi fra le diverse DDGG regionali per la fruizione condivisa delle informazioni disponibili nel SIREG
	Costituzione di uno staff tecnico multidisciplinare
	Stesura del capitolato tecnico per l'acquisizione dell'ambiente di sviluppo, della piattaforma hardware, sviluppo della piattaforma software e dei gestionali open source dedicati e Realizzazione gara per affidamento
	Identificazione di specifici applicativi per la messa a disposizione dei cittadini e dei diversi Stakeholder delle informazioni in formato open data sulla scala territoriale di interesse attraverso un sistema dedicato che faciliti l'aumento dell'health literacy nella popolazione
	Integrazione delle funzioni del portale con l'attivazione della sezione "scenari previsionali" e della sezione "confronto scenari previsionali e scenari reali misurati"
	Costituzione e formalizzazione del Comitato di Indirizzo del Programma
	individuazione e condivisione con le ATS e gli stakeholder del set di elementi informativi per lo sviluppo di processi di equity audit in prevenzione sulla base di percorsi di ricerca sul campo
	Produzione della documentazione tecnica in vari formati e varie lingue relativa all'accesso al sistema informativo integrato, la fruizione della piattaforma, degli applicativi e degli strumenti operativi
	Validazione del modello informativo integrato mediante pubblicazione della metodologia su una rivista peer reviewed
	Costituzione di uno staff tecnico multidisciplinare
	Rilascio di report strutturato "ricognizione e selezione delle fonti informative pubbliche/private disponibili a livello regionale/sovraregionale e identificazione delle infrastrutture informative open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit"
	Costituzione di uno staff tecnico multidisciplinare
	Progettazione, ingaggio discenti e realizzazione di Corsi di formazione specifici
	Applicazione dei set di indicatori per l'individuazione delle aree e degli ambiti di diseguaglianza
	Condivisione della metodologia e validazione dei processi finalizzati ad operare interventi di mitigazione
	Rilascio di report strutturato "Set di indicatori identificati a livello internazionale e integrazione dei flussi informativi carenti necessari alla implementazione del sistema"
	Identificazione di specifici applicativi per la messa a disposizione dei diversi Stakeholder degli output del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi utili alla individuazione di profili di diseguaglianza a livello territoriale
PL20	Definizione di PDTA integrati in ottica preventiva per trattamento delle principali patologie croniche
	IMPLEMENTAZIONE STRUMENTI E DISPOSITIVI OPERATIVI ESITO DEL PROGETTO CCM 2019 "FOODIA-NET" A FAVORE DI PAZIENTI CON DIABETE TIPO 1 E PAZIENTI IN CARICO AI SERVIZI AREA SALUTE MENTALE
	Attivazione di collaborazioni strutturate con le Associazioni dei Pazienti e stesura di indirizzi a livello Regionale

	Offerta di formazione mirata sui temi di interesse nell'ambito del Programma Formativo Regionale
	Definizione di un Piano di comunicazione regionale mirato
	Implementazione e messa a sistema della Sotto stratificazione dei soggetti Livello 3 e 4 (DGR 6164) in relazione a presenza di fattori di rischio intermedi
	Formalizzazione di Alleanze e Partnership regionali (declinabili territorialmente) con stakeholder di settore
	Promuovere accordi di collaborazione scientifica e partnership
	MIGLIORARE LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA A SPECIFICHE TIPOLOGIE DI PAZIENTI CRONICI ATTRAVERSO LA DISSEMINAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DEGLI ESITI DEL PROGETTO CCM 2019 AZIONI CENTRALI A SUPPORTO DEL MINISTERO DELLA SALUTE
PL21	Commissione regionale AIDS
	Attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori e di audit
	Coinvolgimento delle associazioni del terzo settore e supporto ai community based voluntary counselling and testing (CBVCT)
	1. Migliorare il sistema di sorveglianza
	2. rete dei centri per la diagnosi e trattamento delle IST
	6. Realizzazione interventi di prevenzione in linea con la strategia della "combination prevention"
PL22	creare un sistema di georeferenziazione delle malattie infettive (GEOSA)
	integrazione tra ricerca veterinaria e umana in relazione ai possibili vettori
	sensibilizzazione dei cittadini, dei comuni e altri enti pubblici e privati alle problematiche inerenti la prevenzione delle malattie trasmesse da vettori e legionellosi
	formazione e verifica delle competenze degli operatori
PL23	Screening e vaccinazioni
	Attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori
	Reportistica
	I contesto degli istituti penitenziari
	Aggiornare gli indirizzi regionali
	Il ruolo delle associazioni nella TB e per la medicina delle migrazioni

CAPITOLO 3 - Programmi Predefiniti

3.1 PP01 Scuole che promuovono Salute

Quadro logico regionale

CODICE	PP01
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Corrado Celata - Struttura Stili di vita per la prevenzione, Promozione della Salute e Screening - UO Prevenzione - DG Welfare
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti MO3 Incidenti domestici e stradali MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali MO5 Ambiente, Clima e Salute MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	MO1-01 Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale MO1-06 Individuare precocemente i segnali a rischio per disagio infantile 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 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

	MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui MO2-03 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti MO2-05 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato MO2-07 Sensibilizzare sui rischi, le problematiche e le patologie correlate a uso/abuso di sostanze 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 MO3-04 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 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 MO5-02 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 MO5-04 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 MO6-05 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)

	MO6-06 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole MO6-07 Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive MO6-08 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C) MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST MO6-26 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	MO1LSc Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, articolato in azioni di documentata efficacia, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico (a partire dalla scuola dell'infanzia), per la promozione della salute fisica e mentale MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina, contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol, riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà, contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile, riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato, aumento del consumo di frutta e verdura, prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) MO1LSe Sviluppo di conoscenze e competenze (empowerment -life skill) di tutti i componenti della ristorazione collettiva (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholders (famiglie, lavoratori, pazienti, etc) sull'importanza della sana alimentazione per prevenire le complicanze di numerose patologie croniche, ridurre lo spreco alimentare e ridurre l'impatto ambientale correlato all'alimentazione 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 MO6LSe Rafforzamento della capacità di risposta alle emergenze infettive MO6LSc Promozione della immunizzazione attiva 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)

	MO2LSn 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 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	A05 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato B06 Promozione della sicurezza stradale B07 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani E06 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04 F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione 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 F07 Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare F09 Prevenzione delle dipendenze

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

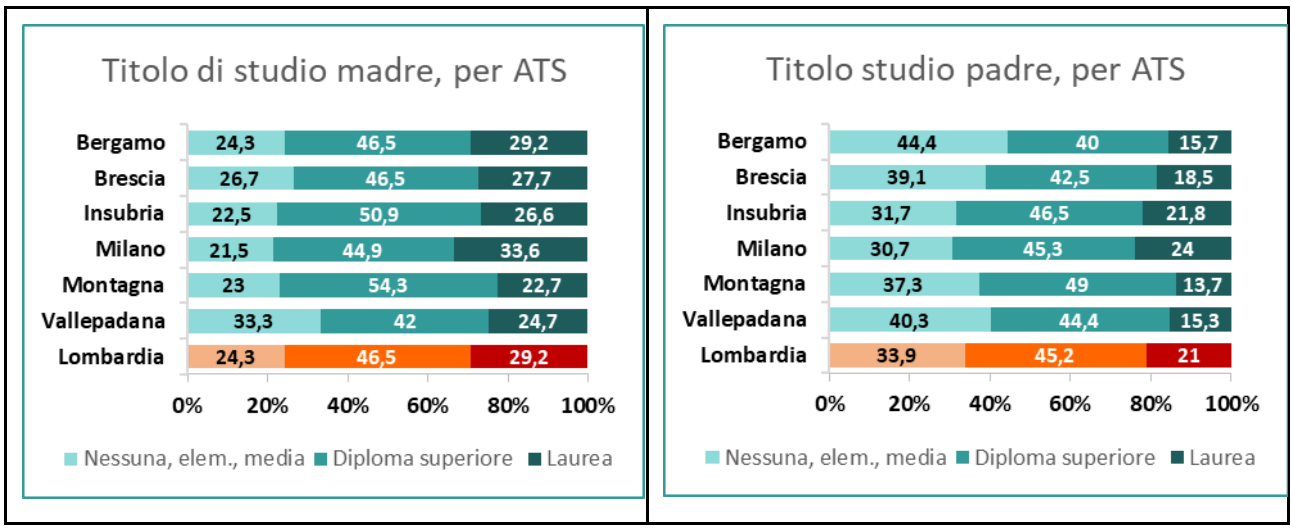
Livello socio economico familiare

La qualità della salute individuale è influenzata, in modo diretto o indiretto, dal livello socio-economico di appartenenza, poiché a maggiori redditi e a più elevati livelli di istruzione si associa una più alta speranza di vita (Istat) Le prove raccolte su gli ultimi decenni dimostrano che i giovani che crescono in condizioni sociali svantaggiate sono esposti a maggiori rischi per la salute (HBSC, report internazionale 2017/18). Le condizioni negative di vita e l'esposizione a fattori di rischio sperimentati nell'infanzia e nell'adolescenza accrescono le probabilità di sviluppare malattie da adulti. La salute e il benessere di un individuo da questo punto di vista sarebbero l'esito di una serie cumulata di difficoltà socio-economiche che la persona inizia ad affrontare fin dai suoi primi anni di vita (DiPrete e Eirich, 2006; Willson et al., 2007). In secondo luogo, molto è stato scritto sull'impatto della famiglia, del gruppo dei pari, della scuola sul benessere sociale e psicologico dei ragazzi (Resnick et al., 1993; Black e Krishnakumar, 1998) e sull'adozione da parte loro di comportamenti insalubri, quali fumo, abuso di alcol, uso di droghe (Milton et al., 2004 ; Farrell e White, 1998 ; Curran et al., 1997 ; Barrera et al., 1993). (Tognetti). Spesso il livello d'istruzione è usato come proxi per valutare questo fattore. Entrambe le sorveglianze realizzate nel contesto scolastico raccolgono dati su questo fattore.

Titolo di studio

Il 29% delle madri e il 21% dei padri degli alunni che frequentano il III anno della scuola primaria in Lombardia sono in possesso di una laurea e circa la metà di loro possiede un diploma di scuola superiore. Si registra però che quasi un quarto delle madri e un terzo dei padri ha conseguito solo il diploma di terza media o un livello inferiore. La situazione è dissimile nei diversi territori, come rappresentato nelle tabelle successive.

Anche i dati HBSC offrono uno spaccato della realtà familiare e di contesto di appartenenza degli studenti lombardi di 11, 13 e 15 anni. Il livello d'istruzione dei genitori indica una prevalenza di titoli di studio medio/alto (maturità-laurea). Circa un quarto dei genitori è in possesso di una laurea (il 21,3% dei padri e il 26,3% delle madri). Inoltre, quarto dei padri (25,7%) e circa un terzo delle madri (32,1%) hanno conseguito il diploma di scuola superiore. I titoli di studi più bassi riguardano una minoranza del campione, anche se non trascurabile: il 17% dei padri e il 10,8% delle madri ha il diploma di terza media. Il possesso della sola licenza elementare è limitato al 2,1% dei padri e all'1,4% delle madri.



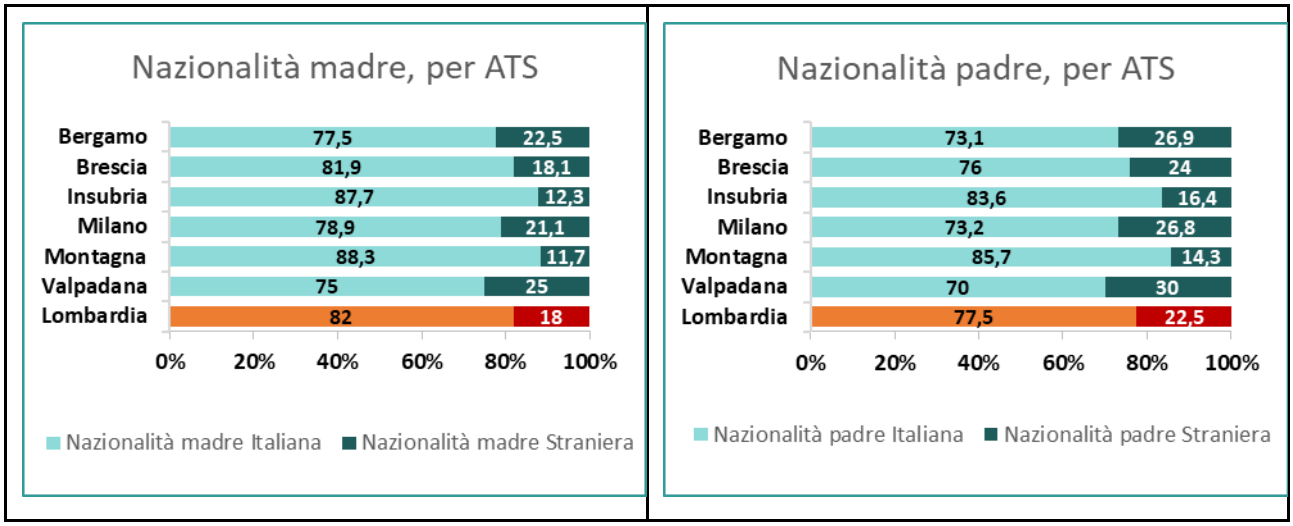
Potenziale d'acquisto

Per gli studenti più giovani, che hanno partecipato alla sorveglianza OKkio, è stata introdotta una domanda diretta ai genitori e quasi un terzo di quelli che hanno compilato il questionario dichiara che con il reddito a disposizione in famiglia, arriva a fine mese con qualche difficoltà. Il 6% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

In HBSC l'indice del livello socio economico è misurato attraverso la Family Affluence Scale. La maggior parte della popolazione studentesca 11-15 anni appartiene alla fascia media (49,5%). Il 27.8% dichiara uno status socioeconomico alto e il 22,7% appartiene alla fascia bassa.

Nazionalità

Anche la condizione di stranieri residenti potrebbe rappresentare un determinante in grado di influenzare lo stato di salute. La maggior parte dei genitori dei bambini di terza elementare (82% delle madri e il 77,5% dei padri) ha la nazionalità italiana. Il 18% delle madri e il 22,5% dei padri hanno invece la nazionalità straniera. Anche in questo caso a situazione è dissimile nei diversi territori



Per gli studenti più grandi, si rileva che in Lombardia l'80% ha entrambi i genitori nati in Italia. Per il 13% entrambi i genitori sono nati all'estero, mentre il 6% ha almeno uno dei due genitori nato all'estero. Gli studenti nati all'estero si aggirano invece intorno al 5%.

Capitale sociale del contesto di appartenenza

Una crescente letteratura scientifica ha mostrato l'esistenza di una associazione tra il contesto in cui le persone vivono e le condizioni di salute della popolazione (Cramm et al., 2013; Subramanian et al., 2006). Vivere in quartieri con elevati livelli di deprivazione materiale è negativamente associato a diversi esiti negativi per la salute, come maggiori tassi di mortalità, aumento della prevalenza di malattie croniche, peggiore salute mentale e comportamenti insalubri. D'altra parte, anche le risorse sociali del luogo di residenza sono state identificate come rilevanti fattori attraverso i quali il contesto impatta sul benessere delle persone (Kawachi et al., 2008; Mohnen et al., 2011; Wen et al., 2005).

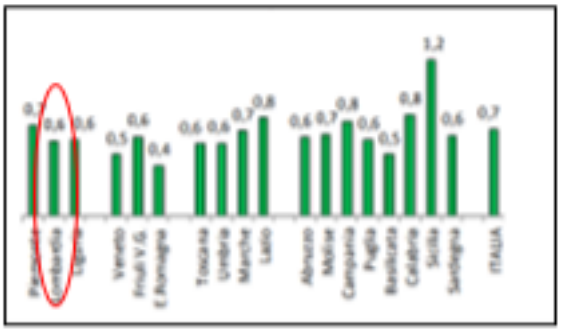
La coesione sociale dunque è considerata una misura dell'interdipendenza tra gli individui appartenenti a una comunità, e si riferisce al livello di connessione e solidarietà che esiste tra le persone (Tognetti). La maggior parte degli studenti 11-15 anni (65%) percepisce un alto capitale sociale nella propria zona abitativa e solo il 5% denuncia una condizione poco soddisfacente. La quasi totalità (90%) si sente sicura, e quasi il 70% ne valuta positivamente la gradevolezza. Infine, la maggior parte (oltre il 60%), crede che il quartiere sia sicuro per i bambini, un bel posto dove vivere e che potrebbe chiedere aiuto o un favore ai propri vicini.

Contesto di appartenenza delle scuole

I Dirigenti delle scuole secondarie di I e II grado, in genere, valutano positivamente il quartiere in cui è situata la scuola. Il problema maggiormente sentito è quello del traffico (oltre il 30%). Per importanza e gravità seguono le trasgressioni legate allo spaccio, al consumo di droghe o abuso di alcol ritenute un problema rilevante dal 6,7% dei Dirigenti e moderato dal 37%. La criminalità è valutata un problema rilevante dal 2,5% e moderato dal 26,7%. Tutti gli altri problemi sono meno presenti.

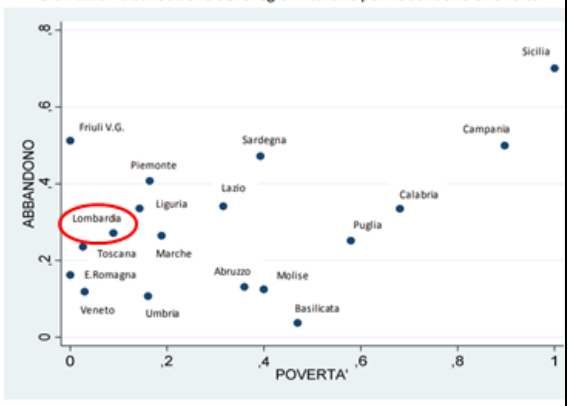
Abbandono scolastico e Neet

In Lombardia l'abbandono scolastico complessivo (che considera sia chi abbandona durante l'anno scolastico sia chi, una volta finita la terza media non frequenta nessun istituto) nella scuola secondaria di I grado si attesta intorno allo 0,6%). In generale, l'abbandono è un fenomeno prevalentemente maschile e colpisce maggiormente i cittadini stranieri rispetto a quelli italiani (più quelli nati all'estero che quelli appartenenti alla II generazione).



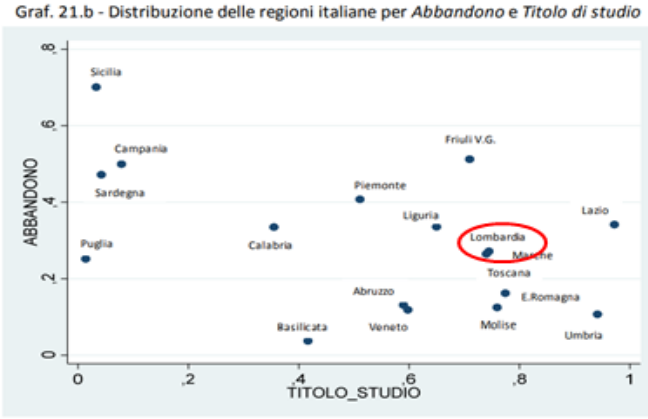
L'abbandono scolastico e le variabili socio economiche sono correlati. Di seguito si riportano i grafici per evidenziare la posizione della regione Lombardia sulla base di una serie di indicatori sintetici (fonte MIUR Focus La dispersione scolastica nell'a.s.201617 e nel passaggio all'a.s.201718_def (miur.gov.it)).

Graf. 21.a - Distribuzione delle regioni italiane per *Abbandono* e *Povertà*



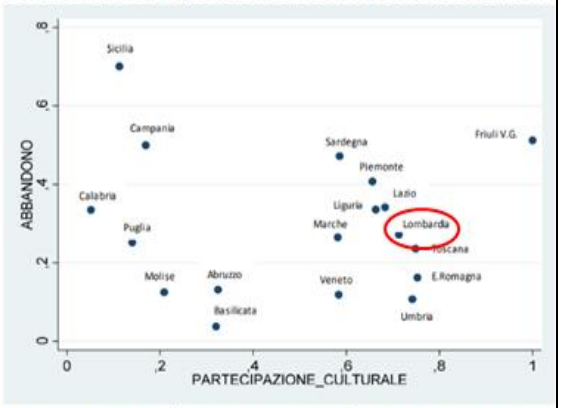
Fonte: MIUR - DGCASIS - Ufficio Gestione Patrimonio Informativo e Statistica - ANS

Graf. 21.b - Distribuzione delle regioni italiane per *Abbandono* e *Titolo di studio*



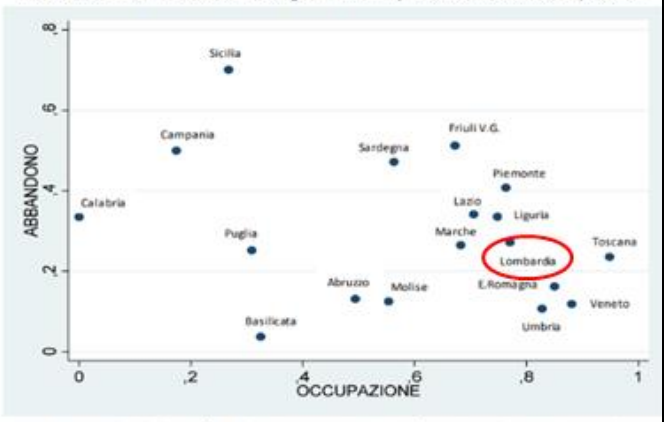
Fonte: MIUR - DGCASIS - Ufficio Gestione Patrimonio Informativo e Statistica - ANS

Graf. 21.c - Distrib. delle regioni italiane per *Abbandono* e *Partecipazione culturale*



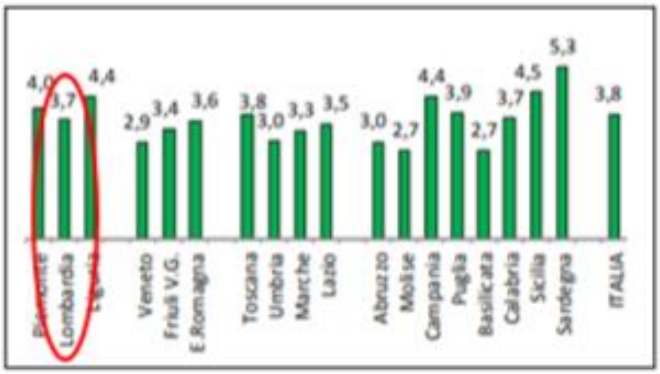
Fonte: MIUR - DGCASIS - Ufficio Gestione Patrimonio Informativo e Statistica - ANS

Graf. 21.d - Distribuzione delle regioni italiane per *Abbandono* e *Occupazione*

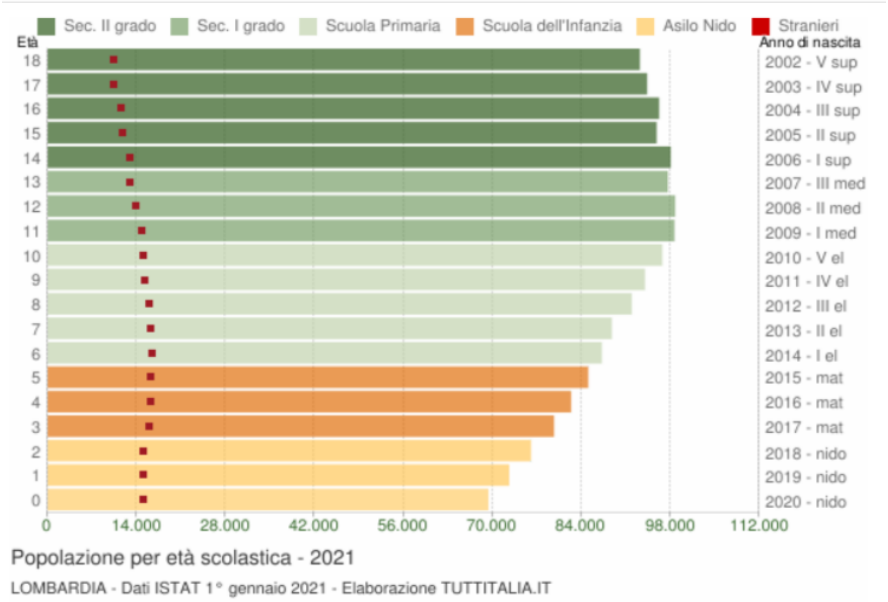


Fonte: MIUR - DGCASIS - Ufficio Gestione Patrimonio Informativo e Statistica - ANS

L'abbandono complessivo nella scuola secondaria di II grado in Lombardia è pari al 3,7%. La percentuale è più alta nel I anno di corso e anche la differenziazione per genere è piuttosto marcata. Relativamente alla cittadinanza degli alunni, anche nella scuola secondaria di II grado è evidente come il fenomeno della dispersione scolastica colpisca maggiormente i cittadini stranieri rispetto a quelli italiani. Per la scuola secondaria di II grado è di particolare interesse analizzare come si differenzia il fenomeno nei vari percorsi di studio. Il tasso più contenuto si è registrato per i licei. Il tasso sale progressivamente passando agli istituti tecnici, agli istituti professionali. La percentuale di abbandono più elevata è relativa a percorsi IeFP.



In Regione Lombardia la popolazione giovanile, fascia d'età 0-19, corrisponde a 1.791.674,00 abitanti (http://dati.istat.it/, popolazione residente al 1 gennaio2021). Di questi la popolazione in età scolare d'obbligo corrisponde a 1.411.529, pari ad oltre il 14% della popolazione residente in Regione. Il grafico seguente mostra la distribuzione per fasce d'età, grado di scolarità e pocittadini di origine straniera.



In Regione Lombardia la popolazione giovanile, fascia d'età 0-19, corrisponde a 1.791.674,00 abitanti (http://dati.istat.it/, popolazione residente al 1 gennaio2021). Di questi la popolazione in età scolare d'obbligo corrisponde a 1.411.529, pari ad oltre il 14% della popolazione residente in Regione. Il grafico seguente mostra la distribuzione per fasce d'età, grado di scolarità e pocittadini di origine straniera.
Nel territorio regionale sono presenti 8.038 di cui 5487 statali e 2551 paritarie di ogni ordine e grado. Nello specifico gli istituti sono così distribuiti (https://usr.istruzione.lombardia.gov.it/istruzione/):

- 1.329 sono scuole dell'infanzia,
- 2.214 scuole primarie,
- 1.118 scuole secondarie di primo grado
- 4 direzioni didattiche
- 729 scuole secondarie di secondo grado
- 4 convitti- educandati
- 19 CPIA

In Lombardia gli studenti delle scuole sono oltre un milione di cui 1.190.454 frequentanti le scuole statali e 240.372 quelle paritarie (https://usr.istruzione.lombardia.gov.it/istruzione/).
Inoltre, la scuola lombarda si avvale del lavoro di (https://usr.istruzione.lombardia.gov.it/istruzione/):

- 1.149 dirigenti scolastici
- 109.566 docenti
- 29.025 unità di personale ATA (1.130 DSGA), 6.958 assistenti amministrativi, 1.979 assistenti tecnici, 18.858 collaboratori scolastici, 100 altri profili)

Diffusione dei fattori di rischio individuale di tipo comportamentale

Dati sugli studenti lombardi

In Lombardia gli studenti sono oltre un milione. Nell'anno scolastico 2019/2020 si rileva che: il 39% frequenta la scuola primaria, il 25% la scuola secondaria di I grado, il 36% la scuola secondaria di II grado. In quest'ultima, circa il 16% degli studenti lombardi frequenta un istituto professionale; il 37% un istituto tecnico; il 47% il liceo. Gli alunni che frequentano percorsi IeFP (Istruzione e Formazione Professionale) sono 11.133.
Gli alunni con cittadinanza straniera sono oltre 190.000. Il tasso medio di dispersione scolastica nel 2016 in Lombardia è stato pari al 12,7%.

Scuole primarie

La ricerca Okkio alla Salute 2016 relativa alla Lombardia ha rilevato l'incidenza di condizioni di sovrappeso/obesità, di abitudini alimentari non salutari e di scarsa attività fisica sullo stato di salute degli studenti frequentanti la scuola primaria.
Nello specifico, il 25% presenta un eccesso ponderale, comprendente condizioni di sovrappeso e obesità, simili tra maschi e femmine (valore inferiore al dato nazionale). Si assiste comunque ad una diminuzione progressiva della prevalenza di bambini obesi, mentre c'è un incremento dei bambini in sovrappeso (19,2% nel 2016 contro il 17,1% nel 2014).
L'eccesso di peso nella popolazione infantile risulta correlato a quello dei genitori: il rischio di obesità diminuisce con l'aumentare del livello di scolarità della madre (dal 10% con madre con titolo di scuola elementare o media, al 5% per diploma di scuola superiore, al 2% per la laurea).
È importante tenere in considerazione le abitudini alimentari di bambini e ragazzi, essendo dimostrata la correlazione tra queste e le condizioni di salute, tra cui sovrappeso e obesità. In tal senso di dati di OKkio alla Salute (2019) confermano per la Lombardia la notevole diffusione fra i bambini di abitudini alimentari poco salutari. E' stata inoltre rilevata la connessione tra abitudini alimentari dei figli e livello di scolarità della madre: per esempio, la bassa scolarità è collegata a un minor consumo di frutta e verdura e a un maggior consumo di bibite gassate e zuccherate.
Per quanto riguarda la prevalenza dell'attività fisica, i dati di Okkio evidenziano che, in generale, i bambini e ragazzi della Lombardia fanno poca attività fisica: mediamente 1 bambino su 5 risulta inattivo, in misura maggiore le femmine rispetto ai maschi. Solo 4 bambini su 10 svolgono attività fisica strutturata almeno un'ora per due giorni alla settimana, mentre solamente il 2% mantiene questo impegno tra i 5 e i 7 giorni alla settimana.
Per contro, in Lombardia, sono diffuse tra i bambini le attività sedentarie, tra cui trascorrere molto tempo guardando la TV o giocando con videogiochi/tablet/cellulari.

Scuole secondarie

Per quanto riguarda gli studenti delle scuole secondarie di I e II grado, i dati della ricerca HBSC relativi al 2018 mostrano che l'attività fisica è praticata regolarmente dalla maggioranza degli studenti (il 56,5% del campione, per almeno 60 minuti al giorno, tra le 2 e le 4 volte alla settimana). Tuttavia, i ragazzi che non svolgono mai attività fisica sono il 6,7% e sembra crescere con l'età, passando dall'4,1% a 11 anni all'8,6% a 15. Differenze significative emergono anche sul genere: i soggetti che praticano con maggior frequenza e intensità l'attività sportiva sono i maschi. Rispetto ai dati emersi dalle precedenti indagini (HBSC, 2010, 2014), diminuisce l'attività fisica moderata in tutte le fasce d'età, mentre aumenta quella vigorosa.
I dati sulle attività sedentarie, riferite al tempo di fruizione dei media, variano rispetto al tipo di *device* utilizzato, ai giorni della settimana, alle fasce d'età e al genere. Per quanto riguarda la TV, la maggior parte degli studenti ne fa un uso moderato durante i giorni di scuola (al massimo 2 ore per il 71,8% del campione) e lo incrementa nei fine settimana, quando solo il 51,8% la guarda per un massimo di 2 ore e il 17,5% la guarda per più di 5 ore, soprattutto nella fascia di

età dei 13 anni e nel sesso maschile. Simile è la tendenza di utilizzo di computer, console, tablet e smartphone: il 19% degli studenti dichiara di fruire di questi dispositivi più di 2 ore al giorno durante la settimana; tale percentuale sale al 32,8% nel weekend. Ancora una volta sono i tredicenni, prevalentemente maschi, a passare più tempo davanti allo schermo. Nel complesso, i dati mostrano un andamento discontinuo rispetto al passato: il comportamento di fruizione della TV aumenta rispetto al 2014, al contrario del tempo utilizzato per gli altri *device*, che diminuisce leggermente.
Rispetto alle abitudini alimentari, l'indagine evidenzia come oltre il 60% dei ragazzi intervistati fa colazione ogni giorno ma il consumo quotidiano diminuisce al crescere dell'età. Un quarto di loro dichiara di non fare mai colazione. La percentuale di chi perde questa abitudine aumenta all'aumentare dell'età. La metà del campione mangia frutta quasi tutti i giorni (il 19% piu` volte al giorno), il 12% non la mangia mai o quasi mai.
I dati su sovrappeso/obesità evidenziano come tali condizioni siano presenti in misura moderata: l'82,7% degli studenti risulta infatti essere normopeso, il 12,5% sovrappeso/obeso e il 2,96% sottopeso. La percentuale di obesità diminuisce all'aumentare dell'età, passando dal 2,33% degli undicenni all'1,6 % e 1,52% rispettivamente di tredicenni e quindicenni. Il fenomeno è prevalentemente maschile.
Il consumo e l'abuso di alcol risultano tra le abitudini non salutari più diffuse nella popolazione giovanile: la maggior parte dei ragazzi (il 64,4%) ha dichiarato di non aver "mai" bevuto alcol nella vita. Tale percentuale si riduce con l'aumentare dell'età, passando dal 85,4% degli undicenni al 65,4% dei tredicenni, sino al 26,9% dei quindicenni. Oltre a una differenza (statisticamente significativa) per età, si assiste anche a una differenza per genere. Il fenomeno dell'ubriacatura nella vita aumenta sensibilmente con l'aumentare dell'età e anche le ubriacature ripetute, in particolare con il passaggio alla scuola secondaria di II grado ma non si rilevano differenze significative tra maschi e femmine.
Si rilevano invece differenze tra ragazzi e ragazze nella scelta del tipo di alcolico: birra e vino sono preferiti dai maschi, mentre apertivi e alcolpops dalle femmine. Il fenomeno del binge drinking riguarda circa il 20% del campione, aumenta con l'età ed è una pratica prevalentemente maschile. Il consumo di alcol, sia nella sua forma saltuaria che in quella più frequente, risulta in calo per tutte le fasce d'età rispetto ai dati del 2014, ad eccezione del binge drinking che cresce leggermente nei quindicenni.
Per quanto riguarda il fumo, l'81% dei ragazzi dichiara di non aver mai fumato all'epoca dell'indagine; tuttavia, il numero di chi ha fumato almeno una sigaretta o più cresce con l'età: sono il 2,9% a 11 anni, il 18,5% a 13 e il 43,9% a 15 anni. Tale tendenza risulta però diminuita rispetto al passato per i tredicenni e i quindicenni. I dati relativi al consumo di cannabis, inoltre, mostrano come sia tra i tredicenni che tra i quindicenni, la maggioranza degli studenti non ha mai fatto uso di cannabis; tuttavia, anche in questo caso, il suo consumo aumenta con l'età, è prevalentemente maschile, ma in lieve diminuzione rispetto alla tendenza riscontrata nei dati del 2014.
Il fenomeno indagato per la prima volta nell'indagine HBSC 2014, evidenziando come il 36,5% degli studenti intervistati ha scommesso o giocato denaro, almeno una volta nella vita. Il gioco a rischio o problematico riguarda il 4,8% del campione. In entrambi i casi sono i maschi ad essere più coinvolti nel fenomeno. Rispetto alla rilevazione precedente si evidenzia una diminuzione del numero degli studenti che ha giocato almeno una volta nella vita, (passano dal 42,7% al 36,5% del campione). Il gioco problematico e a rischio del campione nella sua totalità` passa dal 4,3% al 4,8% (stabile fra le femmine, in aumento dal 7,1% al 9,1% fra i maschi).
Infine, i dati della ricerca relativi alla percezione di salute, di benessere psico-sociale e di fiducia nelle proprie capacità e nell'ambiente circostante mostrano che la maggior parte degli studenti presenti un punteggio buono o ottimo (87%), confermando lo stato di benessere generale dei

ragazzi. Tale percezione positiva però cala in modo significativo al crescere del età`, soprattutto nelle femmine e relativamente agli aspetti emotivi e psicologici.
Dati sugli insegnanti

La Scuola è anche un luogo di lavoro e quindi importante è la promozione della salute degli adulti che vi lavorano.
I docenti in Lombardia sono oltre 80.000 (il 41% nella scuola primaria, il 25% nella secondaria di I grado e il 34% nella secondaria di II grado). Il personale docente di sostegno per l'a.s. 2018-19 ammonta a un totale di 21.394. La dotazione organica del personale A.T.A. è di 29.456.
La ricerca "HBSC insegnanti 2014" rileva che, nel complesso, gli insegnanti sostengono di avere una buona salute (80%), sebbene con l'aumentare dell'età cresca anche la percentuale di coloro che percepiscono la propria salute come "discreta" o "precaria" (circa il 12% degli insegnanti tra i 41 e i 50 anni e circa il 20% per coloro di età compresa tra i 51 e i 60 anni). Molti però (82%) dichiarano di sperimentare condizioni di malessere, dovute specialmente a sovraccarico lavorativo; l'8% riferisce stati di disagio, tra cui l'esaurimento emotivo, associati al rischio di *burn out*. A dichiarare maggiori difficoltà, infine, sembrano essere gli insegnanti che lavorano nelle scuole secondarie di II grado.
Dati sull' organizzazione scolastica

Dati HBSC Lombardia: Solo una minima parte dei Dirigenti ha dichiarato di non adottare iniziative per la promozione della salute. Considerando chi le realizza abitualmente e chi di tanto in tanto, si rileva che tutte le scuole si occupano di promuovere competenze rispetto all'attività sportiva, il 98,3% prevede iniziative per la lotta alla violenza e al bullismo e il 97,5% organizza attività per la prevenzione del consumo di sostanze. Nel confronto tra le scuole di I e II grado non emergono particolari differenze nell'adozione complessiva di misure di promozione della salute. Analizzando nello specifico le misure adottate abitualmente, risultano tutte più frequenti nelle scuole secondarie di II grado tranne quelle relative al tema della violenza e del bullismo (Alimentazione 39,7% vs 44,4%, attività fisica 81,8% vs 90,5%, violenza e bullismo 74,1% vs 68,3%, sostanze 50% vs 63,5%). Confrontando tra loro i dati dell'adozione abituale di programmi volti alla promozione della salute nelle ultime tre edizioni, si nota una sostanziale stabilità rispetto all'area dell'attività fisica mentre si conferma il calo, già registrato nel 2013-14, per gli interventi legati all'ambito dell'alimentazione. In netta crescita l'attività relativa all'area della violenza, probabilmente dovuta a una sempre maggiore sensibilità legata al tema del bullismo e del cyberbullismo.
La diffusione del modello SPS su tutto il territorio Regionale in maniera capillare favorisce l'azione congiunta e coordinata su tutti i comportamenti di salute della popolazione scolastica.
Infine, appare importante sottolineare come i dati del profilo di salute di ogni singola scuola costituiscono l'analisi di contesto specifica da cui ogni scuola parte per definire i proprio obiettivi e declinare le proprie attività.

Scheda di programma

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.

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 salutari[9]. Inoltre, vi sono chiare evidenze sul fatto che l'ambiente scolastico influenzi fortemente la salute degli studenti in termini sia positivi sia negativi[10]. In relazione a questo sono stati identificati gli aspetti, di seguito elencati, che hanno maggiore influenza in relazione al cambiamento e all'innovazione nelle scuole, tra cui l'introduzione e la creazione di Scuole che Promuovono Salute[5]:

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

Infine, risulta cruciale il dialogo crescente e costante tra la Scuola e la Sanità [11, 12].

1. *SHE (2009). Better school through health – The third European Conference on Health promoting Schools – Vilnius Resolution*
2. *SHE (2013). The Odense Statement: Our ABC for equity, education and health. The 4th European conference on health promoting schools: Equity, Education and Health, 7-9 October 2013*
3. *Langford R, Bonell CP, Jones HE, Pouliou T, Murphy SM, Waters E, Komro KA, Gibbs LF, Magnus D, Campbell R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. Cochrane Database of Systematic Reviews*
4. *IUHPE (2010). Promoting Health in Schools: From evidence to Action*
5. *Young, St Leger, Buijs (2013). School health promotion: evidence for effective action. Background paper SHE Factsheet 2*
6. *SHE (2018). School health promotion – Evidence for effective action on inequalities. SHE Factsheet 4*
7. *Comunità Europea (2006) Raccomandazione del parlamento europeo e del consiglio del 18 dicembre 2006 relativa a competenze chiave per l'apprendimento permanente. Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, 30-12-2006.*

8. *Comunità Europea (2018). Raccomandazione del Consiglio relativa alle competenze chiave per l'apprendimento permanente. Fascicolo interistituzionale 2018/0008 (NLE).*
9. *WHO (2003). Skills for health. Skills-based health education including life skills: an important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School. Information Series on School Health. Document*
10. *Bonell C, Farah J, Harden A, Wells H, Parry W, Fletcher A, et al. (2013). Systematic review of the effects of schools and school environment interventions on health: evidence mapping and synthesis. Public Health Res. 2013.*
11. *IUHPE (2012). Facilitating Dialogue between the Health and Education Sectors to advance School Health Promotion and Education*
12. *Accordo Stato Regioni 17.01.2019 Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove Ministero della Salute – Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.*

Declinazione a livello regionale del Programma

Il Modello della Scuola che Promuove Salute è promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità da oltre 25 anni e; dando concretezza ai principi della Carta di Ottawa (1986), rielabora in forma originale e contestualizzata i criteri e le evidenze di efficacia individuati dal network *School for Health in Europe* nella ricerca e nella pratica della promozione della salute a scuola (SHE, 2013)[1][1].

La collaborazione in tema di salute tra SSR e Scuola in Lombardia è ormai consolidata in esito a una tradizione di lavoro comune quasi trentennale che ha consentito di avvicinare le metodologie e le strategie di intervento orientandole a evidenze di efficacia (*evidence-based prevention*) in coerenza con obiettivi e strumenti della programmazione didattica curriculare, e che - attraverso la formalizzazione di specifici Protocolli di intesa (2012 e 2020) e Accordi di rete (nel 2012 e nel 2019) - si è progressivamente consolidata.

Con questi accordi La "Scuola lombarda che promuove salute'' (Intesa, 2011):

- assume titolarità nel governo dei processi di salute (e quindi nella definizione di priorità, obiettivi, strumenti, metodi) che si determinano nel proprio contesto - sul piano didattico, ambientale-organizzativo, relazionale - così che benessere e salute diventino reale "esperienza" nella vita delle comunità scolastiche.
- interpreta in modo completo la propria mission formativa: la salute non è un contenuto tematico, portato nella scuola da esperti esterni di varie discipline, ma un aspetto che influenza significativamente il successo formativo, nell'ambito di una completa dimensione di benessere, e come tale deve costituire elemento caratterizzante lo stesso curricolo, elaborato nell'ambito dell'autonomia riservata alle Istituzioni scolastiche e con riferimento agli Indirizzi regionali.
- definisce i propri curricoli di studio e mette in atto un piano strutturato e sistematico funzionale alla promozione della salute di tutti gli alunni e del personale (docente e non docente).

Negli anni è cresciuta la consapevolezza che Salute e Istruzione sono elementi strettamente interconnessi: agire nel campo dell'istruzione, infatti, non ha solo il potere di incrementare il livello di sapere dell'individuo e la prosperità economica di un paese, ma ha anche impatto sullo stato di salute delle persone e delle collettività, poiché il rafforzamento delle competenze di vita (life skill), delle competenze sulla salute (health literacy) e delle competenze di apprendimento (competenze chiave per l'apprendimento permanente), la possibilità di vivere esperienze salutari, condivise e significative a scuola e nella propria comunità e l'adozione di strategie inclusive ed eque permettono di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute (empowerment) e di migliorarla.

La collaborazione intersettoriale tra Scuola e SSR lombardo trova forma nel Protocollo di Intesa "La Scuola Lombarda che promuove salute" (dgr IX/3461 del 16/05/2012, rinnovato con la dgr n. XI/3736 del 26/10/2020) e, al suo interno, nel "Modello Lombardo delle Scuole che Promuovono Salute" (integrato dalla "Carta di Iseo: primi indirizzi metodologici della Rete delle Scuole che Promuovono Salute" del 2012), all'insegna dei valori di: Equità, Sostenibilità, Inclusione, Empowerment e Democrazia.
La collaborazione tra professionisti con diversi background culturali e il processo di raccolta sistematica di esperienze di promozione della salute attraverso la partecipazione diretta delle scuole si sono dimostrate azioni possibili e proficue, fondamentali per delineare un linguaggio comune, integrare punti di vista differenti e valorizzare la complementarietà di tutte le componenti.
L'implementazione del Modello con la costituzione della Rete SPS Lombardia è avvenuta tramite un processo di adattamento alle caratteristiche, alle risorse e ai vincoli del contesto locale, utilizzando il modello REP (*Replicating Effective Programs*), centrato sulla ricerca e analisi di programmi/interventi efficaci e sulla verifica della loro replicabilità in contesti differenti. Questi riferimenti, nel PRP 2014-19 hanno caratterizzato il Programma "Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS Lombardia".
Il Programma PP1 - Scuole che Promuovono Salute trova, dunque, fondamento in un complesso percorso di collaborazione intersettoriale che ha visto il SSR e la Scuola:

- definire i contenuti metodologici e organizzativi del Modello, sanciti e divulgati in occasione dei 3 Meeting Regionali della Rete SPS (Anni 2014-2016-2019), occasione di incontro, di visibilità e di rilancio delle azioni;
- condividere occasioni di formazione e di ricerca per la concreta declinazione del modello in coerenza con le indicazioni internazionali (in particolare: "Migliorare le scuole attraverso la salute" - Dichiarazione della 3° Conferenza europea SHE di Vilnius- 2010 "Promuovere la salute nelle scuole dall'evidenza all'azione" International Union for Health Promotion and Education – 2010, Facsheet SHE 2, 4 e 6)
- promuovere, con appositi Protocolli a livello regionale e provinciale, l'approccio di Rete quale strumento per il rafforzamento, nel rispetto dei principi di Autonomia scolastica, della collaborazione fra Istituzioni scolastiche e a livello intersettoriale;
- definire gli elementi curriculari, organizzativi e strategici propri di una "Scuola che Promuove Salute", nonché gli strumenti per la valutazione delle ricadute
- diffondere e ampliare progressivamente la condivisione del Modello a livello culturale e organizzativo (oggi sono oltre 550 le IS aderenti)
- formalizzare l'adesione (2014) al Network europeo "School for Health in Europe Foundation (SHE)" promosso dall'OMS e sostenuto dalla CE, avvalendosi del supporto scientifico e metodologico del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi di Milano – Bicocca (dgr XI/3510/2020).
- adattare via via l'assetto organizzativo della Rete SPS Lombardia, con un'attenzione specifica a mandati e obiettivi degli attori a livello territoriale (DGR 3736/2020).

Il PP1- Scuole che Promuovono Salute prevede il rafforzamento di quanto realizzato, attraverso:

- aggiornamento delle modalità organizzative (cabine di regia, gruppi e tavoli di lavoro), utili a sostenere l'ulteriore allargamento degli Istituti aderenti alla Rete
- realizzazione di *meeting* regionali e locali periodici (anche nella forma online nell'attuale fase di emergenza sanitaria) per condividere, valorizzare e disseminare le buone pratiche locali, presentare il grado di sviluppo della Rete valorizzandone gli esiti ……
- elaborazione condivisa di documenti tecnici e di indirizzo e/o l'aggiornamento di quelli già prodotti ("*LST a distanza: suggerimenti e strategie sperimentate dagli insegnanti"*; "*L'Health Literacy degli studenti lombardi: i dati HBSC e le strategie promozionali nel*

setting scolastico"; *"Approcci e strategie di educazione tra pari (Peer Education) nei programmi di prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute. Indirizzi metodologici"*;*"Indicazioni per "rendere facili" "stili di vita attivi" in ambiente scolastico in epoca Covid-19"*)

- individuazione, concerto con UST e Scuole capofila provinciali, di specifiche azioni "equity oriented" mirate alla riduzione del gradiente sociale di salute e di proteggere i gruppi più deboli
- perfezionamento degli strumenti di analisi del bisogno e identificazione di strategie di intervento efficaci, coerentemente alle caratteristiche del contesto di riferimento (ad es. programmi Proskills nei CFP)
- definizione di cataloghi di "buone pratiche appropriate e trasferibili", anche con lo sviluppo di modalità di fruizione online e/o a distanza di programmi e interventi
- revisione e adattamento dei programmi già attivati, alla luce dei criteri di appropriatezza, sostenibilità ed equità (con estensione ad es. ai Centri di Formazione Professionale regionali)
- predisposizione, alla luce dell'esperienza emergenziale, di piani e procedure di preparazione e risposta alle emergenze infettive
- messa a regime dei programmi appropriati e delle buone pratiche (LST Lombardia, Unplugged, Peer education, Pedibus, Protocolli per la gestione di situazioni di rischio in tema di droghe, bullismo/cyberbullismo e disagio, capitolati mensa sana, Mentoring, Policy antifumo, Policy vending salutare, Sviluppo sostenibile, promozione della donazione di sangue, organi e tessuti ecc.), coerentemente ai quattro assi del Modello
- ampliamento dell'offerta formativa e di aggiornamento Scuola – Sanità in coerenza con la visione di "Salute in tutte le politiche" e con le raccomandazioni per la promozione della salute in ambito scolastico, anche con l'individuazione di strumenti FAD;
- consolidamento – anche attraverso la formalizzazione di forme incentivanti per i docenti coinvolti - del paradigma della "formazione dei formatori" per la trasmissione di conoscenze e competenze relative alla promozione della salute al personale scolastico, quali attori fondamentali dell'azione preventiva e formativa rivolta agli studenti e al loro stesso protagonismo
- sviluppo di collaborazioni a livello regionale, inter-regionale, internazionale sulle tematiche di interesse, anche in collaborazione con Università e Centri di ricerca, in collaborazione con altri Paesi aderenti alla Rete SHE

Numerosi sono i documenti scientifici e le buone pratiche messe a disposizione nonché l'attivazione di tavoli di lavoro tematici per supportare gli insegnanti a sostenere il benessere psicologico dei ragazzi. Per approfondimenti: www.scuolapromuovesalute.it; www.promozionesalute.regone.lombardia.it

NOTE

[1] "Equity, education and health: learning from practice. Case studies of practice presented during the 4th European Conference on Health Promoting Schools, held in Odense, Denmark, 7 – 9 October 2013"

[2] Amy M Kilbourne, Mary S Neumann, Harold A Pincus, Mark S Bauer, and Ronald Stall Implementing evidence-based interventions in health care: application of the replicating effective programs framework. *Implementation Science 2(1)*, 1-10, 42.

ULTERIORI EVIDENZE

- Bartelink, N. and Bessems, K. (2019), Health promoting schools in Europe State of the art, Schools for Health in Europe Network Foundation, Haderslev – Denmark.
- Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, et al. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. JAMA 1995;273:1106–12.
- Botvin GJ, Griffin KW. Life Skills Training: A competence enhancement approach to tobacco, alcohol, and drug abuse prevention. Handb. Adolesc. drug use Prev. Res. Interv. Strateg. Pract., American Psychological Association; 2015, p. 177–96.

- Busch V, de Leeuw JR, de Harder A, Schrijvers AJ. Changing multiple adolescent health behaviors through school-based interventions: a review of the literature. J Sch Health. 2013;83(7):514-523. doi:10.1111/josh.12060
- Catalano, R.F., Berglund, M.L., Ryan, J.A.M., Lonczak, H.S. and Hawkins, J.D. (2004), "Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs", Annals of the American Academy of Political and Social Science, Vol. 591, pp. 98–124.
- Crispiatico, M.G., Bestetti, P., Velasco, V., Celata, C., Coppola, L. e Gruppo Estensione LST (2020). School planning oriented to health promotion. A process of intersectoral dialogue for the alignment of key competences for learning and life skills [La progettazione scolastica orientata alla promozione della salute. Un percorso di dialogo intersettoriale per l'allineamento delle competenze chiave per l'apprendimento e «life skill»]. Educational Cultural Psychological Studies Journal, 22, 71-89 https://dx.doi.org/10.7358/ecps-2020-022-cris
- Dadaczynski, K., Jensen, B., Viig, N., Sormunen, M., von Seelen, J., Kuchma, Vladislav, and Vilaça, T. (2020), "Health, well-being and education. Building a sustainable future. The Moscow statement on Health Promoting Schools", Health Education, Vol. 120, No. 1, pp. 11–19, https://doi.org/10.1108/HE-12-2019-0058
- Faggiano, F., Richardson, C., Bohrn, K. and Galanti, M. R. (2007), "A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: the EU-Dap design and study population", Preventive Medicine, Vol. 44, pp. 170-173, https://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.09.010
- Hale DR, Fitzgerald-Yau N, Viner RM. A systematic review of effective interventions for reducing multiple health risk behaviors in adolescence. Am J Public Health.
- Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S. and Sowden, A. (1999), "Health Promoting Schools and health promotion in schools: two systematic reviews", Health Technology Assessment, Vol. 3 No. 22, pp. 1-207, https://doi.org/10.3310/hta3220
- Simovska, V. and Mannix-McNamara, P. (Ed.), (2015), Schools for Health and Sustainability. Theory, Research and Practice, Springer Science+Business Media, Dodrecht
- Stewart-Brown, S. (2006), What is the Evidence on School Health Promotion in Improving Health or Preventing Disease and Specifically: What is the Effectiveness of The Health Promoting School Approach?, WHO, Copenhagen
- Suhrcke M, de Paz Nieves C (2011), The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Velasco, V., Griffin, K.W., Antichi, M., and Celata, C. (2015). A Large-Scale Initiative to Disseminate an Evidence-Based Drug Abuse Prevention Program in Italy: Lessons Learned for Practitioners and Researchers. Evaluation and Program Planning, ?52, 27-38
- Velasco, V., Griffin, K.W., Botvin, G.J. and Celata, C. (2017). Preventing Adolescent Substance Use Through an Evidence-Based Program: Effects of the Italian Adaptation of Life Skills Training. Prevention Science, 18(4), 394-405
- Verplanken, B. and Wood, W. (2006). Interventions to Break and Create Consumer Habits, Journal of Public Policy & Marketing, 25(1), 90-103
- https://www.schoolsforhealth.org/resources/conference-statements/moscow-statement

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 **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**
INDICATORE 1 **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

AZIONE 1	Aggiornamento e approvazione Protocollo Regionale di intesa fra Regione e USR "Scuola che Promuove Salute – SPS Lombardia"
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Aggiornamento e approvazione per il quinquennio del Protocollo Regionale di intesa fra Regione e USR "Scuola che Promuove Salute – SPS Lombardia" per lo sviluppo di • Indirizzi per PTOF orientato alla promozione della salute • policy intersettoriali per la Salute e la Sostenibilità in sinergia con Rete Scuole Green (per esempio contrasto spreco alimentare, valorizzazione comportamenti pro-sociali quali donazione sangue e organi/tessuti, uso sicuro dei prodotti chimici - materiale didattico REACH/CLP, esposizioni alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche ecc.) • Integrazione di BP per la promozione di attività fisica e movimento (pedibus, playground market, un miglio al giorno pause attive, strade scolastiche ecc.), anche in relazione agli esiti del progetto WAHPS • Formalizzazione di procedure per la gestione di procedure (es. "Protocollo farmaci") e protocolli per situazioni di emergenza sanitaria (capitalizzando quanto attuato per Epidemia Covid-19) • individuazione di BP specifiche da adottare in ogni Asse del Modello (consolidamento programmi già in essere e innovazione), a partire dalla integrazione di tutti i programmi educativi scolastici (cittadinanza attiva, cittadinanza digitale, quotidiano in classe, legalità ecc.) e preventivi mirati (ad.es contrasto gioco azzardo, bullismo/cyberbullismo)

AZIONE 2	Definizione del "Documento regionale di pratiche raccomandate"
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Definizione del "Documento regionale di pratiche raccomandate"

AZIONE 3	Elaborazione Indirizzi regionali per l'adozione del Modello SHE da parte dei Centri di Formazione professionale regionali
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Elaborazione di standard e Indirizzi per l'adozione del Modello SHE e l'estensione della Rete Regionale SPS ai Centri di Formazione professionale regionali, integrando programmi di prevenzione selettiva (ad es. Proskills)
INDICATORE 2 **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

AZIONE 4	Aggiornamento e rinnovo del Protocollo Regionale d'Intesa di cui alla d.g.r. X/5288 del 13.06.16
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Aggiornamento e rinnovo del Protocollo Regionale d'Intesa di cui alla d.g.r. X/5288 del 13.06.16, finalizzato allo sviluppo e al consolidamento di buone prassi per la piena applicazione in ambito scolastico del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenze – D.P.R. 309/90, e sua declinazione e approvazione a livello territoriale, in collaborazione con USR e UUSSTT, con particolare riferimento a protocolli/procedure per la collaborazione con la Rete dei Servizi Sociosanitari e sociali territoriali (Sert/SMI, CF, UONPIA, UTM ecc.), Psicologia scolastica ecc.

AZIONE 5	Promozione dell'attività fisica e del movimento nel setting scolastico mediante accordi intersettoriali (area sociale)
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.)

CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; terza età; età lavorativa
DESCRIZIONE	Formalizzazione di Accordi regionali per la promozione di Attività fisica e Movimento (anche da declinare localmente) con Associazioni e Movimenti Sportivi, ANCI/Enti locali, Agenzie Trasporto Pubblico locale, Università della Terza Età ecc.

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 **PP01_OT02**	**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.**
INDICATORE 3 **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 entro il 2022
Fonte	Regione

AZIONE 6	Formalizzazione e attivazione del Gruppo di Approfondimento regionale Sistemi di Sorveglianza con il coinvolgimento della Scuola
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.9 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Formalizzazione e attivazione del Gruppo di Approfondimento regionale Sistemi di Sorveglianza HBSC – Okkio alla Salute con il coinvolgimento di USR, Rete SPS, Università e Centri di ricerca a livello regionale e nazionale

AZIONE 7	Integrazione del patrimonio di risorse accessibili di SBBL con banche dati di area psico-socio-educativa e pedagogica
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.4 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e settore Scuola"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE	Integrazione del patrimonio di risorse accessibili di SBBL con banche dati di area psico-socio-educativa e pedagogica

AZIONE 8	Offerta formativa congiunta "scuola – sanità" per la condivisione del modello scuole che promuovono salute
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.4 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e settore Scuola"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Articolazione e offerta, in collaborazione con USR, di un Programma Formativo Regionale sul modello "Scuole che Promuovono Salute" con moduli su

	• BP per la promozione di attività fisica e movimento (pedibus, playground market, un miglio al giorno pause attive, strade scolastiche), anche in relazione agli esiti del progetto WAHPS • European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum • Prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili • BP per l'integrazione dei Programmi preventivi regionali con Didattica Integrata a Distanza • Modelli e strumenti per la cooperazione intersettoriale e interistituzionale (lavoro di rete, marketing sociale ecc.) • Health literacy • Contrasto delle disuguaglianze di salute

OBIETTIVO 3 **PP01_OT03**	**Garantire opportunità di formazione a Dirigenti, Insegnanti, altro personale della Scuola, amministratori locali, agenzie educative e altri stakeholder**
INDICATORE 4 **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

AZIONE 9	Offerta formativa operatori sanitari, socio-sanitari, insegnanti e altri stakeholder
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Definizione e articolazione nell'ambito del Programma Formativo Regionale di percorsi/offerta rivolta a Dirigenti/Docenti e integrata con i Programmi formativi già attivati (MMG, PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità, Operatori Servizi PromoSal, Formazione manageriale ATS/ASST, policy maker ecc.) in tema di: • LST primaria • LST secondaria di primo grado • Unplugged • Peer education • BP per la promozione di attività fisica e movimento (pedibus, playground market, un miglio al giorno pause attive, strade scolastiche), anche in relazione agli esiti del progetto WAHPS • BP per la promozione di una corretta alimentazione e per il monitoraggio dell'offerta delle mense in linea con l.r. 31 del 5/12/08 BP per l'integrazione dei Programmi preventivi regionali con Didattica Integrata a Distanza

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 4 **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**
INDICATORE 5 **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

AZIONE 10	Implementazione portale regionale www.scuolapromuovesalute.it
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.11 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE	Implementazione portale regionale www.scuolapromuovesalute.it con potenziamento funzioni di fruibilità anche con la predisposizione di una sezione "materiali e risorse" attraverso cui mettere a disposizione documentazione locale e nazionale, per esempio: - informativa del materiale didattico "A scuola con il REACH e il CLP insieme per essere più sicuri"; - informazione sulle modalità di gestione delle malattie infettive, in ambiti di comunità: scuola, lavoro, Comuni; - informazioni su percorsi sulla sensibilizzazione alla vaccinazione.

AZIONE 11	Progettazione e realizzazione della versione 2.0 degli strumenti e sussidi dei Programmi preventivi regionali (piattaforma per utilizzo a distanza, sussidi in formato digitale)
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE	Progettazione e realizzazione della versione 2.0 (piattaforma per utilizzo a distanza + sussidi in formato digitale) dei Programmi preventivi regionali LST Lombardia, Educazione tra pari ecc.

AZIONE 12	Implementazione di una piattaforma digitale regionale per la formazione e l'Health literacy

CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE	Implementazione di una piattaforma digitale regionale per la formazione e la comunicazione della salute (formazione operatori, docenti, aggiornamento tecnico operatori...)

EQUITÀ

OBIETTIVO 5 - EQUITÀ **PP01_OT05**	**Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**
INDICATORE 6 **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

AZIONE EQUITY

AZIONE 13	Rafforzare la ricaduta del Modello SPS in quanto potenziale moderatore delle diseguaglianze di salute
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia;adolescenza;età lavorativa
DESCRIZIONE	Valorizzare il Modello e l'adesione alla Rete a livello regionale lombardo, evidenziando l'influenza del Modello stesso sull'impatto di moderazione delle diseguaglianze a seguito dell'applicazione delle buone pratiche raccomandate a livello regionale

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Il modello SPS come moderatore delle diseguaglianze sociali di salute
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	L'obiettivo è raggiungibile attraverso la collaborazione tra la Scuola, che detiene la titolarità delle azioni nel contesto scolastico, e i Servizi sociosanitari con mandato per accompagnare e sostenere il processo. 1. Finalizzazione delle azioni di gruppi di lavoro già esistenti (per esempio cabina di regia e Coordinamento regionale SPS) in merito al tema delle diseguaglianze sociali di salute e creazione di link tra diversi gruppi di lavoro interessati al tema 2. Condivisione tra USR e DG Welfare delle principali diseguaglianze di salute percepite nel mondo scolastico. Individuazione delle priorità di azione 3. Rilevazione dell'impatto delle diseguaglianze sociali sugli stili di vita degli studenti con un focus particolare alle conseguenze dell'emergenza Covid (Italian Equity Report 2020 sarà riferimento principale allegato al "Documento regionale di Pratiche

	raccomandate" in modo da sensibilizzare al tema delle diseguaglianze) 4. Orientamento delle sorveglianze nazionali/regionali per monitorare l'impatto delle diseguaglianze di salute sugli studenti 5. Individuazione delle azioni di contrasto alle diseguaglianze nelle aree prioritarie individuate (vedi punto 2), sperimentazione e verifica della sostenibilità 6. Adozione e diffusione delle azioni di cui al punto 5) nei documenti formali della rete SPS e nei documenti di indirizzo regionale 7. Definizione di raccomandazioni regionali 8. Aggiornamento del Profilo di salute per ottimizzare la rilevazione delle diseguaglianze di salute e analisi delle informazioni raccolte 9. Applicazione delle raccomandazioni per il contrasto alle diseguaglianze da parte delle scuole aderenti alla Rete SPS 10. Monitoraggio delle politiche equity oriented presenti nelle scuole che aderiscono alla rete SPS (aspetti quali-quantitativi, modalità operative, strumenti specifici) 10. Analisi dell'impatto delle nuove politiche di riduzione delle diseguaglianze attraverso le sorveglianze nazionali/regionali (Scuole della Rete SPS vs altre Scuole).
ATTORI COINVOLTI	Interlocutori esterni: Cabina regia regionale rete SPS, Coordinamento regionale rete SPS, USR, WHO Venezia (redazione Italian Equity Report), Atenei lombardi (Gruppo approfondimento regionale sorveglianze)
INDICATORE	Dati locali relativi a come le diseguaglianze impattano sulla salute
	• Formula: Produzione di dati sulla diffusione di buone pratiche equity oriented nelle scuole e sullo stato di salute degli studenti che frequentano scuole aderenti alla rete SPS rispetto alle altre scuole della regione Lombardia • Standard: Aumento delle buone pratiche equity oriented nelle scuole aderenti alla rete SPS • Fonte: sorveglianze nazionali/regionali e documentazione rete SPS e documentazione regionale
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Il modello SPS come moderatore delle diseguaglianze sociali di salute
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	L'obiettivo è raggiungibile attraverso la collaborazione tra la Scuola, che detiene la titolarità delle azioni nel contesto scolastico, e i Servizi sociosanitari con mandato per accompagnare e sostenere il processo. 1. Finalizzazione delle azioni di gruppi di lavoro già esistenti (per esempio cabina di regia e Coordinamento regionale SPS) in merito al tema delle diseguaglianze sociali di salute e creazione di link tra diversi gruppi di lavoro interessati al tema 2. Condivisione tra USR e DG Welfare delle principali diseguaglianze di salute percepite nel mondo scolastico. Individuazione delle priorità di azione 3. Rilevazione dell'impatto delle diseguaglianze sociali sugli stili di vita degli studenti con un focus particolare alle conseguenze dell'emergenza Covid (Italian Equity Report 2020 sarà riferimento principale allegato al "Documento regionale di Pratiche raccomandate" in modo da sensibilizzare al tema delle diseguaglianze) 4. Orientamento delle sorveglianze nazionali/regionali per monitorare l'impatto delle diseguaglianze di salute sugli studenti

	5. Individuazione delle azioni di contrasto alle diseguaglianze nelle aree prioritarie individuate (vedi punto 2), sperimentazione e verifica della sostenibilità 6. Adozione e diffusione delle azioni di cui al punto 5) nei documenti formali della rete SPS e nei documenti di indirizzo regionale 7. Definizione di raccomandazioni regionali 8. Aggiornamento del Profilo di salute per ottimizzare la rilevazione delle diseguaglianze di salute e analisi delle informazioni raccolte 9. Applicazione delle raccomandazioni per il contrasto alle diseguaglianze da parte delle scuole aderenti alla Rete SPS 10. Monitoraggio delle politiche equity oriented presenti nelle scuole che aderiscono alla rete SPS (aspetti quali-quantitativi, modalità operative, strumenti specifici) 10. Analisi dell'impatto delle nuove politiche di riduzione delle diseguaglianze attraverso le sorveglianze nazionali/regionali (Scuole della Rete SPS vs altre Scuole)
INDICATORE	Diffusione e adozione delle raccomandazioni per azioni equity oriented a scuola
	• Formula: Inserimento raccomandazioni nei documenti programmatori regionali e della rete SPS • Standard: Presenza di raccomandazioni su come orientare gli interventi a scuola secondo un'ottica equity oriented nei documenti di programmazione (della scuola e della DG Welfare) • Fonte: Documentazione regionale e della rete SPS

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 6 **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")**
INDICATORE 7 **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

AZIONE 14	Costituzione del Centro Regionale per lo Sviluppo e il Supporto dei Programmi preventivi
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.13 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa

DESCRIZIONE	Costituzione del Centro Regionale per lo Sviluppo e il Supporto dei Programmi preventivi, la Prevenzione e la Promozione della Salute presso la ATS Milano (in collaborazione con Atenei, Centri di Ricerca, ecc.) al fine di rafforzare i processi di implementazione delle strategie e dei programmi preventivi nel setting scolastico

AZIONE 15	Attivazione del Laboratorio Regionale permanente per la promozione della salute nel setting scolastico
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.12 Attività di "Ricerca –Azione" finalizzata a processi partecipati, ecc.
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Attivazione del Laboratorio Regionale permanente per la promozione della salute nel setting scolastico con il coinvolgimento dei diversi stakeholder, Atenei, Enti Locali, DDGG Regionali ecc. al fine di • Elaborare il "Documento Regionale di Pratiche Raccomandate" • Adattare e integrare programmi EB nel setting scolastico e nel Modello SPS • Sviluppare percorsi di valutazione quali-quantitativa dei programmi regionali attuati • Declinare le azioni con attenzione alle diseguaglianze di salute • Definire le priorità in relazione al profilo di salute delle scuole (RAV)

INDICATORE 8 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

AZIONE 16	Rilevazione sistematica e valutazione dei programmi preventivi e formativi implementati nel setting scolastico
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Definizione di un Sistema per la rilevazione sistematica e la valutazione dei dati relativi all'offerta agli esiti/ricadute dei programmi preventivi e delle azioni formative messi in atto a livello regionale e locale, integrato con Profilo di salute di comunità e con Piattaforma Sofia – aggiornamento Personale della Scuola - e Piattaforma ECM – aggiornamento personale SSR)

OBIETTIVO 7 **P01_OS03**	**Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.**

INDICATORE 8 **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.

AZIONE 17	Sottoscrizione Accordo Regionale quinquennale di Rete fra le Scuole che Promuovono Salute "Rete SPS Lombardia"
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Sottoscrizione di un Accordo Regionale quinquennale di Rete fra le Scuole che Promuovono Salute "Rete SPS Lombardia" con il coinvolgimento di USR e Regione Lombardia

AZIONE 18	Articolazione e formalizzazione Accordi "Rete Regionale SPS – Lombardia" a livello provinciale e/o territoriale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Articolazione e formalizzazione all'interno della "Rete Regionale SPS – Lombardia" di Accordi di Rete quinquennali a livello provinciale e/o territoriale con il coinvolgimento di UST e ATS

AZIONE 19	Rafforzamento della collaborazione intersettoriale (DG Welfare - DG Istruzione – USR) nella gestione di sportelli e servizi di supporto piscologico nel setting scolastico
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Formalizzazione di accordi e protocolli operativi fra le diverse DDGG Regionali, USR/UST, Rete SPS e altri stakeholeder per la collaborazione strutturata fra Sportelli/Professionisti "Psicologia Scolastica" e Rete territoriale Servizi sociosanitari e sociali

OBIETTIVO 8 **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**
INDICATORE 9 **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")

AZIONE 20	Attuazione all'interno della Programmazione preventiva annuale del SSR delle Indicazioni regionali per la promozione del Modello SPS Lombardia
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE	Attuazione (secondo indicatori previsti) all'interno della Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.) delle Indicazioni per la promozione del Modello SPS Lombardia e l'adesione alla Rete da parte di Istituzioni scolastiche

AZIONE 21	Promozione dell'adesione alla Rete Regionale SPS da parte dei Centri di Formazione professionale regionali
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.1 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", ecc.
CICLO DI VITA	adolescenza; età adulta
DESCRIZIONE	Favorire l'adozione del Modello SHE e l'adesione alla Rete Regionale SPS presso i Centri di Formazione professionale regionali

AZIONE 22	Definizione della struttura e sperimentazione di un Programma Regionale "Mentoring"
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.8 Attività di "Ricerca-Azione" (per processi partecipati, ecc.)
CICLO DI VITA	adolescenza; età adulta
DESCRIZIONE	Definizione della struttura e Sperimentazione di un Programma Regionale "Mentoring", elaborato a partire dall'analisi della letteratura in materia e dalla ricognizione delle esperienze già presenti a livello regionale/nazionale/internazionale

AZIONE 23	Formalizzazione Rete Regionale "Atenei che Promuovono 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	3.10 Sottoscrizione accordi di collaborazione con soggetti di altri Settori

CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE	Definizione dei contenuti e Formalizzazione di un Protocollo di Collaborazione con Ministero Università per l'individuazione e l'adozione di standard e Indirizzi per l'avvio della Rete Regionale "Atenei che Promuovono Salute"

AZIONE 24	Messa a sistema del coinvolgimento dei Consultori nella implementazione dei Programmi Preventivi Regionali (ad es. LST, Unplugged, Educazione tra pari)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Messa a sistema dell'ingaggio dei Consultori nell'implementazione delle strategie e dei Programmi preventivi regionali (ad es. Life Skills Training, Unplugged ed Educapari) nella tipologia "Incontri di gruppo di prevenzione e promozione della salute anche fuori sede" di cui alla DGR n. 6131 del 23/01/2017, sulla base degli esiti della sperimentazione ex DGR 2672/19, con particolare riferimento all'area dell'affettività e sessualità (cod. 803.03), contraccezione e procreazione responsabile (cod. 803.04), promozione della salute rispetto alle infezioni sessualmente trasmissibili (cod. 803.05)

AZIONE 25	Incremento della copertura dei target dei programmi preventivi regionali (n. Scuole ; n. destinatari finali), mediante l'attuazione di un Piano Operativo pluriennale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.11 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Definizione di un Piano Operativo pluriennale con indirizzi operativi per l'incremento della copertura dei target dei programmi preventivi regionali (n. Scuole; n. destinatari finali), con individuazione di elementi quali-quantitativi vincolanti per i diversi Attori (SSR, Accreditati ecc.)

INDICATORE 10 **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 ")

AZIONE 26	Definizione di un Sistema per la rilevazione sistematica e la valutazione degli esiti del Documento regionale di pratiche raccomandate)

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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Definizione Sistema integrato per la rilevazione sistematica dei dati relativi all'offerta e all'impatto dei programmi messi in atto a livello regionale e locale

AZIONE 27	Attivazione di un Sistema per la rilevazione sistematica e la valutazione degli esiti dei programmi e delle azioni formative
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE	Definizione e attivazione di un Sistema per la rilevazione sistematica e la valutazione dei dati (offerta, esiti/ricadute) dei programmi e delle azioni formative - previsti nel "Documento regionale di pratiche raccomandate" - messi in atto a livello regionale e locale

3.2 PP02 Comunità attive

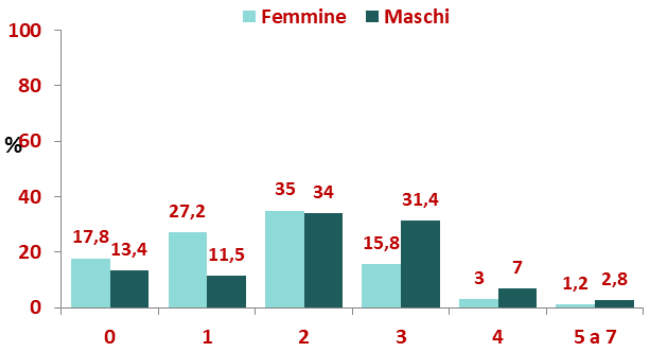
Quadro logico regionale

CODICE	PP02
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Corrado Celata - Struttura Stili di vita per la prevenzione, Promozione della Salute e Screening - UO Prevenzione - DG Welfare
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	• MO1 Malattie croniche non trasmissibili • MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale • MO1-10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia • MO1-17 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità • MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane • MO1-19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità • MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute • MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, • MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	• MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: • contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina, contrasto al 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, ecc.) 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 • MO1LSk Sviluppo di programmi finalizzati alla riduzione del rischio per MCNT e alla presa in carico delle persone affette da patologia, per una gestione integrata e sistemica della cronicità, attraverso: interventi volti a promuovere competenze e comportamenti salutari nelle persone sane e malate e loro caregiver (health literacy, empowerment ed engagement),offerta di counseling individuale anche in contesti opportunistici, per il contrasto del tabagismo e del consumo rischioso e dannoso di alcol e la promozione di sana alimentazione e attività fisica, attivazione di interventi strutturati di esercizio fisico, attivazione di procedure e percorsi preventivi e terapeutico-assistenziali integrati con interventi per le persone già affette da patologia, anche considerando le situazioni di multipatologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura • 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.) • MO5LSl 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
LEA	• B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica • F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) • F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione • F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale • F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica

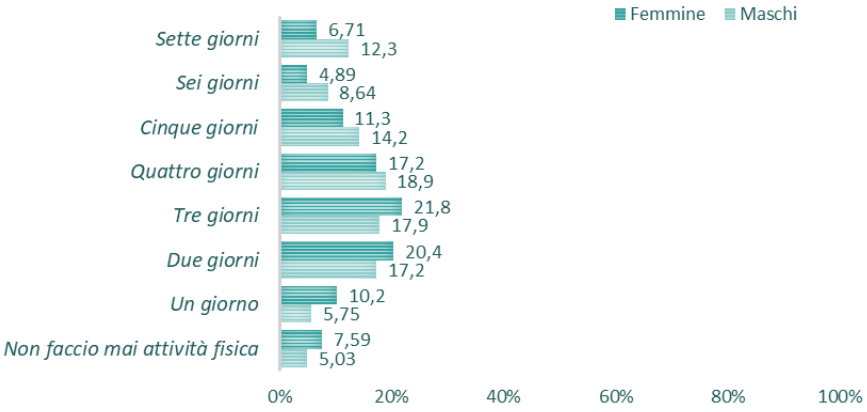
Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

L'attività fisica è uno dei fattori protettivi per la prevenzione delle MCNT. I dati a disposizione che saranno descritti nel corso del testo indicano che le donne fanno meno attività fisica rispetto agli uomini, a tutte le età. Per questo si è deciso di investire risorse in un'azione che incentivi e sostenga il movimento nel genere femminile, tenendo conto delle differenze di genere nei tassi di mortalità e morbilità per genere.
Numerosi studi dimostrano che uomini e donne sono diversi dal punto di vista della sensibilità alle malattie e del mantenimento della salute. Sappiamo che le donne vivono più a lungo degli uomini (vita media degli uomini 80,6 anni e delle donne 84,9 anni-dati ISTAT 2017), ma si ammalano di più, consumano più farmaci e, conseguentemente, sono più esposte alle reazioni indesiderate (reazioni avverse) causate dai medicinali.
Per esempio, nel 2017 una donna di 65 anni poteva aspettarsi di vivere in media ancora 22,2 anni, ma di questi 12,8 sono vissuti con limitazioni nelle attività; un suo coetaneo invece vive in media ancora 19 anni, di cui 9 con limitazioni. Le donne presentano peggiori condizioni di salute mentale, e le differenze sono marcate tra i più giovani e tra gli anziani. BES 2018 (istat.it). Inoltre il genere femminile è anche "svantaggiato" rispetto agli uomini perché più facilmente soggette a disoccupazione, difficoltà economiche e violenze fisiche e psicologiche. Se si considerano gli anni di vita trascorsi in buona salute, il vantaggio a favore delle donne diminuisce considerevolmente. Sito Medicina di genere: una medicina a misura di ogni persona – ISSalute. In letteratura tale fenomeno è conosciuto come il cosiddetto paradosso della sopravvivenza della salute uomo-donna "le donne sono più malate, ma gli uomini muoiono prima" (Oksuzyan et al. 2008)
La strategia dell'Unione Europea per l'uguaglianza di genere 2020-2025 riconosce i rischi per la salute specifici al genere. Un'attività fisica costante incide sulla riduzione della morbilità e mortalità cardiovascolare da danno coronarico, ictus, pressione arteriosa e dislipidemia e sembra proteggere dal diabete di tipo 2, dai tumori della mammella, del colon, del polmone e dell'endometrio.
L'obiettivo dell'OMS di ridurre la prevalenza dell'inattività fisica potrebbe essere più facilmente raggiunto riducendo la disparità di genere presente nella maggior parte dei paesi del mondo in quanto le donne praticano meno attività fisica (Mielke et al, 2017, Brown WJ et al 2016, The Lancet Global Health,). Inoltre le ragazze smettono prima di praticare attività fisica rispetto ai maschi, (Luque-Casado, A., Mayo, X., Lavín-Pérez, A. M., Jiménez, A., & Del Villar, F. (2021), in particolare le ragazze particolarmente vulnerabili per problemi legati all'immagine corporea o mancanza di supporto sociale ad impegnarsi nell'attività fisica Hargreaves et al (2021).
Un intervento di promozione della salute rivolte alle donne dovrebbe ricercare strategie di stimolazione specifiche in quanto le motivazioni per cui esse fumano, non praticano sport, mangiano troppo o bevono 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 (principalmente la cura dei figli e della casa) C_17_pubblicazioni_2490_allegato.pdf (quadernidellasalute.it)
Di seguito si riportano dati relativi alle differenze di genere rispetto all'attività fisica in tutte fasce di età che sono state rilevate in regione Lombardia a partire dai dati della sorveglianza OKKIO relativa ai bambini di 8 anni, passando poi ai dati HBSC sugli adolescenti per poi prendere in considerazione i dati rilevati dalla banca dati COESDI.



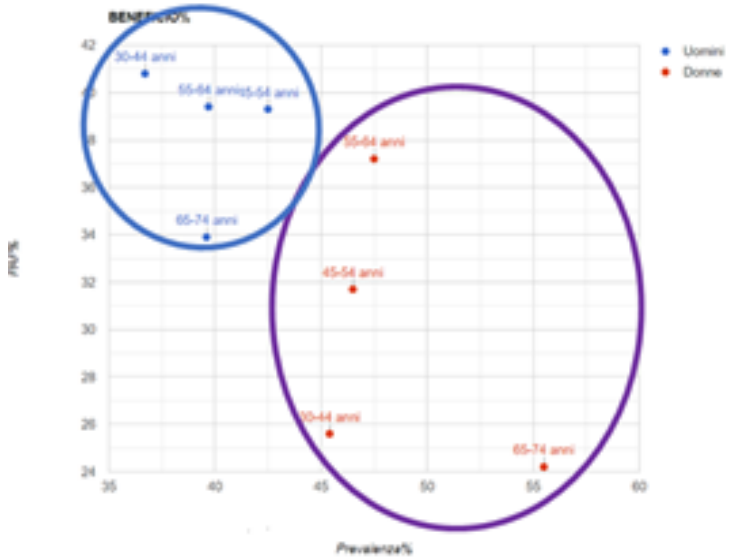
OKkio alla Salute Lombardia rileva il dato relativo alla pratica del movimento nei bambini di 8 anni. Lo rileva in due modalità: una indagando l'attività di gioco di movimento all'aperto per almeno un'ora e un rispetto all'attività fisica strutturata. Nel primo caso non ci sono differenze di genere significative che rilevano invece rispetto all'attività fisica strutturata che è meno praticata dalle bambine.
HBSC Lombardia rileva il dato sul movimento degli studenti di 11, 13 e 15 anni sia relativamente all'attività fisica moderata (almeno 60 minuti al giorno tutti i giorni) sia relativamente all'esercizio fisico intenso, praticato al di fuori dell'orario scolastico. In entrambi i casi le femmine dichiarano di praticare meno attività motoria rispetto ai maschi, in tutte le fasce di età.

Figura 4.1 Frequenza di attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere (%)

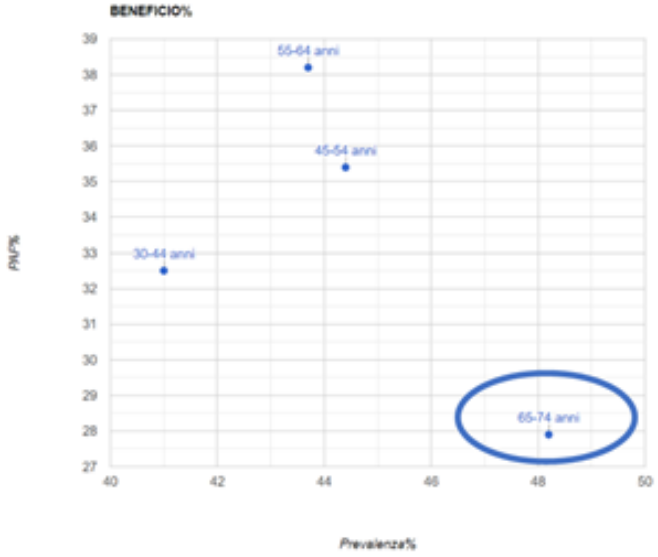


La banca dati COESDI consente di stimare di quanto si potrebbe ridurre l'esposizione ai fattori di rischio se si potessero eliminare le disuguaglianze sociali è indica quali fattori di rischio hanno un peso maggiore e quali di essi sono più influenzati dalle differenze socioeconomiche presenti nella popolazione. È uno strumento utile per capire su quali fattori di rischio converrebbe agire per ottenere il maggior effetto di riduzione delle diseguaglianze sociali nella salute. Per usare COESDI bisogna ragionare in modo controfattuale: per capire l'impatto reale delle diseguaglianze sociali bisogna pensare a cosa succederebbe se le diseguaglianze non esistessero, cioè cosa succederebbe se tutti fossero esposti al fattore di rischio preso in considerazione, come nei soggetti meno svantaggiati. In questi strumenti le diseguaglianze sociali sono valutate in base al titolo di studio. Nelle rappresentazioni grafiche, in ascissa (asse X) si evidenziano i valori riferiti alla popolazione. In ordinata (asse Y) gli effetti delle diseguaglianze.
Anche attraverso questa banca dati si rileva in Lombardia una prevalenza di sedentarietà da parte delle donne.

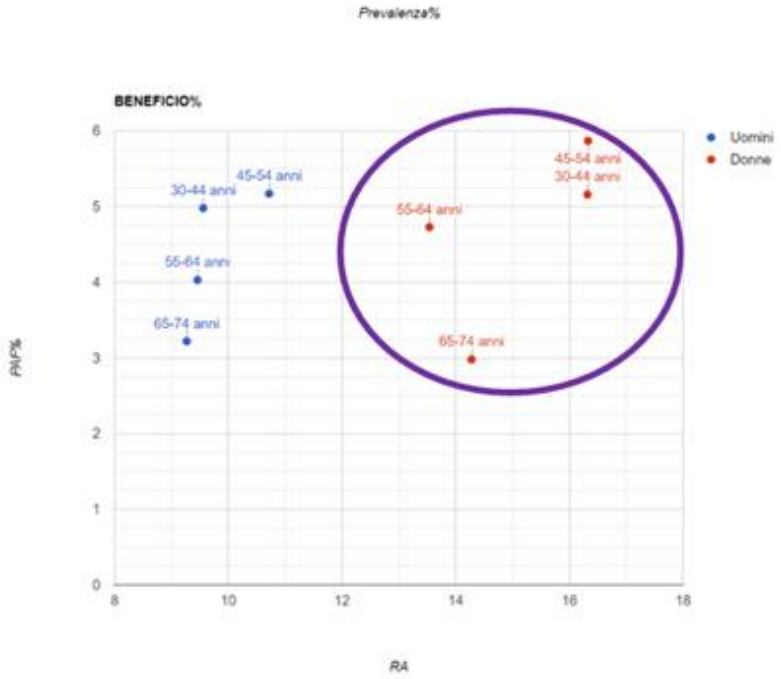
SEDENTARIETÀ ED EQUITY



Dal grafico si evince che la prevalenza di sedentari è maggiore tra le donne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età, evidenziando una diseguaglianza di genere. Dai valori del PAF si rileva però che la sedentarietà maschile è maggiormente dovuta a una diseguaglianza socio-economica (in particolare la fascia 30-44 seguita dalla 45-55). Per le donne la diseguaglianza socio-economica è più presente nella fascia 55-64 (fonte COESDI)



Eliminando la differenza di genere, la fascia più sedentaria è quella 65-74 ma è anche la meno influenzata dalla diseguaglianza socio-economica che è invece maggiore tra i 55-64enni e 45-54enni (fonte COESDI).



Secondo la banca dati COMODI (Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze) il rischio di mortalità attribuibile all'esposizione al fattore sedentarietà è maggiore per le donne. La riduzione percentuale di morti che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze è simile tra i due generi, leggermente più elevata, per entrambi, nella fascia 30-54 anni.

L'attività fisica è necessaria per tutelare e preservare la salute: nel 2020 l'OMS ha pubblicato le linee guida sull'attività fisica e comportamenti sedentari raccomandando la pratica dell'attività fisica nella popolazione, rispetto alle varie fasce d'età. È noto infatti che almeno 30 minuti di attività fisica di intensità moderata nella maggior parte dei giorni riduce il rischio di malattie cardiovascolari, diabete, cancro al colon e cancro al seno (Adami et al., 2010). Il rafforzamento muscolare e l'allenamento dell'equilibrio possono inoltre ridurre le cadute e aumentare lo stato funzionale tra gli anziani (WHO, 2006).

Anche i rischi e i costi dovuti all'inattività fisica sono ben noti. L'inattività fisica rappresenta un importante fattore di rischio che causa fino al 10% dei decessi nel Regione Europea. Alcuni studi epidemiologici hanno dimostrato che le conseguenze dell'inattività fisica hanno un peso sui costi sanitari. Tuttavia l'inattività ha dei costi indiretti anche maggiori, come il valore della produzione economica persa per malattia lavorativa, disabilità lavorative legate alla malattia e morte prematura (Sorensen, 2005). Il costo in termini monetari è stimato di 910 milioni di euro l'anno per una popolazione di 10 milioni (Coleman, R., 2004).

Rispetto alle principali condizioni croniche strettamente collegate dalla letteratura all'inattività fisica, seguono dati sintetici relativi alla mortalità in Lombardia (ISTAT, 2018).

Tipo dato	morti		
Territorio	Lombardia		
Seleziona periodo	2018		
Sesso	maschi	femmine	totale
Causa iniziale di morte - European Short List			
Tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	1659	1393	3052
Tumori maligni del seno	25	2311	2336
Diabete mellito	1118	1214	2332
Malattie del sistema circolatorio	13609	18043	31652

Complessivamente lo stato di salute della popolazione in Lombardia, secondo i dati della AVQ (ISTAT, 2019), il 70,3 della popolazione gode di buona salute, 41 hanno almeno una malattia cronica, 18,6 almeno due malattie croniche, 48,4 pur avendo malattie croniche godono di buona salute. Segue tabella di confronto tra i dati Lombardi e i dati nazionali e approfondimento sulle singole malattie croniche.

Aspetti della vita quotidiana : *Stato di salute - regioni e tipo di comune*

Personalizza | Esporta | La tua interrogazione

Misura	per 100 persone con le stesse caratteristiche												
Tipo dato	persone in buona salute	persone con almeno una malattia cronica	persone con almeno due malattie croniche	persone con malattie croniche in buona salute	malati cronici - affetti da diabete	malati cronici - affetti da ipertensione	malati cronici - affetti da bronchite cronica	malati cronici - affetti da artrosi, artrite	malati cronici - affetti da osteoporosi	malati cronici - affetti da malattie del cuore	malati cronici - affetti da malattie allergiche	malati cronici - affetti da disturbi nervosi	malati cronici - affetti da ulcera gastrica o duodenale
Seleziona periodo / Territorio													
2019 Italia	68.8	40.9	21.1	43.1	5.8	17.9	6.1	16	8.1	4.2	11.4	4.8	2.6
Lombardia	70.3	41	18.6	48.4	5.1	15.9	5.6	13.5	6.5	4.1	12.7	3.9	2.1

DIFFUSIONE DEI FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALE DI TIPO COMPORTAMENTALE

SOVRAPPESO/OBESITÀ

Over 18

I dati ISTAT del rapporto BES (ISTAT, Rapporto BES 2019: https://www.ISTAT.it/it/archivio/236714) mostrano come nel 2018 la proporzione di persone oltre i 18 anni in sovrappeso o obesa in Lombardia è più bassa della media nazionale (40,0% vs 44,8%). Nel 2019 l'indice di massa corporea della popolazione ogni 100 persone over 18, mostra che 32,1 persone sono in sovrappeso, 20 sono obesi, a fronte rispettivamente di 35,4 e 10,9 a livello nazionale.

Aspetti della vita quotidiana - Persone : *Indice di massa corporea - regioni e tipo di comune*

Personalizza | Esporta | La tua interrogazione

Misura	per 100 persone con le stesse caratteristiche		
Sesso	totale		
	persone di 18 anni e più per indice di massa corporea		
Tipo dato	sottopeso	normopeso	sovrappeso
Seleziona periodo / Territorio			
2019 Italia	3	50.6	35.4
Lombardia	4	53.8	32.1

In generale si riporta che il 42,1% della popolazione adulta è in sovrappeso.

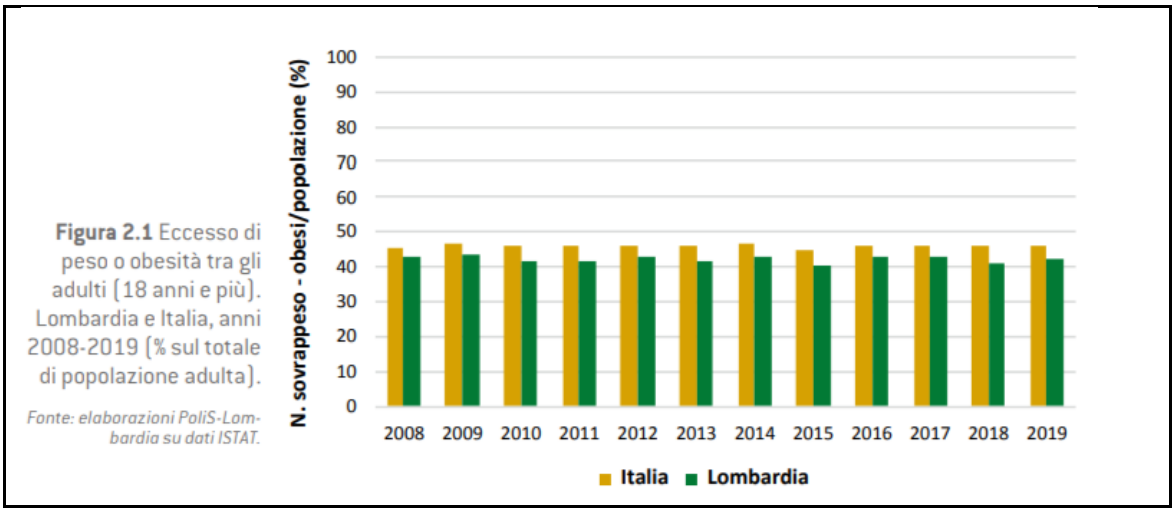


Figura 2.1 Eccesso di peso o obesità tra gli adulti (18 anni e più). Lombardia e Italia, anni 2008-2019 (% sul totale di popolazione adulta).

Fonte: elaborazioni PoliS-Lombardia su dati ISTAT.

Under 18

Il 20% dei minorenni (6-17 anni) ha un eccesso di peso. Segue grafico di dettaglio e confronto fra annualità e con il livello nazionale.

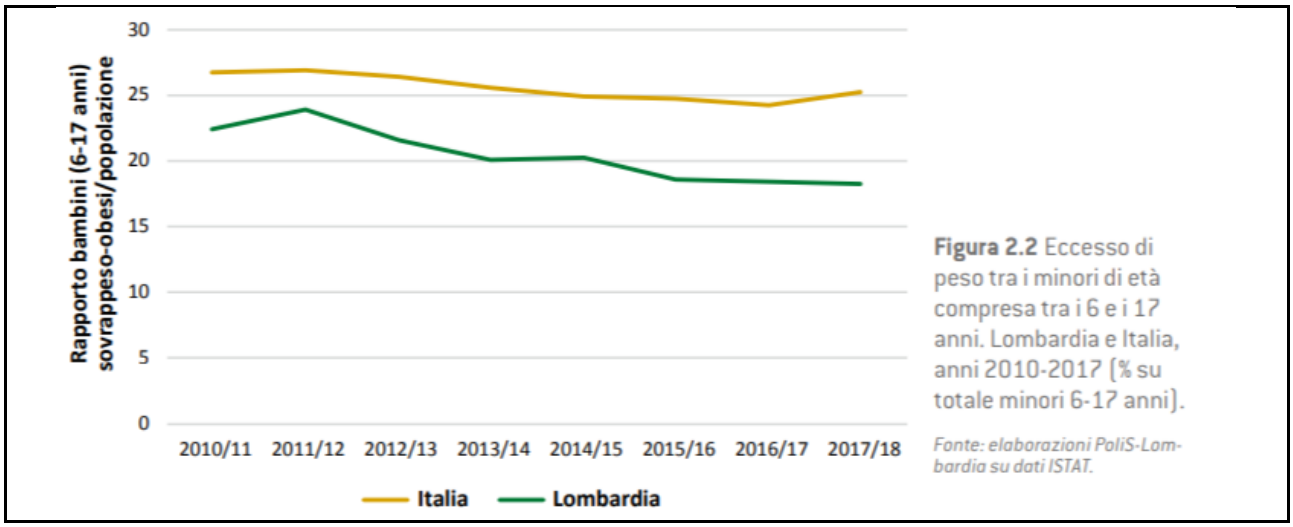


Figura 2.2 Eccesso di peso tra i minori di età compresa tra i 6 e i 17 anni. Lombardia e Italia, anni 2010-2017 (% su totale minori 6-17 anni).

Fonte: elaborazioni PoliS-Lombardia su dati ISTAT.

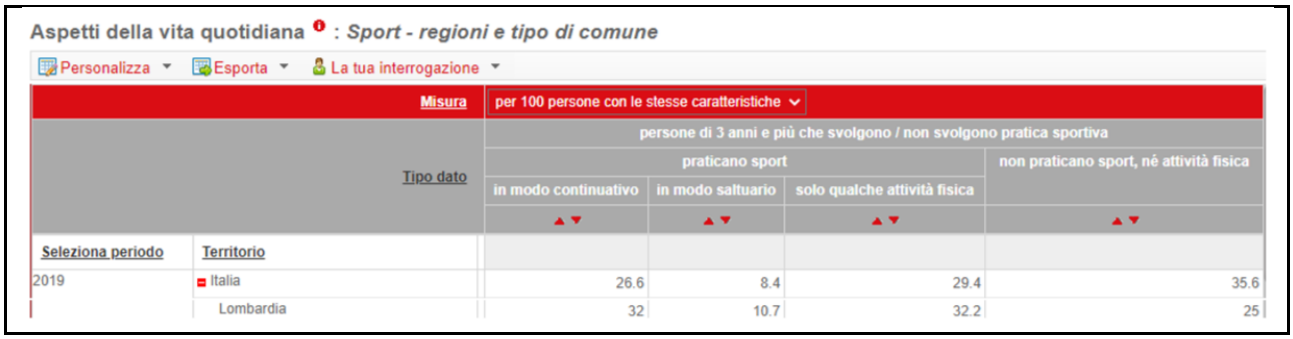
I dati della sorveglianza nazionale Okkio (2019) riportano che il 22,3% dei bambini (8 anni) presenta un eccesso ponderale. Il dato è in calo rispetto al 2016 (25%).

I dati della sorveglianza nazionale HBSC (11-15 anni) riportano che l'82,7% degli studenti è normopeso, il 12,5% sovrappeso/obeso e il 2,96% sottopeso. La percentuale di obesità diminuisce con l'aumentare dell'età, passando dal 2,33% degli undicenni all'1,6 % e 1,52% rispettivamente di tredicenni e quindicenni.

SEDENTARIETÀ

Over 18

Il 27,1% dei lombardi dichiara di non praticare alcuno sport rispetto al dato nazionale pari a 35,7% (Rapporto Lombardia, 2020). Tuttavia dall'indagine AVQ (ISTAT, 2019) si apprende che rispetto al contesto nazionale la Lombardia ha tassi di adesione sportiva superiori: 32 soggetti su 100 praticano sport in modo continuativo, 10,7 in modo saltuario, 32,2 fanno "solo qualche attività fisica", 25 non praticano sport né attività fisica. Su tutte le categorie in analisi, la Lombardia ha tassi di adesione superiori rispetto al contesto Italiano. Seguono i dati di confronto.



Aspetti della vita quotidiana : *Sport - regioni e tipo di comune*

Personalizza Esporta La tua interrogazione

Misura	per 100 persone con le stesse caratteristiche			
Tipo dato	persone di 3 anni e più che svolgono / non svolgono pratica sportiva			
	praticano sport			non praticano sport, nè attività fisica
	in modo continuativo	in modo saltuario	solo qualche attività fisica	
Seleziona periodo / Territorio				
2019 – Italia	26.6	8.4	29.4	35.6
Lombardia	32	10.7	32.2	25

Under 18

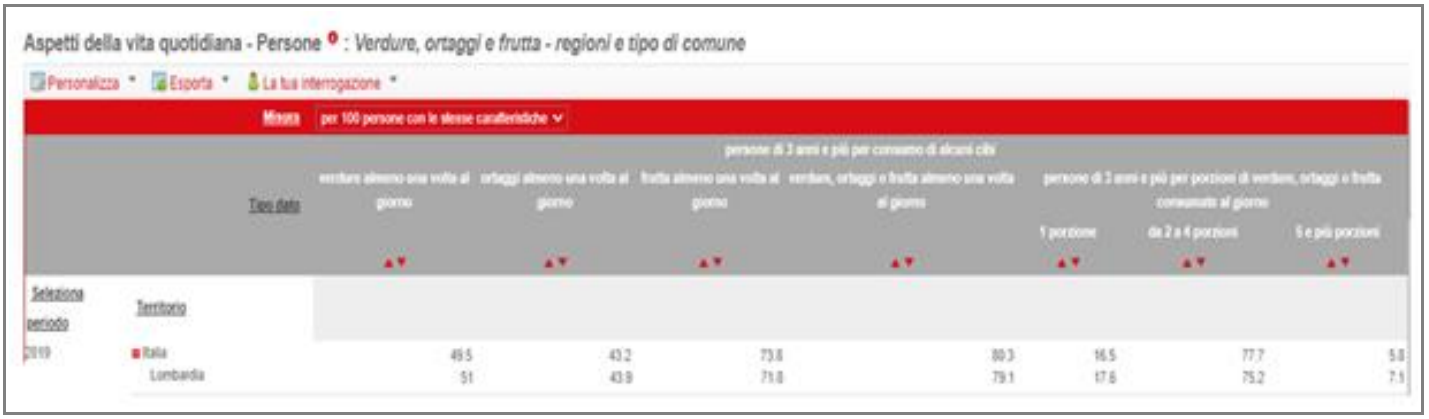
I dati OKKIO (2019) riportano che in Lombardia sono diffuse le abitudini sedentarie (ex. guardare la TV, giocare con i videogiochi) specialmente durante il fine settimana (l'80% trascorre più di 3ore con attività sedentarie). Il 62,4% dei bambini trascorre meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi/tablet/cellulare durante i giorni di scuola.

I dati HBSC riferiscono che il 9% del campione pratica 60 minuti di attività fisica al giorno, il 56,5% la pratica tra le 2 e le 4 volte a settimana. La pratica dell'attività fisica diminuisce con l'età e i maschi si muovono di più. 68,9% del campione svolge attività intensa (3 volte a settimana). Anche l'attività fisica vigorosa, prevalentemente maschile, diminuisce con l'età.

ALIMENTAZIONE

L'indagine AVQ (ISTAT) per il 2019 riporta che la Lombardia, riporta valori simili rispetto al contesto nazionale. Rispetto alle persone di 3 anni e più che consumano verdure, ortaggi o frutta al giorno si riporta che il 17,6% consuma uno tra gli alimenti in questione, il 75% da due a quattro porzioni, 7,1% 5 o più porzioni.

Segue dettaglio rispetto a caratteristiche e confronto con il livello nazionale.



Aspetti della vita quotidiana - Persone : *Verdure, ortaggi e frutta - regioni e tipo di comune*

Personalizza Esporta La tua interrogazione

Misura	per 100 persone con le stesse caratteristiche						
Tipo dato	verdure almeno una volta al giorno	ortaggi almeno una volta al giorno	frutta almeno una volta al giorno	verdure, ortaggi o frutta almeno una volta al giorno	persone di 3 anni e più per consumo di alcuni cibi: 1 porzione	da 2 a 4 porzioni	5 e più porzioni
Seleziona periodo / Territorio							
2019 – Italia	49.5	43.2	73.8	80.3	16.5	77.7	5.8
Lombardia	51	43.9	71.8	79.1	17.6	75.2	7.1

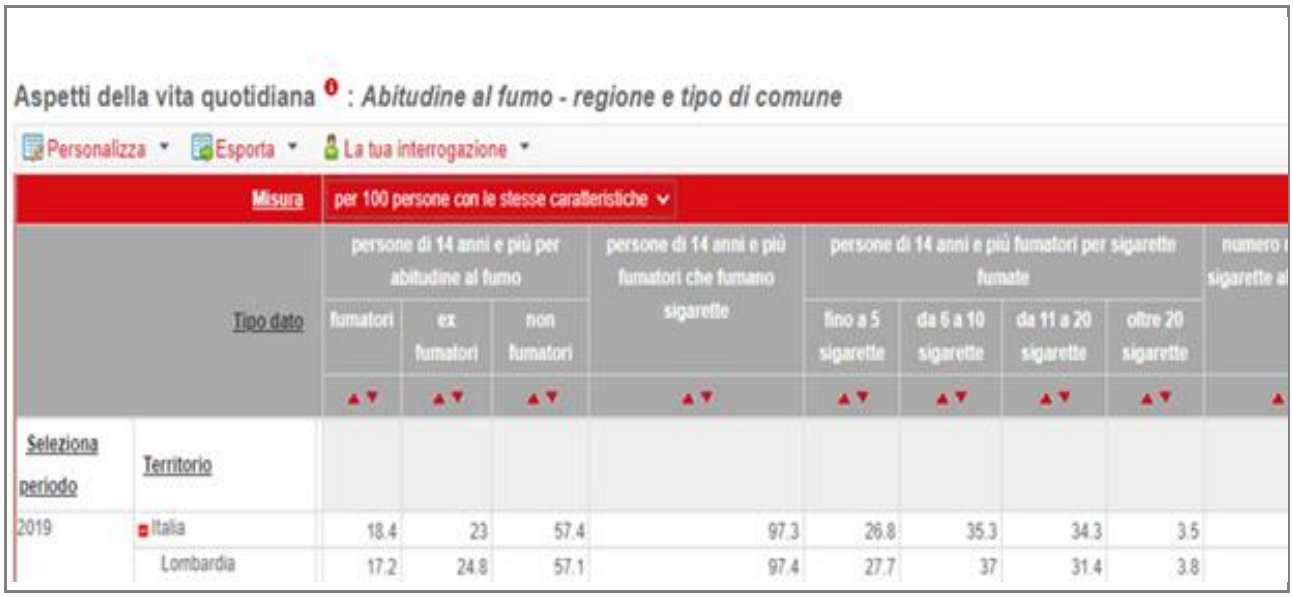
L'indagine OKKIO riporta che in Lombardia oltre il 90% degli intervistati ha fatto colazione il giorno della rilevazione. Anche HBSC evidenzia come oltre il 60% dei ragazzi intervistati dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola ma il consumo quotidiano diminuisce al crescere dell'età.

Rispetto al consumo di frutta, OKKIO riporta che meno di un quarto dei bambini (22,3%) consuma frutta 2-3 volte al giorno e un quarto 1 volta al giorno. In HBSC la meta` del campione inoltre mangia frutta quasi tutti i giorni (il 19% più` volte al giorno).

FUMO

Over 18

L'abitudine al fumo per i lombardi è di poco inferiore rispetto alla media nazionale (19,3% in Lombardia, 19,4% in Italia). Segue tabella di dettaglio rispetto all'abitudine al fumo nella popolazione over14.



Aspetti della vita quotidiana : *Abitudine al fumo - regione e tipo di comune*

Personalizza | Esporta | La tua interrogazione

Misura		per 100 persone con le stesse caratteristiche							
		persone di 14 anni e più per abitudine al fumo			persone di 14 anni e più fumatori che fumano sigarette	persone di 14 anni e più fumatori per sigarette fumate			numero sigarette
Tipo dato		fumatori	ex fumatori	non fumatori		fino a 5 sigarette	da 6 a 10 sigarette	da 11 a 20 sigarette	oltre 20 sigarette
Seleziona periodo	Territorio								
2019	Italia	18.4	23	57.4	97.3	26.8	35.3	34.3	3.5
	Lombardia	17.2	24.8	57.1	97.4	27.7	37	31.4	3.8

Under 18

I dati HBSC 2018 riportano che per quanto riguarda il fumo, l'81% dei ragazzi dichiara di non aver mai fumato; tuttavia, il numero di chi ha fumato almeno una sigaretta cresce con l'età: sono il 2,9% a 11 anni, il 18,5% a 13 e il 43,9% a 15 anni. Tale tendenza diminuisce rispetto al passato per i tredicenni e i quindicenni.

ALCOL

Over 18

Come evidenziato dal Rapporto Lombardia 2020, relativamente al consumo di alcol, i valori per la Lombardia sono maggiori della media italiana (18,6% persone di 14 anni e più con almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol contro una media nazionale del 16,7%). Se si considera la differenza di genere si osserva un gap notevole sia per il consumo di alcol che per l'abitudine al fumo (alcol: 26,5% maschi verso 10,9% donne; fumo: 16,0% verso 22,7%), inoltre entrambi gli indicatori sono in decrescita nel tempo.

Anche rispetto al consumo di alcolici fuori pasto, la Lombardia riporta tassi di consumo lievemente superiori rispetto alla media nazionale. Segue tabella di dettaglio rispetto alla popolazione over11.



Aspetti della vita quotidiana - Persone [0] : *Alcolici fuori pasto - regioni e tipo di comune*

Personalizza | Esporta | La tua interrogazione

Misura	per 100 persone con le stesse caratteristiche		
Tipo dato	persone di 11 anni e più che consumano alcolici fuori pasto	persone di 11 anni e più che consumano alcolici fuori pasto - meno di una volta a settimana	persone di 11 anni e più che non consumano vino, birra, alcolici fuori
Seleziona periodo / Territorio			
2019 / Italia	30.6	77.1	
Lombardia	34.8	76.3	

Under 18

I dati HBSC 2018 riportano che la maggior parte dei ragazzi (il 64,4%) dichiara di non aver "mai" bevuto alcol nella vita. Tale percentuale si riduce all'aumentare dell'età`, passando dal 85,4% degli undicenni al 65,4% dei tredicenni, sino al 26,9% dei quindicenni. Inoltre, i maschi dichiarano di aver consumato più` alcolici delle femmine (43% contro 39.1%). La stessa tendenza si conferma rispetto al consumo recente. Anche questo cresce con l'età` e i maschi dichiarano di aver bevuto alcolici negli ultimi 30 giorni più` frequentemente delle femmine. Il fenomeno dell'ubriacatura nella vita aumenta all'aumentare dell'età` e anche le ubriacature ripetute, in particolare con il passaggio alla scuola secondaria di II grado. Non si rilevano differenze significative tra maschi e femmine.

APPROFONDIMENTO INQUINAMENTO ATMOSFERICO, MOBILITÀ E VERDE URBANO

Si riportano tali dati in relazione all'uso degli spazi aperti relativamente all'attività fisica e movimento, in una ottica di salute globale e integrata. Si rimanda inoltre al profilo di salute Regionale per un maggior dettaglio relativo alle condizioni ambientali della Regione.

Inquinamento atmosferico

Come evidenziato dal Rapporto Lombardia 2020, tra i fattori ambientali di maggior impatto sulla salute rientra l'inquinamento atmosferico, associato all'aumento e all'aggravamento di alcune patologie (cardiorespiratorie, tumori polmonari ecc.) impattanti sull'aumento della mortalità e sulla riduzione della speranza di vita. Negli ultimi anni si assiste a una progressiva riduzione in Lombardia e in tutta Italia di due indicatori che rappresentano la qualità dell'aria: le concentrazioni di polveri sottili PM10 e biossido di azoto (NO2)19, anche se il 43,4% delle centraline del Nord hanno rilevato il superamento dei valori limite di legge20, con picchi dell'86,4% in Veneto e del 61,5% in Lombardia.

Segue una tabella riassuntiva della valutazione della qualità dell'aria per l'anno 2019, effettuata sulla base dell'analisi dei dati delle stazioni di rilevamento della qualità dell'aria e secondo la suddivisione in zone vigente (D.g.r n°2605/11) (https://www.arpalombardia.it/Pages/RSA/Aria.aspx).

	Limite protezione salute	Agglomerato Milano	Agglomerato Bergamo	Agglomerato Brescia	Zona A: pianura ad elevata urbanizzazione	Zona B: pianura	Zona C: montagna		Zona D: fondovalle
							Zona C1: prealpi e appennino	Zona C2: montagna	
SO2	Limite Orario								
	Limite giorn.								
CO	Valore limite								
C6H6	Valore limite								
NO2	Limite orario								
	Limite annuale								
O3	Soglia info								
	Soglia allarme								
	Valore obiettivo salute umana								
PM10	Limite giornal.								
	Limite annuale								
PM2.5	Limite annuale								
B(a)P	Obiettivo annuale								
As	Obiettivo annuale								
Cd	Obiettivo annuale								
Ni	Obiettivo annuale								
Pb	Limite annuale								

minore del valore limite
maggiore del valore limite/valore obiettivo/valore bersaglio

Tab. 1 – valutazione della qualità dell'aria riferita all'anno 2019

Verde urbano

Rispetto alla densità e tipologie di verde urbano, segue tabella di dettaglio con distribuzione province. Complessivamente Sondrio è la provincia con maggiore densità di verde, seguita da Monza, Como e Milano. Le tipologie di verde più rappresentato sono verde storico, parchi urbani, verde attrezzato, aree di arredo urbano e verde incolto, oltre che altre tipologie non specificate.

Tavola 3.1 - Densità e tipologie di verde urbano nei comuni capoluogo di provincia/città metropolitana - Anno 2019
(incidenza percentuale sulla superficie comunale e composizione percentuale)

COMUNI	Densità del verde urbano (incidenza percentuale sulla superficie comunale)	Tipologie del verde urbano (composizione percentuale)													Totale
		Verde storico (vincolato ai sensi del D.lgs 42/2004 e s.m.i.)	Grandi parchi urbani	Verde attrezzato	Aree di arredo urbano	Forestazione urbana	Giardini scolastici	Orti botanici (a)	Orti urbani	Cimiteri (a)	Aree sportive all'aperto	Aree boschive	Verde incolto	Altro (b)	
Varese	2,84	31,43	4,14	6,38	4,85	1,99	9,78	0,00	0,43	7,16	19,38	9,66	.	4,80	100,0
Como	15,63	2,41	.	5,00	1,63	-	3,67	0,00	0,36	0,24	0,74	.	85,94	.	100,0
Lecco	1,65	12,64	.	12,04	19,64	-	4,16	0,00	1,56	0,12	15,51	.	33,68	0,65	100,0
Sondrio	30,76	0,04	7,63	2,55	2,35	0,08	0,49	0,06	0,13	0,03	1,49	85,13	.	.	100,0
Milano	13,76	3,47	41,44	28,63	14,20	0,85	5,55	0,18	0,32	2,66	0,72	.	.	1,96	100,0
Monza (c)	21,97	82,40	1,65	3,71	4,39	0,29	1,21	0,00	0,20	4,01	0,57	0,03	0,45	1,10	100,0
Bergamo	7,62	4,56	35,90	17,88	12,20	4,54	6,43	0,00	0,54	6,10	10,09	.	.	1,76	100,0
Brescia	5,65	4,67	24,19	6,81	23,70	4,96	6,80	0,00	0,19	4,00	4,24	17,10	2,41	0,94	100,0
Pavia	2,74	1,68	10,37	9,10	7,36	7,68	4,73	0,00	0,90	4,90	2,07	.	8,94	42,28	100,0
Lodi	6,34	5,75	18,09	6,52	15,21	14,93	6,02	0,00	0,14	0,00	9,41	.	0,71	23,23	100,0
Cremona	3,24	14,64	2,51	41,41	13,23	1,01	5,59	0,00	0,34	0,67	13,79	6,53	0,28	.	100,0
Mantova	3,08	21,88	4,41	2,48	5,89	2,82	6,49	0,00	0,42	0,00	12,22	18,52	0,31	24,57	100,0

Mobilità sostenibile

Nel rapporto Lombardia 2020 si evidenzia come, relativamente a una condizione precedente al Covid, la Lombardia:

- sono più diffusi gli utenti di tram/bus (26,1 vs 24,6) e treno (38,7 vs 33,6), con più giornalieri tra i passeggeri rispetto alla quota nazionale (2019).
- dal 2010 è tra le prime per uso abituale del treno.
- migliora l'utilizzo dei mezzi pubblici (ISTAT, 2019). A parità di pendolari giornalieri con la media italiana (circa 70%), si registrano più utenti di auto ogni 100 abitanti (75 vs 73,9), (ISTAT, 2020a).
- ha una densità rilevante di piste ciclabili (km/100 km2), infrastrutture win-win in ottica zero carbon e anti-Covid (ISTAT, 2020a)
- i pendolari hanno una più alta densità ogni 100 abitanti rispetto al complesso nazionale (60,3 di cui 42 occupati e 18,3 studenti vs 55,9).
- sono più frequenti rispetto alla media nazionale i pendolari che ricorrono al mezzo pubblico ogni 100 abitanti (occupati 14,2 vs 10,1, +40,6%; studenti 36 vs 32,4), mentre è inferiore la densità di chi adopera il mezzo privato (occupati 71,4 vs 74,2; studenti 35,8 vs 38,5).

Dall'indagine AVQ si evince come rispetto alla mobilità e alla condizione delle strade in Lombardia, rispetto al confronto nazionale, le famiglie riscontrino nella zona in cui abitano:

- maggiori difficoltà di parcheggio
- minori difficoltà di collegamento con mezzi pubblici
- maggiore traffico
- migliore illuminazione e condizioni stradali

Segue dettaglio:



Come riportato nel Rapporto Lombardia 2020, l'evoluzione della mobilità ha ricadute anche sull'accesso ai servizi collettivi (ISTAT, 2020c), con effetti sull'uso dei negozi di alimentari (+15%) a esclusione dei supermercati (-8%).

Nello specifico, rispetto al 2019 I lombardi riscontrano minori difficoltà per raggiungere servizi di vario genere rispetto al contesto nazionale.

Nel dettaglio:



DATI SULL'OFFERTA DI PROGRAMMI E ASSOCIAZIONI NEL TERRITORIO

PROGRAMMI REGIONALI

La Lombardia propone dei programmi regionali che mirano all'aumento del movimento su tutto il territorio regionale.

Nello specifico i **Pedibus** rappresentano una opportunità organizzata per aumentare il livello di attività fisica nella popolazione (indicazioni OMS) e contrastare la sedentarietà nei bambini. Il loro obiettivo è quindi quello di contribuire alla prevenzione delle cronicità, promuovere la cultura di uno stile di vita attivo e sostenere contestualmente fattori di salute psico-sociali individuali e collettivi.

Attualmente in Regione il 24,5% dei plessi delle scuole primarie è coinvolto nel programma. Segue dettaglio rispetto ai vari territori di ATS.

SCUOLE CON PEDIBUS	Numeratore	Denominatore	6.7
ENTE TERRITORIALE	N° Plessi scuola primaria con Pedibus	N° Plessi scuola primaria	Pedibus Plessi
321 - ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	121	624	19,39
322 - ATS DELL'INSUBRIA	87	398	21,86
323 - ATS DELLA MONTAGNA	23	157	14,65
324 - ATS DELLA BRIANZA	105	271	38,75
325 - ATS DI BERGAMO	100	321	31,15
326 - ATS DI BRESCIA	105	296	35,47
327 - ATS DELLA VAL PADANA	36	217	16,59
328 - ATS DI PAVIA	21	149	14,09
	598	2.433	24,58

I **Gruppi di cammino** rappresentano una opportunità organizzata per aumentare il livello di attività fisica nella popolazione (indicazioni OMS) e contrastare la sedentarietà. Obiettivo è contribuire alla prevenzione delle cronicità e alle ripercussioni della sedentarietà sulla salute (soprappeso, obesità, diabete, depressione, patologie a carico dell'apparato cardiocircolatori e osteoarticolare) promuovendo la cultura di uno stile di vita attivo e sostenendo contestualmente fattori di salute psico-sociali individuali e collettivi. Il gruppo di cammino favorisce il supporto sociale, incrementa le informazioni e le conoscenze dei partecipanti, motiva le persone ad essere protagoniste attive del proprio benessere (empowerment).

Attualmente nel territorio regionale il 38,4% dei comuni è coinvolto nel programma. Il numero dei partecipanti corrisponde al 16,4% della popolazione generale. Segue dettaglio rispetto ai vari territori di ATS.

PARTECIPANTI GRUPPO DI CAMMINO	Numeratore	Denominatore	6.11
ENTE TERRITORIALE	Partecipanti >65aa	Popolazione residente 65-74 aa	Gruppi di cammino >65aa
321 - ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	5655	369435	15,31
322 - ATS DELL'INSUBRIA	966	160334	6,02
323 - ATS DELLA MONTAGNA	532	39163	13,58
324 - ATS DELLA BRIANZA	3803	132430	28,72
325 - ATS DI BERGAMO	3825	116522	32,83
326 - ATS DI BRESCIA	1258	121534	10,35
327 - ATS DELLA VAL PADANA	805	87195	9,23
328 - ATS DI PAVIA	1022	61773	16,54
	17.866	1.088.386	16,42

COMUNI CHE HANNO ATTIVATO GRUPPI DI CAMMINO	Numeratore	Denominatore	6.12
ENTE TERRITORIALE	N. Comuni con gruppi di cammino	N. Comuni	Comuni con Gruppi di cammino
321 - ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	87	194	44,85
322 - ATS DELL'INSUBRIA	38	244	15,57
323 - ATS DELLA MONTAGNA	34	162	20,99
324 - ATS DELLA BRIANZA	84	140	60,00
325 - ATS DI BERGAMO	131	242	54,13
326 - ATS DI BRESCIA	48	166	28,92
327 - ATS DELLA VAL PADANA	77	181	42,54
328 - ATS DI PAVIA	84	188	44,68
	583	1.517	38,43

Associazioni Sport/Tempo libero e innovazione tecnologica, 2019
I dati regionali dei registri relative alle associazioni di promozione sociale e alle associazioni senza scopo di lucro riportano che in Lombardia sono 372 le associazioni che operano nel settore Sport/Tempo libero e innovazione tecnologica per il 2019.
Seguono dettagli per tipologia di associazione e province.

REGISTRI DELLE ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE	
TERRITORIO	NUMERO
REGIONALE	10/130
BERGAMO	38/229
BRESCIA	34/345
COMO	19/123
CREMONA	19/119
LECCO	9/99
LODI	8/35
MONZA BRIANZA	36/183
MILANO	63/609
MANTOVA	47/153
PAVIA	16/108
SONDRIO	3/46
VARESE	36/250
TOTALE	299/2429

REGISTRI DELLE ASSOCIAZIONI SENZA SCOPO DI LUCRO	
TERRITORIO	NUMERO
REGIONALE	4/35
BERGAMO	4/80
BRESCIA	13/77
COMO	4/31
CREMONA	0/16
LECCO	6/34
LODI	4/34
MONZA E BRIANZA	6/43
MILANO	15/142
MANTOVA	4/22
PAVIA	6/55
SONDRIO	2/16
VARESE	5/30
TOTALE	73/615

Scheda di programma

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 ridurne le complicanze. Per raggiungere l'obiettivo complessivo dell'adozione di corretti stili di vita, va facilitato il coinvolgimento delle persone con disabilità, quelle portatrici di disagio psichico o disturbo mentale, quelle che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità, solitamente meno attive e più difficili da raggiungere e coinvolgere.
In accordo alle Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione - Accordo Stato-Regioni 7 marzo 2019, nell'ottica di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT, il Programma prevede lo sviluppo di strategie multisettoriali volte a favorire l'integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, sportive, turistiche, culturali, economiche, ambientali, sviluppando anche interventi per creare contesti ed opportunità favorevoli all'adozione di uno stile di vita attivo.
Tali strategie, pertanto, sono finalizzate a:

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

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

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

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

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

Declinazione del Programma a livello regionale

La letteratura evidenzia attività fisica e movimento come elementi indispensabili per lo sviluppo armonico degli individui in tutte le fasi della vita e in tutte le condizioni di salute, capaci di favorire il rafforzamento del capitale di salute di ciascuno, nonché il mantenimento di un buono stato di salute e la prevenzione delle MCNT. Praticare quotidianamente attività fisica secondo i livelli raccomandati, contribuisce sia a ridurre ansia e depressione, favorendo benessere sociale e psicologico, sia ad aumentare il grado di autonomia degli anziani, prevenendone decadimento cognitivo, marginalità sociale e cadute, e favorendone l'"invecchiamento attivo e in buona salute" (Active and Healthy Ageing).
Questi elementi motivano da anni in Lombardia lo sviluppo di Programmi, quali Gruppi di Cammino e Pedibus, finalizzati a diffondere buone pratiche per favorire attività fisica e movimento in tutte le fasi della vita. Entrambi i programmi, oggi attivi in oltre 600 comuni e plessi scolastici, hanno visto il loro consolidamento nel Programma "Prevenzione della Cronicità" del PRP 2014/2019 e nei successivi provvedimenti di sistema (Regole SSR(1), Definizione del modello per la presa in carico della cronicità(2), Accordi integrativi regionali per la medicina regionale(3)) dove attività fisica e movimento in tutte le fasce della popolazione sono individuati quali elementi essenziali per la prevenzione e la presa in carico globale dei bisogni delle persone affette da patologie croniche. Tali atti, inoltre, promuovono modalità proattive di presa in carico globali e integrate, non necessariamente medicalizzate, per garantire continuità di assistenza tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri, con un'attenzione specifica all'inclusione dei soggetti maggiormente fragili o marginali.
Il Programma "Persone e Comunità attive in Lombardia" si colloca all'interno di questa visione e ha l'obiettivo di sviluppare ulteriormente modello e strategie già avviate, integrandole ("Salute in tutte le politiche", "One Health") in una visione che enfatizza il ruolo delle comunità locali e prevede l'individuazione di modelli "Urban Health" capaci di rendere facili scelte salutari(4) attraverso il cambiamento strutturale dei contesti di vita delle persone, grazie alla condivisione di obiettivi di salute fra SSR e altri Attori delle politiche sociali, urbanistiche, aggregative, culturali ecc. , coerentemente con il "modello" Città Sane promosso dall'OMS fin dal 1988(5).
Il Programma mira a valorizzare e integrare le politiche di area sanitaria, socio-sanitaria e sociale, in sinergia con le altre politiche regionali (governo del territorio, sport, istruzione, industria, commercio, ecc.). Promuovere l'incremento dell'attività fisica in tutte le fasce di popolazione, infatti, necessita di un approccio di sistema: la collaborazione intersettoriale permetterà di sviluppare azioni sui determinanti di salute più efficaci, efficienti e sostenibili rispetto a quelle

meramente sanitarie. Lo sviluppo di alleanze e iniziative intersettoriali, con un'attenzione rivolta contemporaneamente alle politiche urbanistiche e di inclusione, alla tutela dell'ambiente e alla sicurezza, infatti, permetterà di disegnare una strategia regionale per promuovere (capacity building) comunità locali favorevoli alla salute.
In linea con il Piano d'Azione Globale per l'Attività fisica 2018-2030, inoltre, per ridurre le disparità nell'attività fisica, si intende ricorrere a un approccio sistemico con una combinazione strategica di azioni politiche "Upstream" (a monte), capaci di migliorare i fattori sociali, culturali, economici e ambientali che supportano l'attività fisica (promozione dell'approccio Urban Health(6) e di Prevenzione ambientale, progettazione delle infrastrutture nell'ottica della mobilità sostenibile in linea con SDGs UN) e dowstream (a valle), centrate su azioni educative e informative, che rendano "facile" (*nudging*) l'adozione di uno stile di vita attivo a tutta la popolazione e a target specifici, contrastando la sedentarietà, contribuendo a ridurre/rallentare i processi di cronicizzazione e promuovendo processi di inclusione sociale, empowerment ed health literacy nella popolazione.
Il Programma, con il pieno coinvolgimento degli attori sanitari, sociosanitari e sociali, fondazioni, RSA, università, associazioni di promozione sociale e sportiva, professionali, palestre, e con un'attenzione alla valorizzazione del ruolo del Terzo settore e del Volontariato in una logica di cittadinanza attiva:

- potenzierà i programmi regionali già attivi nei diversi setting (Scuola: Pedibus, Pause attive, Un miglio al giorno; Luoghi di lavoro: scale per la salute, byke to work, creazione di percorsi pedonali/ciclabili in prossimità dell'azienda, creazione della figura del "mobility manager", pause attive sul posto, eventi di sensibilizzazione es. giornate "a piedi al lavoro" o "al lavoro in bicicletta"; Comunità locali: Gruppi di cammino; Servizi sociosanitari: potenziamento offerta counseling motivazionale breve; CAG in movimento ecc.);
- svilupperà in tutte le ATS, anche attraverso percorsi a carattere sperimentale, una rete di offerta che integri interventi di comunità con programmi strutturati di esercizio fisico, basati su protocolli di Attività Fisica Adattata - AFA, mediante la definizione di alleanze con tutti i soggetti della comunità locale,
- sosterrà lo sviluppo di offerta mirata di AFA/EFA, Pet Therapy, Ippoterapia, educazione terapeutica ecc.
- rafforzerà l'offerta di counseling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita, anche attraverso percorsi di aggiornamento e formazione per MMG, Operatori sanitari del SSR, Medici Competenti
- svilupperà strategie targettizzate di informazione, comunicazione e marketing sociale, anche con l'utilizzo di canali social, radioweb ecc. per raggiungere i target più sedentari di popolazione (equity) all'interno di una cornice strategica di prevenzione delle MCNT, orientata a evitarne/ritardarne la comparsa o l'aggravamento, all'interno della già citata presa in carico globale della cronicità e della fragilità (con un modello culturale e organizzativo in grado di attivare percorsi intersettoriali di promozione della salute nelle comunità accanto al prendersi cura del paziente attraverso la medicina territoriale)
- promuoverà l'integrazione di pratiche volte a favorire attività fisica e movimento all'interno degli altri PP del PRP (in primis PP1 e PP3) e svilupperà al suo interno azioni finalizzate a sostenere il perseguimento degli obiettivi di altri PP del PRP (con riferimento alle aree nutrizione, spreco alimentare, dipendenze ecc.)

In questa prospettiva saranno attivati percorsi per la definizione di indirizzi regionali per la diffusione di una rete di offerta di programmi strutturati di esercizio fisico per le persone con fattori di rischio intermedi (ipertensione, glicemia elevata, dislipidemie, obesità/sovrappeso) e patologie croniche, attivati sul territorio da soggetti idonei (pubblici e privati).
Obiettivo è raccordare, pur nell'evidenza delle rispettive specificità, strategie di promozione della salute nelle comunità e interventi di prevenzione rivolti all'individuo, definendo percorsi "ponte"

tra Sanità Pubblica e Cure Primarie e valorizzando tutti gli operatori del SSR (con un'attenzione specifica a MMG, Infermieri di Famiglia e Comunità), le Società Scientifiche e le Associazioni Professionali. L'approccio multisettoriale si concretizzerà nel coinvolgimento di associazioni di pazienti e di cittadini impegnati sulle tematiche della partecipazione alle scelte di salute. Saranno attivati percorsi finalizzati a promuovere - previa definizione degli elementi strutturali/gestionali utili ad es. a definire l'identikit lombardo di "palestra per la salute" - il coinvolgimento dei gestori di impianti sportivi e palestre, valorizzandone l'ingaggio (ad es. attraverso appositi bandi/manifestazioni di interesse) all'interno delle partnership territoriali.
Inoltre, il fatto che in Lombardia "attività fisica" e "movimento" facciano parte a livello geografico, culturale e sociale dell'identikit delle persone e delle comunità(7) rappresenta un'importante risorsa, fungendo da volano "moltiplicatore" dell'azione promossa dal SSR. Anche la struttura idrogeografica del territorio unita alle risorse ambientali e turistiche possono essere valorizzate e valorizzare un programma strategico di promozione della salute con benefici impatti economici e/o ambientali, come indicato in letteratura e/o già sperimentato in altre regioni e/o in altri Paesi UE (ne sono esempi il progetto Park'n'play di Copenaghen, il modello Superblock di Barcellona o il Multimodal street design di Londra ecc.). Nelle città dense, ad esempio, da una parte la popolazione è spinta a muoversi a piedi per raggiungere servizi, aree verdi, negozi e luoghi di incontro distanti dai 0 ai 2 km, dall'altra la strutturazione capillare del servizio di trasporto pubblico può incentivare la mobilità attiva e sostenibile rispetto a quella carrabile privata. In tal senso, la situazione di emergenza sanitaria ha ulteriormente evidenziato la necessità di individuare modalità di spostamento in sicurezza, generando un'occasione imperdibile per la promozione di attività fisica (ad es. utilizzo di biciclette) per gli spostamenti casa-scuola e casa-lavoro, possibili anche grazie alle caratteristiche proprie della regione (territorio pianeggiante o collinare, clima confortevole, presenza di una rete di piccoli comuni, presenza di quasi 3000 km di ciclovie che uniscono, in totale sicurezza, le città ai laghi, le zone montane alle vie d'acqua(8) ecc.).
Regione procederà, anche attraverso forme di finanziamento nazionali ed europee, attivate in modo differenziato nelle diverse realtà territoriali, a implementare/perfezionare progetti di mobilità sostenibile (ad es. bike-sharing, car sharing, intermodalità treno + bici, mobilità elettrica) per lo sviluppo di un sistema di mobilità integrato, in particolare ai servizi ferroviari, che contribuisca a incrementare la flessibilità e l'accessibilità dei servizi ed a promuovere l'utilizzo del treno (rispondendo alle esigenze di percorrenza dell'"ultimo miglio" - Programma regionale Mobilità e Trasporti, DCR 1245 del 20/09/2016).
Il Programma promuoverà lo sviluppo di partnership con Enti locali, Gestori di servizi di trasporto pubblico, Associazionismo culturale, sportivo, ambientale, naturalistico ecc., al fine di:

- promuovere azioni di sensibilizzazione della popolazione verso l'adozione di modalità integrate e sostenibili di mobilità (mezzo pubblico, bike sharing, "ultimo miglio"; utilizzo scale nelle stazioni metropolitane ecc.)
- sostenere lo sviluppo di offerta ludico – motoria e socio-culturale (greenway, percorsi di scoperta del quartiere, parkour, ecc.) nei programmi di rigenerazione urbanistica e inclusione sociale

Regione Lombardia, inoltre, prevedrà un aggancio con la prossima realizzazione delle Olimpiadi invernali sul proprio territorio per sviluppare azioni sinergiche con l'organizzazione dell'evento e promuovere l'esercizio fisico in diverse fasce d'età. Infatti, investire in politiche per promuovere attività fisica e movimento nella vita quotidiana e rinforzare l'offerta di attività fisica mirata (AFA, EFA) a specifiche fasce di popolazione, si inserisce nella Strategia Regionale finalizzata al raggiungimento di molti Obiettivi di Sviluppo Sostenibile 2030.

Oltre al raggiungimento dell'OSS 3 (salute e benessere), in linea con quanto indicato nel Piano d'azione globale per l'attività fisica 2018-2030[9], il Programma Comunità Attive si svilupperà in coerenza con:

- OSS 5 - uguaglianza di genere: particolare cura al coinvolgimento delle donne la cui prevalenza di sedentarietà in Lombardia è maggiore rispetto a quella degli uomini (in tutte le fasce di età)
- OSS 9 – (industria, innovazione e infrastrutture) e OSS 11 - (città e comunità sostenibili): interventi di Urban Health per favorire la mobilità sostenibile con attenzione alla sicurezza stradale e all'inclusione di donne, bambini, anziani, persone con disabilità. In Lombardia oltre 1/3 dei bambini di 8 anni si reca abitualmente a scuola a piedi o in bicicletta. I pedibus ne accompagnano a scuola circa 30.000.
- OSS 10 - ridurre le disuguaglianze: attenzione ai processi di equity e ai soggetti fragili
- OSS 13 (azione per il clima): incremento della mobilità sostenibile e riduzione dell'inquinamento
- OSS 17 (partenariati): collaborazione tra enti, organizzazione pubbliche e private, professionisti e comunità

NOTE

1. DGR 7600/2017 e DGR 1986/2019 (Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2018 e 2019) in cui sono stati previsti percorsi volti alla diagnosi precoce e conseguente ingaggio della popolazione in età 45 – 60 con fattori di rischio comportamentali o condizioni di rischio intermedi e/o una cronicità non complicata, con particolare attenzione alla presenza di fragilità socio – economiche (health equity).
2. DGR 4662/2015 "Indirizzi presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018", DGR 6164/2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili".
3. Accordo 2018 – Progetto di governo clinico: partecipazione attiva a programmi di individuazione di assistiti ad alto rischio di cronicizzazione e promozione di corretti stili di vita
4. Secondo il modello declinato a livello nazionale con il Programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" di cui al Dpcm del 04/05/2007
5. https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network
6. A partire dagli esiti del Progetto CCM "Urban Health: buone pratiche per la valutazione di impatto sulla salute degli interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana e ambientale" coordinato dalla ATS di Bergamo in collaborazione con il Politecnico di Milano
7. Si reca al lavoro a piedi il 10,5% dei Lombardi, il 4,2% utilizza la bicicletta. Studenti, dall'asilo all'università: il 26,7% va a scuola a piedi e il 2% in bicicletta (Istat, 2019)
8. Come da allegati al Piano regionale della mobilità Ciclistica, DGR 1657/2014
9. World Health Organization. (2018). Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/272722. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 **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 favorenti l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità), il contrasto alla sedentarietà e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati
INDICATORE 1 **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

AZIONE 1	Sensibilizzazione e attivazione di Amministratori Locali per la promozione di Attività fisica e Movimento nella cornice dell'Urban Health mediante Accordi intersettoriali
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	Comunità, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Formalizzazione di Accordi con ANCI/Enti locali per l'adozione dei principi dell'Urban Health nella definizione di politiche di sviluppo urbanistico sostenibili, che facilitino la pratica di Attività fisica e Movimento nella popolazione

AZIONE 2	Sensibilizzazione della popolazione sui benefici per la salute di Attività fisica e Movimento mediante la Formalizzazione Accordi regionali con Stakeholder strategici
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	comunità, ambiente di lavoro, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Formalizzazione di Accordi regionali (anche da declinare localmente) con Associazioni e Movimenti Sportivi, Associazioni di Pazienti, Auser, Associazioni imprenditoriali di categoria e Sindacati, Ordini Professionali, Associazioni Medici Competenti, Agenzie Trasporto Pubblico locale ecc. finalizzati alla sensibilizzazione dei rispettivi aderenti e della popolazione generale sui benefici per la salute derivanti dalla pratica di Attività fisica e Movimento.

AZIONE 3	Promozione di attività fisica e movimento in collaborazione con Rete SPS Lombardia
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
SETTING	scuola
DESCRIZIONE	Indirizzi regionali in collaborazione con Rete SPS Lombardia per Integrazione di BP per la promozione di attività fisica e movimento (anche sulla base degli esiti del progetto WAHPS) nel Modello della Scuola che Promuove Salute – SPS Lombardia

AZIONE 4	Implementazione del Modello WHP - Luoghi di lavoro che promuovono Salute - con BP per la promozione di attività fisica/movimento nella cornice dell'health ageing
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	4 di 23
DESCRIZIONE	Integrazione di BP per la promozione di attività fisica/movimento nella cornice dell'health ageing nel Modello di Luoghi di lavoro che promuovono Salute – WHP Lombardia (nell'ambito del progetto CCM Azione Centrale 2018)

AZIONE 5	Promozione di attività fisica e movimento all'interno della programmazione regionale dei Centri di Aggregazione Giovanile attraverso Indirizzi regionali per l'adozione di Buone Pratiche
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	adolescenza
SETTING	comunità, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Elaborazione congiunta fra DG Weflare e DDGG competenti di Indirizzi regionali per Integrazione di BP per la promozione di attività fisica e movimento (anche sulla base degli esiti del progetto WAHPS) all'interno della programmazione regionale dei Centri di Aggregazione Giovanile

AZIONE 6	Costituzione Laboratorio Regionale Permanente per la promozione di attività fisica e movimento

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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	comunità, scuola, ambiente di lavoro, servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Costituzione del Laboratorio Regionale permanente per la promozione di attività fisica e movimento con il coinvolgimento dei diversi stakeholder, Atenei, Enti Locali, DDGG Regionali ecc.

AZIONE 7	Elaborazione indirizzi regionali per la definizione e la promozione di "Comunità Attive"
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.8 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	comunità, scuola, ambiente di lavoro, servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Elaborazione Indirizzi regionali per la definizione di "Comunità Attive" con esemplificazione di BP evidence-based

AZIONE 8	Implementazione del modello "Comunità Attive" a livello territoriale, con l'attivazione di Laboratori locali (con il coinvolgimento dei diversi stakeholder, Atenei, Enti Locali, ASST, Movimenti e Associazioni sportive, Gestori strutture sportive ecc.)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.8 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	comunità, scuola, ambiente di lavoro, servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Implementazione del modello "Comunità Attive" a livello territoriale, con l'attivazione di Laboratori locali (con il coinvolgimento dei diversi stakeholder, Atenei, Enti Locali, ASST, Movimenti e Associazioni sportive, Gestori strutture sportive ecc.)

OBIETTIVO 2 **PP02_OT02**	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
INDICATORE 2 **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

AZIONE 9	Attuazione indirizzi regionali per l'integrazione di BP per la promozione di attività fisica e movimento, modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based
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.)
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	comunità, servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Elaborazione Indirizzi regionali per l'integrazione di BP per la promozione di attività fisica e movimento, 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, all'interno della Programmazione annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ecc.)

AZIONE 10	Costituzione Laboratori Locali (ATS) Permanenti per la promozione di attività di sensibilizzazione e per l'offerta di programmi di attività fisica e/o sportiva adattata all'età
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
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	Costituzione di Laboratori Locali (ATS) permanenti per la promozione di attività di sensibilizzazione e per l'attuazione di programmi di attività fisica e/o sportiva adattata all'età (con il coinvolgimento dei diversi stakeholder, Atenei, Enti Locali, ASST, Movimenti e Associazioni sportive, Gestori strutture sportive ecc.)

AZIONE 11	Attuazione Programma Formativo Regionale in collaborazione con altre DDGG regionali rivolto a caregiver e badanti
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE

SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	terza età; età lavorativa
SETTING	comunità, servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Articolazione e offerta di un Programma Formativo Regionale in collaborazione con altre DDGG regionali rivolto a caregiver e badanti per la promozione – nella cornice health ageing - di attività fisica e movimento, stili di vita favorenti la salute, adesione a programmi regionali Gruppi di Cammino, promozione AFA e EFA

FORMAZIONE

OBIETTIVO 3 **PP02_OT03**	Organizzare percorsi di formazione comune rivolta ai professionisti dei settori coinvolti, per lo sviluppo di conoscenze, competenze, consapevolezze e la condivisione di strumenti per la promozione di uno stile di vita sano e attivo
INDICATORE 3 **PPO2_OT03**	Formazione Integrata
formula	Presenza
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Documentazione regionale

AZIONE 12	Implementazione del Programma Formativo Regionale con percorsi/offerta rivolti a target specifici sui temi di interesse
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	comunità, scuola, ambiente di lavoro, servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Definizione e articolazione nell'ambito del Programma Formativo Regionale di percorsi/offerta rivolta a target specifici integrata con i Programmi formativi già attivati (MMG, PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità, Formazione manageriale, Accademia Polizia locale, Formazione policy maker ecc.) in tema di: • Promozione dell'attività fisica e movimento e dei relativi programmi preventivi regionali (Pedibus, Gruppi di cammino ecc.) • Promozione dell'offerta di AFA/EFA • Counseling motivazionale per l'adozione di stili di vita salutari • Adozione di strategie Urban Health • Adozione del modello di Comunità "*dementia friendly*" • Promozione della costituzione di reti territoriali di "Palestre per la salute"

AZIONE 13	Attuazione Programma Formativo Regionale a supporto delle competenze di tutte le categorie di professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorenti la salute
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Articolazione e offerta di un Programma Formativo Regionale basato sugli esiti del progetto CCM - Azioni Centrali "Sostenere il cambiamento: la Formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorenti la salute", rivolto a: • MMG • Personale delle ATS/ASST (ad es. CF con attenzione a gravide, 0-3 ecc.) • Infermieri di Famiglia e di Comunità • Operatori Servizi Sociali comunali

AZIONE 14	Attuazione Programma Formativo Regionale finalizzato a promozione di strategie per promozione attività fisica e movimento con moduli dedicati a: MMG, PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità , Formazione manageriale , Polizia locale , Uffici di Piano
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	comunità, scuola, ambiente di lavoro, servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Articolazione e offerta di un Programma Formativo Regionale finalizzato a promozione di strategie per promozione attività fisica e movimento con moduli dedicati a: • MMG, PLS • Infermieri di Famiglia e Comunità • Formazione manageriale • Polizia locale • Uffici di Piano

OBIETTIVO 4 **PP02_OT04**	Organizzare percorsi di formazione al counseling breve per gli operatori del SSN coinvolti
INDICATORE 4 **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

AZIONE 15	Attuazione Programma Formativo Regionale basato sugli esiti del progetto CCM - Azioni Centrali "Sostenere il cambiamento: la Formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorenti la salute", rivolto a: MMG, Personale delle ATS/ASST, Infermieri di Famiglia e di Comunità , Operatori Servizi Sociali comunali
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	comunità, scuola, ambiente di lavoro, servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Articolazione e offerta di un Programma Formativo Regionale basato sugli esiti del progetto CCM - Azioni Centrali "Sostenere il cambiamento: la Formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorenti la salute", rivolto a: • MMG • Personale delle ATS/ASST • Infermieri di Famiglia e di Comunità • Operatori Servizi Sociali comunali

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 5 **PP02_OT05**	Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder
INDICATORE 5 **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

AZIONE 16	Sviluppo di una strategia di marketing sociale e di strumenti di comunicazione rivolti a target specifici
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI

SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.6 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	comunità, scuola, ambiente di lavoro, servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Progettazione e realizzazione, con il coinvolgimento del Laboratorio Regionale permanente per la promozione di attività fisica e movimento, di una strategia di marketing sociale e strumenti mirati di comunicazione: • integrazione dei contenuti informativi nel set di comunicazione "screening oncologici" • attivazione della Partnership intersettoriale "Alleanza regionale per la Salute, l'attività fisica e il Movimento" con il coinvolgimento di attori strategici (ad es. GDO, Associazionismo, Sindacati ecc.) di strumenti di comunicazione targettizzati e di marketing sociale in tema di attività fisica e movimento • realizzazione di strumenti 2.0 (ad es. Mappe "Offerta di Salute intorno a te" fruibili da device) per facilitare scelte di salute da parte della popolazione

EQUITÀ

OBIETTIVO 6 **PP02_OT06**	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate
INDICATORE 6 **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

AZIONE EQUITY

AZIONE 17	Incremento del livello di attività fisica nelle diverse fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	comunità, scuola, ambiente di lavoro, servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità

DESCRIZIONE	Elaborazione e attuazione Indirizzi regionali per l'inserimento nella Programmazione annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.) dell'offerta di programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità (prevedendo sinergia formalizzata fra DIPS, PIPPS, Cure Primarie, ASST, MMG ecc.)

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	attività fisica e differenze di genere
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	• Costituzione del gruppo di lavoro
	• Individuazione delle barriere (iniquità) che ostacolano la partecipazione del genere femminile alle proposte di attività fisica e movimento attraverso anali della letteratura di settore e la raccolta di dati locali
	• Individuazione delle azioni di contrasto
	• Inserimento delle azioni di contrasto nel documento di indirizzo regionale sull'attività fisica
	• Analisi della declinazione delle raccomandazioni nei documenti di programmazione (PIL, Rete SPS, Piani di zona ecc.)
	• Monitoraggio dell'attuazione e dell'impatto delle azioni messe in campo dai diversi soggetti
	• Valutazione dell'efficacia e delle sostenibilità delle azioni realizzate e della loro diffusione
	• Valutazione dell'impatto attraverso sorveglianze e sistemi di rendicontazione regionali
ATTORI COINVOLTI	Interlocutori interni: DDGG (DG SPORT E GIOVANI…), ATS (DIPS, PIPPS, CURE PRIMARIE ECC.)
	Interlocutori esterni: rete SPS, UDP, Università, Organizzazioni sportive (CONI, UISP, CUS ecc.)
INDICATORE	**Recepimento delle raccomandazioni su azioni di contrasto alle differenze di genere nell'attività fisica e movimento**
	Formula: Numero documenti di programmazione con riferimento alle raccomandazioni per il contrasto alle differenze di genere nell'attività fisica e movimento/documenti di programmazione prodotti
	Standard: Orientare i documenti di programmazione affinché inseriscano azioni di contrasto alle differenze di genere nell'accesso all'attività fisica e al movimento
	Fonte: Documentazione regionale
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	attività fisica e differenze di genere

STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	• Costituzione del gruppo di lavoro • Individuazione delle barriere (iniquità) che ostacolano la partecipazione del genere femminile alle proposte di attività fisica e movimento attraverso anali della letteratura di settore e la raccolta di dati locali • Individuazione delle azioni di contrasto • Inserimento delle azioni di contrasto nel documento di indirizzo regionale sull'attività fisica • Analisi della declinazione delle raccomandazioni nei documenti di programmazione (PIL, Rete SPS, Piani di zona ecc.) • Monitoraggio dell'attuazione e dell'impatto delle azioni messe in campo dai diversi soggetti • Valutazione dell'efficacia e delle sostenibilità delle azioni realizzate e della loro diffusione • Valutazione dell'impatto attraverso sorveglianze e sistemi di rendicontazione regionali
ATTORI COINVOLTI	Interlocutori interni: DDGG (DG SPORT E GIOVANI…), ATS (DIPS, PIPPS, CURE PRIMARIE ECC.)
	Interlocutori esterni: rete SPS, UDP, Università, Organizzazioni sportive (CONI, UISP, CUS ecc.)
INDICATORE	**azioni per il contrasto delle differenze di genere nell'accesso all'offerta di attività fisica e movimento**
	Formula: numero delle donne attive al 2025/ numero delle donne attive al 2021 Standard: Verifica delle azioni realizzate e dell'aumento della partecipazione del genere femminile all'offerta di attività fisica e movimento in Regione Lombardia Fonte: Documentazione regionale

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 7 **PP02_OS01**	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali
INDICATORE 7 **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

AZIONE 18	Redazione e diffusione di indicazioni per l'adozione di BP previste negli Indirizzi regionali per la promozione di "Comunità Attive" all'interno della Programmazione Sociale (Piani di Zona) e della Programmazione del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.)
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	comunità, scuola, ambiente di lavoro, servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Indicazioni per l'adozione di BP previste negli Indirizzi regionali per la promozione di "Comunità Attive" all'interno della Programmazione Piani di Zona e della Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.)

INDICATORE 8 **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

AZIONE 19	Inserimento nella Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.) dell'offerta di programmi 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
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	**servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità**

DESCRIZIONE	Elaborazione e attuazione Indirizzi regionali (Dg Welfare e DDGG competenti) per l'inserimento nella Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.) dell'offerta di programmi 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

INDICATORE 9 **PP02_OS01_IS03**	**Laboratori locale**
formula	presenza
Standard	presenza di un Laboratorio locale nel 100% delle ATS nel 2023 e nel 100% dei Distretti (ATS/ASST) entro il 2025
Fonte	Documentazione regionale

AZIONE 20	**Costituzione di laboratori locale in ogni ATS e in ogni Distretto (ATS/ASST)**
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.9 Attivazione tavoli/gruppo di lavoro con rappresentanti di altri Settori
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Implementazione del modello "Comunità Attive" a livello territoriale, con l'attivazione di Laboratori locali (con il coinvolgimento dei diversi stakeholder, Atenei, Enti Locali, ASST, Movimenti e Associazioni sportive, Gestori strutture sportive ecc.)

OBIETTIVO 8 **PP02_OS02**	Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità
INDICATORE 10 **PP02_OS02_IS04**	**Programma regionale volto alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità**
formula	Presenza
Standard	Almeno un Programma Regionale con sviluppo a livello ATS entro il 2023
Fonte	Documentazione regionale

AZIONE 21	Riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità mediante l'applicazione di indirizzi regionali per l'incremento dell'offerta di programmi/percorsi integrati nella Programmazione annuale del SSR
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP

SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	comunità, scuola, ambiente di lavoro, servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Applicazione degli Indirizzi regionali (DG Welfare e DDGG competenti) per l'offerta di programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità (prevedendo sinergia formalizzata fra Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria, Dipartimento Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (di seguito PIPSS), Cure Primarie, ASST, MMG ecc.) nella Programmazione annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.)

OBIETTIVO 9 **PP02_OS03**	Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità
INDICATORE 11 **PP02_OS03_IS05**	**PROGRAMMA REGIONALE VOLTO AD INCREMENTARE IL LIVELLO DI ATTIVITA' FISICA IN TUTTE LE FASCE D'ETA', FACILITANDO L'INCLUSIONE DI SOGGETTI IN CONDIZIONI DI SVANTAGGIO SOCIO-ECONOMICO E DI FRAGILITA'**
formula	PRESENZA
Standard	Almeno un Programma Regionale con sviluppo a livello ATS entro il 2023
Fonte	Documentazione regionale

AZIONE 22	Incremento dell'offerta di Attività fisica e Movimento nella Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	comunità, scuola, ambiente di lavoro, servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Elaborazione e Applicazione di Indirizzi regionali (DG Welfare e altre DDGG competenti) per l'incremento di Attività fisica e Movimento nella Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.)

OBIETTIVO 10 **PP02_OS04**	Effettuare una mappatura dell'offerta di opportunità per l'attività motoria e sportiva presenti nel territorio e fornire adeguata informazione ai cittadini sulle relative modalità di accesso e fruizione.

INDICATORE 12 **PP02_OS04_IS06**	**PRESENZA DI UNA MAPPATURA DELL'OFFERTA DI OPPORTUNITÀ PER L'ATTIVITÀ MOTORIA E SPORTIVA PRESENTI NEL TERRITORIO E FORNIRE ADEGUATA INFORMAZIONE AI CITTADINI SULLE RELATIVE MODALITÀ DI ACCESSO E FRUIZIONE**
formula	Presenza
Standard	Mappatura open access entro il 2022
	A partire dal 2023 aggiornamento annuale delle informazioni (cadenza semestrale)
Fonte	Documentazione regionale

AZIONE 23	Promozione di occasioni e offerta di attività fisica e movimento a favore di soggetti diversamente abili mediante Indirizzi regionali
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	comunità, scuola, ambiente di lavoro, servizi di prevenzione/cura/assistenza sociosanitaria, Comune, municipalità
DESCRIZIONE	Indirizzi regionali in collaborazione con Centri Riabilitativi e Associazionismo familiare per la promozione di occasioni e offerta di attività fisica e movimento a favore di soggetti diversamente abili

AZIONE 24	Realizzazione con il coinvolgimento del Laboratorio Regionale Permanente per la promozione di attività fisica e movimento: di strumenti 2.0 (ad es. Mappe "Offerta di Salute intorno a te" fruibili da device) per facilitare scelte di salute da parte della popolazione; integrazione dei contenuti informativi nel set di comunicazione "screening oncologici"
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
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	Progettazione e realizzazione, con il coinvolgimento del Laboratorio Regionale permanente per la promozione di attività fisica e movimento, di una strategia di marketing sociale e strumenti mirati di comunicazione: • integrazione dei contenuti informativi nel set di comunicazione "screening oncologici"

3.3 PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute

Quadro logico regionale

CODICE	PP03
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Corrado Celata - Struttura Stili di vita per la prevenzione, Promozione della Salute e Screening - UO Prevenzione - DG Welfare
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti MO3 Incidenti domestici e stradali MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali MO5 Ambiente, Clima e Salute MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	MO1-03 Promuovere la salute nei primi 1000 giorni MO1-04 Promuovere interventi volti a favorire l'allattamento al seno 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 MO1-10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia MO1-11 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 MO1-15 Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione MO1-17 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità

	MO1-20 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 MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale MO2-02 Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui MO2-03 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti MO2-06 Offrire programmi finalizzati alla limitazione dei rischi e alla riduzione del danno MO2-07 Sensibilizzare sui rischi, le problematiche e le patologie correlate a uso/abuso di sostanze 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 MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori MO4-06 Favorire nei giovani l'acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL 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 MO5-04 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 MO6-05 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) MO6-06 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole MO6-07 Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina, contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol, riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà, contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile, riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato, aumento del consumo di frutta e verdura, prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) 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 MO1LSk Sviluppo di programmi finalizzati alla riduzione del rischio per MCNT e alla presa in carico delle persone affette da patologia, per una gestione integrata e sistemica della cronicità, attraverso: interventi volti a promuovere competenze e comportamenti salutari nelle persone sane e malate e loro caregiver (health literacy, empowerment ed engagement),offerta di counseling individuale anche in contesti opportunistici, per il contrasto del tabagismo e del consumo rischioso e dannoso di alcol e la promozione di sana alimentazione e attività fisica, attivazione di interventi strutturati di esercizio fisico, attivazione di procedure e percorsi preventivi e terapeutico-assistenziali integrati con interventi per le persone già affette da patologia, anche considerando le situazioni di multipatologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura

	MO1LSo Offerta di programmi organizzati di screening oncologici per i carcinomi della cervice uterina (test HPV DNA), della mammella e del colon retto MO2LSd Miglioramento dell'integrazione e del coordinamento intersettoriale tra programmi e azioni per la riduzione della domanda e dell'offerta di sostanze psicotrope 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 MO4LSm Rafforzamento della collaborazione scuola/aziende/istituzioni soprattutto finalizzate alla gestione dello studente in Alternanza scuola lavoro MO4LSs Promozione del ruolo strategico del medico competente nella progettazione, attuazione e monitoraggio delle azioni di Total Worker Health e di promozione della salute MO5LSo Promozione di interventi per incrementare la walkability dell'ambiente urbano e promuovere la mobilità attiva nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro MO6LSc Promozione della immunizzazione attiva MO2LSm Offerta di interventi di counseling breve nei contesti della medicina di base e in quelli lavorativi e in altri contesti adeguati
LEA	B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato B06 Promozione della sicurezza stradale C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani E06 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04 F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari F09 Prevenzione delle dipendenze

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Categorie di popolazione con caratteristiche socio anagrafiche differenti non godono degli stessi livelli di salute e ciò avviene a svantaggio delle popolazioni più vulnerabili. Questa differenza è socialmente costruita e quindi non equa. Come indica il glossario WHO, le disuguaglianze sono conseguenza delle differenze ad accedere ai servizi sanitari, ad alimenti nutrienti, a condizioni abitative adeguate ecc. In questi casi, le disparità nello stato di salute emergono come conseguenza delle disuguaglianze nelle opportunità di vita. I dati indicano che i determinanti socioeconomici sono il determinante più importante delle differenze di salute di una popolazione. I ricchi e gli istruiti sono più sani, si ammalano meno e vivono più a lungo. "Tra gli uomini in Italia negli anni Duemila si osservano più di cinque anni di differenza nella speranza di vita tra chi ha continuato a fare l'operaio non qualificato per tutta la sua vita lavorativa rispetto a chi è diventato dirigente, con aspettative di vita crescenti salendo lungo la scala sociale. Il rischio di morire cresce con l'abbassarsi del titolo di studio. Chi ha un diploma ha un rischio di morire maggiore del 16% rispetto a uno laureato, chi la licenzia media del 46%, chi quella elementare del 78%"1.

Alla luce di queste evidenze si è deciso di investire risorse per coinvolgere nel programma WHP Rete dei luoghi di lavoro che promuovono salute Aziende caratterizzate da un elevato numero di lavoratori poco qualificati al fine di facilitare loro l'adozione di stili di vita sani (alimentazione salutare, riduzione fumo di tabacco e consumo di alcol, aumento attività fisica).

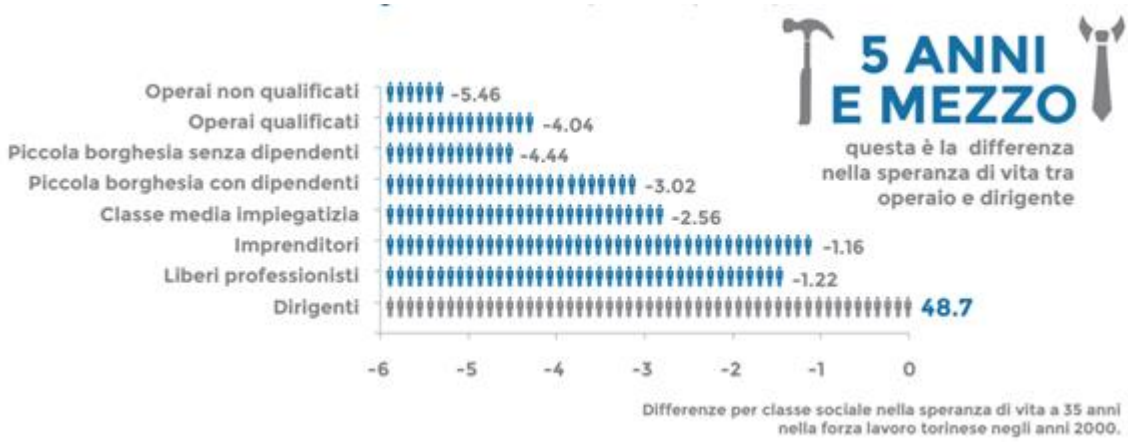
LAVORATORI MANUALI E BASSA QUALIFICA

Nel Secondo Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità (Costa, Bassi, Marra et al., 2014) un affondo sul contesto lavorativo mette in luce quanto questo settore possa ampliare le diseguaglianze sociali di salute già preesistenti. I lavoratori meno istruiti che, generalmente, appartengono a una classe sociale a basso reddito e gli stranieri tendono a essere impiegati in lavori manuali o in professioni a bassa qualifica in cui sono presenti maggiori rischi fisici, chimici, biologici e/o ergonomici e che presentano un tasso più elevato di infortuni. Ne consegue che le disuguaglianze negli infortuni e nelle malattie correlate al lavoro sono quasi esclusivamente a carico delle posizioni sociali più basse. I rischi sono maggiori nell'edilizia, nell'agricoltura, nei trasporti, nell'industria estrattiva. I soggetti con queste

Un esempio concreto di quanto le caratteriste del contesto di appartenenza possano rendere vulnerabili è relativo all'incidenza di infortuni sul lavoro tra gli stranieri immigrati: a parità di età e attività professionale, i lavoratori immigrati hanno più infortuni perché, a causa di difficoltà linguistiche o culturali, non riescono a trarre pieno beneficio dagli interventi di formazione e controllo della sicurezza sul luogo di lavoro, quando questi non siano specificamente orientati.

In aggiunta, molti degli stili di vita a rischio sono in genere più frequenti tra la popolazione con livelli di istruzione inferiori.

Tutto ciò è ben rappresentato dai dati relativi alla mortalità dei lavoratori manuali non qualificati che è più elevata rispetto a tutte le altre tipologie di ruolo professionale per qualsiasi causa. Tale differenza è chiamata Diseguaglianza sociale nella salute. In Italia, il rischio di morire cresce con l'abbassarsi del titolo di studio. L'aspettativa di vita per un lavoratore manuale non qualificato è inferiore di 5 anni e mezzo rispetto a quella di un dirigente.



Fonte: LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E IL RUOLO DEL LAVORO (Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità)

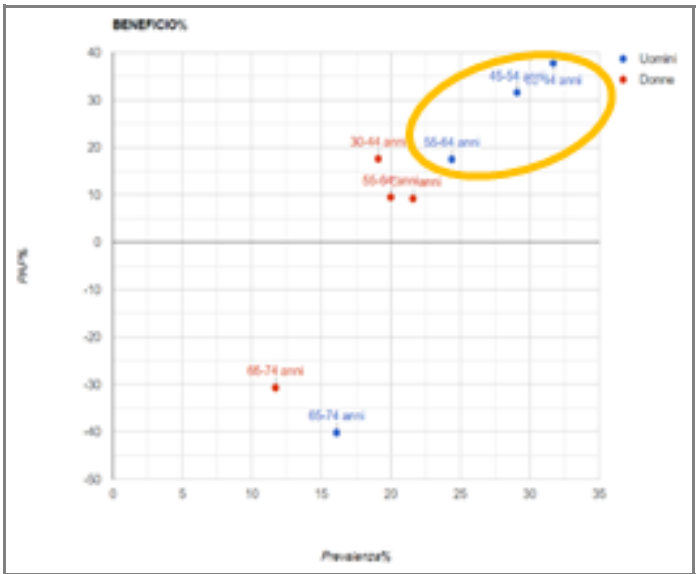
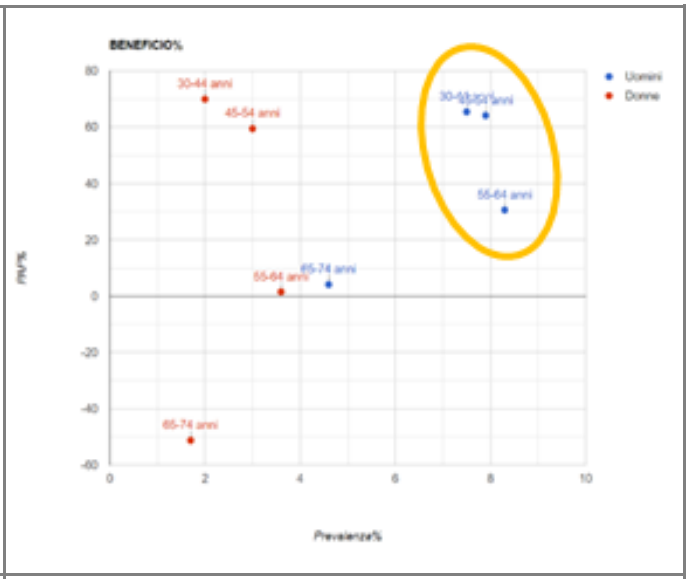
Le diseguaglianze nel contesto lavorativo sono state rese evidenti anche dalla pandemia Covid-19. Chi svolge attività intellettuali ha continuato a lavorare nella forma dello smart working proteggendosi dal virus, mentre gli addetti a mansioni manuali hanno continuato a lavorare in presenza, esponendosi maggiormente al rischio del contagio. "La pandemia ha di fatto condizionato l'andamento del fenomeno infortunistico nel 2020 in seguito alla riduzione dell'esposizione al rischio per gli eventi 'tradizionali' e 'in itinere', a causa del lockdown e del rallentamento delle attività produttive Ma ha generato la specifica categoria di infortuni per il contagio da Covid-19 (Commento del presidente Franco Bettoni Relazione annuale Inail 20202). La ripresa economica post pandemia, con la sua accelerazione repentina nel primo semestre 2021, rischia di essere pagata dalle classi sociali più basse: in questi mesi, infatti, si registra infatti un netto aumento dei casi di infortuni mortali (rispetto allo stesso periodo dello scorso anno).

STILI DI VITA E DISEGUAGLIANZE SOCIALI DI SALUTE

La banca dati Coesdi3 permette di stimare di quanto si potrebbe ridurre l'esposizione ai fattori di rischio se si potessero eliminare le disuguaglianze sociali. L'analisi del peso detti fattori di rischio per lo sviluppo di malattie croniche (alimentazione scorretta, fumo, sedentarietà e consumo di alcolici) indica che benché questi fattori di rischio siano distribuiti per fascia d'età e per genere in tutta la popolazione, essi sono particolarmente gravosi in chi ha un titolo di studio basso (proxi usato per valutare il livello socio economico). Di seguito i dati relativi ai principali fattori di rischio.

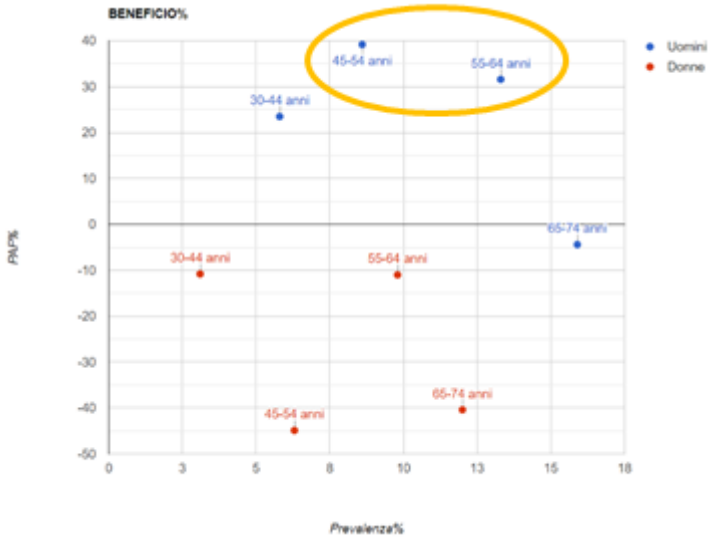
IL FUMO DI TABACCO: FORTI FUMATORI4 E FUMATORI

Le categorie principalmente a rischio per il fattore Fumo (forti fumatori e fumatori) sono gli uomini tra i 30 e i 64 anni. In particolare per sia per i fumatori sia per i forti fumatori l'impatto delle diseguaglianze è particolarmente elevato. Rappresentano anche una fascia di popolazione attiva, facilmente raggiungile attraverso azioni rivolte al mondo del lavoro. L'impatto delle diseguaglianze di salute (dove l'istruzione è stata utilizzata come proxy della posizione socioeconomica) è particolarmente evidente peri forti fumatori nella fascia 30-54 anni.

	
Fumatori	Non fumatori

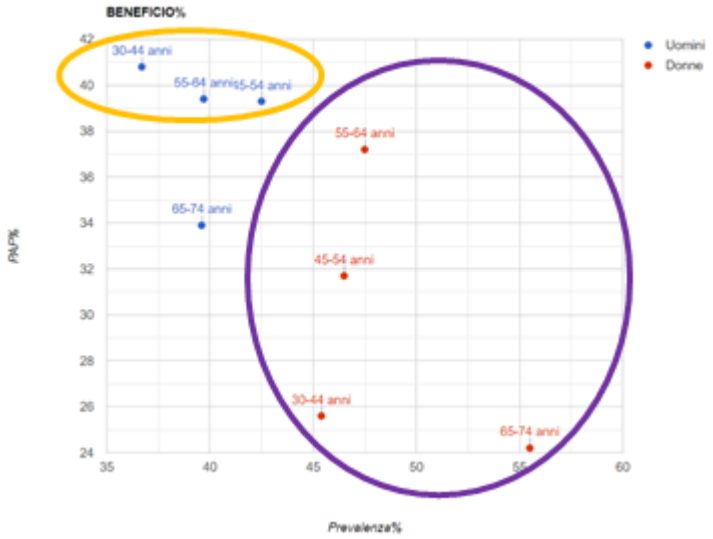
IL CONSUMO DI ALCOL A RISCHIO6

Anche il consumo alcol a rischio è una questione di genere e la popolazione più a rischio è quella maschile. In particolare gli uomini tra i 45 e i 64 anni otterrebbero un maggiore beneficio se non ci fossero diseguaglianze sociali. Anche in questo caso la popolazione bersaglio è attiva e raggiungibile attraverso politiche rivolte al mondo del lavoro. Il fattore "alcol abituale"7 risulta meno influenzato dalla posizione socioeconomica.



LA SEDENTARIETÀ

Anche la sedentarietà è un fattore di rischio fortemente influenzato dal genere. In questo caso la popolazione più a rischio è quella femminile. Si rileva però che il fattore sedentarietà risulta più influenzato dalla posizione socioeconomica per gli uomini, nella fascia 30-64 anni, anche se la prevalenza è inferiore. La fascia d'èta della popolazione femminile che potrebbe ottenere più benefici se non ci fossero diseguaglianze sociali è quella 55-64. La promozione dell'attività fisica è una pratica che ben si presta a essere favorita all'interno del contesto lavorativo.

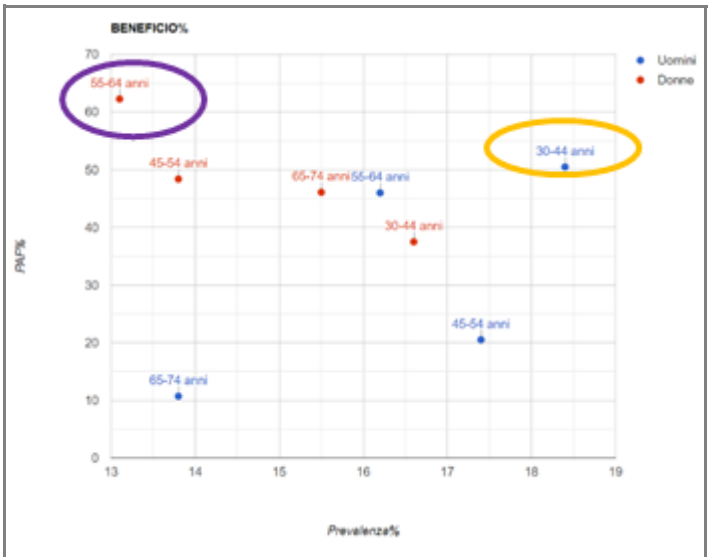
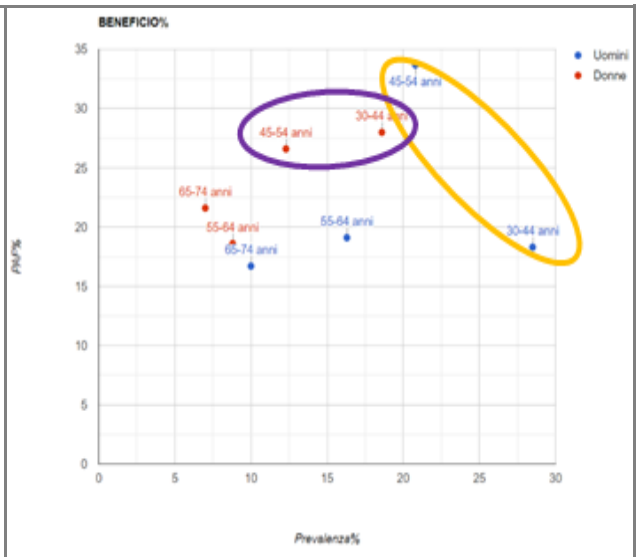


GLI STILI ALIMENTARI SCORRETTI: POCA FRUTTA E VERDURE e TROPPI GRASSI

Gli uomini della fascia 30-45 anni sono la categoria con la più alta prevalenza sia di consumo di cibi ricchi di grassi sia di scarsa assunzione di frutta e verdura, seguiti dalla fascia 45-54 anni. Entrambe le categorie otterrebbero benefici dalla eliminazione delle diseguaglianze di salute ma i benefici sarebbero massimi per i 30-45enni rispetto ai grassi e per i 45-54enni per frutta e verdura.

Si segnala che in generale le donne hanno una prevalenza più bassa di dieta scorretta anche se a 30-44 anni l'assunzione di frutta è poco frequente e quella di cibi ricchi di grassi elevata. Sempre parlando in generale, si rileva che per il genere femminile l'influenza delle differenze socio-economiche è più marcata.

Anche nel caso delle abitudini alimentari, le fasce di popolazioni risultate più a rischio sono quelle che stanno attraversando una fase attiva della propria vita, quindi facilmente raggiungibili all'interno del mondo del lavoro.

	
Troppi grassi	Poca frutta e verdura

IL SOVRAPPESO

Il sovrappeso può essere considerato il risultato di poca attività fisica e dieta scorretta. In Lombardia è un fattore di rischio fortemente influenzato dal genere che vede penalizzato il genere maschile, di tutte le fasce di età, ma soprattutto i 55-64enni I dati indicano che tra gli uomini questa fascia è anche quella più influenzata dal livello socio economico. La popolazione femminile, ha una minor prevalenza di sovrappeso ma le fasce 30-44 e soprattutto 55-64 sono quelle che godrebbero di maggiori benefici qualora si potessero eliminare le diseguaglianze sociali.

IN ESTREMA SINTESI:

- I principali fattori di rischio (evitabili) per le patologie croniche che affliggono gli uomini e sui quali pesa la posizione socioeconomica sono: essere fumatori e forti fumatori, assumere poche verdure e mangiare troppi grassi (quest'ultimo solo i 30-34 anni)
- Gli uomini risultano più in sovrappeso delle donne ma con una minor incidenza da parte della posizione socio economica di appartenenza
- I principali fattori di rischio (evitabili) per le patologie croniche che affliggono donne, sui quali pesa la posizione socioeconomica sono: assumere poche verdure e troppi grassi, essere sovrappeso
- Le donne risultano anche più sedentarie degli uomini l'incidenza della posizione socio economica è minore.

Note

1 Dors | Equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle diseguaglianze sociali in Sanità
2 Relazione annuale Inail 2020: nell'anno della pandemia in calo infortuni e malattie professionali, ma aumentano i casi mortali - INAIL
3 CoEsDi - Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze (dors.it). CoEsDi ha l'obiettivo di fornire uno strumento per comprendere meglio il fenomeno delle disuguaglianze nelle regioni italiane, per capire quali fattori di rischio hanno un peso maggiore e quali di essi sono più influenzati dalle differenze socio-economiche. Sull'asse delle y è riportato il valore PAF acronimo dell'espressione Population Attributable Fraction. Rappresenta la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze. Sull'asse delle x è riportata la Prevalenza che rappresenta il numero di soggetti esposti al fattore di rischio su 100 abitanti
4 Popolazione che fuma più di 20 sigarette al giorno
5 Popolazione che fuma abitualmente sigarette, sigari o pipa
6 Forte consumo abituale di più unità alcoliche (bicchieri) al giorno (> 2 negli uomini; >1 nelle donne)
7 Sostenuto consumo abituale di alcol (birra, vino, aperitivi, amari, superalcolici)
8 Popolazione che consuma verdura, legumi o frutta raramente o mai
(NB: I dati riportati ribadiscono e integrano il Profilo di salute generale che introduce il Piano Regionale Prevenzione)

In Lombardia, come sull'intero territorio nazionale, la principale causa di morte è rappresentata dalle malattie croniche, che sono anche le maggiori responsabili sia della perdita di anni di vita vissuti in buona salute sia del consumo di risorse sanitarie. Negli ultimi anni la prevalenza di soggetti individuabili come affetti da patologie croniche1 è aumentata passando dal 30,4% del 2010 al 34,7% del 2019. I dati mostrano che il costo per la gestione delle patologie croniche rappresenta il 70% della spesa sanitaria (ricovero e cura, specialistica ambulatoriale e farmaci).

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comportamentali modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare fattori di rischio intermedio: ipertensione, glicemia elevata, eccesso di colesterolo e obesità2.

I principali dati lombardi (Istat 2020) relativi ai fattori di rischio comportamentali su cui agire sono:

- Fumo: nel 2019, la quota di fumatori tra la popolazione di età 14 anni e più è pari al 17,2%, Considerando il periodo 2007-2019 il trend è in diminuzione (-21,1%). Nell'ultimo anno la riduzione è pari al -9,0%.
- Sovrappeso: nel 2019 la prevalenza di persone di età 18 anni e più in sovrappeso è pari al 32,1%. Nel periodo 2007-2019 il trend è altalenante con valori compresi tra 31,3-35,6%, con un aumento pari al 2,6%.
- Obesità: nel 2019 la prevalenza di persone di età 18 anni e più ed oltre obese è pari, nel 2019, a 10,0% (valore nazionale: 10,9%). Nell'arco temporale 2007-2019, il trend è stato altalenante con valori compresi tra 8,7-10,5%. Il dato dell'ultimo anno risulta in aumento rispetto all'anno precedente (+6,4%). Nell'intero periodo 2007-2019 si è registrato un aumento pari all'11,1%.
- Attività fisica: nel 2019, la prevalenza di coloro che dichiarano di non praticare sport è pari a 25,0% (valore nazionale 35,6%). Considerando l'arco temporale 2007-2019, i dati mostrano un andamento oscillante, registrata una diminuzione pari a -23,5%.
- Alcol: nel 2019 il 68% della popolazione lombarda maggiore di 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Per il 20% il consumo è stato giornaliero. L'assunzione di alcolici è più frequente nella popolazione maschile. Il 21% degli uomini e il 10,1% delle donne ha dichiarato almeno un comportamento di consumo a rischio.

Tali dati, approfonditi ulteriormente nel Profilo di salute di questo stesso programma predefinito, confrontando le differenze di genere, età e impatto delle diseguaglianze sociali.

In questo scenario, la lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica. Favorire stili di vita sani (mangiare correttamente, fare attività fisica, non fumare e non abusare di alcolici) rappresenta la strategia principale per favorire la salute e prevenire le malattie croniche.

Ne consegue la necessità di intercettare la popolazione in una fase della vita in cui non ha ancora sviluppato patologie croniche, per favorire la loro permanenza, nel corso degli anni, nella fase "in salute" attraverso l'adozione di stili di vita sani.

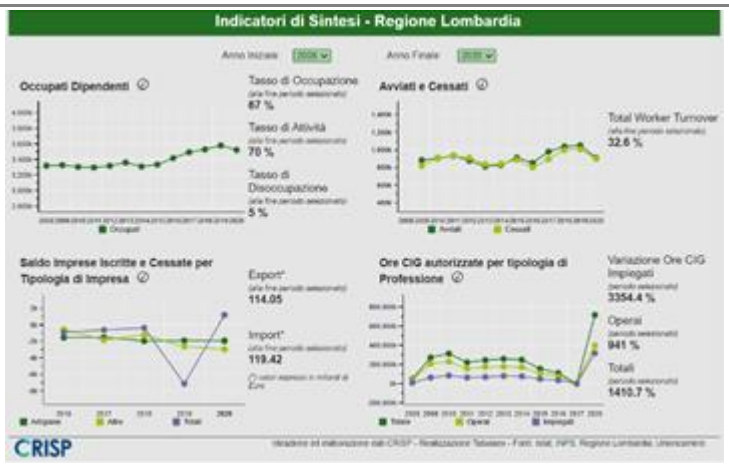
La letteratura3 sostiene che il contesto lavorativo rappresenti un setting ideale per intercettare una popolazione sostanzialmente sana che spesso, proprio perché sana, più raramente entra in contatto con il Servizio sanitario. Il luogo di lavoro rappresenta inoltre4 un contesto di aggregazione sociale organizzato, all'interno del quale si sviluppano processi rilevanti di promozione e affermazione di atteggiamenti e comportamenti.

Rivolgersi al contesto lavorativo appare appropriato in Lombardia per permettere di raggiungere un'ampia platea e intervenire in una fase in cui è possibile favorire l'adozione di stili di vita sani e ridurre la futura incidenza di malattie croniche. Gli occupati sono attualmente oltre 4 milioni anche se, in seguito alla crisi legata alla pandemia, nel quarto trimestre del 2020 si è assistito a un calo del 2%. Rispetto alla fine del 2019 la diminuzione della base occupazionale è di circa 90 mila lavoratori e riguarda soprattutto la componente maschile (-75 mila, pari al -3%). La perdita di lavoro per la componente femminile risulta più ridotta (-15 mila, pari al -0,7%).

Dimensioni quali-quantitative del "contesto" luoghi di lavoro

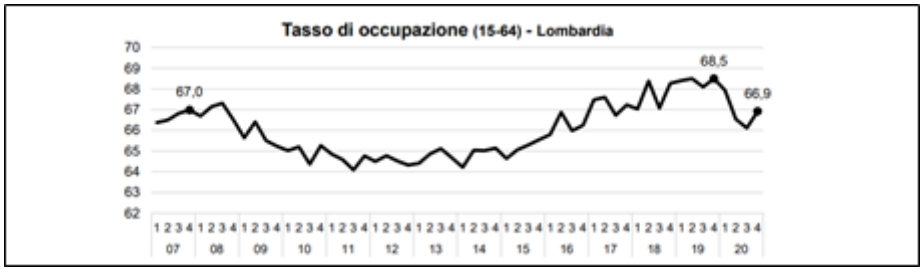
Gli indicatori utilizzati per monitorare la situazione sul mercato del lavoro sono:

- il tasso di occupazione, dato dal rapporto tra gli occupati e la popolazione in età lavorativa (fascia 15-64 anni);
- il tasso di attività (detto anche tasso di partecipazione), che misura l'incidenza delle forze di lavoro sulla popolazione in età lavorativa. Fanno parte delle forze di lavoro non solo gli occupati, ma anche gli individui in cerca di lavoro;
- il tasso di disoccupazione, calcolato come rapporto tra le persone che cercano lavoro e le forze di lavoro.



Fonte: Il quadrante del lavoro (Regione Lombardia)[5]

Il tasso di occupazione medio nel 2020 in Lombardia risulta pari al 66,9%, un valore che si conferma tra i più elevati tra le regioni italiane (dopo Trentino Alto Adige, Emilia Romagna, Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia) ma la caduta rispetto al 2019, la più significativa dell'intera serie storica, è stata più marcata della media nazionale. Questo si deve, da un lato, agli effetti più pesanti che l'emergenza sanitaria ha avuto sul tessuto economico regionale e, dall'altro, alla dinamica demografica della popolazione in età attiva, che in Lombardia, a differenza del resto dell'Italia, risulta ancora crescente6.



Ad essere penalizzati, in termini di riduzione del tasso di occupazione, sono stati i giovani, i titoli di studio più bassi, i contratti a tempo determinato e a tempo parziale.

Per quanto riguarda il titolo di studio, il calo occupazionale del 2020 si è concentrato soprattutto sui livelli di scolarizzazione inferiori: la diminuzione per chi ha licenza media è stata del 5,1%, mentre per i diplomati si è limitata al 0,3%.

Va segnalato che per quanto riguarda i NEET (Not in Employment, Education and Training), in Lombardia nel 2019 si contavano circa 214.000 giovani tra i 15 e i 29 anni che non lavorano e non sono impegnati in percorsi di studio o formazione: la loro incidenza, registra una significativa crescita dopo quattro anni consecutivi di riduzione, passando dal 14,8% al 17,4%, il valore più elevato registrato dal 2015, anche se inferiore alla media nazionale che nel 2019 risultava pari al 22,2%. (elaborazione Polis –Lombardia su dati Istat). L'incremento è condiviso da entrambe le componenti di genere. A seguito dell'epidemia da Covid 19, si registra un ulteriore incremento che in Lombardia corrisponde a un + 20% (Istat), allargando il divario di genere, a scapito delle ragazze.

Imprese e occupazione (Istat per territorio – Lombardia schede 2020)

I dati estratti dal registro ASIA (Registro Statistiche delle Imprese Attive-Istat) fornisce questo quadro in Lombardia:

- nel 2017 hanno sede 814.691 imprese (pari al 18,5% del totale nazionale)
- l'insieme di queste imprese occupa 4.022.503 addetti (23,6% del totale nazionale)
- l'attività manifatturiera, con 76.299 imprese (9,4% del totale contro il dato nazionale del 8,7%), occupa poco meno di un addetto su quattro, il dato nazionale è pari a uno su cinque
- le 164.809 imprese del commercio (pari al 20,2%, contro il 24,9% nazionale) incidono per il 19% degli addetti (poco meno del dato nazionale).
- la dimensione media delle imprese lombarde (4,9 addetti) è superiore al dato nazionale (3,9).
- le imprese con la dimensione più ampia (21,2 addetti per impresa) appartengono al settore relativo alla fornitura di acqua reti fognarie e all'attività di gestione dei rifiuti e risanamento.
- i settori dove il divario rispetto la dimensione media nazionale è più ampio sono la manifattura (12,6 contro 9,6), il settore della fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condizionata (10,4 contro 7,8) e il settore del noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese (15,1 contro 9,0).

Presenza di lavoratori esterni e temporanei

Nel 2017 le imprese lombarde hanno attivi più di 53mila lavoratori con contratto di collaborazione esterna (il 26% del dato nazionale). Il 35% di questi è concentrato nel settore manifatturiero e nel commercio. Rispetto al totale degli addetti, il dato medio regionale dei collaboratori esterni è pari a 1,3%. Il settore dell'Istruzione registra la quota maggiore di collaboratori esterni pari a 9,4%.

Tavola 12. Imprese, addetti e dimensione media per settore di attività economica. Lombardia e Italia. Anno 2017 (valori assoluti)

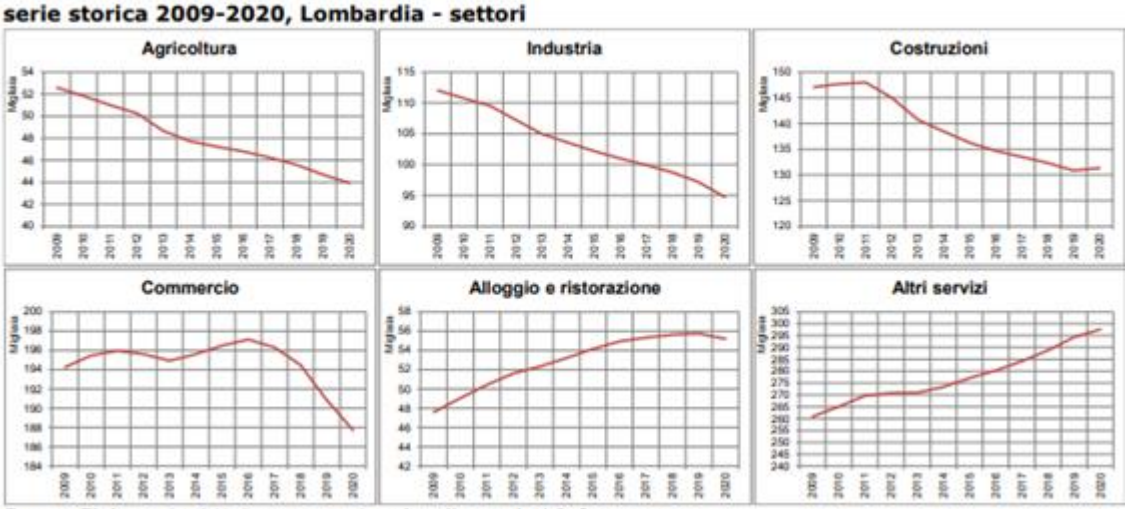
Attività economica	IMPRESE		ADDETTI		DIMENSIONE MEDIA	
	Lombardia	Italia	Lombardia	Italia	Lombardia	Italia
B. Estrazione di minerali da cave e miniere	292	2.062	2.587	30.226	8,9	14,7
C. Attività manifatturiere	76.299	382.298	960.171	3.684.581	12,6	9,6
D. Fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condizionata	1.879	11.271	19.513	88.222	10,4	7,8
E. Fornitura di acqua reti fognarie, attività di gestione dei rifiuti e risanamento	1.495	9.242	31.767	196.969	21,2	21,3
F. Costruzioni	94.110	500.672	263.656	1.309.650	2,8	2,6
G. Commercio all'ingrosso e al dettaglio, riparazione di autoveicoli e motocicli	164.809	1.093.664	764.727	3.414.644	4,6	3,1
H. Trasporto e magazzinaggio	22.265	122.325	204.114	1.142.144	9,2	9,3
I. Attività dei servizi di alloggio e di ristorazione	46.235	328.057	275.309	1.497.423	6,0	4,6
J. Servizi di informazione e comunicazione	24.805	103.079	165.451	569.093	6,7	5,5
K. Attività finanziarie e assicurative	21.030	99.163	131.267	567.106	6,2	5,7
L. Attività immobiliari	59.422	238.457	69.851	299.881	1,2	1,3
M. Attività professionali, scientifiche e tecniche	153.456	748.656	326.481	1.280.024	2,1	1,7
N. Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese	31.619	145.347	478.377	1.302.186	15,1	9,0
P. Istruzione	6.950	32.857	22.632	110.196	3,3	3,4
Q. Sanità e assistenza sociale	57.333	299.738	178.870	904.214	3,1	3,0
R. Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento	14.211	71.077	33.251	186.315	2,3	2,6
S. Altre attività di servizi	38.481	209.658	94.480	476.606	2,5	2,3
Totale	814.691	4.397.623	4.022.503	17.059.480	4,9	3,9

Fonte: Istat, Registro statistico delle imprese attive (ASIA)

L'impatto della Pandemia nei diversi settori produttivi

In Lombardia il deterioramento della demografia imprenditoriale nel 2020 risulta evidente soprattutto nel terziario, che aveva invece rappresentato il principale "traino" negli anni passati (rappresentava da solo oltre il 36% del tessuto imprenditoriale regionale). Industria (-2,5%) e agricoltura (-1,7%) proseguono la tendenza strutturale alla riduzione del numero di imprese, sebbene il confronto con il 2019 veda una dinamica in peggioramento per la prima e un'attenuazione del calo per la seconda. Spicca invece in positivo il dato delle costruzioni, che dopo otto anni di variazioni negative mettono a segno una crescita del +0,4%, a conferma della ritrovata buona salute del settore nonostante la crisi economica e sanitaria.

Numero imprese attive
serie storica 2009-2020, Lombardia - settori



Fonte: Elaborazioni Unioncamere Lombardia su dati Infocamere

Lo smart working Nel 2019 la quota di occupati che lavorano normalmente o saltuariamente da casa in Italia era del 4,8%: tra le più basse in Europa, pur tenendo conto dei limiti dei confronti internazionali dovuto alla molteplicità di forme.

Lo scenario sta però cambiando: in aggiunta alla costante crescita dello smart working, che nel 2019 è arrivato ad interessare il 15% dei potenziali beneficiari, l'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19 ha determinato una forte accelerazione nella diffusione del lavoro da remoto.

L'Osservatorio sullo Smart working del Politecnico di Milano stima in oltre 6,6 milioni i lavoratori in cosiddetto smart working di emergenza attivi a marzo 2020 (scesi a 5 milioni a settembre, pari al 33,8% dei lavoratori dipendenti) e prevede che nella «nuova normalità» il numero si stabilizzerà a quota 5,3 milioni.

Una survey di Assolombarda su 1.000 associate ha rilevato una quota media ponderata di smart worker pre-Covid del 17%, salita a settembre 2020 al 50%. La quota di imprese interessate dal fenomeno è balzata dal 28% al picco del 93% nel lockdown, stabilizzandosi al 72% a settembre dello stesso anno e tendendo in prospettiva a fissarsi al 59%, di fatto raddoppiando rispetto al passato.

Il settore della Pubblica Amministrazione

La Lombardia è la regione dove sono presenti più unità istituzionali – soprattutto territoriali e locali- ed è la prima anche per numero di addetti (circa 190.000). Report Istat-Asia 2018

Sulla base del SEC2010, il Sistema Europeo dei Conti, l'Istat predispone l'elenco delle unità istituzionali che fanno parte del Settore delle "Amministrazioni Pubbliche". La Lombardia nel 2020 conta 1822 unità istituzionali, di cui la maggior parte è costituita da Amministrazioni Locali (1506 sono Comuni).

Il personale dipendente del Sistema Sanitario Nazionale in Lombardia conta 87.230 addetti, di cui 12.950 e 34.640 infermieri –anno 2017 fonte Ministero della Salute.

In Lombardia i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi sono1.724 (dato 2016), pari al 13,8%.

Il settore del non profit tradizionalmente offre un importante contributo al funzionamento e all'ampliamento dell'offerta presente nei settori Sanità e Assistenza sociale che si affianca a quella garantita dal settore pubblico e da quello profit. Questo dato è confermato anche in Lombardia che conta oltre 2.400 unità e 50.600 dipendenti operanti nella Sanità e più di 5.000 nell'Assistenza sociale e protezione civile, in cui trovano occupazione poco meno di 66 mila unità di personale alle dipendenze (dato 2017).

1 fonte: Banca Dati Assistiti di Regione Lombardia, che individua i soggetti cronici sulla base del consumo di prestazioni farmaceutiche, esenzioni, ricoveri specifici)

2 https://www.epicentro.iss.it/croniche/
3 WHO, 2020, Healthy workplaces: a model for action For employers, workers, policy-makers and practitioners, Ginevra; Vézina M, Bourbonnais R, Brisson C, Trudel L Workplace prevention and promotion strategies, (2004), Healthcare Papers; Vol. 5(2) pp. 32-44
4 Päivi Peltomäki et al. (2003), Social context for workplace health promotion: feasibility considerations in Costa Rica, Finland,Germany, Spain and Sweden". Helath Promotion International. Oxford. Vol. 18 (2), pp 115–126; Bennett, J. E., & Tetrick, L. E. (2013). The "We" in wellness: Workplace health promotion as a positive force for health in society. In Olson-Buchanan, J. B., Bryan, L. L. K., & Thompson, L. F. (Eds.). Using industrial-organizational psychology for the greater good: Helping those who help others. Routledge. 205-36
5 Il Quadrante del Lavoro | Home (regione.lombardia.it)
6 Mercato_Lavoro_Focus4t20.pdf (unioncamerelombardia.it)

Scheda di programma

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.

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 salute1,2. 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 ability20.

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

interessate, considerando queste attività un investimento per migliorare sia l'ambiente di lavoro sia l'immagine dell'azienda e dei prodotti in termini di marketing14.

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

In termini di effectiveness, una Buona Pratica è rappresentata dal Programma "Luoghi di lavoro che Promuovono salute – Rete WHP Lombardia" (PRP 2015 – 2019)17, validato dalle seguenti iniziative della Commissione Europea: Joint Action Chrodis 18 e European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing19.

1 WHO European Office. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.
2 WHO. Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policimakers and practitioners. 2010 Ginevra
3 Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. (2009). Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence 2000–2006. IGA Report 13e. Available from: www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_13e_effectiveness_workplace_prevention.pdf
4 Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. Am J Prev Med. 2013 Apr;44(4):406-15. doi: 10.1016/j.amepre.2012.12.007. Review
5 Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Côté P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. BMC Public Health. 2011 May 26; 11:395. doi: 10.1186/1471-2458-11-395. Review.
6 Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Feb 26;2:CD003440. doi: 10.1002/14651858.CD003440.pub4. Review.
7 Making your workplace drug-free a kit for employers, Division of Workplace Programs, Center for substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, DHHS Publication n. SMA07-4230, http://workplace.samhsa.gov/pdf/workplace-kit.pdf
8 Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice Geneva, International Labour Office, 1996, http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-nline/books/WCMS_PUBL_9221094553_EN/lang--en/index.htm
9 ILO, Samsha e Bennet, Team Awareness, EMCDDA):
10 Bennett, J. B., Lehman, W. E. K., & Reynolds, G. S. (2000). Team awareness for workplace substance abuse prevention: The empirical and conceptual development of a training program. Prevention Science, 1(3), 157-172.
11 Bennett, J., Bartholomew, N., Reynolds, G., & Lehman, W. (2002). Team Awareness facilitator manual. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.
12. Samsha. (2014). factsheet - Why you should care about having a drug-free workplace, 10–11. b. http://www.uniquebackground.com/images/forms/why_you_should_care_fs [1].pdf
13 ENWHP. "Promuovere un ambiente di lavoro salutare per lavoratori con patologie croniche: una guida alle buone pratiche ". 2014. Traduzione italiana a cura di Regione Lombardia e Dors Regione Piemonte. Disponibile da: http://www.promozionesalute.regione.lombardia.it
14 Commissione delle Comunità Europee (2011). Libro verde sulla tutela dei consumatori nell'Unione Europea. Enterprise Pubblications, Bruxelles
15 Dors, Regione Piemonte "Promuovere salute nel luogo di lavoro Evidenze, modelli e strumenti" https://www.dors.it/documentazione/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf
16 Ontario Workplace Coalition. The Comprehensive Workplace Health Model. https://owhc.ca/
17 https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/setting/luoghi-di-lavoro
18 http://chrodis.eu/good-practice/lombardy-workplace-health-promotion-network-italy/
19 https://ec.europa.eu/eip/ageing/repository/search/lombardia_en
20 Rongen A et al. Workplace Health Promotion. A meta-analysis of effectiveness. Am J Prev Med 2013; 44 (4): 406–415

Declinazione a livello regionale del Programma

Il Programma Predefinito "Luoghi di Lavoro che promuovono salute" punta a valorizzare gli apprendimenti e a rinforzare gli esiti del Programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute-Rete WHP Lombardia" avviato nell'ambito del PRP 2010–2014.

Il Programma, fondato sul modello OMS "Healthy Workplaces: a model for action"[1], agisce sui processi di promozione della salute negli ambienti di lavoro presidiando la prevenzione dei fattori

di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative (scorretta alimentazione, sedentarietà, tabagismo, consumo dannoso di alcool). Sulla base delle migliori evidenze di efficacia [2], ha l'obiettivo di promuovere la declinazione nei luoghi di lavoro – intesi sia come luoghi dedicati alla produzione sia comunità in cui si co-costruiscono e si rinforzano atteggiamenti, comportamenti, cultura e valori di salute, benessere, prevenzione, sicurezza- di pratiche raccomandate per renderli ambienti favorevoli all'adozione competente e consapevole di stili di vita salutari. Le pratiche raccomandate dal Programma rappresentano il set minimo di azioni attese da un "luogo di lavoro che promuove salute". Il datore di lavoro, coerentemente con gli elementi raccolti nel "profilo di salute" del singolo contesto operativo e attraverso un processo partecipato che coinvolge, valorizzandone ruolo e contributi, tutte le figure chiave dell'azienda, si impegna ad adottarle e declinarle opportunamente, integrandole nel percorso di miglioramento attivato aderendo al Programma, in una prospettiva strategica che punta a renderle strutturali, valorizzandone appropriatezza, sostenibilità e impatto.

Il Programma Rete WHP Lombardia ha dato evidenza di una chiara e documentata descrizione del modello di azione in termini di accordi intersettoriali con stakeholder del settore produttivo, degli interventi realizzati nonché di indicatori di valutazione sul piano dei processi e degli impatti. La sua diffusione sul territorio lombardo è proseguita nell'ambito del PRP 2015–2019, in riferimento all'obiettivo di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle Malattie Croniche non Trasmissibili (MCNT), e ha ottenuto il riconoscimento come buona pratica su scala nazionale dal Ministero della Salute- con la griglia nazionale Buone Pratiche (DORS, 2011)- ed europea- nell'ambito della JA Chrodis[3] e successivamente della JA Chrodis Plus[4], all'interno della quale Regione Lombardia ha accompagnato l'implementazione del Programma in Andalusia (Spagna).

La prevenzione delle MCNT che in Lombardia interessano circa il 30% della popolazione, rappresenta una priorità di salute e una sfida che chiama il mondo del lavoro a collaborare (in base al criterio di intersettorialità nell'ambito della strategia "Salute in tutte le politiche") nella cura della qualità dello stato di salute e di benessere dei lavoratori in relazione ai risvolti di valorizzazione del capitale umano, di impatto economico e sociale. Il miglioramento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro possono incidere sui processi di invecchiamento attivo creando condizioni di supporto e inclusione dei lavoratori più anziani e di quelli con malattie croniche o disabilità. Per questo, lo sviluppo del Programma si colloca nella più ampia strategia regionale in tema di "Invecchiamento attivo e in buona salute" anche in riferimento alle strategie dell'European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP -AHA) a cui regione Lombardia aderisce.

Il Programma agisce su fattori non tradizionalmente associati al rischio lavorativo, ma la dimensione sistemica del setting ne raccomanda, nel pieno rispetto di ruoli e funzioni degli attori interessati (tra cui i Servizi di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro –PSAL, dei Dipartimenti di Prevenzione delle ATS), l'implementazione nella prospettiva del modello Comprehensive Workplace Health-Total Worker Health[5], Integrando la prevenzione dai rischi per la salute e sicurezza sul posto di lavoro (D. lgs. 81/2008) con la promozione della salute e realizzandosi attraverso la combinazione di elementi strategici, quali: miglioramento dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro, promozione della partecipazione attiva, sostegno allo sviluppo personale.

Il Programma Rete WHP Lombardia riveste un forte carattere intersettoriale in quanto ha visto sin dal suo avvio il dialogo tra sistema sanitario, associazioni di rappresentanza delle imprese, enti no profit impegnati nello sviluppo della responsabilità sociale d'impresa, organizzazioni sindacali e società scientifiche. La promozione della responsabilità sociale per la salute e

l'ampliamento dei rapporti di partenariato per accrescere empowerment, collettivo e individuale, di salute sono gli elementi generali di contesto nel quale si colloca il Programma. In quest'ottica, regione Lombardia ha già stipulato, e prevede di rinnovare, rafforzandoli, specifici Protocolli d'Intesa con molti stakeholder del territorio e di settore (ad es. Fondazione Sodalitas, Confindustria Lombardia, Comando Militare Esercito Lombardia) tesi a valorizzare il ruolo della responsabilità sociale d'impresa nei processi di salute nei luoghi di lavoro e finalizzati alla diffusione e sviluppo, nonché alla sostenibilità del Programma.

La realizzazione del Programma, inoltre, si integra con le Politiche regionali di sviluppo delle Reti Territoriali di Conciliazione (Delibera n. X /5969 del 12/12/2016) istituite in ogni provincia lombarda, al fine di promuovere l'adozione da parte di imprese ed enti pubblici di percorsi di responsabilità sociale che prevedano: buone prassi di conciliazione vita–lavoro, miglioramento del benessere organizzativo, riduzione dello spreco alimentare e valorizzazione delle eccedenze, iniziative di welfare aziendale per il benessere del lavoratore e raccordo con servizi sanitari in relazione a programmi di screening.

Il Programma presidia gli obiettivi di contrasto alle disuguaglianze di salute, anche grazie all'inserimento nel set di strumenti a disposizione delle Aziende del "Profilo di Salute" che consente di "osservare" e "fotografare" diversi aspetti dell'ambiente di lavoro rilevanti per la salute dal punto di vista fisico, organizzativo, relazionale, ecc., delineando le criticità e le risorse presenti. Strumenti di questo tipo sono finalizzati a 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.

La rilevanza degli obiettivi del Programma e degli esiti della sua implementazione a livello regionale, hanno motivato l'approvazione (d.g.r. n. XI/962 del 11/12/2018) dell'Accordo di collaborazione con il Ministero della Salute per la realizzazione del progetto CCM 2018- Azioni centrali "Supporto all'implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui Luoghi di Lavoro (Rete WHP, Workplace Health Promotion)", che si propone di implementare il modello lombardo nelle regioni Liguria, Friuli Venezia Giulia e Sicilia.

L'emergenza sanitaria da coronavirus ha avuto un forte impatto sul mondo del lavoro, imponendo e accelerando nuove e diverse forme organizzative per far fronte alle mutate esigenze. All'interno del Programma Rete WHP Lombardia, è stato fondamentale garantire una corretta informazione per facilitare scelte consapevoli, utili al proprio benessere e alla salute della comunità, anche riorientando e adattando le Buone Pratiche ai cambiamenti nel mondo del lavoro.

All'interno del nuovo Piano Regionale della Prevenzione, l'attuazione del Programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute" dovrà tenere conto del quadro descritto, sviluppando una strategia tesa a:

- Integrare e aggiornare il set di Buone Pratiche raccomandate all'interno del Programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute -Rete WHP Lombardia" alla luce dei cambiamenti sul piano organizzativo e strutturale avvenuti nel mondo del lavoro in seguito all'emergenza sanitaria dettata dalla diffusione del coronavirus. Alcuni di essi (es. il processo di digitalizzazione, il potenziamento dello smart working) perdureranno e rappresenteranno nuove sfide e nuove opportunità in relazione alla promozione e alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, dell'ambiente di lavoro e della comunità più ampia
- Sviluppare nuove collaborazioni intersettoriali stabili e innovative, per attivare il ruolo e la responsabilità dei datori di lavoro nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti, anche alla luce di nuove sfide
- Garantire opportunità formative per i professionisti sanitari e i Medici Competenti

- Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/familiari/comunitarie per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute
- 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
- Più specificamente, il Programma punta a:
- rinforzare il ruolo del Medico Competente per valorizzare i programmi di promozione della salute secondo i principi della responsabilità sociale, costruire percorsi sistemici nelle aziende e realizzare interventi di counseling individuali finalizzati al cambiamento dei comportamenti a rischio legati agli stili di vita nei luoghi di lavoro. A tale scopo, regione Lombardia partecipa al Progetto CCM 2019 Azioni centrali – "Sostenere il cambiamento: la formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorenti la salute", per promuovere nei professionisti sanitari e sociosanitari competenze trasversali in applicazione del TTM (Transtheoretical Model of Change[6]) finalizzate a favorire il cambiamento degli stili di vita a rischio
- integrare le policy preventive aziendali:
  - con le più ampie strategie di salute sviluppate nella Comunità locale di riferimento (in sinergia con altri Programmi del PRP, quali ad es. PP2 nella cornice dell'Urban Health in una prospettiva di salute ecologica e territoriale; PP4 in relazione al contrasto dei comportamenti additivi; PL14 Screening oncologici, nell'adozione di protocolli integrati fra Aziende e SSR per la promozione dell'adesione ai programmi di screening, in particolare della popolazione fragile e straniera, all'interno dell'Area 6 del documento regionale "Pratiche raccomandate e sostenibili") nonché al PL "Prevenzione Cronicità" relativamente alle MCNT);
  - con le linee di azione dell'Agenda di Sostenibilità regionale 2030 (lotta allo spreco alimentare, corretta alimentazione, alfabetizzazione nutrizionale, One Health ecc.)
  - con tutte le altre principali strategie preventive regionali mirate - ad es. promozione della salute mentale, sensibilizzazione su donazione sangue/tessuti ecc.) a finalizzare il percorso di collaborazione con il Ministero dell'Economia e Finanza (MEF) per l'implementazione del Programma nelle sedi regionali e provinciali del Ministero e per la sua trasferibilità presso altri Enti della Pubblica Amministrazione (PA). Le strategie di promozione della salute nei luoghi di lavoro del settore pubblico possono contribuire all'aumento dell'efficienza e al processo di modernizzazione: in questo settore, che principalmente fornisce servizi, i lavoratori sono una risorsa per accrescere la competitività col settore privato e la capacità di rispondere alle esigenze dell'utenza.[7]
- Ampliare le partnership a partire dalla formalizzazione di accordi di collaborazione con Associazioni di categoria, organizzazioni sindacali ecc.) con l'obiettivo di ampliare l'adesione al Programma alle imprese artigiane e/o di medio-piccole dimensioni. Il Programma, infatti, è strutturato su proposte di Buone Pratiche che trovano posto principalmente nelle grandi e medie imprese dove le infrastrutture necessarie alla loro realizzazione sono generalmente già presenti. Questa evidenza, da una prospettiva di sanità pubblica, è positiva perché comporta un impatto di salute un su una popolazione maggiore. Considerato che il tessuto produttivo lombardo si caratterizza per una prevalenza di piccole imprese, occorre impegnarsi nello sviluppo di Protocolli/Accordi con le Associazioni di categoria per individuare strategie utili alla diffusione del Programma, oltre a proposte e modelli di Buone Pratiche strutturate affinché la loro applicazione si traduca in un reale sostegno alle attività.

---

[1] WHO. Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners. 2010 Ginevra. healthy_workplaces_model_action.pdf (who.int)

[2] 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.pdf4
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
[3] "Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle" Programma Salute 2014 – 2020 dell'Unione Europea che valuta e diffonde Buone Pratiche su promozione della salute e prevenzione primaria
[4] "Implementing good practices for chronic diseases" Azione che si propone di sostenere i Paesi europei nell'implementazione delle buone pratiche e delle attività basate su prove d'efficacia identificate nella precedente JA Chrodis.
[5] La TWH è definita "dall'insieme di politiche, programmi e pratiche che integrano la prevenzione dai rischi per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con la promozione delle azioni di prevenzione di danni acuti e cronici a favore di un più ampio benessere del lavoratore" - The National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH
[6] Modello Transteorico di Cambiamento. Prochaska e DiClemente, 1982
[7] La Lombardia è la regione al primo posto in Italia per numero di istituzioni pubbliche territoriali e locali (2.105) ed è prima anche per numero di addetti (192.656)- Report Istat 26.01.2021. Registro ASIA Istituzioni Pubbliche. Anno 2018

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 **PP03_OT01**	**Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavori nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti**
INDICATORE 1 **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

AZIONE 1	Formalizzazione di Partnership fra Regione Lombardia e stakeholder di sistema per la diffusione del Modello di Luogo di lavoro che promuove salute – WHP
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.)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE	Formalizzazione della Partnership fra Regione Lombardia e stakeholder istituzionali del territorio (Associazioni datoriali e di categoria, Organizzazioni sindacali, Ordini professionali ecc.) per la diffusione del Modello di Luogo di lavoro che promuove salute – WHP, sulla base degli esiti del Progetto CCM – Azioni Centrali "Supporto all'implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro (rete WHP, Workplace Health Promotion)" e per la condivisione delle tematiche utili da affrontare per promuovere salute e stili di vita sani (ad esempio l'importanza di favorire uno stile di vita attivo o prestare attenzione rapporto uomo-ambiente - esposizioni alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche ecc.)

AZIONE 2	Formalizzazione del protocollo di intesa e di collaborazione con il ministero dell'economia e finanze (MEF) per l'implementazione del programma WHP - PA
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	3.10 Sottoscrizione accordi di collaborazione con soggetti di altri Settori
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE	Formalizzazione del protocollo di intesa e di collaborazione con il Ministero dell'Economia e Finanze (MEF) per l'implementazione del Programma WHP nelle sedi regionali e provinciali del Ministero e per la sua sostenibilità e trasferibilità presso altri Enti della Pubblica Amministrazione

AZIONE 3	Formalizzazione di un Protocollo di Intesa e di collaborazione con ANCI per l'implementazione del Programma WHP – Enti locali
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.)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE	Formalizzazione di un Protocollo di Intesa e di collaborazione con ANCI per l'implementazione del Programma WHP nelle Amministrazioni Comunali del territorio regionale

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 **PP03_OT02**	**Garantire opportunità di formazione dei professionisti sanitari e medici**
INDICATORE 2 **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

AZIONE 4	Implementazione dell'offerta di counseling motivazionale secondo il modello TTM (Transtheoretical Model of Change)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.3 Formazione al "Counseling motivazionale breve"
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE	Implementazione dell'offerta di counseling motivazionale secondo il modello TTM (*Transtheoretical Model of Change*) finalizzato a favorire il cambiamento degli stili di vita a rischio, per mezzo dei percorsi formativi (FAD) esito del Progetto CCM 2019 Azioni centrali – "Sostenere il cambiamento: la formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorenti la salute

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 3 **PP03_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**
INDICATORE 3 **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

AZIONE 5	Costituzione del Laboratorio Intersettoriale regionale "Marketing sociale e Comunicazione per la Salute nei luoghi di lavoro"
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.6 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE	Costituzione del Laboratorio Intersettoriale regionale "Marketing sociale e Comunicazione per la Salute nei luoghi di lavoro" in collaborazione con il "Centro per la Cultura della Prevenzione e della Salute nei Luoghi di lavoro e di vita" promosso da Comune di Milano, Città Metropolitana di Milano, ATS Città Metropolitana di Milano, INAIL Direzione Generale per la Lombardia, Ispettorato Territoriale per il Lavoro Milano-Lodi, Comando provinciale dei Vigili del Fuoco

AZIONE 6	Realizzazione di Campagne mirate in collaborazione con Società Scientifiche
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	5.7 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE	Realizzazione in collaborazione con Società Scientifiche di Campagne mirate (contenuti specifici)

AZIONE 7	Realizzazione di Campagne mirate in collaborazione con Associazioni Datoriali/Categoria e Sindacati e Corpo Consolare
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
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE	Realizzazione in collaborazione con Associazioni Datoriali/Categoria e Sindacati e Corpo Consolare di Campagne mirate (target specifici; multilingue ecc.)

EQUITÀ

OBIETTIVO 4 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**
INDICATORE 4 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

AZIONE EQUITY

AZIONE EQUITY	Rafforzamento dell'impatto del Modello WHP Lombardia in luoghi di lavoro con forza lavoro manuale con bassa qualifica mediante indirizzi regionali mirati e l'inserimento di percorsi/moduli mirati nei Programmi Formativi Regionali
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE	Integrazione degli Indirizzi regionali e dei Programmi Formativi Regionali (MMG, PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità, Formazione manageriale, Accademia Polizia locale, Formazione policy maker ecc.) con percorsi/moduli in tema di: • Modello WHP • Rete WHP Lombardia • Declinazione del Modello all'interno di luoghi di lavoro del SSR e di UdO Sociosanitarie e Sociali al fine di incrementare la proposta e l'adozione del Modello WHP presso Aziende caratterizzate dalla presenza di forza lavoro manuale con bassa qualifica.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	La prevenzione delle MCNT a favore dei lavoratori poco qualificati
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	L'obiettivo è raggiungibile dando priorità e impegnando risorse per il coinvolgimento nel programma WHP Rete dei luoghi di lavoro che promuovono salute di Aziende caratterizzate da un elevato numero di lavoratori poco qualificati.
	• Costituzione gruppo di lavoro
	• Mappatura delle aziende con forza lavoro poco qualificata, individuazione di almeno X aziende per ATS (con >100 lavoratori con bassa qualifica). Con il sostegno del gruppo di lavoro (e dei loro contatti) coinvolgo le X*8 aziende target (entro 2022)
	• Applicazione del modello (2023 e 2024)

	• Valutazione dell'efficacia e della fattibilità delle Buone Pratiche con la forza lavoro poco qualificata e individuazione di eventuali correttivi (2024)
	• Modellizzazione di WHP su questo target e produzione di un'appendice da allegare al manuale WHP (2024)
	• Coinvolgimento di Y aziende con target simile (2025)
	• Valutazione dell'impatto attraverso sorveglianze e sistemi di rendicontazioni regionali (2025)
ATTORI COINVOLTI	Interlocutori interni: DG welfare stili di vita, DG welfare area lavoro, Psal
	Interlocutori esterni: associazioni di categoria, sindacati, medici competenti, rappresentante aziende WHP (con forza lavoro poco qualificata. Verificare se le abbiamo già)
INDICATORE	**Adattamento del modello di WHP Lombardia e sua attuazione in luoghi di lavoro caratterizzati dalla presenza di lavoratori con bassa qualificazione**
	Formula: produzione documento tecnico di adattamento e rilevazione dati sull'attuazione del modello
	Standard Individuazione del processo che favorisce l'adesione delle aziende con forza lavoro poco qualificata alla rete dei luoghi di lavoro che promuovono salute
	Fonte Documentazione regionale

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	La prevenzione delle MCNT a favore dei lavoratori poco qualificati
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	L'obiettivo è raggiungibile dando priorità e impegnando risorse per il coinvolgimento nel programma WHP Rete dei luoghi di lavoro che promuovono salute di Aziende caratterizzate da un elevato numero di lavoratori poco qualificati.
	• Costituzione gruppo di lavoro
	• Mappatura delle aziende con forza lavoro poco qualificata, individuazione di almeno X aziende per ATS (con >100 lavoratori con bassa qualifica). Con il sostegno del gruppo di lavoro (e dei loro contatti) coinvolgo le X*8 aziende target (entro 2022)
	• Applicazione del modello (2023 e 2024)
	• Valutazione dell'efficacia e della fattibilità delle Buone Pratiche con la forza lavoro poco qualificata e individuazione di eventuali correttivi (2024)
	• Modellizzazione di WHP su questo target e produzione di un'appendice da allegare al manuale WHP (2024)
	• Coinvolgimento di Y aziende con target simile (2025)
	• Valutazione dell'impatto attraverso sorveglianze e sistemi di rendicontazioni regionali (2025)
ATTORI COINVOLTI	Interlocutori interni: DG welfare stili di vita, DG welfare area lavoro, Psal
	Interlocutori esterni: associazioni di categoria, sindacati, medici competenti, rappresentante aziende WHP (con forza lavoro poco qualificata. Verificare se le abbiamo già)

INDICATORE	**coinvolgimento delle aziende con forza lavoro poco qualificata finalizzata alla riduzione delle MCNT**
	Formula: numero aziende con forza lavoro poco qualificata al 2025/ numero aziende con forza lavoro poco qualificata al 2021
	Standard Verifica dell'impatto del processo di coinvolgimento delle aziende con forza lavoro poco qualificata nella rete dei luoghi di lavoro che promuovono salute in Regione Lombardia
	Fonte Documentazione regionale

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 6 **PP03_OS02**	**Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")**
INDICATORE 5 **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

AZIONE 8	Formalizzazione Documento "Pratiche raccomandate e sostenibili nei Luoghi di lavoro WHP – Lombardia"
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"
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE	Elaborazione (con il coinvolgimento di Stakeholder di settore) e formalizzazione del Documento "Pratiche raccomandate e sostenibili nei Luoghi di lavoro WHP – Lombardia", sulla base degli esiti del progetto CCM – Azioni Centrali "Supporto all'implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro (rete WHP, Workplace Health Promotion)". Le aree considerate sono: 1. pratiche per favorire l'adozione competente e consapevole di comportamenti alimentari salutari 2. pratiche per favorire l'adozione competente e consapevole di uno stile di vita attivo 3. pratiche per creare un ambiente di lavoro "libero dal fumo" e incentivare la cessazione 4. pratiche per il contrasto a comportamenti additivi (alcool, droghe, gioco d'azzardo) 5. pratiche trasversali a tutte le altre aree

	6. altre pratiche (per esempio in merito alle esposizioni alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche)

INDICATORE 6 **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

AZIONE 9	Definizione di un Sistema per la rilevazione sistematica e la valutazione degli esiti del Documento regionale di pratiche raccomandate
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.5 Predisposizione/diffusione di Profili di salute ed Equità
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE	Definizione e implementazione di un Sistema per la rilevazione sistematica e la valutazione degli esiti del Documento regionale di pratiche raccomandate e Integrazione dei dati nel Profilo di Salute di Comunità

AZIONE 10	Rilevazione sistematica e valutazione dei programmi preventivi e formativi implementati nel setting luoghi di lavoro
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.)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE	Definizione e implementazione del Sistema integrato per la rilevazione dei dati relativi all'offerta e all'impatto dei programmi messi in atto a livello regionale e locale nel setting luoghi di lavoro

OBIETTIVO 5 **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**
INDICATORE 7 **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

AZIONE 11	Promozione del Modello WHP Lombardia e dell'adesione alla Rete da parte di Aziende private e pubbliche, all'interno della Programmazione preventiva annuale del SSR
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE	Indicazioni per la promozione del Modello WHP Lombardia e l'adesione alla Rete da parte di Aziende private e pubbliche, all'interno della Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.) con specificazione target numerici

INDICATORE 8 **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

AZIONE 12	Attuazione del "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili"
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE	Indicazioni per l'applicazione delle BP contenute nel "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" per ciascuna area indicata nel Documento stesso, all'interno del set di Valutazione della Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.) con specificazione target numerici

3.4 PP04 Dipendenze

Quadro logico regionale

CODICE	PP04
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Corrado Celata - Struttura Stili di vita per la prevenzione, Promozione della Salute e Screening - UO Prevenzione - DG Welfare
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	• MO1 Malattie croniche non trasmissibili • MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti • MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali • MO5 Ambiente, Clima e Salute • MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• MO1-01 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 • 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 • MO1-09 Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT • 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 • 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, • MO6-05 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) • MO6-06 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole • MO6-08 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 • MO6-22 Adesione alle Linee Guida e alla normativa vigente per l'attuazione dello screening per HIV, per le altre malattie a trasmissione sessuale (HBV, Sifilide, HCV) e del complesso Torch all'inizio della gravidanza • MO6-23 PrEP - concepire e realizzare protocolli dedicati seguendo le Linee Guida vigenti, su popolazioni adeguatamente selezionate
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	• 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 • MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: • contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina, contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol, riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà, contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile, riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato, aumento del consumo di frutta e verdura, prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) • MO1LSe Sviluppo di conoscenze e competenze (empowerment -life skill) di tutti i componenti della ristorazione collettiva (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholders (famiglie, lavoratori, pazienti, etc) sull'importanza della sana alimentazione per prevenire le complicanze di numerose patologie croniche, ridurre lo spreco alimentare e ridurre l'impatto ambientale correlato all'alimentazione • 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 licenze commerciali) per garantire il rispetto della normativa vigente • MO2LSf Offerta di programmi finalizzati alla formazione del personale addetto alla vendita e somministrazione degli alcolici • MO2LSg Sviluppo di collaborazioni con i gestori dei locali e gli organizzatori degli eventi finalizzate alla riduzione dei rischi legati all'abuso di alcol e altre sostanze psicoattive e al miglioramento ambientale (es. regolazione rumori, disponibilità acqua, disponibilità di informazioni) • MO2LSh Adozione di standard minimi di qualità nell'area della prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope, della riduzione del rischio, del trattamento, della riabilitazione e dell'integrazione sociale • MO2LSi Diffusione tra i professionisti degli strumenti per applicare interventi di prevenzione efficaci • MO2LSj Sviluppo di programmi volti al coordinamento tra servizi sanitari, servizi sociali, scuola e associazioni al fine di attivare percorsi di identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato • MO3LSf Promozione di stili di vita corretti nella popolazione con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate • MO3LSg Azioni di prevenzione per i guidatori professionisti • MO3LSh Informazione/comunicazione sul rischio di incidente stradale correlato a comportamenti a rischio • 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 • MO4LSq Sviluppo di percorsi di formazione sulla SSL per l'acquisizione di nuove competenze disciplinari per il contrasto del fenomeno tecnopatico • MO6LSf Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e integrazione delle fonti • MO6LSg Offerta dei test HCV, HBV e HIV alle popolazioni a rischio e della vaccinazione anti HBV • MO6LSs Offerta dei test di screening delle IST sulla popolazione target • MO6LSt 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) • MO6LSc Promozione della immunizzazione attiva • MO6LSd Comunicazione del rischio per la popolazione generale e specifici sottogruppi • 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) • MO2LSl 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 • MO6LSw Interventi farmacologici: strategie di prevenzione basate sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali (PrEP, PEP, TasP, terapia per prevenire la trasmissione materno-fetale)
LEA	• C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani • F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) • 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

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

PROFILO DI SALUTE

Promuovere salute e prevenire i comportamenti a rischio nella popolazione carceraria concorre alla piena affermazione del diritto alla salute, costituzionalmente sancito per ogni individuo, quale interesse non solo per la persona ma per la collettività. È fondamentale dunque, nel riflettere in ottica di promozione della salute sulla rigenerazione dei contesti e degli attori che li abitano, considerare anche il setting carcerario, che racchiude in sé un potenziale di azione su fattori di rischio e fattori protettivi per la salute del singolo e della comunità.

Nonostante i miglioramenti degli ultimi 15 anni, la tutela della salute delle persone in regime di detenzione rimane una sfida da vincere: le criticità riguardano sia le caratteristiche di questa particolare popolazione sia l'organizzazione stessa dei servizi sanitari in tale contesto.

Due sono i principali fattori che dovrebbero guidare un maggiore impegno per garantire servizi sanitari di elevata qualità in carcere: il principio di equità e la protezione della comunità. Il carcere rappresenta ancora oggi un luogo dove si concentra e si moltiplica la malattia, ma può diventare occasione di diagnosi e trattamento, di educazione ad abitudini di vita più sane, mediante interventi che si configurano utili a tutti gli effetti tanto per la popolazione all'interno del carcere quanto per la comunità di cui queste persone torneranno a far parte.

Come sostengono le evidenze provenienti dalla letteratura scientifica internazionale, i detenuti rappresentano una popolazione fragile, spesso socialmente svantaggiata, che ha difficoltà di accesso alle cure: la maggior parte delle persone in carcere appartiene alle comunità più povere e a gruppi sociali vulnerabili, con una percentuale crescente di migranti e persone con un background etnico minoritario.

Particolarmente significativi sono i dati riguardo l'abuso di sostanze o la tossicodipendenza, che sono incredibilmente più elevati in carcere rispetto alla comunità: si stima che il problema riguardi il 30% dei detenuti di sesso maschile e il 50% di sesso femminile (EMCDDA (2021), Prison and drugs in Europe: current and future challenges, Publications Office of the European Union, Luxembourg).

I detenuti costituiscono un gruppo ad alto rischio per le malattie infettive, in particolare epatiti virali (HBV e HCV), HIV, malattie sessualmente trasmesse e tubercolosi. Al contrario di ciò che avviene tra i liberi cittadini, dove la trasmissione avviene soprattutto per via sessuale, la maggior causa dell'infezione da HIV in carcere resta la tossicodipendenza. Oltre che per l'HIV, l'uso di droghe per via intravenosa rappresenta una delle principali modalità di trasmissione per le epatiti virali (HBV e HCV). Evidenze sul carico delle malattie infettive in carcere sono tuttavia scarse a causa dell'assenza di un sistema di monitoraggio e della limitata attività di ricerca condotta in questo ambito; dai dati presenti appare comunque chiaro che la prevalenza di epatiti virali ed HIV sia molto maggiore nella popolazione carceraria rispetto alla comunità. Per la tubercolosi (TB) è presente in tutta Europa una raccolta dati sistematica, che mostra anche in questo caso come la TB, sia nella forma attiva che in quella latente, si riscontri con maggiore frequenza fra le persone in carcere.

A una complessa situazione epidemiologica si uniscono delle importanti carenze strutturali, fra cui il sovraffollamento, la scarsità delle infrastrutture, la congestione dei servizi sanitari e il ritardo nelle diagnosi.

Dal 2008 l'assistenza sanitaria in carcere è di competenza del Sistema Sanitario Nazionale, ma sono ancora molti gli interventi da fare per garantire un servizio pari a quello offerto in comunità: a livello nazionale è presente solo un medico ogni 315 detenuti, ben al di sotto del rapporto 1 a 200 previsto dalla legge. I dati epidemiologici sono inoltre scarsi e non sono presenti interventi preventivi e di assistenza sistematici. Secondo le ultime statistiche del 2014, le malattie psichiatriche sono quelle che affliggono maggiormente le persone in carcere, ben il 40%, mentre l'11,5% dei detenuti è colpito da malattie infettive e parassitarie, in primis da HCV (7,4%) (La salute dei detenuti in Italia: uno studio multicentrico. Agenzia Regionale Sanità, 201 (CARCERE_2015.indd, quotidianosanita.it); Report progetto Ministero della Salute "La prevenzione sanitaria nella popolazione carceraria: bisogni di salute e qualità dell'assistenza" Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute 2017).

Nel 2016 l'OMS ha fissato come obiettivo l'eliminazione del virus HCV entro il 2030. Risulta essenziale, anche e soprattutto per questo, non trascurare le sottopopolazioni a maggior rischio, in particolare quella carceraria, nelle quali prevenzione e trattamento dell'epatite C possono essere fondamentali per raggiungere questo obiettivo. Il trattamento e la cura dei detenuti permettono, oltre a garantire equità ed inclusione con il resto del SSN, di operare un intervento di prevenzione primaria atta a ridurre il rischio di contagio una volta che i detenuti siano tornati all'interno della comunità. (L'epatite C in carcere, Virginia Casigliani, Guglielmo Arzilli, Lara Tavoschi, Ruggero Giuliani, Marco Del Riccio- Salute Internazionale, 2020; Monarca et al., 2015; Giuliani et al., 2020; Akiyama et al., 2021; Ravasio et al., 2020; Gallacher et McPherson, 2020; Pontali et al., 2018; Fiore et al., 2021; Fiore et al., 2020; Ranieri et al., 2017).

Di particolare importanza per i tossicodipendenti durante la fase immediatamente precedente al rilascio dal carcere, ma idealmente un processo importante per tutta la durata della detenzione, è la cooperazione tra i servizi interni al carcere con i servizi sociosanitari esterni, per garantire una transizione in continuità di trattamento al rientro sul territorio. Sono diversi gli interventi raccomandati per i consumatori di oppiacei al fine di ridurre il rischio di overdose fatale nel periodo poco dopo il rilascio dal carcere. Essi comprendono: counseling per prevenire il rischio di overdose e formazione per la gestione del primo soccorso e delle overdosi; perfezionamento dell'invio ai servizi territoriali per garantire la continuità del trattamento farmacologico tra il carcere e la comunità ((EMCDDA Prisons and drugs in Europe: the problem and responses. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012). Il programma può prevedere interventi educativi e informativi sul take-home naloxone per ridurre la probabilità di overdose al momento del rilascio (EMCDDA European evidence-based guidance on prevention and control of HCV in prison settings. Poster. 2018; EMCDDA report 2021; Prison and drugs in Europe EMCDDA project group).

Di seguito statistiche e dati relativi alla popolazione carceraria, pur considerando che informazioni sistematiche sugli stili di vita e sulle condizioni di salute, che permettono di tracciare il profilo di salute della popolazione generale, risultano assenti per la popolazione detenuta in quanto esclusa dalle indagini campionarie di popolazione (a questa criticità di sistema, si aggiunge la disomogeneità quali-quantitativa, emersa da una sommaria analisi della situazione offerta dalla UO Sanità Penitenziaria, delle linee di attività specifiche e/o dei network collaborativi presenti nei diversi contesti carcerari).

Statistiche detenuti in Italia e Lombardia

Dai dati DAP in Italia i detenuti sono 53.637 (dati al 30 giugno 2021). Il tasso di sovraffollamento è pari al 105,6%. La parziale riduzione della popolazione detenuta intervenuta nell'anno della

pandemia non ha cambiato le proporzioni tra stranieri e italiani. Gli stranieri sono 17.019, pari al 31,7%. Questi ultimi fruiscono meno delle opportunità di reinserimento sociale e tendono maggiormente a scontare per intero la pena inflitta (XVII rapporto Antigone).

In Italia la popolazione maggiormente presente in carcere appartiene alla fascia d'età 30-39 anni (15.212 detenuti di cui il 42.9% stranieri). Guardando in generale alla composizione anagrafica si rileva che permangono in carcere, nonostante le disposizioni che consentono la detenzione domiciliare per gli ultrasettantenni. Al 30 giugno 2021 erano 940.

I reati in violazione della legge sulle droghe riguardano un totale di 18.757. Gli stranieri presenti per questa tipologia di reato rappresentano il 34,5%. La Lombardia è tra le regioni con il maggior numero di detenuti per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti, presenti alla fine del 2020 (Relazione annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2021 – dati 2020).

In Lombardia vi sono 18 istituti che ospitano un totale di 7.745 detenuti (dati al 30 dicembre 2020) ovvero circa il 14% della popolazione detenuta in Italia. La Lombardia ha la più alta percentuale di sovraffollamento (126%) La Lombardia è anche la regione con maggior presenza di detenuti stranieri (3.477) (DAP, 2021).

Detenuti presenti per titolo di studio – Lombardia/Italia- Situazione al 30 giugno 2021

Regione di detenzione	Laurea	Diploma scuola media sup.	Diploma scuola profess.	Licenza scuola media inferiore	Licenza scuola element.	Privo di titolo di studio	Analfabeta	Non rilevato	Tot
Detenuti Italiani + Stranieri									
LOMBARDIA	107	590	105	1.818	460	52	124	4.489	**7.745**
ITALIA	569	4341	635	16.691	5116	661	868	24756	53637

Fonte: Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio del Capo del Dipartimento - Sezione Statistica

Detenuti presenti per classi di età – Lombardia/Italia -Situazione al 30 giugno 2021

Regione di detenzione	Da 18 a 20 anni	Da 21 a 24 anni	Da 25 a 29 anni	Da 30 a 34 anni	Da 35 a 39 anni	Da 40 a 44 anni	Da 45 a 49 anni	Da 50 a 59 anni	Da 60 a 69 anni	70 e oltre	Non rilevato	Tot
Detenuti Italiani + Stranieri												
LOMBARDIA	102	441	911	1.075	1.090	1.064	971	1.346	602	142	1	**7.745**
ITALIA	465	2725	5916	7432	7780	7625	7023	9705	4020	940	6	53637

Fonte: Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio del Capo del Dipartimento - Sezione Statistica

Personale penitenziario (Fonte Antigone)

Polizia penitenziaria

In Italia su un organico di 37.181 sono realmente operativi 32.545 gli agenti di polizia penitenziaria. La differenza fra personale previsto e effettivamente presente è quindi pari al 12,5% (XVII rapporto sulle condizioni di detenzione. Antigone)

Funzionari giuridico-pedagogici

I funzionari della professionalità giuridico-pedagogica (che fino al 2010 sono stati chiamati educatori) svolgono la funzione di programmare e seguire i percorsi di trattamento volti alla "rieducazione" della persona detenuta. L'organico previsto è di 896, i funzionari effettivamente presenti sono ad oggi 733. Il sotto organico totale è pari quindi a più del 18%.

Mediatori culturali

I mediatori culturali hanno il compito di accogliere e fornire supporto ai detenuti di origine straniera. Nel 2020, la dotazione organica prevista è pari a 67 unità di personale. Al 31 dicembre 2020, solo tre mediatori culturali "ministeriali" risultano essere realmente presenti. Il ruolo di mediatore culturale all'interno degli istituti di pena non è svolto solo da personale assunto dall'amministrazione penitenziaria. Sono infatti molti i progetti di mediazione culturale finanziati tramite fondi regionali ed europei.

Volontari

In base alle mansioni e alla tipologia di autorizzazione disposta, l'ordinamento penitenziario prevede due categorie di volontari i.e. i soggetti esterni (ex art. 17 op) e gli assistenti volontari (ex art. 78 op). I primi sono privati, istituzioni o associazioni incaricati in generale di promuovere i contatti tra la comunità carceraria e la società libera, mentre i secondi svolgono un'azione più specifica nel percorso trattamentale della persona detenuta in collaborazione con gli operatori istituzionali. Secondo i dati pubblicati dal DAP, negli ultimi anni la somma di entrambe le categorie di volontari è progressivamente aumentata superando le 19.500 unità nel 2019.

ANALISI DI CONTESTO

L'uso di sostanze e altre dipendenze comportamentali sono un fenomeno in continua evoluzione e cambiamento. Le rapide mutazioni dello scenario epidemiologico e socio-culturale obbligano a individuare approcci, contesti, contesti e strumenti in grado di affrontare le sfide presenti e di medio-lungo termine, coniugando interventi di prevenzione mirati a individui e comunità con interventi strategici attività volte a promuovere la salute nei contesti di vita e di gruppo sociale.

CONSUMI E GIOCO D'AZZARDO IN LOMBARDIA

Dati consumo sostanze e 11-13 e 15 anni HBSC - Lombardia

Di seguito sono riportati i dati dello studio HBSC (edizione 2018 Lombardia) in merito ai comportamenti di consumo degli adolescenti di 11, 13 e 15 anni. Son presi in considerazione il fumo di tabacco, l'alcol, la cannabis e le altre droghe, il gioco d'azzardo.

Tabacco

Nel 2018, l'81% dei ragazzi dichiara di non aver mai fumato. La percentuale di fumatori cresce con l'età: 2,9% a 11 anni, 18,5% a 13 e 43,9% a 15, senza differenze significative per genere. Confrontando i dati con quelli dell'edizione 2014 si osserva che il consumo a 11 anni rimane contenuto e stabile. A 13 anni e a 15 anni, diminuisce la percentuale di chi dichiara di aver fumato. Si nota un aumento dei maschi fumatori e una riduzione delle femmine, annullando così la differenza di genere rilevata in precedenza. Evidente è anche la rifuzione dei fumatori abituali (tutti i giorni negli ultimi 30 giorni) passata, nei quindicenni, da 10,4% a 5,5%.

Alcol

Nel 2018, il 64,4% dei ragazzi dichiara di non aver mai assunto alcol nella vita. Con l'età cresce il numero di chi ha bevuto almeno un bicchiere o più: il 14,6% a 11 anni, il 34,6% a 13 e il 73,1% a 15. Oltre la metà dei quindicenni ha bevuto alcolici nell'ultimo mese. I maschi bevono più delle femmine, nella vita e negli ultimi 30 giorni.

Focalizzando l'attenzione sul consumo eccessivo (ubriacatura e binge drinking), i dati indicano che:

- il 14% circa del campione si è ubriacato almeno una volta nella vita. L'esperienza è capitata a un terzo dei quindicenni.
- il fenomeno del binge drinking (assunzione di 5 o più bicchieri di alcolici in una sola occasione) riguarda circa il 20% del campione, aumenta con l'età ed è una pratica prevalentemente maschile.

Confrontando i dati con quelli raccolti nell'edizione 2014, si rileva una diminuzione generale del consumo di alcolici, per tutte le età. Si conferma il trend discendente delle ubriacature per undicenni e tredicenni. Si assiste anche un calo per i quindicenni dopo l'impennata dell'edizione precedente.

Il binge drinking si riduce a 11 anni, rimane stabile a 13 e cresce lievemente a 15.

Cannabis

Il dato è disponibile solo per tredicenni e quindicenni. A entrambe le età, la maggioranza degli studenti non ha mai usato cannabis: a 13 anni lo ha fatto almeno un giorno nella vita o più il 5,4% degli studenti e a 15 il 22.6%. Il consumo aumenta con l'età, è prevalentemente maschile. Questa differenza di genere si evidenzia in modo particolare a 15 anni. Dopo la crescita registrata nel 2013/14, l'ultima rilevazione riporta i tassi di consumo a valori simili (anche se lievemente più alti) dell'edizione 2009-10.

Altre droghe

Il dato è disponibile solo per i quindicenni. La maggior parte dichiara di non aver usato alcun'altra droga nella propria vita. Lo ha fatto il 6,3% del campione. Smart drugs, medicine per sballare e sostanze dopanti sono quelle più utilizzate anche se la percentuale resta, per ciascuna, inferiore all'1,8%. Non ci sono differenze significative per genere. Nel corso degli anni, a partire dall'edizione 2010 diminuisce il numero di chi dichiara di averle provate o usate.

Gioco d'azzardo

Ha scommesso o giocato denaro, almeno una volta nella vita, il 36,5% degli studenti intervistati. Il gioco a rischio o problematico riguarda il 4,8% del campione. In entrambi i casi sono i maschi ad essere più coinvolti. A distanza di quattro anni si rileva una diminuzione del numero di chi ha giocato almeno una volta nella vita. Il gioco problematico e a rischio del campione nella sua totalità passa dal 4,3% al 4,8% (stabile fra le femmine, in aumento fra i maschi, dal 7,1% al 9,1%).

Consumi nella popolazione generale - dati ISTAT 2020

Tabacco

In Lombardia, nel 2019, la quota di fumatori tra la popolazione di età 14 anni ed oltre è pari al 17,2% (valore nazionale 18,4%). Considerando il periodo 2007-2019, si osserva un trend in diminuzione (-21,1%), con andamento simile a quello nazionale e con dati di poco superiori o inferiori rispetto ai valori nazionali. Da evidenziare la riduzione dell'ultimo anno pari al -9,0%. Anche a livello nazionale si osserva un andamento decrescente nel periodo considerato (-16,7%).

Alcol – popolazione generale > 11 anni

I dati indicano che il 68% della popolazione lombarda maggiore di 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno. Il dato è superiore a quello nazionale (66,8%). Per il 20% il consumo è stato giornaliero (il dato è in linea con quello italiano). Confrontando di dati per genere si rilevano differenze per il consumo occasionale e per quello abituale. L'assunzione di alcolici è più frequente nella popolazione maschile (78% vs 58,7% nell'anno e 29,6% vs 11,3% nel consumo giornaliero).

Il consumo giornaliero durante i pasti è un'abitudine per il 48,7% dei lombardi (in Italia è il 46,2%). Analizzando il dato per genere si rileva che il 41,8% sono uomini e il 57,5% sono donne. Il 51% ha bevuto alcolici almeno una volta al di fuori del momento del pasto (ciò riguarda il 58,2% degli uomini e il 42,5% delle donne).

Di seguito sono riportati i dati regionali di consumo moderati e a rischio, per genere. Per comportamento problematico sono stati considerati: il consumo abituale eccedentario, il Consumo abituale eccedentario solo a pasto, il Binge drinking.

	Maschi%	**Femmine%**
Consumato moderato di bevande alcoliche:	56,7 (v.naz. 56,3)	48,6 (v.naz 47,6)
Almeno un comportamento di consumo a rischio. Di cui	21,3 (v.naz 21,5)	10,1 (v.naz 8,9)
Consumo abituale eccedentario	12,2 (v.naz 13,4)	6,9 (v.naz 6,2)
Consumo abituale eccedentario solo a pasto	37,5 (v.naz 44,1)	55 (v.naz 57,5)
Binge drinking	11,9 (v.naz 10,8)	4,2 (v.naz 3,5)

I dati (nazionali e Lombardi) mostrano, che l'assunzione di alcolici è un comportamento più frequente tra gli uomini. Da segnalare che il consumo eccedentario a pasto è maggiore per le donne. Tale dato è in linea con ciò che si registra a livello nazionale.

Stima consumo di sostanze tramite acque reflue (Relazione al parlamento 2020)
Mediante la stima dei consumi di sostanze psicoattive, basato sulle concentrazioni di residui di sostanze nelle acque reflue (Istituto Mario Negri), nel 2017 sono stati raccolti campioni a Bari, Bologna, Gorizia, Milano, Palermo, Potenza e nel 2018 e nel 2019 a Milano. I consumi di cocaina e metamfetamina nelle grandi città del Centro-Nord (Milano e Bologna) rapportati alla popolazione, sembrano più elevati, come osservato negli studi condotti nel 2010- 2014. I consumi di cocaina a Milano risultano stabili tra il 2017 e 2018 e in calo nel 2019, a fronte di un aumento dei consumi di metamfetamina tra il 2017 e il 2019, di MDMA tra il 2017 e il 2018-19

e di cannabis tra il 2017-18. In minor misura anche i consumi di eroina sono risultati in aumento tra il 2017-2018 e il 2019.

Focus sul gioco d'azzardo
I dati dell'Agenzia Dogane e Monopoli – Libro Blu 2019 - mettono in evidenza il primato della Lombardia rispetto all' offerta di gioco e ai volumi della raccolta da gioco fisico 10.098 esercizi con AWP (17,26% dell'offerta italiana);14,5 Milioni di Euro l'ammontare complessivo delle "puntate" Rispetto ai numeri va senz'altro tenuto conto del peso della popolazione lombarda rispetto al totale nazionale.
Nel 2018, sono stati presi in carico 2.773 soggetti con disturbo da gioco d'azzardo.

SEGNALAZIONI PER DETENZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI O PSICOTROPE PER USO PERSONALE

Nel corso del 2020 ai Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture – Uffici Territoriali del Governo (NOT) sono pervenute 32.879 segnalazioni per detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art. 75 DPR n. 309/1990), riguardanti 31.016 persone. Il 93% delle 31.016 persone segnalate è di genere maschile. In Lombardia il tasso di segnalati > 15 anni è pari al 29,7 per 100.000 residenti. Quello dei < 17 anni all'82,4. (Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia- 2021)

OPERAZIONI ANTIDROGA E SEQUESTRI

Il traffico delle sostanze stupefacenti e psicotrope costituisce una delle principali fonti di proventi illegali per le organizzazioni criminali. Il 45% delle operazioni è stato condotto nelle aree settentrionali del Paese e per un terzo in quelle meridionali e insulari: la regione Lombardia emerge per il numero assoluto più elevato di operazioni condotte. Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di cocaina sono Calabria, Toscana, Liguria, Sicilia, Lazio, Lombardia e Marche.
Le regioni nelle quali sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di eroina sono Lombardia, Veneto, Lazio, Abruzzo e Puglia. Il 38% delle operazioni di polizia per contrastare il traffico di hashish sono state condotte nelle regioni nordoccidentali e il 26% in quelle centrali, in particolare nelle regioni Lombardia. Il 50% dei sequestri di marijuana è avvenuto nelle regioni meridionali e insulari del Paese, intercettato quasi esclusivamente in Puglia e Sardegna e il 39% in quelle settentrionali, soprattutto in Lombardia (Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia - 2021).

UTENTI IN CARICO E TRATTAMENTI EROGATI DAI SERVIZI PUBBLICI PER LE DIPENDENZE

(Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia - 2021)

L'assistenza alle persone tossicodipendenti rientra nei livelli essenziali dell'assistenza socio-sanitaria (LEA) ed è assicurata da un sistema integrato di servizi.
Nel 2020 in Italia sono stati assistiti 210 soggetti ogni 100.000 abitanti, con un range di valori compreso tra 40 e 350 utenti ogni 100.000 abitanti nelle diverse regioni. In Lombardia il numero di utenti in carico ai SerD è 22.790 che equivale a 227,3 per 100.000 abitanti.
La quota di utenti trattati per la prima volta dai SerD è compresa tra valori pari al 3,3%, rilevati in Liguria e Sardegna, e superiori al 15%, registrati nella PA di Bolzano e nelle regioni Lombardia e Lazio. Gli assistiti in trattamento hanno mediamente 42 anni; le femmine sono più giovani con un'età media di 40 anni rispetto ai 41 anni dei maschi. I nuovi utenti sono mediamente più

giovani di 9 anni di quelli già in carico, differenza che risulta sostanzialmente la medesima considerando il genere. Nel tempo emerge un progressivo e costante invecchiamento dell'utenza in carico ai SerD, mostrando un rilevante aumento della percentuale di assistiti con età superiore ai 39 anni, passati dall'11% del 1999 al 40% del 2009 e al 60% del 2020; parallelamente si osserva una diminuzione nelle classi di età più giovani.
Al 31.12.2020 in Italia risultano in trattamento 14.329 utenti presso le strutture per le Dipendenze del Privato Sociale (servizi residenziali, semi-residenziali e ambulatoriali); in Lombardia risultano essere 2.579 che equivale al 18% sul totale nazionale.

Ricoveri ospedalieri droga-correlati
L'analisi delle schede di dimissione ospedaliera che riportano una o più diagnosi droga-correlate permette di rilevare la risposta assistenziale alle problematiche acute connesse al consumo di sostanze stupefacenti e manifestate dalla popolazione generale. Nel 2019, ultima annualità disponibile, le dimissioni ospedaliere con diagnosi principale droga-correlata sono state 7.329 (pari a 0,9 ogni 1.000 ricoveri avvenuti in Italia nell'anno).
In Lombardia il numero totale dei ricoveri con diagnosi principale droga-correlata è stato 1.814 (16,9 per 100.000 residenti). A livello regionale, i tassi standardizzati di ospedalizzazione risultano generalmente più elevati nella popolazione maschile. L'età media dei soggetti ricoverati per problematiche droga-correlate è 39 anni. Nell'ultimo decennio si è lievemente abbassata, soprattutto tra i pazienti maschi, per stabilizzarsi nel corso dell'ultimo triennio. Quasi la metà dei ricoveri (49%) riguarda pazienti di età compresa tra 25 e 44 anni e il 21% tra i 45 e i 54 anni: Le differenze di genere più rilevanti si osservano tra gli over 45enni, con le percentuali femminili che risultano più elevate di quelle maschili (47% contro 29%): la percentuale delle pazienti ultra 64enni ricoverate per patologie direttamente droga-correlate risulta 4,5 volte superiore a quella dei coetanei maschi.

Scheda di programma

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 diposizione dei decisori ai diversi livelli (politico, tecnico, organizzativo) set informativi integrati per la lettura e l'analisi delle situazioni e dei fenomeni di interesse, dei trend e delle prospettive evolutive che è possibile prevedere in merito a questi stessi fattori (con particolare riguardo a quelli di rischio modificabili) nonché rispetto ai possibili modelli di intervento preventivo maggiormente promettenti;
- promuovere competenze aggiornate e consapevolezze di ruolo dei diversi soggetti, professionali e non, attivi in campo preventivo a livello territoriale, con particolare riferimento agli ambiti sociali, educativi, culturali, istituzionali, associazionistici, ecc.;
- realizzare interventi evidence based e/o raccomandati di prevenzione selettiva, prevenzione indicata, riduzione dei rischi/danni connessi all'uso/abuso ricreazionale di sostanze e riduzione dei danni/rischi connessi all'abuso/dipendenza da sostanze;
- promuovere competenze e fornire supporto ai decisori in relazione a modifiche strutturali-ambientali (fisico/organizzativo/sociale) delle comunità locali sostenute da processi partecipati e orientati ai principi dell'*Urban Health* (WHO).

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

Sintesi delle principali evidenze e 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 politiche[1]; da qui discende l'importanza del coordinamento multilivello tra gli attori in gioco. Accanto a questo, la letteratura evidenzia i fattori principali che contribuiscono al successo di azioni preventive ad ampio raggio, quali[2]:

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

L'utilità e l'efficacia di un approccio intersettoriale e multilivello è stata verificata da ampi studi[6-7]. Il lavoro a rete dà l'opportunità di influenzare le politiche attraverso: lo sviluppo di partnership e di relazioni sociali utili allo scopo, l'organizzazione di commissioni e la facilitazione della mobilitazione della comunità. Infine, sono da preferire programmi di prevenzione orientati – sia dal punto di vista strategico sia di contenuto - da un approccio promozionale, che perseguano (*capacity building*) la costruzione di capacità individuali e collettive, declinando anche in questo specifico settore del *know how* di "ricerca e sviluppo" (ad es. in ottica previsionale) proprio di altri campi della moderna produzione di servizi [8-9].

In particolare, nelle aree urbane, dove l'uso di sostanze legali e illegali si associa a fenomeni di illegalità e tensione sociale, le ricerche[10-11] evidenziano l'opportunità di sviluppare interventi preventivi mirati ad attivare le risorse della comunità al fine di promuovere la coesione sociale e potenziare il capitale sociale[12-13].
Oltre agli interventi di *empowerment* a livello comunitario, nell'ottica di dare concretezza in un contesto programmatorio, strategico e operativo quanto più possibile integrato ai "nuovi LEA" relativi alla riduzione del danno, è valorizzata l'integrazione con programmi specifici di *Outreach* in prossimità dei luoghi e locali dell'aggregazione e del divertimento notturno (discoteche, club, luoghi autorizzati) che – in linea con le indicazioni europee[14-15-16] - hanno come obiettivo la limitazione dei rischi legati al consumo di sostanze psicotrope (overdosi, diffusione di patologie infettive, principalmente HIV, HCV, HBV e IST, incidenti stradali, etc.). In contesti caratterizzati da condizioni di rischio sociale elevato (es. *party* autorizzati, *free party*, *street parade, raves, free parties, goa party, teknival*), i programmi di intervento richiedono una modulazione ad hoc[17-18].
Infine, per quanto riguarda i programmi di prevenzione dell'uso problematico di sostanze, le linee guida europee e nazionali raccomandano interventi "a bassa soglia"[19-20-21-22], che permettono il raggiungimento di target di popolazione altrimenti nascosti e sommersi (cd zona grigia) al fine di minimizzare i rischi di un aggravarsi della loro situazione sanitaria nonché della loro marginalità sociale, economica, relazionale.

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

Declinazione a livello regionale del Programma

Le dipendenze rappresentano una sfida di sanità pubblica affrontabile definendo una strategia globale e multilivello che orienti le politiche e l'azione degli stakeholder. In Lombardia, globalizzazione, interscambio delle merci, mobilità delle persone e progressi tecnologici caratterizzano in modo specifico domanda e offerta di sostanze determinando ricadute sui problemi sociali, sanitari e di sicurezza ad essi correlati. L'influenza circolare tra ampia e differenziata gamma di sostanze/occasioni e caratteristiche di un mercato non sempre

direttamente osservabile, caratterizzato da costante innovazione nella produzione di principi attivi, nei canali commerciali e di spaccio, contribuisce a rendere più complessa la lettura del fenomeno e, dunque, l'adozione di politiche efficaci.
Con il PRP 2014-19 Regione Lombardia ha introdotto azioni preventive ampie sviluppate attraverso la formalizzazione di accordi intersettoriali, ricerca e implementazione di approcci evidence based, monitoraggio dell'impatto di quanto realizzato, attenzione a sostenibilità ed equità. Ciò ha trovato coerenza nella normativa vigente e nell'assetto del SSR, collocando l'azione preventiva specifica nell'orizzonte programmatorio e metodologico della promozione della salute, governata in forma integrata a livello regionale e sviluppata a livello locale mediante l'aggiornamento annuale dei Piani Locali Promozione Salute e contrasto GAP ex dgr 585/18, in cui l'azione di governance delle ATS catalizza l'impegno degli attori coinvolti. Queste scelte sono rafforzate dalla l.r. 23/2020 che prevede (art. 4) la costituzione nelle ATS della "Rete Diffusa Dipendenze – ReDiDi" per promuovere e organizzare l'interazione delle diverse componenti del SSR per ridurre conseguenze sulla salute e costi individuali e sociali derivanti dall'utilizzo non terapeutico di sostanze psicotrope e dai comportamenti a rischio di dipendenza. Lo sforzo di integrazione intra-SSR è affiancato un percorso interistituzionale che vede coinvolti anche la Scuola, gli Enti locali e tutti gli altri stakeholder (d.g.r. 1999/2011, 585/2018).
Il Programma Regionale Dipendenze (PRD) comprende programmi con approccio promozionale, che perseguono (capacity building) la costruzione di capacità individuali e collettive, declinando il know-how di "ricerca e sviluppo" (ad es. previsionale) di altri campi della produzione di servizi. In particolare, nelle aree urbane, dove l'uso di sostanze è spesso associato a illegalità e tensione sociale, le ricerche stimolano interventi (prevenzione ambientale) che attivino risorse comunitarie per contrastare la "normalizzazione" del fenomeno, rinforzino competenze individuali e collettive di resistenza, favoriscano valutazione del rischio, diagnosi precoce e aggancio tempestivo delle persone più fragili ai servizi.
Gli interventi preventivi fondati su empowerment individuale e comunitario nei diversi setting (Scuola, Luoghi di lavoro, Comunità locali ecc.) si collocano nel medesimo contesto programmatorio, strategico e operativo di attuazione dei "nuovi LEA" (profilo di salute, riduzione del danno), attraverso la rimodulazione degli interventi tradizionali, la valorizzazione delle sinergie preventive con le Commissioni Medico Locali anche a seguito della ridefinizione delle Linee di indirizzo per le CML in materia di uso/abuso di alcol e idoneità alla guida, l'integrazione con programmi specifici di outreach – in linea con le indicazioni europee - con l'obiettivo di limitare i rischi legati al consumo di sostanze psicotrope (overdose, diffusione di patologie infettive, principalmente HIV, HCV, HBV, IST, incidenti stradali, ecc.) e di favorire l'aggancio precoce alla rete dei Servizi di cura, chiamati a concorrere con azioni "a bassa soglia". I programmi, equity oriented, mirano a raggiungere anche target di popolazione sommerso (zona grigia) per minimizzare i rischi di aggravamento della loro situazione sanitaria nonché della loro marginalità socio-economica e relazionale.
Il PRD

- adotta un approccio globale e sistemico, coerente con la multifattorialità del fenomeno dei consumi e delle dipendenze patologiche che caratterizza i contesti socioculturali avanzati come quello lombardo,
- aggiorna la visione e i presupposti del Piano Azione Regionale Dipendenze (dgr IX/4225), con riferimento a: prevenzione, valutazione del rischio e aggancio precoce ai Servizi, interventi preventivi in carcere, ldr/rdd coerentemente con le evidenze recenti e con l'attuale assetto del SSR, previsto dalla l.r. 23/2020
- capitalizza quanto realizzato nel PRP 2014-19 - Programma "Rete Regionale per la Prevenzione delle Dipendenze (RREP)", integrando le linee programmatorie e operative per la prevenzione (universale, selettiva, indicata) con il processo di definizione dei

contenuti del LEA "Riduzione del danno" previsto dal DPCM 12.01.2017 in un'ottica di prevenzione ambientale

- promuove lo sviluppo di funzioni previsionali e strategiche di prevenzione delle diverse forme di dipendenza da sostanze e comportamenti e in relazione a fenomeni emergenti di rilievo per salute individuale e collettiva connessi a nuove forme/modalità di diffusione e approccio alle sostanze d'abuso (ad es. eroina e alcol, fumo di tabacco, binge drinking, misuso di farmaci), impatto delle nuove tecnologie (ad es. gioco d'azzardo, internet addiction disorder).
- rilancia i principi delle Linee Guida per la prevenzione di tutte le forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale ex dgr 6219/07, in considerazione della vulnerabilità tipica dell'età evolutiva
- concretizza gli indirizzi delle Linee guida per la prevenzione di tutte le forme di dipendenza nella popolazione generale ex dgr 10158/09, promuovendo un approccio intersettoriale, multistakeholder e multilivello in grado di mobilitare, coinvolgere e coordinare il maggior numero di risorse presenti sul territorio
- prevede lo sviluppo di percorsi di prevenzione ambientale e di limitazione dei rischi sanitari correlati (ad es. mortalità per incidenti, sviluppo di particolari patologie tumorali), non sanitari (disagio sociale, problemi di ordine economico individuali e familiari), normativi e sociali (non corretta applicazione del divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche/offerta di gioco d'azzardo ai minorenni) in linea con la Convenzione quadro dell'OMS per la lotta al tabagismo (WHO Framework Convention on Tobacco Control - FCTC)
- tiene conto dell'impatto sulla "questione dipendenze" dell'Epidemia Covid-19 sul versante dell'offerta (calo dello spaccio su strada, incremento del mercato illecito nel "dark web"; comparsa di oppioidi sintetici ecc.) e su quello della domanda (a causa delle condizioni di stress prolungato di amplissime fasce della popolazione)

Il PRD declina una strategia regionale fondata su elementi di appropriatezza, impatto e sostenibilità nella programmazione di azioni efficaci, basandosi su alcuni presupposti, quali:

- riconoscimento e valorizzazione della dimensione culturale della prevenzione per orientare e contrastare le caratteristiche di fenomeni differenti nelle manifestazioni ma omogenei per le dimensioni di vulnerabilità, i fattori di rischio e lo sfondo socioculturale in cui si innestano, riconoscendone la complessità dei modelli culturali e sociali che impattano sul "consumo" stesso;
- il coinvolgimento e il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali per garantire un sistema di intervento complessivo che permetta sinergie costanti e continuative delle risorse umane, professionali, tecniche, organizzative e sociali (oltre che finanziarie) necessarie per una prevenzione efficace che non deleghi il compito preventivo esclusivamente al SSR;
- la partecipazione e la mobilitazione delle risorse e delle capacità presenti nella popolazione per la tutela della propria salute, responsabilizzando maggiormente giovani e adulti verso i comportamenti d'uso e abuso nei diversi contesti di vita;
- la promozione e l'adozione di programmi basati su evidenze, adattando modalità e contenuti ai contesti e ai destinatari, migliorando le capacità e le competenze di programmatori, progettisti e operatori del settore.

Più specificatamente, il PRD punta a:

- rafforzare le funzioni di governance regionali, attraverso promozione, disciplina e coordinamento delle attività degli attori in campo, a partire da quelli operanti nel settore delle dipendenze (l.r. 23/20 art. 2)
- sviluppare il coordinamento degli interventi e delle azioni di tutti gli attori territoriali applicando strumenti organizzativi che favoriscano uniformità ed equità nell'erogazione

degli interventi preventivi e creando partnership costanti e continuative a livello locale; in tal senso valorizza la collaborazione dei Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze con i Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria, titolari della governance multilivello in campo preventivo e di promozione della salute;

- integrare sistema preventivo e rete delle UdO per valutazione del rischio, diagnosi e cura attraverso la formalizzazione di percorsi e programmi mirati a favorire l'accesso ai Servizi;
- integrare rete dei Servizi per valutazione del rischio, diagnosi e cura nell'attuazione dei Programmi Predefiniti Regionali (in particolare PP1, PP2, PP3, PP5)
- qualificare le attività di prevenzione, coerentemente agli European Drug Prevention Quality Standards
- rinforzare le capacità del SSR di individuare e sviluppare efficaci strategie comunicative utili a attivare "percorsi bidirezionali", di comunicazione del rischio alla/con popolazione generale ai/con diversi target specifici (setting, ciclo di vita)
- sviluppare le capacità del sistema regionale nella costruzione e nella messa a disposizione dei decisori di set informativi integrati per la lettura e l'analisi dei fenomeni di interesse, delle loro tendenze evolutive nonché dei modelli di intervento preventivo promettenti, anche in relazione a modifiche strutturali-ambientali delle comunità locali sostenute da processi partecipati e orientati ai principi dell'Urban Health (WHO).
- favorire l'aggiornamento tecnico e metodologico degli attori in campo (in primis SSR) attraverso programmi di formazione e di aggiornamento professionale in collaborazione con Università e Centri di Ricerca a livello regionale, nazionale e internazionale
- potenziare la dotazione tecnologica del SSR per disporre di un sistema di conoscenze integrato che si interfacci con altri sistemi informativi, per mettere in rete dati di diversa fonte e per attivare una rapida comunicazione tra figure professionali e contesti diversi (Scuola, Servizi, Enti locali, MMG/Pediatri ecc.).
- promuovere competenze aggiornate e consapevolezze di ruolo (health literacy) dei Soggetti, professionali e non, attivi in campo preventivo, con riferimento ai settori sociali, educativi, culturali, istituzionali, associazionistici, ecc.
- rinforzare, integrandola e aggiornandola, la gamma di programmi di prevenzione universale, con riferimento a quelli rivolti al setting scolastico (fruibilità soggetti con DSA e integrazione con piattaforme DAD),
- realizzare interventi evidence based e/o raccomandati di prevenzione selettiva e indicata, riduzione dei rischi/danni connessi all'uso/abuso di sostanze e riduzione dei danni/rischi connessi all'abuso/dipendenza da sostanze;
- garantire il coinvolgimento delle Comunità locali, valorizzare le Reti esistenti con Terzo settore, Comitati di cittadini e Volontariato in quanto parte attiva e partecipe della strategia regionale, garantendo stabilità delle risorse a disposizione.

Ulteriori Evidenze

- Brandoli, M. & Ronconi, S. Città, droghe, sicurezza: uno sguardo europeo tra penalizzazione e welfare. Milano: Franco Angeli. 2015.
- Connoly, J. Responding to open drug scenes and drug-related crime and public nuisance-towards a partnership approach. Strasbourg: Pompidou Group.2006.
- Strategia dell'UE in materia di droga per il periodo 2021-2025, http://www.politicheantidroga.gov.it/media/3008/strategia-ue-2021-2025-ita.pdf
- EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011), European Drug Prevention Quality Standards. A manual for prevention professionals. Luxembourg: Publications Office of the European Union. www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards_en
- EMCDDA, Drugs policy and the city in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union.2015

- EMCDDA, Exchange prevention registry, to find evaluated prevention programs and strategies.www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange
- EMCDDA, Prisons and drugs in Europe: the problem and responses. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012.
- EMCDDA, Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study. Lisbona. 2021
- EMCDDA. European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use. Luxembourg: Publications Office of the European Union.2019 https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/european-prevention-curriculum
- European Centre for Disease Prevention and Control, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings. Stockholm: ECDC and EMCDDA; 2018
- Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. Addiction (Abingdon, England). 2017 May 21.
- Hollands, G. J., Shemilt, I., Marteau, T. M., Jebb, S. A., Kelly, M. P., Nakamura, R., Suhrcke, M., Ogilvie, D. Altering micro-environments to change population health behaviour: towards an evidence base for choice architecture interventions, BMC Public Health 13, 1218. 2013 http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1218
- Karlsson, T. & Österberg, E. (2007). Scaling alcohol control policies across Europe. Drugs: Education, Prevention Policy, 14 (6), 499-511.
- MCDDA, Healthy Nightlife Toolbox, tools for creating safer nightlife settings, 2017 www.hntinfo.eu
- Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUS Contract nr. JLS/2010/DPIP/PR/1023 - 30-CE-0336534/00-50 Final report A. Uchtenhagen, M. Schaub Research Institute for Public Health and Addiction, 2011 http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231071_EN_INT12_EQUS_final_report.pdf
- Oncioiu, S.I., Burckhart, G., Calafat, A., Duch, M., Perman-Howe, P., Foxcroft, D.R. Environmental substance use prevention interventions in Europ. 2018., EMCDDA Report. https://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/environmental-substance-use-prevention-interventions-in-europe_en
- Pro-skills. Programma per la promozione di abilità sociali e personali in giovani adulti in svantaggio sociale http://pro-skills.eu/
- Regione Lombardia, l.r. 14 dicembre 2020, n. 23 "Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologiche", BURL n. 51 suppl del 16.12.20, http://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/NormeLombardia/Accessibile/main.aspx?exp_coll=lr002020121400023&view=showdoc&iddoc=lr002020121400023&selnode=lr002020121400023
- Waal, H., T.C., Gossop G., Gossop M. Open drug scenes: responses of five European cities, BMC Public Health. 2014.
- WHO. Prisons and health. Geneva: WHO, 2014.

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 PP04_OT01	**Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio**
INDICATORE 1 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

AZIONE 1	Definizione e formalizzazione dei contenuti di un "Patto regionale per la prevenzione delle dipendenze" intersettoriale
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Definizione e formalizzazione dei contenuti di un "Patto regionale per la prevenzione delle dipendenze" intersettoriale, declinabile a livello territoriale (prevenzione ambientale)

AZIONE 2	Aggiornamento e rinnovo del Protocollo Regionale d'Intesa di cui alla d.g.r. X/5288 del 13 06 16 per la piena applicazione in ambito scolastico del T.U. D.P.R. 309/90 a livello territoriale
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza
DESCRIZIONE	Aggiornamento e rinnovo a del Protocollo Regionale d'Intesa di cui alla d.g.r. X/5288 13 06 16, finalizzato allo sviluppo e al consolidamento di buone prassi per la piena applicazione in ambito scolastico del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenze – D.P.R. 309/90, e sua declinazione e approvazione a livello territoriale

AZIONE 3	Integrazione dell'offerta di programmi di prevenzione e limitazione dei rischi nei luoghi del divertimento giovanile e il contrasto al disagio

CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
CICLO DI VITA	adolescenza; età adulta
DESCRIZIONE	Definizione e formalizzazione dei contenuti del "Programma-Progetto Parchi" per promuovere e sostenere l'integrazione delle progettualità e delle iniziative dei diversi territori sulla prevenzione e limitazione dei rischi nei luoghi del divertimento giovanile e il contrasto al disagio, attraverso la riduzione del danno per l'avvio e consolidamento di processi di inclusione sociale in sinergia con Azioni POR-FSE

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 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**
INDICATORE 2 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 sociosanitari (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

AZIONE 4	Progettazione e offerta formativa rivolta a target specifici del SSR in tema di: EDPQS e EUPC – Curriculum UE per la Prevenzione
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.10 Formazione per lo sviluppo e il consolidamento di reti collaborative
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE	Definizione e articolazione nell'ambito del Programma Formativo Regionale di percorsi/offerta rivolta a target specifici integrata con i Programmi formativi già attivati (MMG, PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità, Formazione manageriale ecc.) in tema di: EDPQS - Standard europei prevenzione dipendenze; EUPC – Curriculum UE per la Prevenzione

AZIONE 5	Offerta di percorsi formativi basati su EDPQS e EUPC – Curriculum UE per la Prevenzione in collaborazione con Scuola delle Buone Pratiche ANCI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE

SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.7 Formazione operatori di altri Settori (es. OSA, Associazioni, RLSPP, ecc.)
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE	Definizione in collaborazione con Scuola delle Buone Pratiche ANCI di percorsi/offerta formativa basati su EDPQS - Standard europei prevenzione dipendenze; EUPC – Curriculum UE per la Prevenzione, al fine di 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).

AZIONE 6	Offerta percorsi di formazione e aggiornamento rivolti a operatori del SSR e di UdO accreditate in tema di programmi preventivi regionali
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza
DESCRIZIONE	Definizione ed erogazione di percorsi di formazione e aggiornamento rivolti a operatori del SSR e di UdO accreditate in tema di programmi preventivi regionali: LST Primarie, LST Scuole Sec I grado; Unplugged Lombardia; Educazione tra Pari

OBIETTIVO 3 **PP04_OT03**	**Svolgere attività di formazione rivolta ai referenti istituzionali in materia di dipendenze basati su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum**
INDICATORE 3 **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

AZIONE 7	Progettazione e offerta Programma Formativo Regionale "Prevenzione Ambientale" basato su EDPQS e EUPC Curriculum con moduli dedicati MMG, PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità, Formazione manageriale, Polizia locale, Uffici di Piano
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.10 Formazione per lo sviluppo e il consolidamento di reti collaborative
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa
DESCRIZIONE	Articolazione e offerta di un Programma Formativo Regionale "Prevenzione Ambienatale" basato su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum con moduli dedicati a: · MMG, PLS

	· Infermieri di Famiglia e Comunità · Formazione manageriale · Polizia locale · Uffici di Piano

AZIONE 8	Offerta di un Programma Formativo Regionale su EDPQS e EUPC Curriculum con moduli dedicati a Coordinatori Piani locali GAP ATS, Coordinatori dei Servizi di prossimità POR-FSE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.10 Formazione per lo sviluppo e il consolidamento di reti collaborative
CICLO DI VITA	adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE	Articolazione e offerta di un Programma Formativo Regionale basato su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum con moduli dedicati a • Coordinatori Piani locali GAP ATS • Coordinatori dei Servizi di prossimità POR-FSE

OBIETTIVO 4 **PP04_OT04**	**Svolgere attività di formazione sul counseling breve rivolte agli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari (inclusi MMG e PLS)**
INDICATORE 4 **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

AZIONE 9	Offerta Programma Formativo Regionale a distanza (FAD) per il rafforzamento delle competenze dei professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorenti la salute
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.3 Formazione al "Counseling motivazionale breve"
CICLO DI VITA	età adulta; terza età; età lavorativa
DESCRIZIONE	Articolazione e offerta di un Programma Formativo Regionale basato sugli esiti del progetto CCM - Azioni Centrali "Sostenere il cambiamento: la Formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorenti la salute", rivolto a: • MMG • Personale delle UdO delle Reti Diffuse Dipendenze delle ATS/ASST • Infermieri di Famiglia e di Comunità

	• Operatori Servizi Sociali comunali

OBIETTIVO 5 **PP04_OT05**	**Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali**
AZIONE 10	Costituzione presso la DG Welfare del Gruppo di lavoro interdirezionale e intersettoriale "Prevenzione Dipendenze e Comportamenti d'Abuso
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Costituzione presso la DG Welfare del Gruppo di lavoro interdirezionale e intersettoriale "Prevenzione Dipendenze e Comportamenti d'Abuso"

AZIONE 11	Costituzione Centro Regionale per lo Sviluppo e il Supporto dei Programmi preventivi, la Prevenzione e la Promozione della Salute presso la ATS Milano
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.13 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Costituzione del Centro Regionale per lo Sviluppo e il Supporto dei Programmi preventivi, la Prevenzione e la Promozione della Salute presso la ATS Milano (in collaborazione con Atenei, Centri di Ricerca ecc.) con compiti di • coordinamento tecnico-operativo ATS • supporto nella declinazione di Piani e Programmi regionali a livello locale • formazione e aggiornamento operatori • coinvolgimento attivo degli stakeholder • realizzazione di studi specifici, anche previsionali • attivazione di Laboratori intersettoriali e partecipati su temi di interesse

AZIONE 12	Rafforzamento delle strategie di prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico integrata delle dipendenze nella programmazione Piani di Zona
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età

DESCRIZIONE	Formalizzazione e attuazione di Indirizzi regionali "Dipendenze" per il rafforzamento delle strategie di prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico integrata nella programmazione Piani di Zona
AZIONE 13	Rafforzamento della programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali per la prevenzione "Dipendenze"
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Formalizzazione e attuazione di Indirizzi regionali per la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali per la prevenzione "Dipendenze"

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 6 PP04_OT06	**Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva**
INDICATORE 5 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
AZIONE 14	Realizzazione Campagne mirate in collaborazione con Società Scientifiche (contenuti specifici)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.11 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Realizzazione in collaborazione con Società Scientifiche di Campagne mirate (contenuti specifici)

AZIONE 15	Costituzione del Laboratorio Intersettoriale regionale "Marketing sociale e Comunicazione per la Salute"

CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.11 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Costituzione del Laboratorio Intersettoriale regionale "Marketing sociale e Comunicazione per la Salute" con compiti di indirizzo nella Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale

AZIONE 16	Realizzazione Campagne mirate in collaborazione con Corpo Consolare (target specifici; multilingue ecc.)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.11 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Realizzare Campagne mirate in collaborazione con Corpo Consolare (target specifici; multilingue ecc.)

EQUITÀ

OBIETTIVO 7 **PP04_OT07**	**Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate**
INDICATORE 6 **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

AZIONE EQUITY

AZIONE 17	Formalizzazione e attuazione di una Strategia per la prevenzione e la riduzione dei rischi mirata ai bisogni della popolazione carceraria
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	adolescenza; età adulta
DESCRIZIONE	Formalizzazione di una Strategia per la prevenzione e la riduzione dei rischi rivolti alla popolazione carceraria

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Miglioramento dell'offerta preventiva delle dipendenze nel contesto carcerario in ottica equity
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	1.Costituzione gruppo di lavoro intersettoriale per condivisione e accompagnamento azione equity. 2. Definizione caratteristiche quali/quantitative della popolazione target, con riferimento alle dimensioni di salute. 3. Definizione dati e strumenti per raccolta e approfondimento a livello regionale, nonché misurazione dell'impatto dell'azione equity. 4. Revisione letteratura e best practices a livello nazionale e internazionale. 5.Ricognizione programmi di prevenzione e promozione della salute attivi per popolazione detenuta tossicodipendente nelle carceri lombarde. 6. Condivisione modalità di raccolta di informazioni su situazione epidemiologica in carcere (stato di salute generale dei detenuti tossicodipendenti). 7.Stratificazione del bisogno. 8. Elaborazione indirizzi regionali per implementazione da parte del SSR (Rete Servizi Territoriali e Dipartimenti Prevenzione) di programmi strutturati, sostenibili e trasferibili, evidence informed, nel setting carcerario, che integrino azioni di: prevenzione delle dipendenze/promozione della salute; prevenzione del rischio di contrarre/trasmettere malattie infettive sessualmente trasmissibili/patologie correlate; prevenzione del rischio di ricadute/intossicazioni gravi (es. overdose), rivolti alla popolazione tossicodipendente detenuta con particolare riferimento al post rilascio; sensibilizzazione e coinvolgimento attivo del personale carcerario; rafforzamento dell'integrazione territoriale dei servizi.9.Formalizzazione accordi intersettoriali con Dip. Amministrazione Penitenziaria e altri stakeholder per l'adozione degli indirizzi. 10. Individuazione contesti per la 1° sperimentazione. 11.Sperimentazione azioni di cui indirizzi regionali nelle carceri lombarde (secondo priorità orientate dal ciclo HEA). 12.Elaborazione report quali-quantitativo. 13. Valutazione condizioni di sostenibilità della sperimentazione ed eventuale rimodulazione degli indirizzi. 14.Verifica adozione indirizzi regionali nelle carceri lombarde
ATTORI COINVOLTI	Interlocutori interni: DG Welfare – UO Prevenzione (Stili di vita, Promozione della Salute, Screening, Malattie Infettive sessualmente trasmissibili) + UO Rete Territoriale (Salute mentale, dipendenze, Disabilità e Sanità penitenziaria, + Struttura carceri se esterna) e UO Sanità penitenziaria Interlocutori esterni: Amministrazione Penitenziaria, Polizia carceraria, Privato sociale, Associazioni che lavorano in carcere, Garante regionale dei diritti dei detenuti
INDICATORE	**Elaborazione del documento di indirizzo regionale definitivo in seguito alla sperimentazione (valutazione sostenibilità e approvazione documento tecnico per messa a sistema)**
	Formula: Produzione del documento di indirizzo

	Standard Disponibilità di un documento di indirizzo finale in cui si valuta la fattibilità delle azioni sperimentate, finalizzato alla diffusione delle azioni e alla messa a sistema dell'offerta mirata Fonte Documentazione regionale
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Miglioramento dell'offerta preventiva delle dipendenze nel contesto carcerario in ottica equity
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	1.Costituzione gruppo di lavoro intersettoriale per condivisione e accompagnamento azione equity. 2. Definizione caratteristiche quali/quantitative della popolazione target, con riferimento alle dimensioni di salute. 3. Definizione dati e strumenti per raccolta e approfondimento a livello regionale, nonché misurazione dell'impatto dell'azione equity. 4. Revisione letteratura e best practices a livello nazionale e internazionale. 5.Ricognizione programmi di prevenzione e promozione della salute attivi per popolazione detenuta tossicodipendente nelle carceri lombarde. 6. Condivisione modalità di raccolta di informazioni su situazione epidemiologica in carcere (stato di salute generale dei detenuti tossicodipendenti). 7.Stratificazione del bisogno. 8. Elaborazione indirizzi regionali per implementazione da parte del SSR (Rete Servizi Territoriali e Dipartimenti Prevenzione) di programmi strutturati, sostenibili e trasferibili, evidence informed, nel setting carcerario, che integrino azioni di: prevenzione delle dipendenze/promozione della salute; prevenzione del rischio di contrarre/trasmettere malattie infettive sessualmente trasmissibili/patologie correlate; prevenzione del rischio di ricadute/intossicazioni gravi (es. overdose), rivolti alla popolazione tossicodipendente detenuta con particolare riferimento al post rilascio; sensibilizzazione e coinvolgimento attivo del personale carcerario; rafforzamento dell'integrazione territoriale dei servizi.9.Formalizzazione accordi intersettoriali con Dip. Amministrazione Penitenziaria e altri stakeholder per l'adozione degli indirizzi. 10. Individuazione contesti per la 1° sperimentazione. 11.Sperimentazione azioni di cui indirizzi regionali nelle carceri lombarde (secondo priorità orientate dal ciclo HEA). 12.Elaborazione report quali-quantitativo. 13. Valutazione condizioni di sostenibilità della sperimentazione ed eventuale rimodulazione degli indirizzi. 14.Verifica adozione indirizzi regionali nelle carceri lombarde
ATTORI COINVOLTI	Interlocutori interni: DG Welfare – UO Prevenzione (Stili di vita, Promozione della Salute, Screening, Malattie Infettive sessualmente trasmissibili) + UO Rete Territoriale (Salute mentale, dipendenze, Disabilità e Sanità penitenziaria, + Struttura carceri se esterna) e UO Sanità penitenziaria Interlocutori esterni: Amministrazione Penitenziaria, Polizia carceraria, Privato sociale, Associazioni che lavorano in carcere, Garante regionale dei diritti dei detenuti

INDICATORE	**Adozione degli indirizzi regionali per l'implementazione da parte del SSR (Rete Servizi Territoriali + Dipartimenti Prevenzione) di programmi strutturati, sostenibili e trasferibili, evidence informed, nel setting carcerario**
	Formula: Numero di carceri che hanno inserito nella programmazione annuale gli indirizzi regionali Standard Individuazione del processo per migliorare l'offerta preventiva delle dipendenze e la tutela della salute delle malattie sessualmente trasmissibili nel contesto carcerario Fonte: Documentazione regionale

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 8 **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**
INDICATORE 7 **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

AZIONE 18	Definizione del set informativo integrato "Dipendenze: previsione e prevenzione"
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Definizione (in collaborazione con Atenei, Centri di Ricerca ecc.) di un set informativo integrato "Dipendenze: previsione e prevenzione" che si interfacci con altri sistemi informativi (vedi PR "Conoscenza ecc ecc "), per mettere in rete dati di diversa fonte e per attivare una rapida comunicazione tra figure professionali e contesti diversi (Scuola, Servizi, Enti locali, MMG/Pediatri ecc.)

AZIONE 19	Formalizzazione del Gruppo di Approfondimento regionale Sistemi di Sorveglianza HBSC – Okkio alla Salute con il coinvolgimento di Università e Centri di ricerca a livello regionale e nazionale
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza
DESCRIZIONE	Formalizzare il Gruppo di Approfondimento regionale Sistemi di Sorveglianza HBSC – Okkio alla Salute con il coinvolgimento di Università e Centri di ricerca a livello regionale e nazionale

AZIONE 20	Rilevazione sistematica degli elementi derivanti dal set di indicatori "Dipendenze: previsione e prevenzione"
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Applicazione del set di indicatori "Dipendenze: previsione e prevenzione"; integrazione delle informazioni nel Profilo di Salute di Comunità
INDICATORE 8 **PP04_OS01_IS13**	**Formalizzare Indirizzi Regionali "Dipendenze" per il rafforzamento delle strategie di prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico integrata nella programmazione Piani di Zona**
formula	Presenza di indirizzi regionali
Standard	Indirizzi regionali nella Programmazione di Zona 2024-2026 con set esiti attesi entro il 2023
Fonte	Regione
INDICATORE 9 **PP04_OS01_IS15**	**Costituire il Gruppo di lavoro interdirezionale e intersettoriale "Prevenzione Dipendenze e Comportamenti d'Abuso"**
formula	Presenza
Standard	Costituzione del Gruppo di lavoro entro il 2022
Fonte	Regione

INDICATORE 10 **PP04_OS01_IS17**	**Formalizzare Indirizzi regionali per la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali per la prevenzione "Dipendenze"**
formula	presenza
Standard	Indirizzi regionali formalizzati per la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali per la prevenzione "Dipendenze" entro il 2022 Declinazione indirizzi regionali nella programmazione del 100% delle ATS e del 30% degli altri Enti del SSR con set esiti attesi entro il 2023
Fonte	REGIONE

INDICATORE 11 **PP04_OS01_IS18**	**Costituzione del Centro per lo Sviluppo e il Supporto dei Programmi preventivi, la Prevenzione e la Promozione della Salute - Approvazione del Programma 2022-26 di attività e realizzazione del 90% degli obiettivi fissati ogni anno a partire dal 2023**
formula	Costituzione del centro e implementazione del programma
Standard	Costituzione del Centro per lo Sviluppo e il Supporto dei Programmi preventivi, la Prevenzione e la Promozione della Salute entro il 2022 Approvazione del Programma 2022-26 di attività e realizzazione del 90% degli obiettivi fissati entro il 2023
Fonte	Regione

OBIETTIVO 9 **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**
INDICATORE 12 **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

AZIONE 21	Implementazione di modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, evidence based, con approccio life course differenziato per genere e per setting
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Elaborazione e attuazione di Indirizzi regionali per l'integrazione di 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, all'interno della Programmazione annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ecc.)

AZIONE 22	**Rafforzamento offerta regionale di programmi di prevenzione universale rivolti al setting scolastico**
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.10 Formazione per lo sviluppo e il consolidamento di reti collaborative
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza
DESCRIZIONE	Integrazione e aggiornamento dell'offerta regionale di programmi di prevenzione universale, con particolare riferimento a quelli rivolti al setting scolastico (fruibilità soggetti con DSA e integrazione con piattaforme DAD)

INDICATORE 13 **PP04_OS02_IS14**	**Offerta di un Programma Formativo Regionale basato sugli esiti del progetto CCM - Azioni Centrali rivolto a MMG, Personale delle UdO delle Reti Diffuse Dipendenze delle ATS/ASST, Infermieri di Famiglia e di Comunità, Operatori Servizi Sociali comunali**
formula	ADESIONI AL PERCORSO FORMATIVO
Standard	Offerta di un Programma Formativo Regionale basato sugli esiti del progetto CCM - Azioni Centrali rivolto a MMG, Personale delle UdO delle Reti Diffuse Dipendenze delle ATS/ASST, Infermieri di Famiglia e di Comunità, Operatori Servizi Sociali comunali
Fonte	REGIONE

AZIONE 23	Rilevazione sistematica, analisi e valutazione dei dati relativi all'offerta e all'impatto dei programmi messi in atto a livello regionale e locale
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Definizione Sistema integrato per la rilevazione sistematica dei dati relativi all'offerta e all'impatto dei programmi messi in atto a livello regionale e locale

INDICATORE 14 **PP04_OS02_IS06**	**Rinnovo del Protocollo Regionale d'Intesa di cui alla d.g.r. X/5288 del 13.06.16 e declinazione in tutte le Province**
formula	Presenza
Standard	rinnovo del protocollo entro il 2022 declinazione e approvazione del protocollo in tutte le Province entro il 2023
Fonte	REGIONE

AZIONE 24	Attuazione Strategie e Programmi preventivi di ogni forma di dipendenza con i Centri di Aggregazione Giovanile e le UdO Socio educative rivolte a adolescenti e minori
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza
DESCRIZIONE	Formalizzazione e attuazione di una Strategia e di Programmi per la prevenzione di ogni forma di dipendenza con il coinvolgimento dei Centri di Aggregazione Giovanile e delle UdO Socioeducative rivolte a adolescenti e minori

INDICATORE 15 **PP04_OS02_IS07**	**Definizione e formalizzazione dei contenuti del "Programma-Progetto Parchi" e dei relativi strumenti attuativi**
formula	Presenza
Standard	Definizione e formalizzazione dei contenuti del "Programma-Progetto Parchi" e dei relativi strumenti attuativi entro il 2022
Fonte	REGIONE

INDICATORE 16 **PP04_OS02_IS08**	**Offerta di percorsi in tema di EDPQS - Standard europei prevenzione dipendenze e EUPC – Curriculum UE per la Prevenzione rivolta a target specifici ad integrazione di Programmi formativi già attivati**

formula	Presenza
Standard	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022 con il coinvolgimento di almeno il 30% dei target potenziali (MMG, PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità, Formazione manageriale, Accademia Polizia locale, Formazione policy maker ecc)
Fonte	REGIONE

INDICATORE 17 **PP04_OS02_IS09**	**Definire e realizzare, in collaborazione con ANCI-Scuola delle Buone pratiche, Percorsi/offerta formativa basati su EDPQS - Standard Europei Prevenzione Dipendenze e EUPC – Curriculum Ue per la Prevenzione**
formula	adesione del 75% Comuni lombardi
Standard	Definizione di almeno un percorso formativo entro il 2022
	Partecipazione del 75% dei Comuni lombardi entro il 2025
Fonte	REGIONE

INDICATORE 18 **PP04_OS02_IS10**	**Definire ed erogare percorsi di formazione e aggiornamento rivolti a operatori del SSR e di UdO accreditate in tema di programmi preventivi regionali: LST Primarie, LST Scuole Sec I grado; Unplugged Lombardia; Educazione tra Pari**
formula	presenza e adesione del 90% dei target potenziali
Standard	realizzazione di almeno un percorso formativo a partire dal 2022 con il coinvolgimento del 90% del target potenziale (operatori del SSR e di UdO accreditate)
Fonte	REGIONE

INDICATORE 19 **PP04_OS02_IS11**	**Realizzare un Programma Formativo Regionale basato su European Drug Prevention Quality Standards e EUPC Curriculum**
formula	adesione al percorso formativo
Standard	Realizzare il percorso formativo ogni anno a partire dal 2022 con il coinvolgimento di almeno il 30% dei target potenziali (MMG, PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità, Formazione manageriale, Polizia locale, Uffici di Piano)
Fonte	REGIONE

INDICATORE 20 **PP04_OS02_IS12**	**Offerta di percorsi su European Drug Prevention Quality Standards e EUPC Curriculum**
formula	ADESIONI AL PERCORSO FORMATIVO

Standard	realizzazione del percorso formativo ogni anno a partire dal 2022 con il coinvolgimento di almeno il 30% dei target potenziali (Coordinatori Piani locali GAP ATS, Coordinatori dei Servizi di prossimità POR-FSE)
Fonte	REGIONE
OBIETTIVO 10 **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**
INDICATORE 21 **PP04_OS03_IS03**	**Copertura (target raggiunti dal Programma)**
formula	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano programmi diprevenzione 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

AZIONE 25	Declinazione e approvazione a livello territoriale ATS del Protocollo Regionale d'Intesa di cui alla d.g.r. X/5288 13.06.16, per la piena applicazione in ambito scolastico del T.U. D.P.R. 309/90
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza
DESCRIZIONE	Declinazione e approvazione a livello territoriale ATS del Protocollo Regionale d'Intesa di cui alla d.g.r. X/5288 13 06 16, finalizzato allo sviluppo e al consolidamento di buone prassi per la piena applicazione in ambito scolastico del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenze – D.P.R. 309/90, e sua declinazione e approvazione a livello territoriale

AZIONE 26	Rafforzamento dell'integrazione e della collaborazione fra Servizi Promozione della Salute e Servizi Territoriali e ospedalieri dell'area Salute mentale e dipendenze
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP

SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Definizione e attuazione Indirizzi regionali per l'integrazione e la collaborazione operativa fra Servizi Promo Salute (programmi preventivi regionali) e Servizi territoriali (consultori familiari) e ospedalieri (percorso nascita, pronto soccorso, centri anti violenza...)

AZIONE 27	Definizione di Indirizzi regionali per il LEA – Riduzione del danno
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	adolescenza; età adulta
DESCRIZIONE	Definizione Indirizzi regionali "LEA – Riduzione del danno" (programmi preventivi limitazione dei rischi/danno e integrazione presa in carico territorio-servizi)

AZIONE 28	Implementazione offerta di programmi di intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili o a rischio di esclusione sociale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Elaborazione e attuazione di Indirizzi regionali per l'implementazione dell'offerta di programmi di 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 (ad es. soggetti a rischio di esclusione sociale target progetti POR-FSE), all'interno della Programmazione annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.)

OBIETTIVO 11 **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**
INDICATORE 22 **PP04_OS04_IS04**	**Copertura (target raggiunti dal Programma)**

formula	(N Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di riduzione dei rischi e del danno rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi) /(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100
Standard	almeno il 50% entro il 2023, almeno l'80% entro il 2025
Fonte	Regione

AZIONE 29	Implementazione offerta di programmi di riduzione dei rischi e del danno rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	adolescenza; età adulta
DESCRIZIONE	Elaborazione e attuazione di Indirizzi regionali per l'integrazione dell'offerta di programmi di riduzione dei rischi e del danno rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi, all'interno della Programmazione annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.)

AZIONE 30	Declinazione territoriale del Programma regionale "Progetto Parchi"
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	adolescenza; età adulta
DESCRIZIONE	Elaborare Indirizzi per la declinazione territoriale del Programma regionale "Progetto Parchi"

AZIONE 31	Definizione Indirizzi regionali per il LEA –"Riduzione del danno" (con riferimento specifico all'offerta Servizi territoriali)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	adolescenza; età adulta
DESCRIZIONE	Definizione Indirizzi regionali "LEA – Riduzione del danno" (con riferimento specifico all'offerta Servizi territoriali)

OBIETTIVO 12 **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**
INDICATORE 23 **PP04_OS05_IS05**	**Copertura (target raggiunti dal Programma)**
formula	(N Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio) /(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100
Standard	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2025
Fonte	Regione

AZIONE 32	Implementazione offerta di programmi di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	adolescenza; età adulta
DESCRIZIONE	Elaborazione e attuazione di Indirizzi regionali per l'integrazione dell'offerta di programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio, all'interno della Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.)

AZIONE 33	Attuazione e declinazione territoriale del programma regionale "Progetto Parchi" in sinergia con Centri MTS
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	adolescenza; età adulta
DESCRIZIONE	Elaborare Indirizzi regionali per la declinazione territoriale del "Progetto Parchi" in sinergia con Centri MTS (screening hiv, hcv, ecc.)

OBIETTIVO 13 **PP04_OS06**	**Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari**

AZIONE 34	Implementazione offerta di programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	adolescenza; età adulta
DESCRIZIONE	Elaborazione e attuazione di Indirizzi regionali per l'integrazione di programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari, all'interno della Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.)

OBIETTIVO 14 **PP04_OS07**	**Integrare la programmazione regionale e territoriale finalizzata alla prevenzione delle dipendenze già inserita nei Piani Integrati locali per la Promozione della Salute delle ATS, con il Piano di Azione Regionale e i Piani Locali per il contrasto al GAP ex dgr 585/18**
INDICATORE 24 **PP04_OS07_IS16**	**Integrazione PIL ATS e Piani locali ex dgr 585/18**
formula	PIL ATS integrati con Piani locali ex dgr 585/18 (obiettivi area prevenzione, comunicazione e rete con Servizi territoriali)/PIL ATS = 1
Standard	Il PIL di ciascuna ATS dovrà integrare i programmi e le azioni relative al rispettivo Piano locale ex dgr 585/18
Fonte	Regione

3.5 PP05 Sicurezza negli ambienti di vita

Quadro logico regionale

CODICE	PP05
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Lucia Pirrone, Veronica Todeschini, Francesca Putignano
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO3 Incidenti domestici e stradali
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	• MO1 Malattie croniche non trasmissibili • MO3 Incidenti domestici e stradali
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale • MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane • MO1-19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità • MO2-01 Migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale • MO3-01 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) • MO3-02 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici • MO3-03 Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno nella comunità • MO3-05 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente • MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute • MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico • MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche

LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	• MO3LSa Sviluppo di programmi per la promozione di corretti stili vita con particolare riguardo all'attività fisica e al corretto utilizzo dei farmaci nell'anziano • MO3LSb Sviluppo di programmi per accrescere le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile • MO3LSc Attivazione di percorsi di formazione sulla sicurezza domestica rivolti ai collaboratori familiari, agli insegnanti, agli operatori sanitari e socio-sanitari, a MMG e PLS • 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
LEA	• B05 Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni • B06 Promozione della sicurezza stradale • B07 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo • F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) • F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione • F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol • F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica • F09 Prevenzione delle dipendenze

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

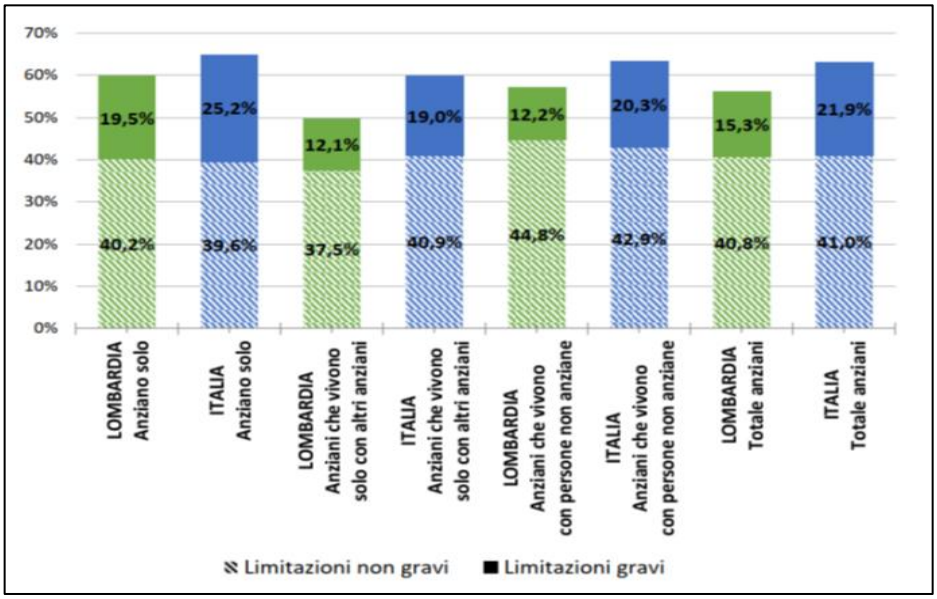
In Lombardia, secondo le stime aggiornate al 2018 (Fonte: elaborazioni Polis Lombardia – Statistica su dati ISTAT), sono quasi 450 mila le famiglie composte da anziani che vivono soli e 150 mila sono le coppie di anziani (o più anziani che vivono insieme). Le famiglie in cui è presente almeno un anziano insieme a componenti più giovani sono invece circa 300 mila. Complessivamente in Lombardia quindi vi sono quasi 900 mila famiglie, pari al 20,2% delle famiglie, in cui è presente almeno un over 75enne, in linea con la media nazionale (21,6%). Circa il 56% degli anziani lombardi ha delle limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane, (41% di casi con limitazioni più lievi e 15% con gravi limitazioni). In fase di isolamento a casa, a causa dell'emergenza sanitaria, la quota di anziani con delle gravi limitazioni è più elevata negli anziani che vivono soli (19,5% in Lombardia vs 25,2% in Italia). In questa condizione di isolamento sono risultate di fondamentale importanza alcune caratteristiche dell'ambiente in cui gli anziani vivono:

- Caratteristiche dell'abitazione: il 4% delle famiglie lombarde con anziani percepisce di vivere in una abitazione troppo piccola. Quasi il 10% delle famiglie con anziani non ha né un balcone o un terrazzo, né un giardino privato;

- Accesso ai mezzi di comunicazione: quasi il 70% degli over 75enni lombardi, che vivono da soli o in coppia con un altro anziano, non posseggono un telefono cellulare che si connette ad internet e quindi non in grado di fare delle video-chiamate. Questo dato è ulteriormente confermato se si osserva la quota di anziani che non hanno mai usato internet (nei 12 mesi precedenti all'intervista), e pari a circa all'80% degli anziani soli o in coppia con altri anziani e all'85% di quelli che vivono con parenti più giovani.

Spostando l'attenzione dai soli anziani a tutti i soggetti, a prescindere dall'età, che hanno dichiarato di avere delle limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane, è emerso che circa il 4% della popolazione lombarda ha delle gravi limitazioni, a cui si aggiunge un ulteriore 18% con limitazioni non gravi.

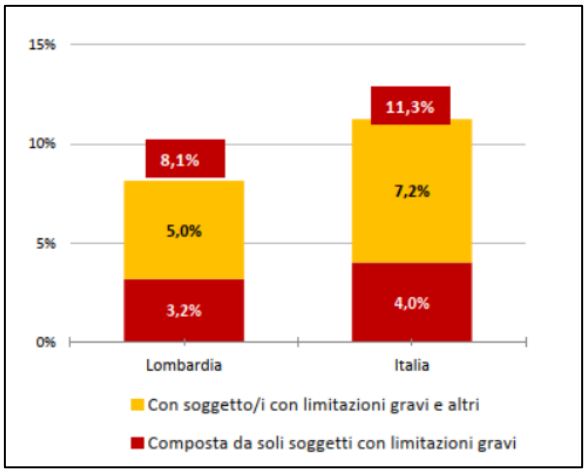
Percentuale di famiglie con soggetti che hanno limitazioni gravi nello svolgimento delle attività quotidiane, Lombardia e Italia, anno 2018.



Fonte: elaborazioni PoliS Lombardia su dati ISTAT.

Valutando gli individui con gravi limitazioni emerge che la maggioranza riguarda gli over 75enni (il 42%), mentre significativa è anche la quota che riguarda i 65-74enni (il 20%) e i 18-64enni (il 34%); più marginale invece è la quota che riguarda i minorenni (3,5%). Le famiglie lombarde in cui è presente almeno un soggetto con delle limitazioni gravi sono circa 350 mila, pari all'8% delle famiglie, di cui quasi 150mila sono persone che vivono sole.

Percentuale di famiglie con soggetti che hanno limitazioni gravi nello svolgimento delle attività quotidiane, Lombardia e Italia, anno 2018.



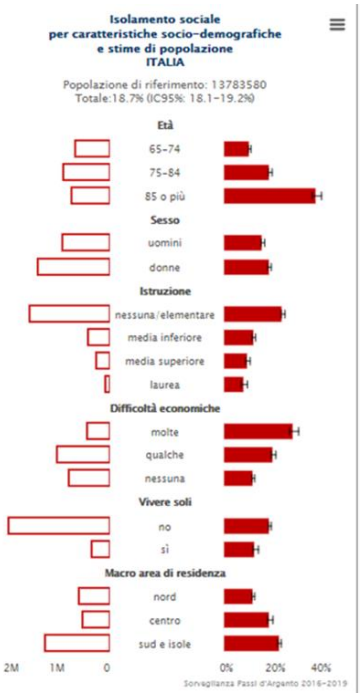
Fonte: elaborazioni PoliS Lombardia su dati ISTAT

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. Inoltre, le persone sole o istituzionalizzate sono quelle più colpite dagli incidenti domestici. Nel quadriennio 2016-2019, a livello nazionale, si stima che circa 2 ultra 65enni su 10 vivono in una condizione di isolamento sociale; in particolare, il 20% della popolazione dichiara che, nel corso di una settimana normale, non ha avuto contatti, anche solo telefonici, con altre persone e il 70% non partecipa a incontri collettivi presso punti di aggregazione come il centro anziani, il circolo, la parrocchia o le sedi di partiti politici e di associazioni. La condizione di isolamento sociale è più frequente fra gli ultra 85enni, tra chi ha un basso livello di istruzione e maggiori difficoltà economiche. Non emergono invece differenze significative per genere. Le Regioni in cui questa problematica risulta più marcata si trovano al Centro e nel Sud d'Italia.

Isolamento sociale per caratteristiche socio demografiche e stime di popolazione – ITALIA.

	Isolamento sociale	Impossibilità a conversare con qualcuno	Impossibilità di partecipare ad attività sociali
Abruzzo	29.0	30.2	78.2
Basilicata	19.2	25.0	62.4
Calabria	26.0	27.7	65.6
Campania	25.1	27.2	68.3
Emilia Romagna	12.3	13.0	76.8
Friuli Venezia Giulia	5.6	6.1	73.3
Lazio	21.7	23.0	74.5
Liguria	15.8	17.3	75.6
Lombardia			
Marche	23.3	25.8	73.8
Molise	17.3	19.1	61.1
Piemonte	9.3	10.2	63.7
Provincia di Bolzano	10.2	12.5	55.7
Provincia di Trento	16.7	20.2	65.9
Puglia	21.9	26.6	58.4
Sardegna	14.6	15.0	78.9
Sicilia	19.3	21.9	67.5
Toscana	13.7	14.4	66.8
Umbria	20.0	21.3	75.5
Valle d'Aosta			
Veneto	15.2	16.1	71.9
Italia	**18.7**	**20.4**	**70.0**

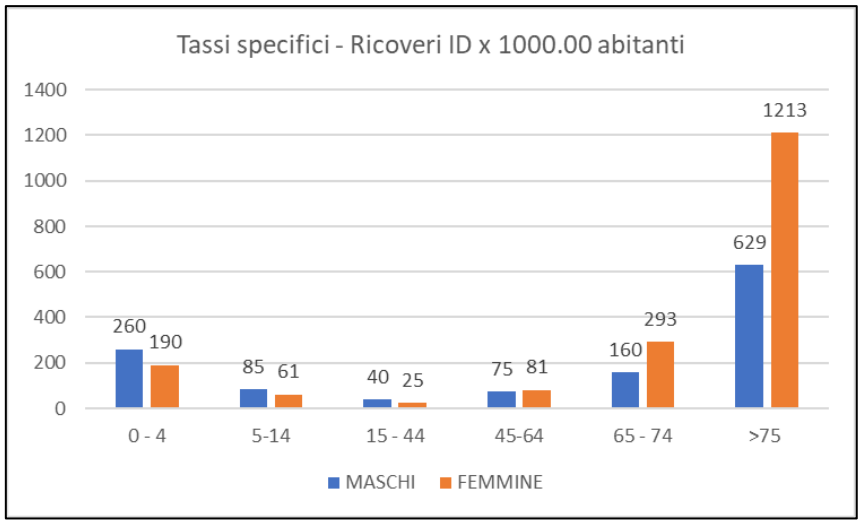
peggiore del valore nazionale simile al valore nazionale migliore del valore nazionale



Fonte: Passi d'Argento 2016-2019

Se analizziamo il fenomeno degli incidenti domestici[1] si rileva che la consapevolezza del rischio di incorrere in incidenti domestici aumenta al crescere dall'età passando dal 5.2% per la fascia d'età 18-34 al 7,1% per la fascia d'età 50-69, tendenza che nei fatti è confermata anche dai dati regionali sui ricoveri ospedalieri rilevati dalle SDO (tassi specifici dei ricoveri per fascia d'età).

[1] https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SicurezzaDomestica#dati



Fonte: Rilevazione SDO – Anno 2020. Osservatorio Epidemiologico Regionale

Oltre all'età, le caratteristiche socio demografiche hanno un impatto significativo sul rischio di cadute, in particolare per la popolazione anziana che è quella maggiormente esposta a tale rischio. Come evidenziato in letteratura le persone con basso reddito, basso livello di istruzione e che vivono in situazione di isolamento sociale hanno un maggiore rischio di cadere. Dall'osservazione dei dati ISTAT 2019 emerge che tra coloro che hanno subito un incidente domestico (6 anni e oltre), il 30‰ è in possesso di basso titolo di studio con un valore particolarmente significativo (circa il 47/%) nella popolazione anziana (65 anni e più) (elementare/nessun titolo+licenza media).

Incidenti domestici per età e titolo di studio (X 1000 persone)

Misura		per 1000 persone	
Sesso		totale	
		persone di 6 anni e	
Tipo dato		persone che hanno subito incidenti	numero medio di incidenti per infortunato
Classe di età	**Titolo di studio**		
6-24 anni	licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	9,2	1
	licenza di scuola media	5,5	1,1
	diploma	7,4	1,1
	laurea e post-laurea	7,2	0,9
	totale	7,6	1,1
25-44 anni	licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	9,8	1
	licenza di scuola media	6,6	1,1
	diploma	9,2	1
	laurea e post-laurea	9,5	1,1
	totale	8,7	1,1
45-64 anni	licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	19,4	1,2
	licenza di scuola media	12	1,1
	diploma	10,4	1,2
	laurea e post-laurea	11,1	1
	totale	11,8	1,1
65 anni e più	licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	25,5	1
	licenza di scuola media	22	1,1
	diploma	22,9	1
	laurea e post-laurea	11,6	1
	totale	23	1
6 anni e più	licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	18,5	1
	licenza di scuola media	11,6	1,1
	diploma	11,2	1,1
	laurea e post-laurea	10,2	1
	totale	12,8	1,1

Se consideriamo le variabili condizione e posizione professionale, la prevalenza di persone che hanno subito incidenti è pari a 227‰ tra i pensionati seguiti dalle casalinghe 150‰, dato abbastanza desumibile dal momento che sono le categorie di persone che passano più tempo fra le mura domestiche.

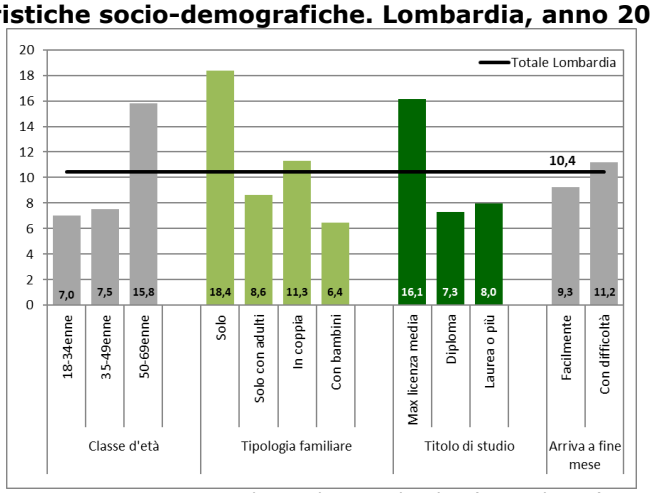
Incidenti domestici per Condizione e posizione nella professione (X mille persone)

Misura	valori in migliaia	
Sesso	totale	
	persone di 15 anni e	
Tipo dato	persone che hanno subito incidenti	numero di incidenti
Condizione e posizione nella professione		
occupato	218	232
dirigenti, imprenditori, liberi professionisti	34	40
direttivo, quadro, impiegato	84	85
operaio, apprendista	69	72
lavoratore in proprio, coadiuvante familiare, co.co.co.	31	34
casalinga-o	150	165
studente	39	37
ritirato-a dal lavoro	227	239
in altra condizione	15	20
disoccupato alla ricerca di nuova occupazione	34	36
in cerca di prima occupazione	4	4
totale	688	734

Fonte: ISTAT 2019

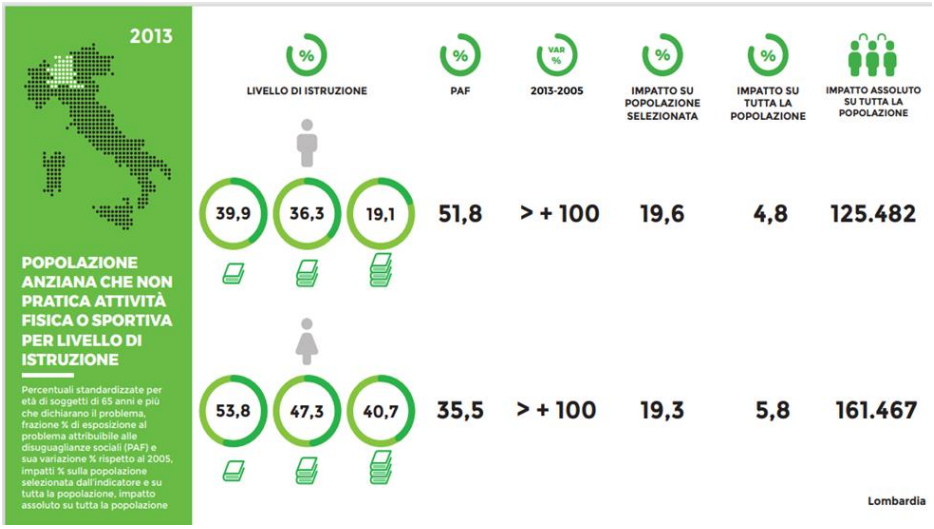
È noto come la promozione dell'attività fisica sia una leva importante per prevenire le cadute nella popolazione anziana. Uno stile di vita attivo, con pratica quotidiana di attività fisica, svolta secondo i livelli raccomandati contribuisce, oltre che alla prevenzione delle principali patologie cronico degenerative, a favorire il benessere psicologico riducendo ansia, depressione e senso di solitudine, ad aumentare il grado di autonomia degli anziani e a ridurre il rischio di cadute, supportando quindi, anche un "invecchiamento attivo e in buona salute", prevenendo le condizioni di fragilità e i suoi fattori di rischio, come l'isolamento sociale e la solitudine. La sedentarietà risulta un fattore fortemente connesso con l'età dell'individuo: la quota di sedentari fra i 50-69enni è infatti doppia rispetto a quella registrata nelle fasce d'età più giovani.

Quota % di individui 18-69enni sedentari (nel tempo libero e nel lavoro) al variare di alcune caratteristiche socio-demografiche. Lombardia, anno 2013



Fonte: Sistema integrato di raccolta e analisi dati (sorveglianza) su adozione di pratiche preventive e stili di vita favorevoli alla salute nella popolazione in Regione Lombardia" - Ricerca Éupolis DG Salute – 2013

Il livello massimo di presenza di sedentari, fra le categorie socio-demografiche considerate, è osservabile fra gli individui che vivono soli, per i quali raggiunge una diffusione al 18,4%. La condizione economica genera certamente delle differenziazioni, in quanto più elevata è la percentuale di sedentari fra chi arriva a fine mese con qualche o molte difficoltà: ben il 16,1% di chi ha al massimo la licenza media trascorre una vita sedentaria, mentre già solo per chi ha un diploma superiore il dato si dimezza.
Il grafico che segue mostra i valori (anno 2013) per livello di istruzione per fascia di popolazione 65anni e più che non pratica attività fisica.



Fonte: www.disuguaglianzesalute.it

Le donne con basso livello di istruzione che non praticano attività fisica sono pari al 53,8%, gli uomini 39,9%. Il dato significativo che emerge è quello relativo alla riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze (PAF) che è pari al 35.5% nelle donne e raggiunge il 51.8% negli uomini.
L'incidenza degli infortuni domestici è ampiamente sottostimata sia su scala nazionale che regionale. Fra le cause di questa sottostima vanno considerati i problemi di classificazione degli accessi al Pronto Soccorso, così come la mancata rilevazione di quei casi che non sono ricorsi alle cure ospedaliere ma che hanno comunque usufruito di cure ambulatoriali.
L'indagine ISTAT del 2014 sugli incidenti domestici in Italia, ha rilevato tutti i tipi di incidente domestico e non solo quelli che abbiano richiesto l'assistenza medica presso una struttura.
Dall'analisi dei dati si stima che quasi 700mila persone in quell'anno, pari a l'11,3‰ della popolazione sono rimaste coinvolte in un incidente domestico. I dati confermano che donne, anziani e bambini sono le categorie maggiormente a rischio in quanto sono quelle che trascorrono maggior tempo fra le mura domestiche. Il 70,4% di tutti gli incidenti ha come vittima una donna, con un numero di incidenti subìti più che doppio rispetto a quelli che colpiscono gli uomini (551mila incidenti subìti da donne contro 232mila degli uomini). Rispetto all'età oltre un terzo degli incidenti (36%) riguarda una persona di 65 anni e più e il 4,5% ha come vittima un bambino sotto i 5 anni.

PERSONE COINVOLTE NEGLI ULTIMI TRE MESI IN ALMENO UN INCIDENTE DOMESTICO PER SESSO E CLASSE DI ETÀ. Anno 2014 (per 1.000 persone dello stesso sesso e classe di età)

CLASSI DI ETÀ	Totale (migliaia)	Quozienti per 1.000 persone	Numero di incidenti	Media per infortunato
		MASCHI		
0-24	47	6,3	51	1,1
25-64	99	6,0	107	1,1
65 e più	63	11,3	74	1,2
Totale	**209**	**7,1**	**232**	**1,1**
		FEMMINE		
0-24	41	5,8	43	1,1
25-64	258	15,3	299	1,2
65 e più	181	24,9	209	1,2
Totale	**480**	**15,4**	**551**	**1,1**
		MASCHI E FEMMINE		
0-24	88	6,1	94	1,1
25-64	357	10,7	406	1,1
65 e più	244	19,0	283	1,2
Totale	**688**	**11,3**	**783**	**1,1**

Fonte: ISTAT 2014- Incidenti domestici

In relazione agli ambienti in cui avvengono gli incidenti si rileva che la cucina è il luogo più pericoloso (38% degli incidenti), ciò è dovuto al fatto che in questo ambiente si concentrano gli oggetti, elettrodomestici e utensili che per forma, materiale o modalità di utilizzo rappresentano un fattore di rischio; seguono il bagno (11,7%) e la camera da letto (10%), mentre sono residuali le quote di incidenti accaduti in altri ambienti dell'abitazione.

GLI AMBIENTI DOMESTICI PIU A RISCHIO. Anno 2014 (per 100 incidenti).

Graduatoria per i maschi		Graduatoria per le femmine	
Cucina	26,5	Cucina	43,1
Balcone, terrazzo, giardino	14,2	Bagno	12,3
Soggiorno, salone	13,1	Camera da letto o cameretta	8,9
Camera da letto o cameretta	12,7	Soggiorno, salone	7,8
Bagno	10,3	Balcone, terrazzo, giardino	6,9
Cantina, garage, altro ambiente	7,8	Corridoio, ingresso	6,3
Scale interne all'abitazione	7,8	Scale interne all'abitazione	5,6
Scale esterne all'abitazione	3,8	Cantina, garage, altro ambiente	4,4
Corridoio, ingresso	3,4	Scale esterne all'abitazione	4,4

Fonte: ISTAT 2014- Incidenti domestici

Per quanto riguarda la tipologia di incidente in cui si incorre, si rileva che le cadute, che costituiscono la tipologia di incidente più frequente (54.8%), coinvolgono maggiormente la popolazione anziana nel 76,9% dei casi di persone over64 (81% se donne ultra settantacinquenni).

TIPOLOGIA DI INCIDENTI DOMESTICI PER SESSO E CLASSI DI ETA DI COLORO CHE LI HANNO SUBITI. Anno 2014 (per 100 incidenti da persone dello stesso sesso e classe di età)

	Maschi				Femmine				Maschi e femmine			
	Classi di età				Classi di età				Classi di età			
	0-24	25-64	65 e più	Totale	0-24	25-64	65 e più	Totale	0-24	25-64	65 e più	Totale
Caduta	40,7	32,3	69,7	45,4	55,7	44,9	79,4	58,9	47,7	41,4	76,9	54,8
Ferita	12,3	35,9	25,9	27,6	28,3	24,3	4,0	16,9	19,7	27,5	9,6	20,2
Urto o schiacciamento	29,1	17,9	5,9	16,8	6,5	14,7	9,1	11,8	18,6	15,6	8,3	13,4
Ustione	14,5	5,9	1,1	6,4	10,1	21,2	10,6	16,3	12,5	17,0	8,2	13,3
Corpi estranei in occhio, orecchie, etc.	6,7	6,0	-	4,4	-	0,9	0,2	0,6	3,6	2,3	0,2	1,7
Soffocamento	1,4	1,6	-	1,1	-	-	-	-	0,8	0,4	-	0,3

Fonte: ISTAT 2014- Incidenti domestici

GLI INCIDENTI PIU FREQUENTI. Anno 2014 (per 100 incidenti)

Graduatoria per i maschi		Graduatoria per le femmine	
Caduta	45,4	Caduta	58,9
Ferita	27,6	Ferita	16,9
Urto o schiacciamento	16,8	Ustione	16,3
Ustione	6,4	Urto o schiacciamento	11,8
Corpi estranei in occhio, orecchie, etc.	4,4	Corpi estranei in occhio, orecchie, etc.	0,6
Soffocamento	1,1	Soffocamento	-

Fonte: ISTAT 2014- Incidenti domestici

Le stime successive evidenziano ulteriormente l'importanza e la rilevanza del fenomeno. Secondo la rilevazione PASSI e PASSI D'ARGENTO 2016-2019, nella popolazione adulta italiana la consapevolezza del rischio di infortunio domestico è scarsa: quasi 7 intervistati su 100 considerano alta o molto alta la possibilità di avere un infortunio in casa (facendo riferimento a loro stessi o ai propri familiari). Questa consapevolezza è maggiore in età adulta, dopo i 35 anni, nella popolazione femminile, tra le persone con maggiori difficoltà economiche, tra chi vive con anziani o, ancor più, con minori di 14 anni, senza però che tali differenze siano particolarmente ampie. Meno di 3 intervistati su 100 riferiscono di aver avuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, un infortunio in casa tale da richiedere il ricorso a cure mediche (medico di famiglia, pronto soccorso o ospedale).

Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per regione

Indicatori - PASSI 2016-2019

	Consapevolezza del rischio di infortunio domestico	Consapevolezza del rischio di infortunio domestico				Infortunio domestico che ha richiesto cure
		negli ultra-64enni	in chi convive con ultra-64enni	nelle donne	in chi vive con bambini fino ai 14 anni	
Abruzzo	5.7	5.6	5.6	7.4	8.6	2.4
Basilicata	9.2	10.6	7.9	10.2	8.8	3.8
Calabria	8.3	7.8	6.0	9.5	8.2	1.4
Campania	7.0	8.2	6.7	7.9	7.2	2.8
Emilia Romagna	7.3	8.4	8.5	8.9	8.4	3.1
Friuli Venezia Giulia	7.5	8.4	10.0	8.2	8.9	3.3
Lazio	6.3	5.9	6.0	7.1	8.4	2.4
Liguria	6.3	6.0	8.1	6.6	6.9	2.2
Lombardia	4.2	7.7	4.0	3.4	6.2	2.3
Marche	9.2	12.0	8.5	10.7	11.2	4.6
Molise	12.3	0.0	15.1	14.0	21.4	3.1
Piemonte	6.0	5.2	6.4	6.5	6.9	3.6
Provincia di Bolzano	3.2	2.9	4.8	4.2	4.0	3.1
Provincia di Trento	5.2	5.7	5.1	6.5	7.5	3.7
Puglia	8.6	9.2	7.2	7.7	12.6	2.5
Sardegna	8.2	3.0	9.4	9.2	10.1	4.1
Sicilia	3.0	3.2	2.7	4.0	3.5	2.7
Toscana	7.8	7.9	12.7	9.2	9.7	3.1
Umbria	5.7	5.7	7.3	6.3	6.5	2.7
Valle d'Aosta	6.3	8.7	9.6	7.6	9.0	6.5
Veneto	6.5	7.9	8.6	7.6	7.7	3.8
Italia	**6.6**	**7.0**	**7.0**	**7.5**	**8.0**	**3.0**

peggiore del valore nazionale | simile al valore nazionale | migliore del valore nazionale

Fonte: Passi d'Argento 2016-2019

Considerando i dati sulla popolazione regionale si osserva che in Lombardia gli ultra-65enni sono aumentati in un decennio di più di 300mila unità, passando da 1.971.180 nel 2010 a 2.295.835 nel 2020: il ritmo della crescita aumenterà nei prossimi anni in misura significativa. Nel valutare l'impatto dell'evoluzione demografica, occorre considerare come una quota rilevante di anziani soffra di patologie croniche: sono quasi un milione gli ultra65enni che nel 2019 hanno dichiarato di averne almeno tre, corrispondente al 45% della complessiva popolazione di quella età.

Persone di 15 anni e più e 65 anni e più che dichiarano almeno tre patologie croniche per regione e ripartizione geografica - Anno 2019 ***(valori assoluti in migliaia e tassi per 100 persone)***

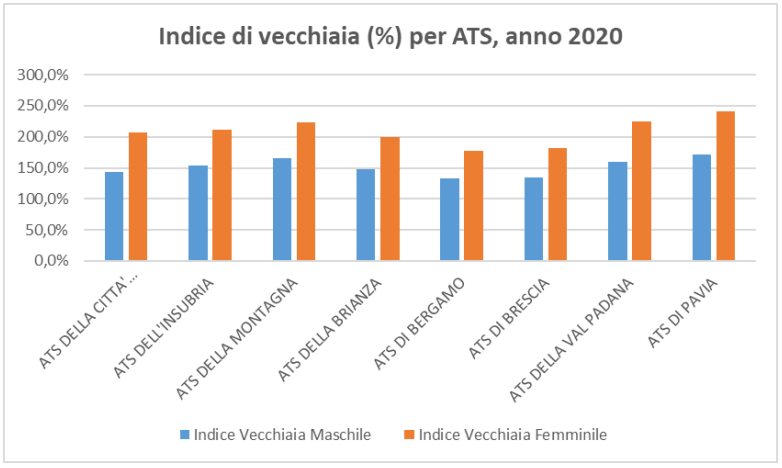
REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	15 anni e più		65 anni e più	
	Migliaia	Per 100 persone	Migliaia	Per 100 persone
Piemonte	782	20,7	479	44,2
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	22	20,0	13	45,1
Lombardia	**1.611**	**18,7**	**991**	**44,5**
Bolzano/Bozen (a)	280	20,5	187	43,4
Trento	*44*	*10,0*	*29*	*28,8*
Veneto	770	18,3	473	43,2
Friuli-Venezia Giulia	96	20,8	51	44,5
Liguria	180	17,0	116	37,1
Emilia-Romagna	875	22,8	520	49,7
Toscana	654	20,2	404	43,3
Umbria	201	26,3	130	58,2
Marche	278	21,0	187	50,1
Lazio	993	19,7	591	46,8
Abruzzo	297	26,0	171	54,8
Molise	55	20,6	36	48,3
Campania	1.085	22,0	610	56,2
Puglia	772	22,1	459	51,8
Basilcata	134	27,2	75	58,5
Calabria	429	25,5	249	59,5
Sicilia	843	19,7	541	51,5
Sardegna	404	27,9	223	57,6
Nord-ovest	2.694	19,4	1.671	44,3
Nord-est	1.964	19,6	1.189	44,5
Centro	2.126	20,5	1.312	47,0
Sud	2.773	23,1	1.599	55,1
Isole	1.247	21,8	764	53,2
Italia	**10.805**	**20,8**	**6.535**	**48,1**

Fonte: Istat, Indagine europea sulla salute (EHIS)

(a) Il dato relativo alla provincia autonoma di Bolzano è rilevato dall'istituto provinciale di statistica (ASTAT).

In relazione a questo indicatore, la Lombardia esprime un valore favorevole rispetto alla media nazionale (48,1%) e alla maggior parte delle altre regioni. Complessivamente gli anziani che vivono soli rappresentano circa il 30% degli over65enni in Italia, e un'altra quota consistente vive in coppie in cui entrambi sono anziani.

Il dato riferito alle ATS nel 2020 indica che la ATS di Pavia ha il più elevato indice di vecchiaia (205,2%) seguito dalla ATS della Montagna 192.8%.



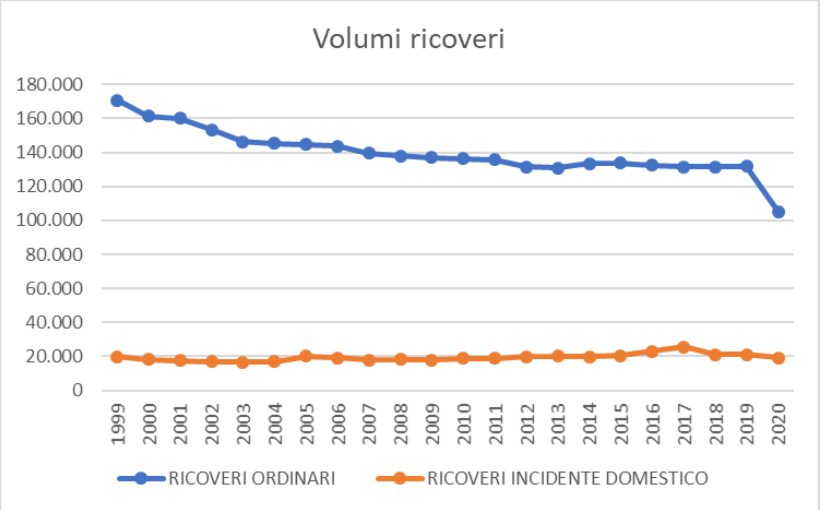
Fonte: Rilevazione SDO – Anno 2020. Osservatorio Epidemiologico regionale

Il dato sugli incidenti domestici, riferibile a tutte le tipologie e non solo a quelli per i quali è seguito un ricovero ospedaliero, è rilevato da ISTAT. Per quanto riguarda la nostra regione la tabella mostra il numero degli incidenti occorsi nel 2018 e 2019 per 1.000 persone nei tre mesi precedenti l'intervista, con variazioni negli ultimi due anni non significative.

Misura			per 1000 persone con le stesse caratteristiche	
Classe di età			0 anni e più	
Tipo dato			persone che hanno subito incidenti in ambiente domestico negli ultimi tre mesi	
			persone che hanno subito incidenti	numero medio di incidenti per infortunato
Seleziona periodo	**Territorio**			
2018	Lombardia		12,2	1,1
2019			12,7	1,1

Fonte ISTAT – Aspetti della vita quotidiana

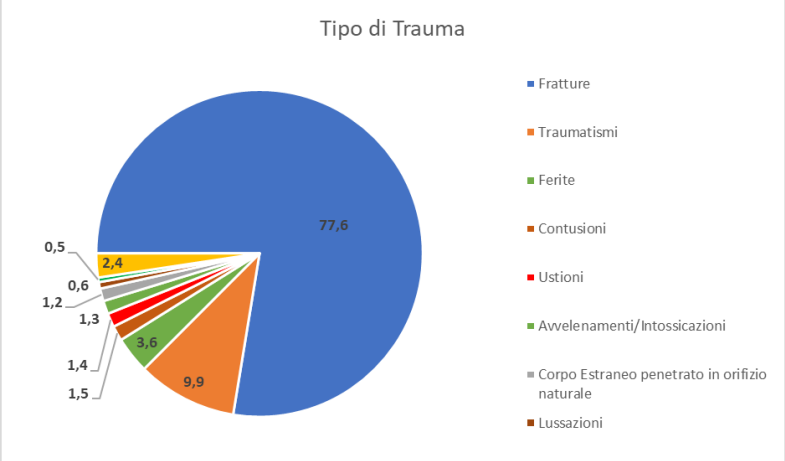
La fonte dati sino ad oggi utilizzata nella nostra regione è costituita dalla banca dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) che fornisce informazioni relative al numero di eventi e al tipo di traumatismo, ma che risulta invece carente di informazioni sulla dinamica dell'incidente. Inoltre, questi dati sono rappresentativi degli incidenti più gravi o comunque meritevoli di ricovero. Sulla base delle SDO regionali è stato possibile analizzare il fenomeno potendo disporre anche di dati aggiornati al 2020. Il numero degli incidenti domestici nel corso degli anni è rimasto sostanzialmente immutato, seppur con un picco nel 2017, difficilmente interpretabile data la natura delle SDO e la pandemia da SARS- COV19 che ha portato ad un minor numero di accessi negli ospedali.



Fonte: Rilevazione SDO – Anno 2020. Osservatorio Epidemiologico regionale

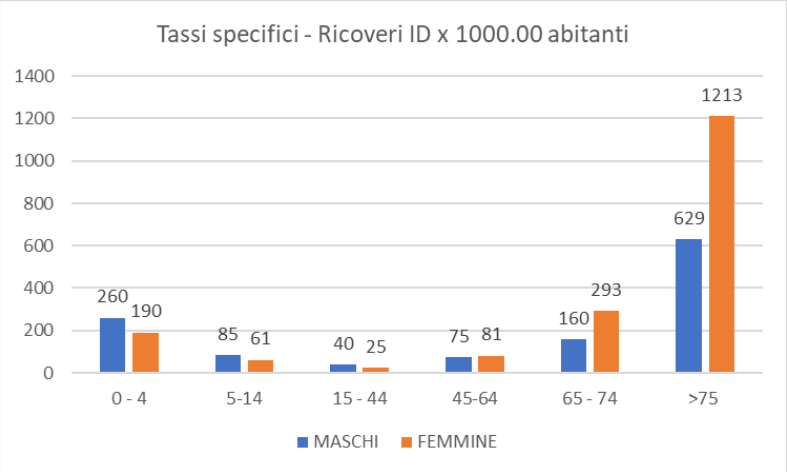
Nel 2020 dei 63.887 ricoveri urgenti, il 27,4% era dovuto a incidenti avvenuti in ambiente domestico.
Complessivamente i 19.081 ricoveri per ID sono attribuibili a):

Tipologia	**Valori assoluti**	**%**
Fratture	14805	77.6
Traumatismi	1890	9.9
Ferite	692	3.6
Contusioni	283	1.5
Ustioni	262	1.4
Avvelenamenti/Intossicazioni	250	1.3
Corpo Estraneo penetrato in orifizio naturale	238	1.2
Lussazioni	123	0.6
Distorsioni	86	0.5
Altro	452	2.4
Totale	19081	100



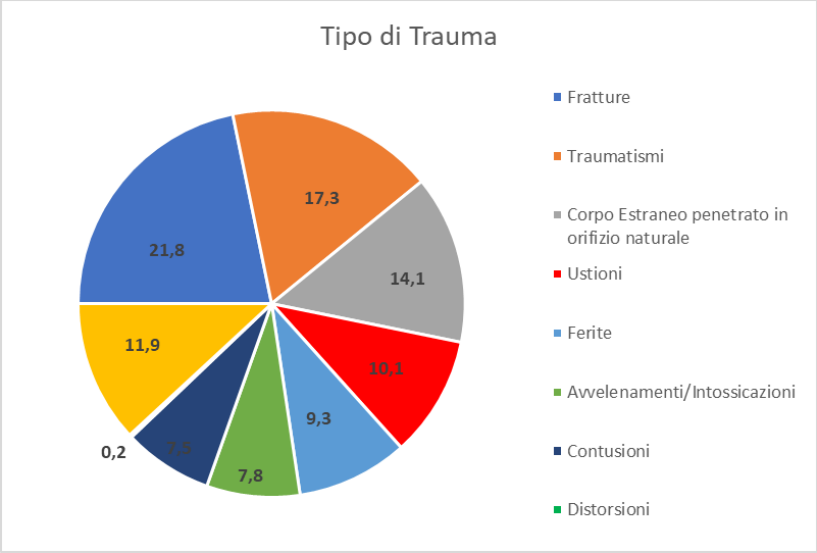
Fonte: Rilevazione SDO – Anno 2020. Osservatorio Epidemiologico regionale

Osservando i tassi specifici dei ricoveri si riscontra che le fasce più a rischio sono i bambini 0-4 anni (260 per i maschi e 190 per le femmine) e gli anziani, dai 65 in poi con picchi molto alti nella fascia al di sopra dei 75 anni.



Fonte: Rilevazione SDO – Anno 2020. Osservatorio Epidemiologico regionale

Per i bambini le principali cause di incidenti sono: fratture (21,8%), seguite dai traumatismi (17,3%), corpi estranei penetrati in orifizi naturali (14%), le ustioni (10%), ferite (9%); avvelenamenti (7,8%).



Fonte: Rilevazione SDO – Anno 2020. Osservatorio Epidemiologico regionale

Nella tabella seguente sono riportati i primi 10 traumi più frequenti unitamente al tasso per 100.000 abitanti.

Casistica 2020 dei 10 traumi più frequenti (per classificazione ICD-IX) nei bambini con età 0-4 anni e tassi x100.000 abitanti

COD_ICD	DESCRIZIONE	n.	Tasso x 100.000 ab.
8500	Commozione senza coma	78	20,52
920	Contusione della faccia, del cuoio capelluto e del collo escluso l'occhio	60	15,78
95901	Traumatismo della testa, non specificato	51	13,42
94800	Ustione [ogni grado] coinvolgente meno del 10% della superficie corporea, ustioni di terzo grado coinvolgenti meno del 10% della superficie corporea	34	8,94
80001	Frattura chiusa della volta cranica senza menzione di traumatismo intracranico, senza perdita di coscienza	27	7,10
85401	Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura, senza menzione di ferita intracranica esposta, senza perdita di coscienza	26	6,84
9351	Ce esofago	24	6,31
9352	Ce stomaco	23	6,05
81241	Fr sovracond omero-chius	20	5,26
938	Corpo estraneo nell'apparato digerente, sede non specificata	19	5,00

Come accennato sopra, altro gruppo di persone particolarmente a rischio è la popolazione over 65

Se si analizza la popolazione anziana per sesso emergono notevoli differenze di genere: infatti se i tassi specifici per 100.000 sono per i maschi rispettivamente di 160,03 per gli over 65, e di

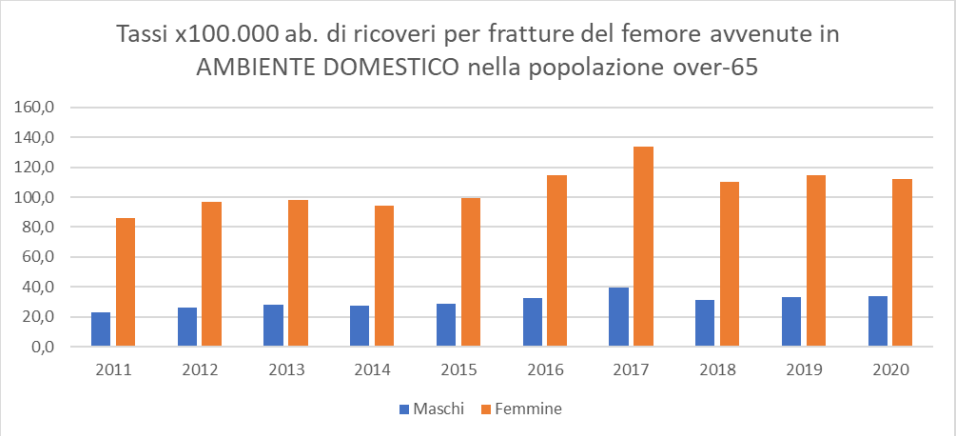
629,03 per gli over 75, per le femmine i tassi quasi raddoppiano, portando i valori a 292,64 per le donne oltre i 65 e a 1213,21per le donne oltre i 75.

Casistica 2020 dei 10 traumi più frequenti (classificazione ICD-IX) negli adulti over 65 (anni e tassi per 100.000 abitanti

COD_ICD	DESCRIZIONE	N	Tasso x 100.000
82020	Sezione trocanterica, non specificata	2390	104,30
82001	Fr epifisi pro femore-ch	1403	61,23
82021	Fr intertrocanterica-ch	927	40,45
82002	Frattura transcervicale, chiusa, della sezione mediocervicale	712	31,07
82000	Frattura transcervicale, chiusa, della sezione intracapsulare, non specificata	459	20,03
82022	Fr subtrocanterica-ch	396	17,28
82003	Fr base collo femore-ch	312	13,62
81200	Fr epif pros omer sai-ch	269	11,74
82009	Altra frattura transcervicale, chiusa	262	11,43
82100	Frattura di parte non specificata del femore, chiusa	251	10,95

Se si analizza la popolazione anziana per sesso emergono notevoli differenze di genere: infatti se i tassi specifici per 100.000 sono per i maschi rispettivamente di 160,03 per gli over 65, e di 629,03 per gli over 75, per le femmine i tassi quasi raddoppiano, portando i valori a 292,64 per le donne oltre i 65 e a 1213,21per le donne oltre i 75.

Focalizzando l'attenzione sulle fratture al femore emerge quanto siano assai più frequenti tra le donne



Fonte: Rilevazione SDO – Anno 2020. Osservatorio Epidemiologico regionale

Scheda di programma

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.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

- *"La sicurezza dei pedoni: Un manuale sulla sicurezza stradale per decisori e professionisti" World Health Organization 2013 Tabella 4.1: Misure e interventi specifici per migliorare la*

sicurezza dei pedoni, le azioni di miglioramento della consapevolezza e dei comportamenti di pedoni e veicoli, come pure le azioni volte alla riduzione dell'esposizione dei pedoni al traffico veicolare, hanno efficacia dimostrata o promettente.

- *Pubblicazione DORS "L'advocacy politica: un approccio promettente per migliorare la sicurezza dei pedoni nelle comunità povere", gli interventi con gli amministratori locali, aumentano l'attenzione e il sostegno alle politiche della sicurezza.*
- *Http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74686/E84938.pdf?ua=1 - OMS Europa 2004*
- *Linea Guida Nazionale della prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani (ISS PNLG maggio 2009)*
- *Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica. Linea Guida Prevenzione. ISS-SNLG-NIEBP, novembre 2011)*
- *La Prevenzione degli incidenti domestici in età infantile, ISS-SNLG -NIEBP, febbraio 2017*

Declinazione a livello regionale del Programma

La prevenzione degli incidenti stradali e domestici interesse la sanità pubblica per numero di morti, eventi di morbosità, costi sociali. Per quantificare l'entità del fenomeno basta osservare i dati: in Lombardia l'elaborazione 2020 delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) rileva che i soli ricoveri per incidente domestico sono stati 427.927 pari a circa il 15% del totale dei ricoveri ordinari (Regione Lombardia: Rilevazione SDO – Anno 2020. Osservatorio Epidemiologico regionale). Prendendo come riferimento i dati 2019 in quanto quelli 2020 sono influenzati dalle restrizioni pandemiche alla mobilità, i ricoveri per incidente stradale sono stati 6.296, circa lo 0,4 % dei ricoveri. L'incidente domestico si definisce[1] come un evento improvviso, indesiderato e non prevedibile che si verifica in un'abitazione e/o nelle sue pertinenze (balcone, giardino, garage, cantina, scala) e che comporta la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute della persona a causa di lesioni. Le fasce d'età maggiormente interessate sono: bambini 0-4 anni (Tassi specifici -ID per 100.000 abitanti:260 per i maschi e 190 per le femmine) e anziani, over 65, con picchi nella fascia oltre i 75 anni[2]. I maggiori rischi e i più gravi infortuni si verificano a seguito di cadute, ustioni, intossicazioni e soffocamento. La letteratura scientifica ha individuato una serie di fattori di rischio correlati con una maggiore probabilità di incorrere in incidenti domestici: alcuni individuali altri di contesto.
Tra i fattori individuali troviamo quelli attribuibili allo stile di vita (sedentarietà, consumo di alcol, disordini alimentari), ai cambiamenti dovuti al processo d'invecchiamento, all'assunzione di farmaci (riduzione della soglia di attenzione e aumento della sonnolenza), alle condizioni sociali ed economiche favorenti emarginazione, solitudine, depressione. Un altro importante fattore di rischio attinente all'aspetto psicologico, è la percezione dell'ambiente domestico come luogo sicuro. I dati di sorveglianza PASSI e PASSI D'ARGENTO 2016-2019[3] confermano che nella popolazione adulta italiana la consapevolezza del rischio di infortunio domestico è scarsa Oltre ai comportamenti errati, occorre considerare gli aspetti strutturali dell'abitazione, la dotazione infrastrutturale e di arredo. Un'abitazione non sicura può aumentare del 50% il rischio di cadute in casa[4].

Le principali cause di incidente fra le mura domestiche nell'anziano sono riconducibili alle ridotte capacità psico-fisiche dovute al processo d'invecchiamento o a problemi di salute. In età avanzata si osserva una riduzione dell'autonomia a causa di: vista, profondità visiva, capacità di coordinamento dei movimenti e del mantenimento dell'equilibrio. I problemi di salute che si presentano sono: cardio-vascolari, articolari, malattie delle ossa (in particolare l'osteoporosi per le donne in menopausa) oltre ai problemi di tipo cognitivo che incidono sulla capacità di

ragionamento, sulla memoria e sul linguaggio. Un'altra causa va ricercata nell'assunzione dei farmaci, in particolare anti-depressivi e altri psicofarmaci**,** che contribuiscono alla riduzione di attenzione. Negli anni, il fenomeno degli incidenti domestici, a livello regionale, è stato monitorato valutando l'andamento dei ricoveri ospedalieri. Le ATS, su indicazione regionale[5], hanno programmato gli interventi (PIL) indirizzando l'azione di prevenzione verso il consolidamento di progetti di comunità. Sulla base delle evidenze di efficacia disponibili, sono state incrementate le opportunità per la pratica dell'esercizio fisico nella popolazione generale e in target specifici, attraverso lo sviluppo di una governance regionale e locale e con l'attivazione delle ASST e di vari stakeholder (Comuni, Enti, Fondazioni, RSA, Associazioni di volontariato, di promozione sociale e sportiva, professionali, ecc.) che a vario titolo concorrono a supportare miglioramenti e/o cambiamenti strutturali, anche di natura urbanistica e organizzativa (Urban Health) che facilitano uno stile di vita attivo (percorsi pedonali e bike casa – scuola, casa- lavoro, green way, ecc.).

Per il target pediatrico, sono stati realizzati interventi informativi per prevenire le intossicazioni acute (nidi, scuole dell'infanzia, pediatri di libera scelta, centri vaccinali, consultori ecc.) e interventi di sensibilizzazione e formazione rivolti alle gestanti e ai neo genitori finalizzati al potenziamento di comportamenti protettivi tra cui la conoscenza dei rischi ai cui i bambini sono maggiormente esposti e come prevenirli.

In relazione al fenomeno dell'incidentalità stradale, l'obiettivo 3 "Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età" dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile mira a raggiungere entro il 2020 il dimezzamento del numero di morti e feriti per incidenti stradali (obiettivo 3.6). Per l'andamento degli incidenti stradali si fa riferimento ai dati del 2019, in quanto causa pandemia e conseguenti restrizioni, si è assistito ad una diminuzione forzata della mobilità nel corso del 2020 (meno 26,3% in Italia, non attribuibile a comportamenti virtuosi).

A questo proposito la Commissione mobilità e trasporti dell'U.E., nella relazione del 2019[6], rileva come il rilascio delle patenti di guida, congiuntamente all'istruzione mirata, alla sensibilizzazione dei cittadini e a efficaci sistemi di controllo, siano elementi di estrema importanza per dotare gli utenti della strada della capacità e della volontà di utilizzare strade e veicoli in modo sicuro. Per un'adeguata risposta agli indirizzi forniti dall'Unione Europea, appare necessario individuare ed agire sui diversi fattori causali dell'incidentalità e, tra questi, i requisiti di idoneità psicofisica alla guida. Su tale ultimo punto la Commissione, nell'ambito del programma, promosso nel 2006, denominato "ETSC Road Safety Performance Index (PIN)", destinato al confronto delle performance dei singoli stati europei e alla promozione delle "best practice" [7], ha posto in evidenza come sia necessario sviluppare e promuovere "linee guida basate su evidenze, per medici di medicina generale e altri professionisti medici cointeressati all'accertamento delle capacità funzionali di quanti ritenuti essere non più abili alla guida" [8].

Osservando i dati a livello regionale dal 2001 al 2019, il fenomeno è in miglioramento: la mortalità da incidente stradale si è ridotta del 32% in Lombardia. In Lombardia il numero totale di incidenti stradali, con lesioni alle persone, avvenuti nel 2019, è di 32.560 (in media 89 al giorno). Questi incidenti hanno provocato la morte di 438 persone e il ferimento di altre 44.400. Paragonando la Lombardia all'Italia, l'indice di mortalità (morti ogni 100 incidenti) presenta lo stesso andamento. Rispetto al 2018, il numero di incidenti stradali risulta stabile, come quello dei feriti. Il numero delle vittime è diminuito del 9,3% (meno 45 morti) in Lombardia e del 4,8% in Italia (meno 161 vittime). L'andamento dell'indice di lesività è costante, con una tendenza alla diminuzione, sia a livello regionale sia a nazionale. Nel 2019, in Lombardia si contano 136,4 feriti ogni 100 incidenti, contro i 141,5 dell'Italia. Considerando il rapporto tra morti per incidente stradale e numero di

abitanti (tasso di mortalità), la Lombardia presenta un valore inferiore sia alla media nazionale, sia a quella dell'Unione Europea. Se nel 2019 si contano 43,3 morti per milione di abitanti, in Italia se ne registrano 55,1 e in UE 52,5. La Lombardia mostra valori di mortalità inferiori rispetto alla maggior parte delle altre regioni italiane, collocandosi al terzultimo posto sia per indice di mortalità (1,3 morti ogni 100 incidenti) sia per tasso di mortalità (43,3 morti per milione di abitanti) (L'incidentalità sulle strade della Lombardia nel 2019. Dossier statistico promosso da Giunta Regionale – Regione Lombardia). Per monitorare il fenomeno dell'incidentalità stradale a livello regionale sono state attivate sinergie con il Centro Regionale di Governo e Monitoraggio della Sicurezza Stradale di Regione Lombardia (CMR, nato da una convenzione del 2011 dalla Giunta regionale con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti e presidiato dalla DG Sicurezza e da PoliS-Lombardia) che ha tra gli obiettivi, favorire e sostenere attività di studio e ricerca per approfondire la conoscenza su fattori di rischio e cause che determinano gli incidenti stradali e individuare misure e interventi adeguati per contrastare i rischi.

L'aspetto innovativo del Programma consiste nell'introdurre un livello di governance volto a implementare politiche per promuovere la mobilità sostenibile: il miglioramento degli spazi di vita e dei setting urbani in termini di sicurezza e sostenibilità con il potenziamento del contributo in termini di prevenzione ai Piani Urbani per la Mobilità Sostenibile (PUMS). In Lombardia i PUMS sono: 6 approvati, 4 adottati e 10 in fase di redazione (Osservatorio PUMS, 2021). Il PUMS, come da DM 233/17, è obbligatorio in tutte le Città Metropolitane e per le città con più di 100.000 abitanti: Milano e Brescia lo hanno approvato; Bergamo lo ha adottato; Monza risulta in fase di redazione. La Città Metropolitana di Milano ha approvato il PUMS nell'aprile 2021 e ha avviato la redazione del BICIPLAN (Piano urbano della mobilità ciclistica).

Il programma, in continuità con quanto già realizzato, mira consolidare gli interventi di promozione della salute con l'attuazione di interventi volti a:

- sviluppare programmi per la promozione di corretti stili vita, incrementando l'offerta di opportunità di attività fisica e movimento con un'ulteriore diffusione dei Gruppi di Cammino per la popolazione over 65, privilegiando l'ingaggio dei soggetti in condizioni di fragilità. Il Programma si collega al PP2 e PP9 in riferimento all'OS 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"*
- accrescere le competenze genitoriali sulla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile attraverso interventi informativi e formativi sulle intossicazioni acute, in collaborazione con nidi, scuole materne, pediatri di libera scelta, centri vaccinali, consultori, ecc. Il programma si collega al PL "Primi 1000 giorni" in relazione al MO3OS01 "*Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio* (bambini, donne e anziani)"
- favorire e promuovere un confronto con gli stakeholders, istituzionali e non, che operano sul territorio (azioni di Advocacy) attraverso l'attivazione di reti e la formalizzazione di accordi
- identificare strategie per coinvolgere la popolazione anziana maggiormente esposta a situazioni di fragilità e/o cronicità. Il Programma si collega al PP2 e in relazione all'MO1OS19 "*Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità*"
- rafforzare la collaborazione con la scuola in sinergia con la Rete SPS Lombarda- per diffondere la cultura della sicurezza. Il programma si collega con il PP1 in riferimento all'OS 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*"

- aumentare conoscenza e sensibilizzazione del fenomeno attraverso il consolidamento e l'integrazione delle banche dati e l'analisi dei dati dell'incidentalità regionale
- avviare una raccolta di dati che fornisca informazioni sullo status socio economico dei partecipanti ai gruppi di cammino e migliorare i flussi informativi sul monitoraggio del fenomeno dell'incidentalità
- rendere le città e le comunità sicure, inclusive, resilienti e sostenibili attraverso pratiche orientate tutelare e promuovere la salute nel setting urbano indoor e outdoor (Urban Health). Il Programma si collega al PP2 e PP9 MO1OS18 in relazione all' OS *"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"*
- sviluppare, ad integrazione degli interventi sul territorio, strategie di marketing sociale per orientare i comportamenti della popolazione
- ridefinire, in linea con l'evoluzione giuridico-normativa e con le "Indicazioni per una uniforme regolamentazione delle CML" elaborate dal Tavolo Tecnico regionale della Medicina Legale, l'assetto delle Commissioni Mediche Locali deputate all'accertamento delle capacità funzionali alla guida, dando attuazione alle linee tecniche di indirizzo in materia di accertamenti e in particolare agli esiti del percorso nazionale "Linee di indirizzo per le CML in materia di uso / abuso di alcol e idoneità". Il programma si collega al PP4 visto il rilievo delle questioni connesse all'uso/abuso di alcool e droghe alla guida.

[1] Aspetti della vita quotidiana" (ISTAT 2014)
[2] Rilevazione SDO – Anno 2020 . Osservatorio Epidemiologico regionale
[3] https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SicurezzaDomestica
[4] Linee guida incidenti domestici negli anziani. NIEbP - Network Italiano Evidence based Prevention
[5] Linee Guida "La prevenzione degli incidenti domestici in Lombardia". Decreto n.H/7619/2002
[6] Documento di lavoro dei servizi della Commissione Europea "Quadro dell'UE 2021-2030 per la sicurezza stradale – Prossime tappe verso l'"obiettivo zero vittime" ("Vision Zero")", Bruxells 19 giugno 2019.
[7] 27 April 2021 – Online Event – Are Medical Fitness to Drive Procedures Fit for Purpose?: https://etsc.eu/27-april-2021-online-event-are-medical-fitness-to-drive-procedures-fit-for-purpose/
[[8]]Are medical fitness to drive procedures fit to purpose? PIN Flash Report 40 March 2021

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 **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**
INDICATORE 1 **PP05_OT01_IT01**	**1. Accordi intersettoriali**
formula	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario
Standard	Almeno 1 accordo entro il 2022, almeno 2 accordi entro il 2025;
Fonte	Regione

AZIONE 1	Formalizzazione di Intese con CONI e Enti di promozione sportiva per la promozione dell'attività fisica come strumento di prevenzione degli incidenti domestici
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 1	Regione Lombardia vanta un'esperienza di lavoro con CONI e UISP. In particolare nel 2012 è stata sottoscritta un'Intesa con CONI per promuovere stili di vita attivi attraverso il movimento e l'attività fisica quotidiana, per contrastare la sedentarietà, il sovrappeso e l'obesità e affermare una concezione dell'attività motoria e sportiva come momento di benessere e di inclusione sociale che coinvolga tutti i target di popolazione. Sarà inoltre formalizzato il percorso di collaborazione con UISP con cui già da alcuni anni Regione Lombardia ha avviato un percorso di lavoro che ha previsto un'offerta di opportunità per fare movimento in occasione dei recenti periodi di *lockdown*.

AZIONE 2	Aggiornamento delle linee guida regionali per la prevenzione degli incidenti domestici
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 2	L'attività prevede la costituzione di tavoli di lavoro con SH esterni, partners istituzionali ed esperti per l'aggiornamento e la revisione del documento di indirizzo "Linee Guida per la prevenzione degli incidenti domestici in Lombardia" (DDUO H/7619/2002) che indicava come obiettivo prioritario la riduzione degli incidenti domestici nelle categorie

	più a rischio rappresentate dai bambini, donne e anziani. L'attività si prefigura pertanto come un aggiornamento di quanto già realizzato sulla base dei più recenti dati e sulle evidenze scientifiche e buone pratiche. La redazione del documento coinvolgerà le Direzione generali in relazione alla specifica competenza e darà avvio a un percorso di lavoro congiunto sul tema dell'incidentalità, coordinato dalla Struttura regionale

AZIONE 3	Definizione e attuazione di linee guida regionali per la riorganizzazione e la ricostituzione della composizione delle Commissioni Mediche Locali in accordo con la normativa nazionale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE AZIONE 3	Attuazione della ricomposizione e riorganizzazione delle Commissioni Mediche Locali sul territorio lombardo secondo le linee guida regionali

AZIONE 4	Recepimento delle linee di indirizzo per le CML in materia di uso/abuso di alcol e idoneità alla guida in accordo con Ministero e società scientifiche e predisposizione dei relativi atti di indirizzo regionale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE AZIONE 4	Recepimento delle indicazioni tecnico-operative per le valutazioni di idoneità/inidoneità, in accordo con Ministero e società scientifiche, in tema di idoneità alla guida e consumo di alcool

AZIONE 5	Revisione degli indirizzi regionali di cui alla D.G.R. n. VIII/9097 del 13.03.2009 e s.m.i., in materia di accertamenti richiesti dall'autorità giudiziaria a seguito di fermo alla guida o incidente stradale (ex artt. 186, 186 bis e 187 c.d.s.) con adeguamento alle previsioni ex art. 1 L. 41/2016).
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE AZIONE 5	Revisione degli indirizzi regionali di cui alla D.G.R. n. VIII/9097 del 13.03.2009 e s.m.i., in materia di accertamenti richiesti dall'autorità giudiziaria a seguito di fermo alla guida o incidente stradale (ex artt. 186, 186 bis e 187 c.d.s.) con adeguamento alle previsioni ex art. 1 L. 41/2016).

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 **PP05_OT02**	**Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting**
INDICATORE 2 **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

AZIONE 6	Progettazione di un percorso formativo regionale finalizzato allo sviluppo della cultura della sicurezza rivolto agli operatori sanitari e sociosanitari
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
CICLO DI VITA	età lavorativa
SETTING	
DESCRIZIONE AZIONE 6	Il percorso formativo (Ambito età pediatrica) sarà rivolto agli operatori socio sanitari e sarà realizzato sul territorio dalle ATS. La sua articolazione dovrà prevedere moduli dedicati a: • Sviluppare la capacità di analisi e lettura dei dati sulle sorveglianze • Aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici dei bambini e intossicazione • Identificazione delle evidenze e buone pratiche di prevenzione degli incidenti domestici

INDICATORE 3 **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

AZIONE 7	Progettazione di un percorso formativo regionale finalizzato allo sviluppo della cultura della sicurezza rivolto agli operatori sanitari e sociosanitari
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.7 Formazione operatori di altri Settori (es. OSA, Associazioni, RLSPP, ecc.)

CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 7	Il percorso formativo (Ambito anziani) sarà rivolto a operatori sanitari e sociosanitari con l'obiettivo di fare conoscere a collaboratori familiari e i caregiver rischi della casa e sviluppare la capacità di cura dell'anziano anche in relazione al corretto uso dei farmaci.

OBIETTIVO 3 **PP05_OS06**	Formare Operatori Sanitari e Sociosanitari – ATS-ASST in relazioni ai requisiti per l'idoneità alla guida
INDICATORE 4 **PP05_OS06_IS06**	**Presenza di offerta formativa per gli operatori sanitari e sociosanitari coinvolti nell'accertamento dell'idoneità alla guida**
formula	Presenza
Standard	Realizzazione di almeno 2 percorsi formativi di carattere regionale entro il 2025
Fonte	Documentazione regionale

AZIONE 8	Progettazione, programmazione e attuazione di un piano di formazione su temi di interesse rivolto alle diverse categorie di operatori coinvolti nei procedimenti previsti nei casi di accertamento di idoneità alla guida e consumo di alcool.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE AZIONE 8	Realizzazione di un Piano di formazione regionale in tema di valutazione dell'idoneità alla guida e consumo di alcool rivolto a: • operatori delle Commissioni medico Locali (CML) • operatori dei Servizi dell'area Dipendenze • Medici monocratici abilitati all'accertamento dei requisiti fisici e psichici per l'idoneità alla guida che operano presso le ASST, le autoscuole, le delegazioni ACI • Personale sanitario dell'Emergenza e Urgenza e dei pronto soccorso • Personale tecnico e sanitario dei laboratori di analisi biochimiche cliniche e tossicologia • Operatori sociali attivi negli ambiti sociali

AZIONE 9	Progettazione, programmazione e attuazione di un piano formativo su temi di interesse rivolto alle diverse categorie di operatori coinvolti nei procedimenti previsti nei casi di accertamento di idoneità alla guida e disabilità psichica
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE AZIONE 9	Realizzazione di un piano di formazione regionale in tema di valutazione dell'idoneità alla guida e disabilità psichica rivolto a

	• operatori sanitari e sociosanitari dei servizi dell'area Salute Mentale (per esempio CPS, Centri diurni ecc.) • Medici monocratici abilitati all'accertamento dei requisiti fisici e psichici per l'idoneità alla guida che operano presso le ASST, le autoscuole, le delegazioni ACI • operatori sociali attivi negli ambiti sociali

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 4 **PP05_OT03**	**Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio**
INDICATORE 5 **PP05_OT03_IT04**	**4. Comunicazione e informazione**
formula	Disponibilità di iniziative/strumenti/materiali di comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza in ambiente domestico e sulla strada nelle comunità locali
Standard	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022
Fonte	Regione

AZIONE 10	Aggiornamento sito regionale www.promozionesalute.regione.lombardia.it con sezione dedicata alla sicurezza domestica e incidentalità stradale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.11 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 10	Il sito regionale, dedicato alla diffusione della conoscenza e allo sviluppo di politiche integrate di promozione della salute, prevedrà una apposita sezione dedicata al tema. Sarà disponibile un toolkit con approfondimenti, materiali, esperienze delle ATS, documenti scientifici, ecc.

AZIONE 11	Interventi di comunicazione/informazione sui rischi in ambiente domestico e sulla strada
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 11	Gli interventi di comunicazione/informazione volti alla promozione di comportamenti corretti con particolare attenzione ai rischi di avvelenamento per i bambini (età pediatrica) e al rischio di cadute per gli anziani, potranno essere ideati sia a livello regionale che locale. Si prevede per esempio la produzione di leaflet/brochure multilingue e materiale di comunicazione per informare i genitori sui rischi a cui i bambini sono maggiormente esposti e alle azioni per prevenirli. I materiali saranno distribuiti all'interno dei punti nascita, consultori, centri vaccinali con intercettazione delle donne straniere. L'obiettivo è

	aumentare empowerment e literacy del cittadino in un'ottica di equità. Per quanto riguarda gli interventi di comunicazione sulla sicurezza stradale ci si avvarrà della collaborazione con il Centro Regionale di Governo e Monitoraggio della Sicurezza Stradale di Regione Lombardia, presidiato da DG Sicurezza e Polis Lombardia.

AZIONE 12	Iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione target (anziani e bambini) sul fenomeno dell'incidentalità in collaborazione con Comuni, scuole, associazioni, ASST
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 12	Sul territorio le ATS promuoveranno iniziative volte a sensibilizzare la popolazione, in particolare anziani e bambini, sul tema della sicurezza. Le iniziative, sulla base dei contesti organizzativi e delle sinergie locali, saranno organizzati in collaborazione con ASST, scuole, Associazioni di volontariato (AUSER, ecc.), biblioteche (Vedi iniziativa Nati per leggere di BG), consultori.

AZIONE 13	Iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale sui criteri di accertamento delle capacità funzionali alla guida e degli accertamenti richiesti dall'autorità giudiziaria a seguito di fermo alla guida o incidente stradale
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
CICLO DI VITA	età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 13	Iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale sui criteri di accertamento delle capacità funzionali alla guida e degli accertamenti richiesti dall'Autorità Giudiziaria a seguito di fermo alla guida o incidente stradale

EQUITÀ

OBIETTIVO 5 EQUITY **PP05_OT04**	**Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle azioni programmate**
INDICATORE 6 EQUITY **PP05_OT04_IT05**	**Lenti di equità - AZIONE EQUITY**
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione

AZIONE 14 EQUITY	Ridurre incidenti domestici nella popolazione over 65 stratificando per tutti i possibili determinanti di salute e determinanti sociali di salute.
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
CICLO DI VITA	terza età
DESCRIZIONE AZIONE 14 EQUITY	Le cadute degli anziani fra le mura domestiche possono essere determinate dalle condizioni di salute ma anche dalla struttura dell'abitazione tanto che un ambiente non sicuro può aumentare il rischio di caduta anche del 50%. L'azione mira a realizzare una combinazione di interventi di prevenzione che prevede sia il miglioramento della forma fisica dell'anziano, attraverso la partecipazione ai Gruppi di cammino (GdC), sia visite domiciliari da parte di volontari, appositamente formati, associate a interventi informativi/educativi sui rischi presenti nell'abitazione Gli interventi saranno realizzati sulla popolazione anziana over 65 che, come dimostrano i dati nazionali e regionali, riportano un elevato tasso di ricovero per fratture del femore in ambiente domestico. Sarà avviata una rilevazione volta a individuare il profilo socioeconomico della popolazione target che partecipa ai gruppi di cammino con l'obiettivo di individuare ed ingaggiare i soggetti in condizioni di fragilità sociale e mettere in atto azioni di mitigazione per favorire la partecipazione di soggetti che vivono in aree/ quartieri deprivati. L'iniziativa sarà avviata come "pilota" a livello locale.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Ridurre incidenti domestici nella popolazione over 65 stratificando per tutti i possibili determinanti di salute e determinanti sociali di salute.
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	creazione del gruppo di lavoro interdisciplinare: • mappatura e individuazione delle aree urbane di intervento • Analisi dei partecipanti ai GdC con rilevazione di variabili aggiuntive: titolo di studio, partecipazione ad ulteriori attività di prevenzione, storia di precedenti cadute, percezione della sicurezza dell'ambiente domestico e del rischio • individuazione delle barriere che ostacolano la partecipazione dei soggetti target ai GdC • individuazione delle modalità per la valutazione dei fattori di rischio e di protezione presenti negli in ambienti domestici dei partecipanti ai GdC (inserimento nelle linee guida con modalità organizzative per l'attivazione di visite domiciliari) • individuazione delle azioni di contrasto alle disuguaglianze • definizione delle modalità di ingaggio dei partecipanti e degli SH specifici per i contesti svantaggiati • documento di indirizzo • avvio della sperimentazione • verifica dell'impatto

ATTORI COINVOLTI	Interlocutori esterni: ANCI, AUSER, Associazioni del territorio (CSV, ecc..), UISP, ALER, Interlocutori interni: DG Famiglia, DG Sicurezza, UOC Promozione salute (ATS), Responsabili PIPSS (ATS), Cure Primarie (ATS), esperto in sicurezza degli ambienti domestici, DG Casa e housing sociale, medici specialisti (geriatra, traumatologo, ecc.)
INDICATORE	**n. gruppi di cammino con presenza di partecipanti in condizioni di fragilità** Formula: n. ATS che hanno incrementato il n. di GdC con presenza di partecipanti in condizioni di fragilità/ totale Gruppi di cammino Standard: incremento del 25% Fonte: Regione

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Ridurre incidenti domestici nella popolazione over 65 stratificando per tutti i possibili determinanti di salute e determinanti sociali di salute.
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	creazione del gruppo di lavoro interdisciplinare: • mappatura e individuazione delle aree urbane di intervento • Analisi dei partecipanti ai GdC con rilevazione di variabili aggiuntive: titolo di studio, partecipazione ad ulteriori attività di prevenzione, storia di precedenti cadute, percezione della sicurezza dell'ambiente domestico e del rischio • individuazione delle barriere che ostacolano la partecipazione dei soggetti target ai GdC • individuazione delle modalità per la valutazione dei fattori di rischio e di protezione presenti negli in ambienti domestici dei partecipanti ai GdC (inserimento nelle linee guida con modalità organizzative per l'attivazione di visite domiciliari) • individuazione delle azioni di contrasto alle disuguaglianze • definizione delle modalità di ingaggio dei partecipanti e degli SH specifici per i contesti svantaggiati • documento di indirizzo • avvio della sperimentazione • verifica dell'impatto
ATTORI COINVOLTI	Interlocutori esterni: ANCI, AUSER, Associazioni del territorio (CSV, ecc..), UISP, ALER, Interlocutori interni: DG Famiglia, DG Sicurezza, UOC Promozione salute (ATS), Responsabili PIPSS (ATS), Cure Primarie (ATS), esperto in sicurezza degli ambienti domestici, DG Casa e housing sociale, medici specialisti (geriatra, traumatologo, ecc.)
INDICATORE	**Documento regionale aggiornato sulla prevenzione degli incidenti domestici (Linee Guida)** Formula: Formalizzazione del documento Standard: Recepimento del documento 100% (tutte le ATS) Fonte: Regione

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 6 **PP05_OS01**	**Estendere/implementare politiche per promuovere la mobilità sostenibile**
INDICATORE 7 **PP05_OS01_IS01**	**Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) * (AZIONI 6, 6.1)**
formula	(N. di Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) nei quali la ASL ha espresso un contributo nell'ambito del procedimento di VAS)/(N. totale di PUMS) *100
Standard	30% di PUMS entro il 2023; 80% di PUMS entro il 2025
Fonte	Regione

AZIONE 15	Sostegno all'espressione di pareri integrati nell'ambito delle VAS dei Piani Urbani di Mobilità (PUMS) e dei Biciplan
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 15	In Lombardia i sistemi urbani sono contraddistinti da elevata densità e notevole congestione, aspetti che pongono importanti sfide per la salute, riferite alla qualità dell'aria, alla prevenzione delle malattie non trasmissibili, al contrasto ai cambiamenti climatici e all'inclusione sociale. Una rete infrastrutturale che attribuisca un ruolo centrale alla mobilità sostenibile garantirebbe un miglioramento della qualità e fruibilità del sistema di aree verdi negli ambienti di vita, oltre a contribuire a diminuire i livelli di inquinamento atmosferico e a contrastare l'effetto dell'isola di calore urbana. Un'accorta e lungimirante pianificazione di infrastrutture ciclopedonali integrate e sicure rappresenta una politica di fondamentale importanza in termine di prevenzione, nonché un'occasione di contrasto alle disuguaglianze. Il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2019 (PRP) di Regione Lombardia non valorizzava adeguatamente le attività trasversali e intersettoriali legate alla pianificazione sostenibile della mobilità e alle sue ricadute in termini di prevenzione. In Regione Lombardia i Piani Urbani della Mobilità sostenibile (PUMS) approvati o in itinere: secondo quanto riportato dall'Osservatorio PUMS (https://www.osservatoriopums.it/il-pums) al 2020 erano: 6 quelli approvati, 4 quelli adottati e 10 quelli che hanno intrapreso il processo di redazione. Il 28 aprile 2021 è stato approvato il PUMS della Città Metropolitana di Milano, ente che ha anche avviato la redazione del BICIPLAN (Piano urbano della mobilità ciclistica). I servizi Salute e Ambiente delle ATS lombarde sono chiamati ad esprimere un parere su questi strumenti di pianificazione; poiché al momento non sono disponibili elementi per poter valutare se tali pareri si limitino a prese d'atto formali o se entrino nel merito dei contenuti più propriamente legati alla mobilità sostenibile, alla sicurezza stradale e al contributo che una lungimirante pianificazione potrebbe dare in termini di salute e benessere, la presente azione vuole sostenere ed indirizzare l'attività istruttoria verso modalità integrate di valutazione omogenee per tutta la Regione, puntando a tenere viva l'attenzione sulla mobilità sostenibile come elemento strategico per migliorare la

	salute dei cittadini, attraverso il contrasto alla sedentarietà, e la qualità dell'ambiente, grazie al contributo alla demotorizzazione delle città, che a sua volta ha notevoli ricadute positive sulla qualità dell'aria e contribuisce a rendere possibili interventi di adattamento al cambiamento climatico (forestazione, depavimentazione, etc.). L'azione prevede l'espressione di parere anche sui Biciplan, di più recente codificazione. Ai sensi dell'art. 6 della legge 11 gennaio 2018, n. 2 "Disposizioni per lo sviluppo della mobilità in bicicletta e la realizzazione della rete nazionale di percorribilità ciclistica", i Comuni non facenti parte delle città metropolitane e le città metropolitane predispongono e adottano i piani urbani della mobilità ciclistica, denominati Biciplan, quali piani di settore dei PUMS, disciplinati dal DM 397/2017, così come modificato dal DM 396/2019. La redazione dei Biciplan è da intendersi obbligatoria per tutti gli Enti individuati dall'art.3 del DM 397 e s.m.i. e, quindi, anche per i Comuni e le associazioni di comuni con popolazione superiore a 100.000 abitanti non ricompresi nelle città metropolitane. L'obiettivo della presente azione è l'elaborazione e diffusione di indirizzi regionali ai Servizi Salute e Ambiente delle ATS per la partecipazione a tavoli tecnici inter istituzionali e l'espressione di pareri integrati omogenei in grado di promuovere infrastrutture e modalità di trasporto che favoriscano comportamenti sani, il miglioramento della salubrità dell'ambiente urbano, nonché la sicurezza delle strade e dei veicoli L'azione si svolgerà attraverso: • la costituzione di un tavolo di lavoro di livello regionale dedicato a spazi e infrastrutture inclusivi e sicuri con i servizi Salute Ambiente delle 8 ATS lombarde, debitamente integrato con competenze trasversali (DG Infrastrutture, DG Sicurezza, DG Territorio e Protezione civile, DG Ambiente e Clima, ARPA), al fine di assicurare l'espressione di pareri coerenti con le linee di indirizzo in tema di prevenzione della salute e mobilità sostenibile • l'elaborazione e diffusione di linee di indirizzo regionali per l'espressione di pareri PUMS/Biciplan che integrino tutela della salute del cittadino, sicurezza stradale e mobilità sostenibile • l'espressione di pareri integrati nelle procedure di VAS dei piani urbani di mobilità sostenibile (PUMS) e dei BICIPLAN da parte delle ATS territorialmente competenti INDICATORI: • Rendicontazione: N. di pareri integrati resi dalle ATS nell'ambito delle VAS dei Piani Urbani di Mobilità Sostenibile e Biciplan • Standard: n. di pareri/anno resi dalle ATS • Redazione di linee di indirizzo regionali per l'espressione di pareri PUMS/Biciplan che integrino tutela della salute del cittadino, sicurezza stradale e mobilità sostenibile • Standard: SI/NO

OBIETTIVO 7 **PP05**	**Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali**
	si veda azione 3 dell'OT FORMAZIONE

OBIETTIVO 8 **PP05**	**Estendere/implementare strategie e azioni per promuovere la SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DOMESTICI**

INDICATORE 8 **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

AZIONE 16	Formalizzare il Documento "Pratiche raccomandate e sostenibili nei Luoghi di lavoro WHP – Lombardia" **(Azione comune con PP3)**
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"
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 16	Elaborazione, con il coinvolgimento di Stakeholder di settore, e formalizzazione del Documento "Pratiche raccomandate e sostenibili nei Luoghi di lavoro WHP Lombardia", sulla base degli esiti del progetto CCM – Azioni Centrali "Supporto all'implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro (rete WHP, Workplace Health Promotion)"

OBIETTIVO 9 **PP05_OS02**	**Promuovere interventi nell'ambito scolastico per diffondere la cultura della sicurezza**
INDICATORE 9 **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") (AZIONI 7, 7.1)** **L'INDICATORE e la relativa azione sono in comune con PP1**
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
AZIONE 17	Attivazione del laboratorio regionale permanente per la promozione della salute nel setting scolastico **(Azione comune con PP1)**
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

CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 17	Attivazione del Laboratorio Regionale permanente per la promozione della salute nel setting scolastico con il coinvolgimento dei diversi stakeholder, Atenei, Enti Locali, DDGG Regionali ecc. al fine di: • Elaborare il "Documento Regionale di Pratiche Raccomandate" • Adattare e integrare programmi EB nel setting scolastico e nel Modello SPS • Sviluppare percorsi di valutazione quali-quantitativa dei programmi regionali attuati • Declinare le azioni con attenzione alle diseguaglianze di salute • Definire le priorità in relazione al profilo di salute delle scuole (RAV)

AZIONE 18	Sviluppo di un percorso integrato di promozione della sicurezza domestica
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza
DESCRIZIONE AZIONE 18	L'intervento prevede un'azione di sensibilizzazione nell'ambito scolastico che dovrà essere realizzato attraverso la definizione di un percorso integrato di collaborazione con la Rete delle Scuole che promuovono salute che coinvolga tutta la comunità scolastica, secondo il Modello della Scuola che Promuove Salute. I bambini, a partire dalla scuola dell'infanzia, è necessario che aumentino le proprie conoscenze e sviluppino le competenze utili a prevenire situazioni potenzialmente pericolose in ambiente domestico.

OBIETTIVO 10 **PP05_OS02**	**Aumentare l'autonomia personale nell'anziano attraverso la promozione dell'attività motoria e il corretto utilizzo dei farmaci**
INDICATORE 10 **PP05_OS01_IS03**	**Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età** **L'indicatore è in comune il PP2**
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

AZIONE 19	Indirizzi regionali per l'incremento dell'attività fisica e movimento nella Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.) (Azione comune con PP2)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico

CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 19	indirizzi regionali per l'incremento nella Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.)

INDICATORE 11 **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)** **L'indicatore è in comune con l'indicatore 7 del PP2**
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

AZIONE 20	Indicazioni per l'adozione di BP previste negli indirizzi regionali per la promozione di "comunità attive" all'interno della programmazione sociale (piani di zona) e della programmazione del SSR (regole, indirizzi e obiettivi ai DG ATS/ASST, piani integrati locali promozione della salute ATS ecc.) (**azione comune con PP2**)
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 20	Indicazioni per l'adozione di BP previste negli Indirizzi regionali per la promozione di "Comunità Attive" all'interno della Programmazione Piani di Zona e della Programmazione preventiva annuale del SSR (Regole, Indirizzi e Obiettivi ai DG ATS/ASST, Piani Integrati Locali Promozione della Salute ATS ecc.)

3.6 PP06 Piano mirato di prevenzione

Quadro logico regionale

CODICE	PP06
REFERENTI DEL PROGRAMMA	CORNAGGIA
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori - MO4-03 Redazione e ricognizione linee di indirizzo (ex art. 2 decreto 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano - MO4-04 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti - MO4-05 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa - MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health - MO4-09 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore - MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)

	- MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- 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 - 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
LEA	- 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 - C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

In premessa alla descrizione del profilo di salute ed equità, contenuta nel documento allegato che esplica analisi a partire dalle banche dati disponibili, si forniscono alcuni elementi di contesto che inseriscono la prevenzione a tutela del lavoratore all'interno della "Strategia regionale per lo Sviluppo Sostenibile" approvata dalla Giunta con dgr XI/4967/2021 (nel seguito "Strategia") ove si individuano 17 GOAL (SDGs) dell'Agenda 2030 relativi a scenari futuri di sviluppo in Lombardia, con un orizzonte temporale di medio (2030) e lungo periodo (2050).

La matrice di corrispondenza tra le competenze e le linee di azione delle Direzioni regionali, e gli obiettivi di Agenda 2030 e della Strategia Nazionale di Sviluppo Sostenibile (SNSvS) individua due macroaree che hanno correlazione o che esplicitamente richiamano la salute e la sicurezza sul lavoro, e segnatamente:

- Macro area strategica 01 – Salute, uguaglianza e inclusione il cui GOAL 3. "Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età" è direttamente collegato alla scelta della SNSvS "PERSONE "I. Contrastare la povertà e l'esclusione sociale eliminando i divari territoriali"

Regione Lombardia promuove condizioni di vita e relazione tra le persone che garantiscono buona salute, livelli diffusi di benessere, eguaglianza e solidarietà sociale. Il punto centrale di questo impegno è la difesa e la promozione della persona nella sua dignità e libertà, in ogni iniziativa pubblica e privata. L'emergenza COVID-19 ha impattato pesantemente sul tessuto sociale lombardo, colpendo fasce di popolazione già fragili e aumentando il rischio di povertà e di esclusione sociale, ma ha rafforzato la volontà di costruire rapporti sociali e servizi collettivi finalizzati al benessere comune.

La parola chiave su cui Regione Lombardia si impegna per il futuro è il benessere individuale e collettivo, sia oggettivo che soggettivo, che favorisca il singolo senza dimenticare gli ultimi e gli svantaggiati.

Per perseguire questa vision sono individuati tre ambiti di interdipendenza e riequilibrio tra le sfere della sostenibilità: inclusione, salute e uguaglianza. In questa macro-area strategica si richiamano il Goal 1 di contrasto ad ogni forma di povertà; il Goal 5 che punta ad assicurare la salute per tutti e per tutte le età; il Goal 5 che si prefigge di raggiungere l'uguaglianza di genere, per l'empowerment di tutte le donne e le ragazze; il Goal 10 con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze all'interno della regione, nel paese e fra le Nazioni.

L'obiettivo della salute è strettamente connesso al benessere dei cittadini che si attua attraverso l'inclusione sociale e la lotta alla povertà, la sicurezza alimentare, l'educazione equa ed inclusiva, il lavoro dignitoso e le infrastrutture resilienti, le città inclusive e sicure e le misure urgenti per combattere i cambiamenti climatici.

- Macro area strategica 02 – Educazione, formazione, lavoro al cui GOAL 8. "Incentivare una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva e un lavoro dignitoso per tutti" è direttamente collegata alla scelta della SNSvS "PERSONE "III. Promuovere la salute e il benessere".

Promuovere la piena realizzazione dei progetti di vita dei singoli individui e la loro piena integrazione sociale, si declina nel favorire: la crescita dei livelli di istruzione e formazione, l'accesso al lavoro dignitoso sia dal punto di vista economico che valoriale, la crescita economica equilibrata e basata su innovazione tecnologica e sociale, l'imprenditorialità individuale e associata, la valorizzazione integrale del capitale umano e la conseguente promozione del

capitale sociale. In questa macro-area strategica si richiamano il Goal 4 che contiene gli obiettivi di un'educazione di qualità, equa ed inclusiva, e opportunità di apprendimento per tutti; il Goal 8 che punta ad assicurare la salute per tutti e per tutte le età; il Goal 5 che si prefigge di raggiungere l'uguaglianza di genere, per l'empowerment di tutte le donne e le ragazze; il Goal 10 con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze all'interno della regione, nel paese e fra le Nazioni.

Gli ambiti di azione sono potenziare l'istruzione scolastica e terziaria; potenziare la formazione professionale; supportare una crescita economica sostenibile che garantisca lavoro e occupazione di qualità ai cittadini.

Per quest'ultima, è prioritario "azzerare" gli infortuni e le morti sul lavoro. Non può esservi, infatti, sviluppo sostenibile per il paese, fino a quando la sicurezza nei luoghi di lavoro non sarà garantita. Per raggiungere questo obiettivo è necessario, in primo luogo, sviluppare la cultura della prevenzione e sicurezza sul lavoro tra i cittadini sin dalle scuole primarie e ancor di più in sede di formazione professionale, in continuità con l'impego assunto con i provvedimenti: DGR 3328/2014 "Scuola Sicura" e DGR 2464/29019; conseguire il rafforzamento delle attività di controllo potenziando l'organico dei Servizi e perfezionando il coordinamento con le altre autorità competente per un totale rispetto alle norme su salute e sicurezza, legalità compresa.

Ciò premesso, posto che la mancanza di lavoro rappresenta la più significativa disuguaglianza che genera disagio sociale ed economico, le disuguaglianze in ambito lavorativo sono originate da diversi fattori. Le differenze - accanto a quelle che possiamo definire connaturate, quali genere, età e nazionalità - sono generate: dalla tipologia del contratto di lavoro, che rimanda a distinte condizioni socioeconomiche quali la retribuzione e la scolarità; dalla dimensione dell'azienda che, con il crescere del numero di dipendenti è in grado di offrire maggiori benefit (ad esempio: nidi aziendali, mensa, smart working).

La prevenzione delle disuguaglianze sul lavoro richiede – come tutti gli interventi di tutela del lavoratore - forti interconnessioni con ambiti differenti da quello sanitario, quali quello economico e sociale: fattore, questo, che rende difficile garantire il conseguimento degli obiettivi di riduzione degli eventi di infortunio e di malattia professionale. Deve però essere riconosciuto che le norme nazionali emanate sin dagli anni '50, ed in particolare al decreto legislativo n. 81/2008, individuano puntuali misure di riduzione delle disuguaglianze. La tutela della salute e sicurezza del lavoratore si applica da oltre 30 anni a partire dalla Valutazione dei Rischi di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), che richiede di considerare "anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o delle miscele chimiche36 impiegate, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n.151", anche quelli "connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro" (art. 28 comma 1 DLgs 81/08). Il DLgs 81/08 individua specifiche figure aziendali che assolvono al ruolo di prevenzione e protezione dai rischi - Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza, Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione, Medico Competente - la cui azione, sinergica a quella del datore di lavoro, è indirizzata a individuare soluzioni organizzative e/o individuali per la tutela della salute e sicurezza in azienda.

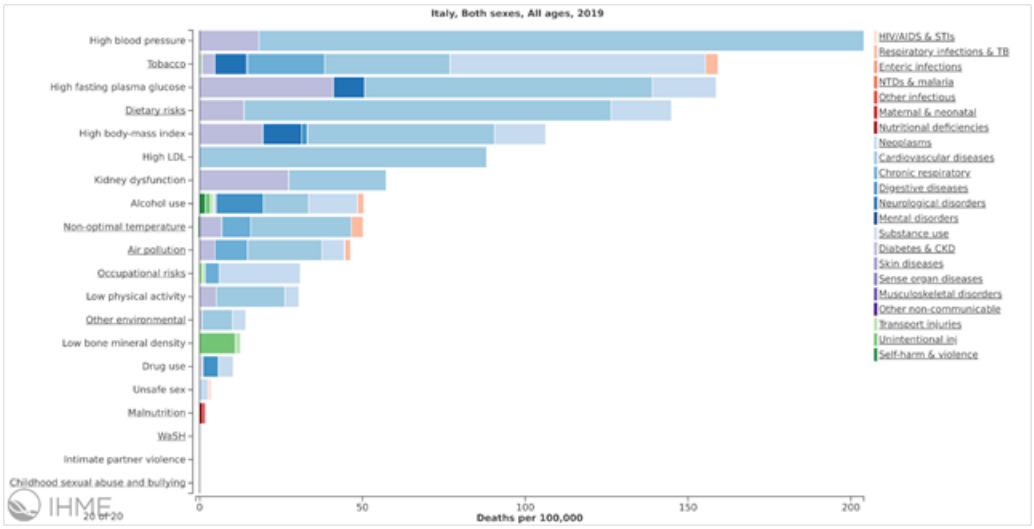
Entrando nel merito del profilo di salute ed equità ed anticipando gli esiti delle analisi che di seguito vengono descritte, un fattore di disuguaglianza proprio del tessuto produttivo lombardo è rappresentato da una alta percentuale di piccole e micro imprese che, come già evidenziato, hanno limitata disponibilità verso i propri lavoratori non solo ad azioni di welfare aziendale, ma

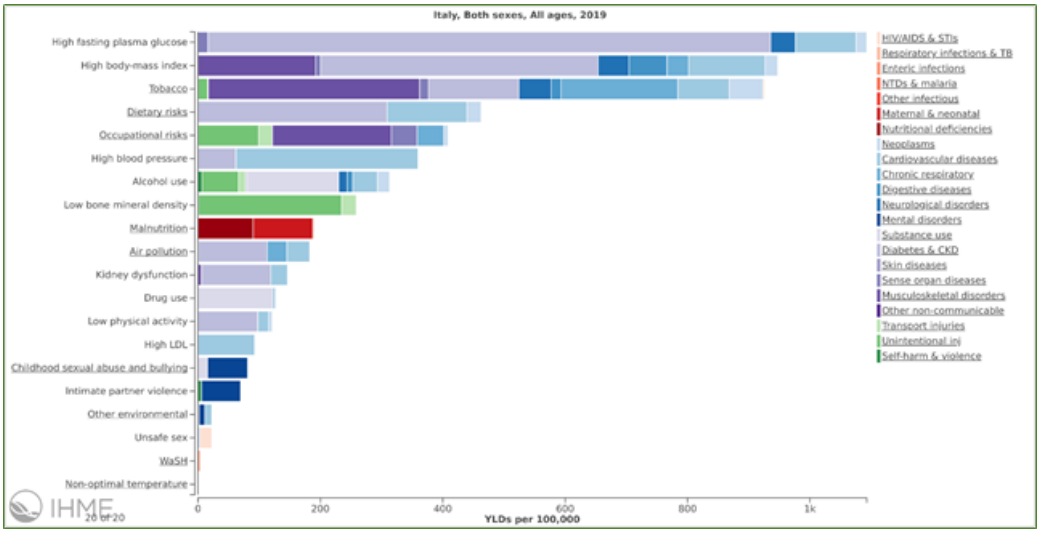
anche una difficile esplicazione autonoma delle funzioni di prevenzione aziendale tanto da prevederne l'affidamento a personale esterno: elemento di debole garanzia di effettiva tutela. Altresì, le PMI dimostrano una minore propensione all'utilizzo delle tecnologie 4.0., determinando in questo modo una diversa esposizione ai rischi per i propri addetti.

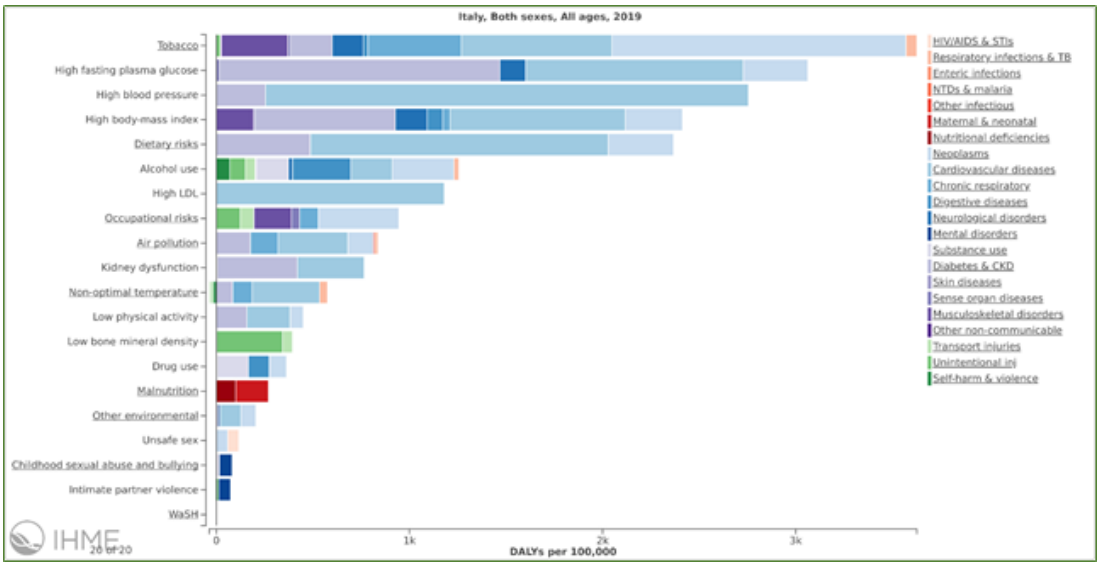
Analisi a livello nazionale

I dati di seguito sintetizzati rappresentano il profilo attribuito all'Italia nell'ultimo anno disponibile, il 2019. Il PNP indica l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) quale fonte per la misura del carico di danno (GBD: *Global Burden of Disease*).

Nelle tre figure seguenti sono, infatti, rappresentati rispettivamente, Morti x 100.000 residenti, YLDs e DALYs, e sono evidenziati i fattori di rischio occupazionali.

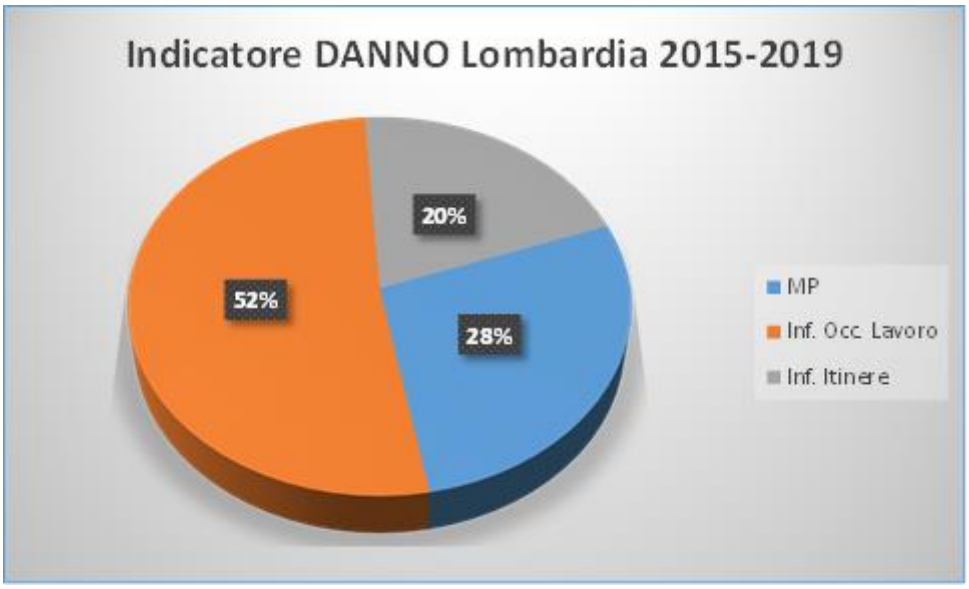




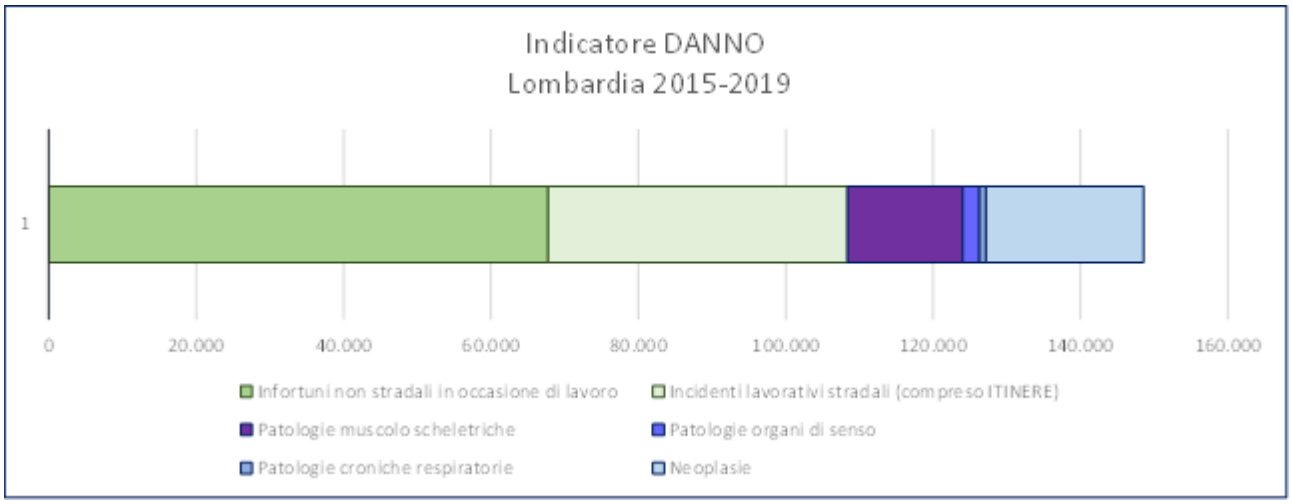


Analisi a livello regionale - Lombardia

Nella figura successiva viene evidenziata la distribuzione dei danni accertati, ossia infortuni e malattie professionali, per tipologia di evento nel quinquennio 2015 – 2019. I dati relativi al 2019 sono sottostimati perché al momento dell'estrazione INAIL non aveva definito i casi più gravi. Inoltre, l'informazione risente della mancata notifica di eventi infortunistici e di malattie professionali denunciate rispetto a quelle definite positivamente con postumi permanenti. Per malattie professionali gli anni trascorsi in condizione di disabilità sono calcolati facendo coincidere convenzionalmente l'inizio della malattia con la data della denuncia.



Nella figura successiva sono invece riportati i dati in base alle patologie del profilo nazionale IHME.



Nella tabella e nelle figure successive sono riportati i valori assoluti degli infortuni sul lavoro – denunciati e definiti positivamente (riconosciuti) - occorsi in Lombardia, nel periodo 2015-2019, esclusi studenti, colf, sportivi, stradali e in itinere.

Tutti i settori	2015	2016	2017	2018	2019
Totale infortuni denunciati TUTTI I SETTORI	116.537	116.675	119.825	120.343	120.221
Totale infortuni riconosciuti TUTTI I SETTORI	78.970	79.155	80.840	78.612	76.056
di cui in itinere	13.397	13.938	14.763	14.084	13.096
Riconosciuti in occasione di lavoro TUTTI I SETTORI	**55.098**	**54.686**	**55.660**	**54.039**	**52.747**
di cui stradali	3.422	3.282	3.375	3.064	2.986
Riconosciuti in occasione di lavoro NON stradali TUTTI I SETTORI	**51.676**	**51.404**	**52.285**	**50.975**	**49.761**
di cui Gravi T40(*)	11.616	11.528	12.227	11.904	10.861
di cui Mortali	42	38	37	47	53
Percentuale di infortuni gravi non stradali [4]	**22,5%**	**22,4%**	**23,4%**	**23,4%**	**21,8%**

vedi nota [1] per definizione "stradali" - (*) per il 2019 il dato è sottostimato perché non sono ancora complete le definizioni di casi a lunga prognosi.

Si osserva che infortuni denunciati e definiti positivamente (riconosciuti) hanno un andamento in controtendenza motivato dalla modifica al DLgs 81/08 che rende obbligatoria per via telematica la segnalazione a scopo statistico degli infortuni, anche con prognosi da 1 a 3 giorni, a decorrere da novembre 2017; questa quota di eventi, molto verosimilmente ancora estremamente sotto notificata e trattata come infortunio-medicazione (non soggetto a notifica), rende inutilizzabile il numero totale di eventi denunciati come indicatore predittivo degli infortuni riconosciuti.

Gli infortuni riconosciuti sono ripartiti nelle tre gestioni:

Gestione INAIL	2015	2016	2017	2018	2019
Agricoltura	2.538	2.439	2.341	2.178	2.039
Industria e servizi (compresa agrindustria)	50.643	50.341	51.322	50.137	49.019
Conto Stato	1.917	1.906	1.997	1.724	1.689
TOTALE	**55.098**	**54.686**	**55.660**	**54.039**	**52.747**

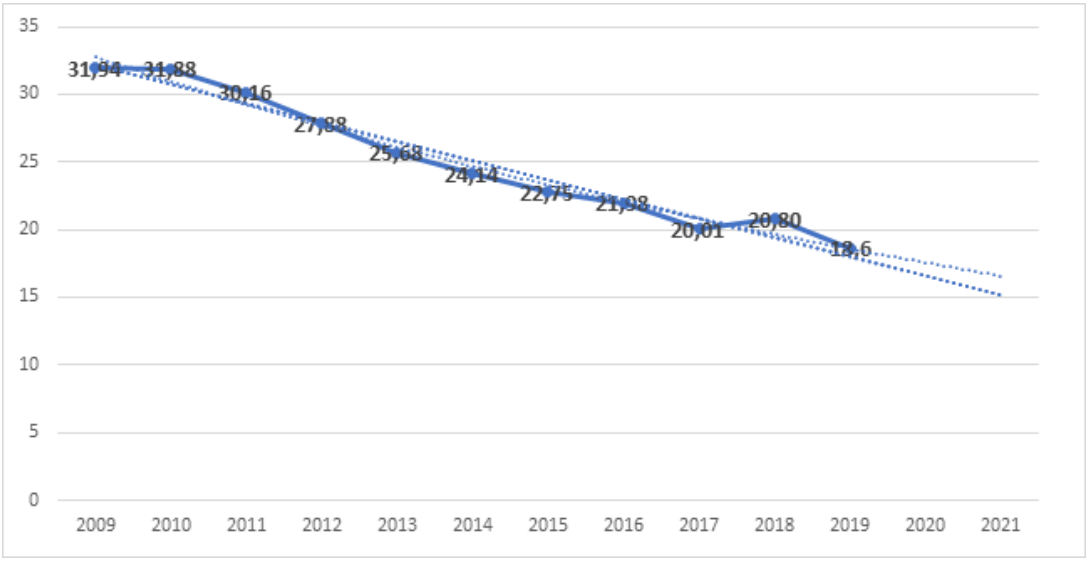
Per il settore industria e servizi è possibile calcolare i tassi di incidenza sugli infortuni definiti positivamente in occasione di lavoro[2].

INDUSTRIA E SERVIZI	2015	2016	2017	2018	2019
Riconosciuti in occasione di lavoro	50.643	50.341	51.322	50.137	49.019
Riconosciuti in occasione di lavoro NON stradali	47.324	47.158	48.034	47.167	46.129
di cui Gravi T40(*)	10.584	10.524	11.208	10.971	10.032
di cui Mortali	35	34	33	43	47
Tasso di incidenza x 1000 addetti totale	13,62	13,10	13,09	12,32	11,62
Tasso di incidenza non stradali x 1000 addetti	12,73	12,27	12,25	11,59	10,93
Tasso di di incidenza gravi T40 non stradali x 1000	2,85	2,74	2,86	2,70	2,38
Tasso di incidenza mortali x 1000	0,009	0,009	0,008	0,011	0,011
LFS 95% tasso mortali	0,013	0,012	0,011	0,014	0,014
LFI 95% tasso mortali	0,006	0,006	0,006	0,007	0,008

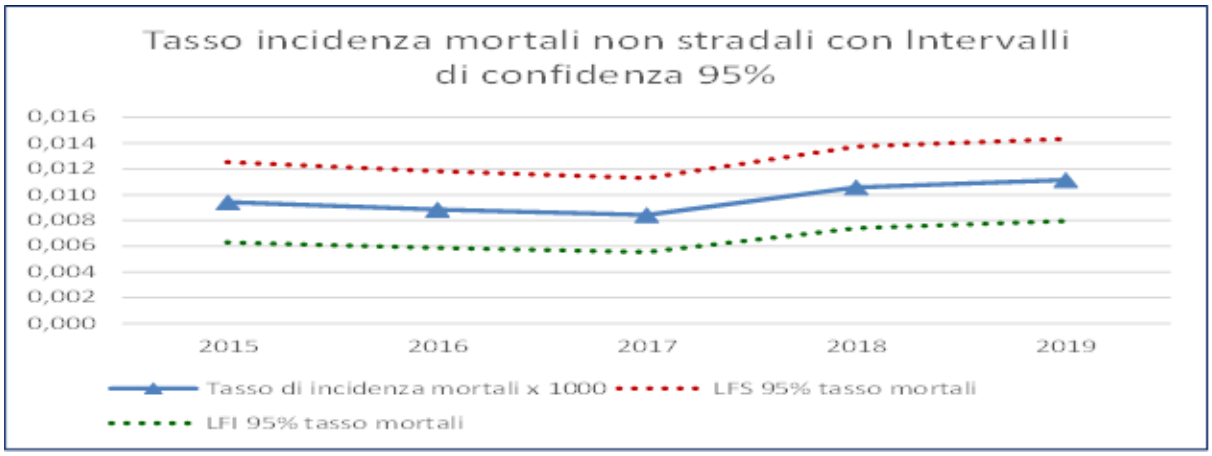
(*) per il 2019 il dato è sotto stimato perché non sono ancora complete le definizione di casi a lunga prognosi.

Confrontando i tassi di incidenza per gli infortuni in occasione di lavoro - totali, gravi con prognosi superiore a 40 giorni (T40), non stradali - si osserva che sono tutti in riduzione.

Si osserva lo stesso decremento calcolando il tasso di frequenza infortunistica a partire dagli infortuni denunciati, esclusi stradali ed itinere, e gli occupati ISTAT al netto della CIG e del tiraggio.



L'analisi dei tassi di incidenza degli infortuni **mortali** (non stradali) mostra, al contrario, un incremento dopo il 2017.

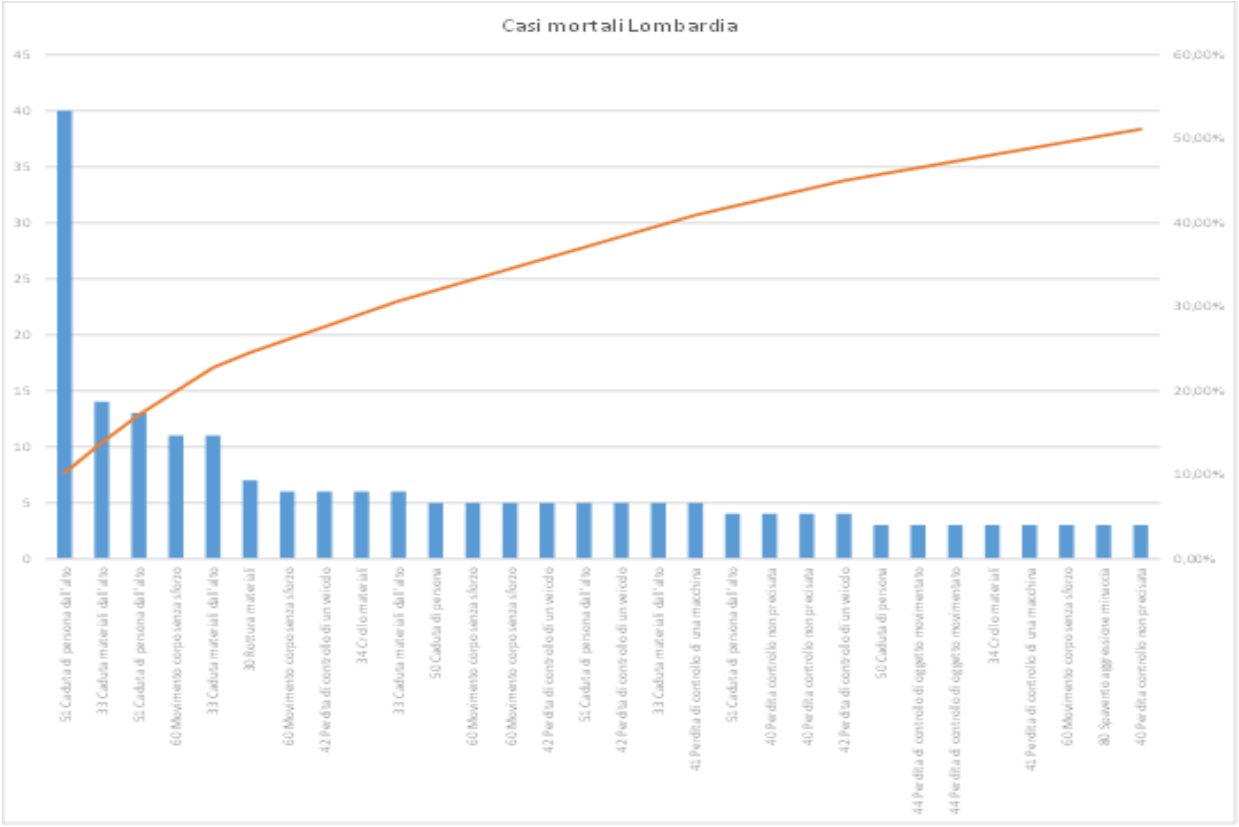


Il carico di danno per gli infortuni

L'analisi che segue considera gli infortuni che hanno determinato un "trauma maggiore"[1], potenzialmente invalidante o letale nel periodo 2010 al 2017.

La tabella, per valori decrescenti di frequenza e con frequenza cumulata, consente di costruire un diagramma di Pareto, abitualmente utilizzato per trattare le "non conformità" nei sistemi di gestione (es. qualità ISO 9001), indicando le condizioni di rischio più frequenti e da trattare prioritariamente.

Gruppi Ateco 2007	N58d_NewGruppoDev	Numero Maggiori	di cui Mortali	% Traumi Maggiori	% Mortali	% CUMULATA Traumi Maggiori	% CUMULATA Mortali
F Costruzioni	51 Caduta di persona dall'alto	668	40	5,11%	10,23%	5,11%	10,23%
F Costruzioni	33 Caduta materiali dall'alto	169	14	1,29%	3,58%	6,40%	13,81%
C Attività manifatturiere	51 Caduta di persona dall'alto	338	13	2,59%	3,32%	8,99%	17,14%
C Attività manifatturiere	60 Movimento corpo senza sforzo	613	11	4,69%	2,81%	13,68%	19,95%
C Attività manifatturiere	33 Caduta materiali dall'alto	206	11	1,58%	2,81%	15,26%	22,76%
C Attività manifatturiere	30 Rottura materiali	132	7	1,01%	1,79%	16,27%	24,55%
F Costruzioni	60 Movimento corpo senza sforzo	306	6	2,34%	1,53%	18,61%	26,09%
C Attività manifatturiere	42 Perdita di controllo di un veicolo	127	6	0,97%	1,53%	19,58%	27,62%
F Costruzioni	34 Crollo materiali	121	6	0,93%	1,53%	20,50%	29,16%
H Trasporto e magazzinaggio	33 Caduta materiali dall'alto	62	6	0,47%	1,53%	20,98%	30,69%
C Attività manifatturiere	50 Caduta di persona	676	5	5,17%	1,28%	26,15%	31,97%
H Trasporto e magazzinaggio	60 Movimento corpo senza sforzo	174	5	1,33%	1,28%	27,48%	33,25%
G Commercio	60 Movimento corpo senza sforzo	158	5	1,21%	1,28%	28,69%	34,53%
H Trasporto e magazzinaggio	42 Perdita di controllo di un veicolo	155	5	1,19%	1,28%	29,88%	35,81%
X Non determinato	51 Caduta di persona dall'alto	66	5	0,50%	1,28%	30,38%	37,08%
F Costruzioni	42 Perdita di controllo di un veicolo	65	5	0,50%	1,28%	30,88%	38,36%
X Non Classificato	33 Caduta materiali dall'alto	35	5	0,27%	1,28%	31,15%	39,64%
F Costruzioni	41 Perdita di controllo di una macchina	23	5	0,18%	1,28%	31,32%	40,92%
H Trasporto e magazzinaggio	51 Caduta di persona dall'alto	138	4	1,06%	1,02%	32,38%	41,94%
C Attività manifatturiere	40 Perdita controllo non precisata	74	4	0,57%	1,02%	32,95%	42,97%
G Commercio	40 Perdita controllo non precisata	34	4	0,26%	1,02%	33,21%	43,99%
X Non determinato	42 Perdita di controllo di un veicolo	25	4	0,19%	1,02%	33,40%	45,01%
F Costruzioni	50 Caduta di persona	615	3	4,71%	0,77%	38,10%	45,78%
C Attività manifatturiere	44 Perdita di controllo di oggetto movime	422	3	3,23%	0,77%	41,33%	46,55%
F Costruzioni	44 Perdita di controllo di oggetto movime	194	3	1,48%	0,77%	42,82%	47,31%
C Attività manifatturiere	34 Crollo materiali	150	3	1,15%	0,77%	43,96%	48,08%
C Attività manifatturiere	41 Perdita di controllo di una macchina	149	3	1,14%	0,77%	45,10%	48,85%
X Non determinato	60 Movimento corpo senza sforzo	75	3	0,57%	0,77%	45,68%	49,62%
X Non Classificato	80 Spavento aggressione minaccia	59	3	0,45%	0,77%	46,13%	50,38%
H Trasporto e magazzinaggio	40 Perdita controllo non precisata	52	3	0,40%	0,77%	46,53%	51,15%



Il grafico mostra come il 50% degli eventi mortali sia compreso nella rassegna delle modalità di accadimento in ascissa (l'analisi non riportata in grafico degli eventi gravi e potenzialmente mortali mostra un analogo andamento per il 46%).

L'integrazione di analisi con la fonte informativa regionale Ma.P.I., che contiene informazioni sulle modalità di accadimento di tutte le inchieste infortuni effettuate dal personale dei Servizi PSAL nei casi mortali e gravi, permette di avere una descrizione dell'evento che non risente del punto di vista aziendale.

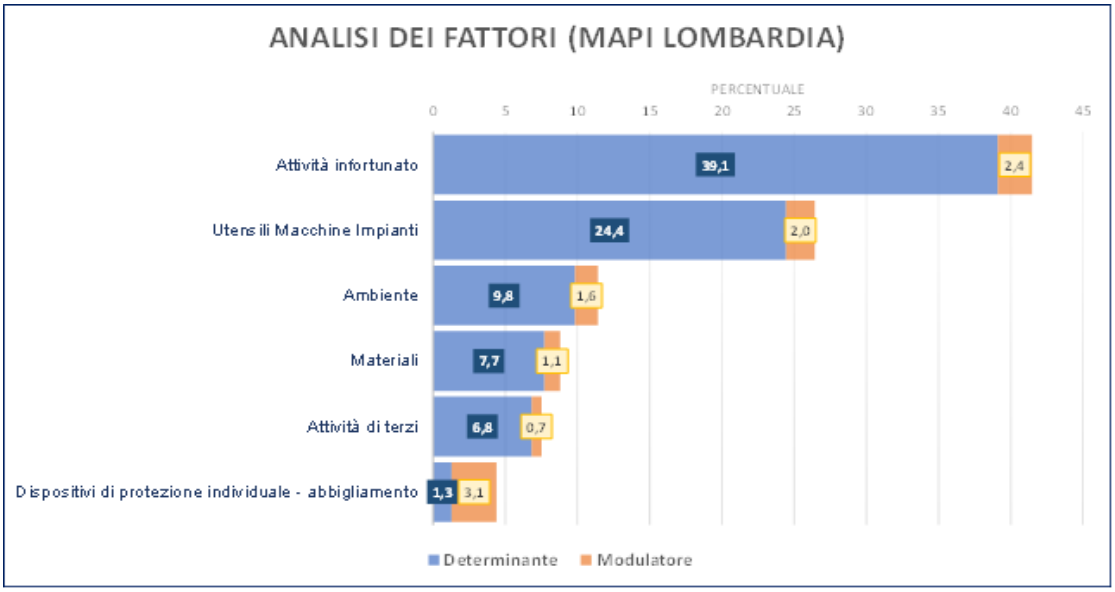
Le tabelle e il grafico successivi descrivono i fattori di rischio degli infortuni, distinguendo i determinanti (situazioni che aumentano la probabilità dell'incidente) e i modulatori (fattori che non incidono sulla probabilità di incidente ma che possono aumentare o diminuire la gravità dell'infortunio; i DPI sono tipicamente modulatori).

Numero

Tipo di Fattore	Determinante	Modulatore	Totale
Attività infortunato	4.260	258	4.518
Utensili Macchine Impianti	2.662	218	2.880
Ambiente	1.071	173	1.244
Materiali	840	118	958
Attività di terzi	744	74	818
Dispositivi di protezione individuale - abbigliamento	141	338	479
TOTALE	9.718	1.179	10.897

Percentuale

Tipo di Fattore	Determinante	Modulatore	Totale
Attività infortunato	39,1	2,4	41,5
Utensili Macchine Impianti	24,4	2,0	26,4
Ambiente	9,8	1,6	11,4
Materiali	7,7	1,1	8,8
Attività di terzi	6,8	0,7	7,5
Dispositivi di protezione individuale - abbigliamento	1,3	3,1	4,4
TOTALE	89,2	10,8	100,0



Il carico di danno per le malattie professionali

Occorre premettere che, da una parte, le disposizioni che regolano le denunce di malattia professionale, l'avvio delle pratiche assicurative con il primo certificato e la refertazione (ed in generale la differente mission istituzionale di ATS ed INAIL); dall'altra, il mancato riconoscimento INAIL di molte malattie denunciate per ragioni di natura medica e/o assicurativa e/o amministrativa sostanziano analisi dissimili dei casi afferenti agli archivi della sanità e dell'ente assicurativo.

Le analisi, altresì, risentono, in una certa misura, della sotto notifica che per patologia non è uniforme in ragione di distinte motivazioni: ad esempio è verosimile che sia molto sotto notificata la patologia allergica cutanea per lo scarso interesse assicurativo del lavoratore; mentre quella neoplastica, pur molto rilevante per l'indennizzo, per la difficoltà di ipotizzare la relazione con l'esposizione lavorativa e di ricondurla alla causa lavorativa.

Le patologie riconosciute in Lombardia sono circa il **40%** (**9.345 su 23.443**) delle denunciate nel quinquennio 2015-2019; la percentuale cambia in base al tipo di patologia, alla forma tabellata o non tabellata e alla possibile genesi multifattoriale.

Quantitativamente, tra le malattie professionali denunciate e riconosciute prevale nettamente la patologia muscolo scheletrica, seguita dai danni da rumore.

Gruppo Codice Sanitario Accertato INAIL	2015	2016	2017	2018	2019	TOTALE
001 Malattie Infettive	0	1	0	0	0	**1**
002 Neoplasie escluso mesotelioma	76	81	72	82	79	**390**
003 Mesotelioma Pleurico	152	137	140	112	129	**670**
006 Malattie psichiche	5	6	4	6	1	**22**
007 Sistema Nervoso centrale	0	0	0	1	0	**1**
008 Sistema Nervoso Periferico	26	23	71	87	63	**270**
009 Occhio	0	0	0	1	1	**2**
010 Orecchio	254	234	248	257	237	**1.230**
011 Cardio circolatorio	5	3	4	2	1	**15**
012 Infezioni respiratorie	5	3	15	4	2	**29**
013 Patologia respiratoria	75	79	57	70	56	**337**
016 Patologia cute	44	50	54	49	45	**242**
017 Muscoloscheletrica	1.138	1.278	1.205	1.344	1.169	**6.134**
xxx non definito	0	2	0	0	0	**2**
TOTALE	**1.780**	**1.897**	**1.870**	**2.015**	**1.783**	**9.345**

L'indicatore di danno ID applicato alle malattie professionali consente di evidenziarne la prevalenza nell'industria e servizi.

	ANNO EVENTO					
Gestione INAIL	2015	2016	2017	2018	2019	TOTALE
Agricoltura	285	395	303	354	201	1.538
Industria e servizi	9.347	8.471	8.263	8.359	5.693	40.132
Conto Stato	88	8	23	3	0	121
TOTALE	9.720	8.873	8.589	8.715	5.894	41.791

Nella tabella successiva - evidenziato che il più alto carico di danno è alla voce "Non classificato", essendo gran parte delle neoplasie non sono più riconducibili ad una specifica azienda classificata con il codici di attività, vista la lunga latenza di queste patologie - prevalgono il settore manifatturiero (C) e le costruzioni (F).

	ANNO EVENTO					
Gruppi Ateco 2007	2015	2016	2017	2018	2019	TOTALE
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	14	12	25	19	10	80
B Estrazione di minerali	37	19	17	25	19	116
C Attivita' manifatturiere	1.490	1.773	1.767	1.641	1.290	7.962
D Fornitura di energia	543	117	258	100	24	1.042
E Fornitura di acqua	165	31	45	61	12	314
F Costruzioni	1.058	1.126	1.108	945	764	5.001
G Commercio	411	367	318	249	259	1.605
H Trasporto e magazzinaggio	136	244	169	115	111	775
I Alloggio e ristorazione	124	128	124	97	85	557
J Informazione e comunicazione	82	6	21	1	91	202
K Finanza e assicurazioni	0	2	18	4	1	25
L Attivita' immobiliari	35	26	42	8	18	129
M Professioni	48	33	41	111	83	316
N Noleggio, agenzie di viaggio	91	65	53	64	191	464
O Amministrazione pubblica	27	101	14	12	10	164
P Istruzione	1	0	4	5	9	19
Q Sanita'	160	138	191	145	147	781
R Arte, sport, intrattenimento	6	22	33	34	31	126
S Altre attivita' di servizi	59	149	78	111	42	438
X Non Classificato (A+I+S)	5.233	4.516	4.263	4.967	2.697	21.676
X Non Classificato (Industria)	4.860	4.113	3.937	4.611	2.496	20.017
TOTALE	9.720	8.873	8.589	8.715	5.894	41.791

Passando alla valutazione del danno, tra le patologie prevalgono le neoplasie - il mesotelioma in particolare - seguite dalla patologia muscolo scheletrica e dal danno da rumore.

Confrontando i settori ATECO e le patologie, dal punto di vista del carico di danno, emergono le patologie muscolo scheletriche, in particolare per Costruzioni, Commercio, Servizi di alloggio, Sanità e assistenza sociale; mentre le neoplasie, per i motivi già illustrati compaiono nel settore non determinato. Per queste ultime, altre fonti permettono di identificare i settori lavorativi ove può essere avvenuta l'esposizione, trattandosi prevalentemente di patologia derivante da lavorazioni che esponevano a amianto.

Delle 1.060 neoplasie riconosciute, ben 809 sono correlate ad asbesto (76,3%) e questo porta ad ipotizzare che molte altre situazioni, meno riconoscibili, siano sottonotificate. Tumori polmonari, naso sinusali e vescicali sono quelli che prevalgono sui non correlati ad asbesto.

Le disuguaglianze

L'analisi dei tassi di incidenza in Lombardia - come "***stima del rischio individuale***" - per categoria dimensionale consente di evidenziare che la dimensione delle aziende è elemento di disuguaglianza.

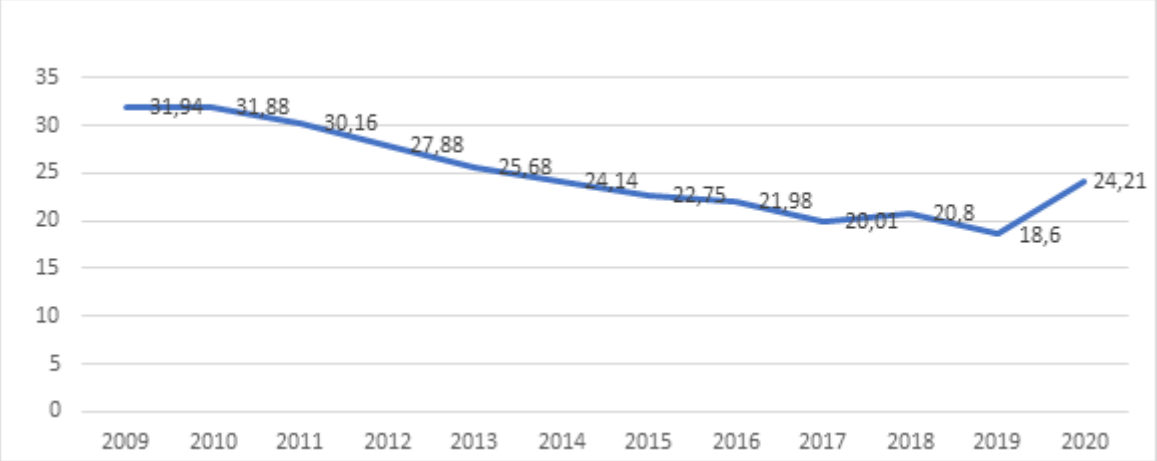
In particolare, il tasso di incidenza totale degli infortuni positivi nelle aziende fino a 30 addetti (che comprendono anche gli autonomi) è significativamente più alto di circa il 9% di quelle con oltre 30 addetti.

La distribuzione delle categorie ATECO varia per classe dimensionale. In generale, nelle aziende fino a 10 addetti ricadono le attività a rischio ed anche la standardizzazione dei tassi, seppure ne riduce la differenza, non la elimina.

Occorre quindi mettere in atto azioni – anche di assistenza - specificamente dedicate a ridurre lo svantaggio.

Il contesto COVID-19

Le analisi relative all'andamento infortunistico nell'anno 2020 meritano un'osservazione separata per l'effetto delle chiusure finalizzate a limitare la diffusione della pandemia Covid 19 e delle denunce di infezione da Coronavirus ascritte, come da sempre tutte le infezioni, ad infortunio sul lavoro.



Osservato che è difficile distinguere gli infortuni Covid-19 dagli altri e che verosimilmente sono stati attribuiti al luogo di residenza e non a quello di lavoro, complessivamente in Lombardia le denunce del 2020 sono diminuite leggermente rispetto al 2019, passando 119.930 a 112.332 (-6,3%).

La diminuzione è dovuta alla marcata riduzione degli infortuni in itinere (-44,7 %), mentre quelli in occasione di lavoro sono lievemente aumentati (+1,02%).

In prima analisi, si può osservare che:

- le chiusure parziali o totali, lo smartworking e le varie restrizioni abbiano notevolmente ridotto il traffico veicolare e quindi il rischio di incidente stradale in itinere;
- non c'è stata riduzione degli infortuni in occasione di lavoro – anzi, se ne vede un aumento che interessa i mesi corrispondenti alle due "ondate" pandemiche di marzo e ottobre-novembre 2020 - perché:
    - gli infortuni Covid-19 hanno compensato il mancato verificarsi degli infortuni "classici";
    - il rischio stradale non ha avuto una riduzione così significativa perché non tutte le attività produttive sono state soggette a lockdown

Le infezioni da Coronavirus evidenziano il loro impatto, in particolare sulla sanità e sull'assistenza sociale e di conseguenza sul genere femminile che in queste attività è più rappresentato. Con riferimento ai codici ATECO di attività economica, si evidenziano nei settori **Q86-Sanità, Q87 Assistenza residenziale e Q88 Assistenza non residenziale** gli aumenti di eventi in occasione di lavoro rispetto al 2019 nei mesi di marzo, aprile, maggio e ottobre, novembre, dicembre.

Si deve, tuttavia, rilevare che il dato per il settore sanità è incompleto in quanto tutta la sanità pubblica (ATS e ASST), ospedali compresi, che non è iscritta nel registro delle imprese, non è classificata con il relativo codice ATECO negli archivi di INAIL.

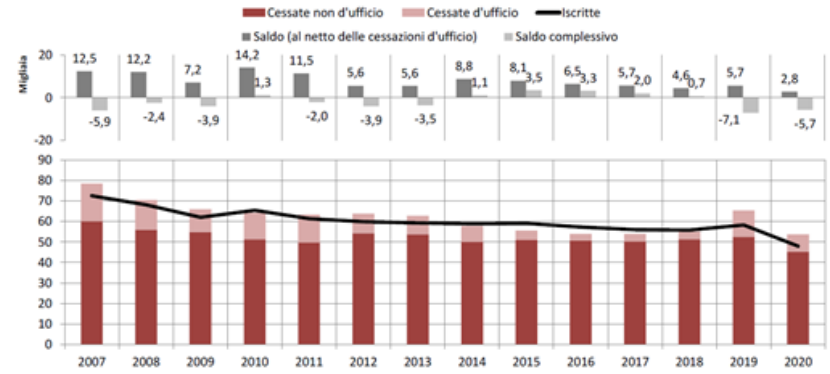
[1] T40: *infortuni con prognosi superiore a 40 gg o più gravi.*

[2] Gli infortuni stradali con o senza automezzo in luogo pubblico devono essere distinti. Gli infortuni che avvengono all'interno del cantiere o dell'azienda, anche con il coinvolgimento di un mezzo, sono infortuni in occasione di lavoro, ossia non sono infortuni stradali.

1. IMPRESE

Dopo la crisi economica del 2008-2009, si è registrato un periodo di incertezza con brevi accenni di ripresa e successiva diminuzione del numero di imprese; il periodo 2015 – 2019, dopo una iniziale diminuzione, si è concluso con una progressiva crescita interrotta bruscamente nel 2020 dalla pandemia Covid 19 che ha colpito duramente molte imprese a causa del periodo di lockdown e delle successive limitazioni di alcuni tipi di attività.

Numero imprese iscritte, cessate e saldo – Lombardia



Fonte: Elaborazioni Unioncamere Lombardia su dati Infocamere

Lo "stato dell'arte" delle imprese attive iscritte al registro delle imprese è quello documentato nella tabella successiva.

Demografia d'impresa anno 2020, dati per sezione di attività economica – Lombardia

	SEZIONE DI ATTIVA' ECONOMICA - ATECO 2007	Registrate	Attive	Iscritte	Cessate totali	Cessate non d'ufficio	Var. % attive
A	Agricoltura, silvicoltura pesca	44.598	43.930	1.049	1.862	1.811	-1,7
B	Estrazione di minerali da cave e miniere	422	331	0	16	13	-3,8
C	Attività manifatturiere	104.448	90.818	2.121	5.725	4.263	-2,7
D	Fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condiz...	2.293	2.140	110	106	100	4,4
E	Fornitura di acqua; reti fognarie, attività di gestione d...	1.630	1.458	18	69	56	0,7
F	Costruzioni	144.754	131.352	6.382	7.581	6.592	0,4
G	Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di aut...	207.153	187.729	6.747	13.106	11.424	-1,6
H	Trasporto e magazzinaggio	29.868	26.372	511	1.469	1.235	-0,8
I	Attività dei servizi alloggio e ristorazione	65.229	55.202	1.663	3.782	3.458	-1,0
J	Servizi di informazione e comunicazione	29.857	26.868	1.500	1.844	1.453	1,0
K	Attività finanziarie e assicurative	27.651	26.273	1.823	1.749	1.575	2,8
L	Attivita' immobiliari	76.743	67.850	1.232	2.864	2.207	0,3
M	Attività professionali, scientifiche e tecniche	55.467	50.346	3.461	3.602	3.074	2,9
N	Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle im...	41.305	37.553	2.254	2.495	2.226	2,4
O	Amministrazione pubblica e difesa; assicurazione sociale ...	27	22	0	6	2	-21,4
P	Istruzione	5.354	4.997	220	261	205	1,5
Q	Sanita' e assistenza sociale	7.631	6.896	137	315	285	0,9
R	Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e diver...	11.696	10.342	357	562	475	1,0
S	Altre attività di servizi	41.941	40.089	1.692	2.627	2.564	-0,6
T	Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro p...	5	4	0	0	0	0,0
U	Organizzazioni ed organismi extraterritoriali	3	3	0	0	0	0,0
NC	Imprese non classificate*	51.324	524	16.766	3.666	2.187	-6,6
	TOTALE	***949.399***	***811.099***	***48.043***	***53.707***	***45.205***	***-0,4***

Fonte: Elaborazioni Unioncamere Lombardia su dati Infocamere

INAIL con la banca dati Flussi Informativi INAIL Regioni offre il numero di aziende assicurate all'Ente: il settore Industria e servizi comprende anche dipendenti di aziende e amministrazioni pubbliche non Statali come in Lombardia sono le ATS e le ASST. INAIL, che pure gestisce gli infortuni dei lavoratori agricoli e dei dipendenti dello Stato, non mette nell'anagrafe informazioni relative ad Enti statali e al settore Agricoltura, ad eccezione dell'Agrindustria (rinvenibili, invece, nel registro delle imprese e nel data base INPS). Inoltre, ad ogni azienda può essere attribuita più d'una Posizione Assicurativa Territoriale (PAT) che "*è in buona sostanza il numero del contratto stipulato tra l'Azienda e l'istituto INAIL.*" Le PAT non coincidono necessariamente con Unità Locali, essendo il contratto riferito al gruppo omogeneo di rischio cui appartengono i lavoratori e prevedendo INAIL che in una unica PAT siano "accentrati" tutti i lavoratori dell'azienda anche se plurilocalizzata.

LOMBARDIA fonte INAIL BDS e Flussi Informativi					
SETTORE INDUSTRIA E SERVIZI	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Aziende con sede in Lombardia	588.853	584.123	583.788	584.553	588.389
PAT con sede in Lombardia	674.393	667.037	665.715	665.541	673.269
Numero addetti delle PAT INAIL	3.717.821	3.842.884	3.920.542	4.070.251	4.219.345

2. OCCUPATI, ADDETTI, LAVORATORI e CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI

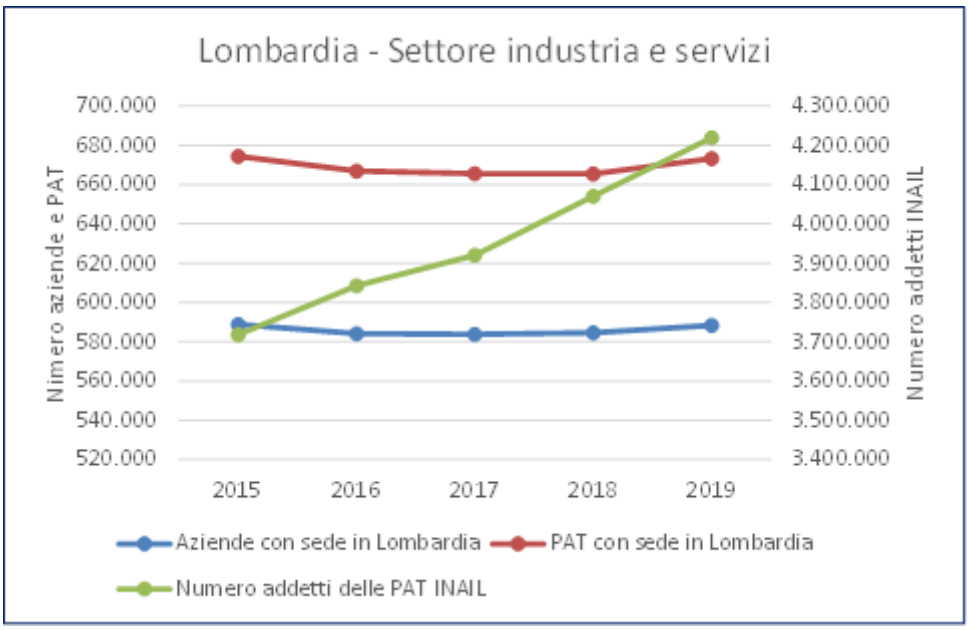
La forza lavoro nelle imprese trova riferimenti nelle banche dati ISTAT, INAIL ed INPS; ciascun Ente rileva il dato o lo stima in coerenza alla propria finalità istituzionale.

La rilevazione condotta da ISTAT rappresenta la principale fonte di informazione statistica sul mercato del lavoro italiano[1]. I dati relativi agli occupati derivano da un'indagine campionaria[2] e le relative banche, in quanto aggiornate trimestralmente, oltre a rappresentare una fonte di rappresentazione del fenomeno in sé, permettono le analisi dell'esposizione al rischio infortunistico.

Lombardia	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
occupati ISTAT	4.620.000	4.673.000	4.701.000	4.711.000	4.750.000

Anche INAIL propone una stima degli addetti, ricavata dal monte salari erogato (che include anche gli straordinari) e dalle retribuzioni medie. Gli archivi non sono aggiornati, producendo i dati relativi in genere al biennio precedente, che possono, però, costituire un "proxy" delle ore lavorate.

settore industria e servizi	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
numero di addetti	3.717.821	3.842.884	3.920.542	4.070.251	4.219.345



I dati INPS sono particolarmente utili in quanto forniscono il numero di lavoratori di tutti i settori, pubblici e privati, a fini contributivi. Tra i dipendenti e i lavoratori autonomi sono presenti anche numerose categorie che non compaiono nell'anagrafe aziende INAIL (di questo occorre tenerne conto per i confronti, vedi paragrafo successivo). Per alcune categorie di statali (es. Forze Armate), INAIL non registra gli infortuni; per gli altri, INAIL gestisce in Conto Stato l'indennità temporanea.

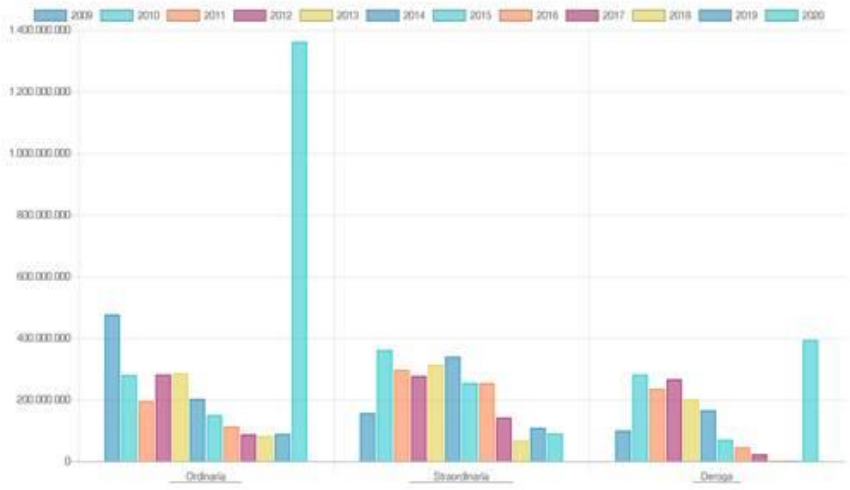
INPS numero lavoratori per anno

Posizione prevalente nell'anno	2015	2016	2017	2018	2019
Artigiano	304.970	292.853	288.486	282.869	277.654
Autonomo agricolo	43.595	42.978	42.463	41.835	41.245
Commerciante	311.983	304.681	303.641	299.110	294.857
Dipendente privato	3.025.568	3.076.324	3.191.909	3.293.307	3.339.924
Dipendente pubblico	422.627	422.035	424.338	423.547	443.528
Domestico	151.724	147.855	145.813	144.267	142.954
Operaio agricolo	43.311	43.353	44.027	46.518	48.442
Parasubordinato	256.566	227.170	226.297	236.932	224.225
Voucher/Lavoro occasionale	105.582	127.979	41.824	7.856	7.365
Totale	**4.665.926**	**4.685.228**	**4.708.798**	**4.776.241**	**4.820.194**

Si evidenzia che INPS fornisce anche i dati relativi alla Cassa Integrazione Guadagni (CIG) e dell'utilizzo effettivo di ore di CIG (tiraggio) con aggiornamenti trimestrali. La disponibilità di queste informazioni permette di monitorare con maggiore accuratezza i tassi di frequenza infortunistica.

ore autorizzate cassa integrazione Lombardia							
2012	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
244.886.341	259.153.082	255.363.748	154.712.506	110.102.232	56.578.162	32.994.181	18014386

La figura seguente (Fonte INPS- Cassa integrazione Guadagni, Serie storica annuale, Classificazione ATECO 2002 ISTAT) mostra l'andamento della cassa integrazione guadagni in Lombardia, per tutti i settori economici, periodo 2009-2020. I dati riferiti all'anno 2020, ne evidenziano l'eccezionalità.



[1] Le informazioni rilevate presso la popolazione costituiscono la base sulla quale vengono derivate le stime ufficiali degli occupati e dei disoccupati, … . La rilevazione sulle forze di lavoro è armonizzata a livello europeo come stabilito dal Regolamento Ue 2019/1700 del Parlamento europeo e del Consiglio, e rientra tra quelle comprese nel Programma statistico nazionale, che individua le rilevazioni statistiche di interesse pubblico. Il Regolamento Ue 2019/1700 è diventato operativo dal 1° gennaio 2021, e stabilisce requisiti più dettagliati e vincolanti per le statistiche europee su persone e famiglie basate su dati a livello individuale ottenuti su campioni, con l'obiettivo di migliorarne l'armonizzazione.

[2] Ogni anno vengono intervistate oltre 250 mila famiglie residenti in Italia (per un totale di 600 mila individui) distribuite in circa 1.400 comuni italiani

Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il generale consolidamento dei flussi informativi relativi ai danni alla salute e ai rischi presenti negli ambienti di lavoro, ha permesso negli ultimi anni alle ASL di programmare attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, secondo criteri di priorità di rischio. Accanto alle attività programmate dalle ASL permangono le attività "su richiesta" (in parte programmabili sulla base dei dati storici) ovvero le segnalazioni, e le inchieste per infortunio grave o mortale o per sospetta malattia professionale.

Recentemente, in coerenza con i cambiamenti del mondo economico e del lavoro, i Servizi ASL dedicati alla tutela della salute e della sicurezza del lavoratore hanno ricercato nuove modalità di intervento che, pur coerenti con i disposti normativi vigenti e rispettose nell'utilizzo degli strumenti offerti dal codice di procedura penale, rappresentano un'evoluzione del "controllo" nelle imprese, sicuramente a vantaggio di efficienza della Pubblica Amministrazione e potenzialmente più efficace essendo in grado di coniugare l'assistenza con la vigilanza.

Il Piano Mirato di Prevenzione rappresenta o strumento innovativo di controllo, fondato sulla conduzione di processi di prevenzione volti al miglioramento delle misure generali di tutela e non alla sola verifica dell'applicazione della norma.

L'azione dei Servizi per la tutela della salute e sicurezza del lavoratore delle ASL si orienta, infatti, verso il supporto/assistenza al mondo del lavoro, facilitando l'accesso delle imprese alla conoscenza, ovvero alla valutazione e corretta gestione dei rischi, al fine di raggiungere anche e soprattutto le piccole e medie imprese che costituiscono gran parte del tessuto produttivo italiano.

Vi sono imprese motivate (volontà) alla salute e sicurezza sul lavoro, ma che necessitano di sviluppare meglio la loro capacità (abilità) nella valutazione e gestione dei rischi (Workplace Health and Safety



Segmentation and Key Drivers. www.whss.govt.nz).

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

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. Wolfang Von Richthofen. International Labour Office. Geneva.*
3. *Official Journal of the European Union. Appointment of members of the Senior Labour Inspectors' Committee (205/C 10/02)*
4. *Resolution on "The role of SLIC in the Community Strategy on safety and health al work 2002-2006*
5. *Oficina International del Trabajo – OIT. Guìa de introduccion a los Sistemas Naccionales de Seguridad y Salud en el trabajo. Josè Luis Castellà*
6. *Work-related deaths. Investigators guide. British Transport Police, Association of Chief Police Officers, HSE, Crown Prosecution service, Local Governement Association*
7. *Los indicatores de la inspeccion de trabajo y seguridad social" M. V. Fernàndez*
8. *Experiencias sobre indicatores de efficacia en las inspecciones europeas" SLIC. M. V. Fernàndez. Bilbao 10 luglio 2002*
9. *Le regolamentazioni comunitarie in materia di salute e sicurezza: un primo bilancio e alcune riflessioni. C. E. Triomphe, Dèlèguè Gènèral Universitè Europèenne du Travail (UET) con la collaborazione di C. Teissier (UET)*
10. *How can effects of labour Inspection be measured? Nils-Petter Wedege, Deputy Director General The Norwegian Labour Inspection Authority. SLIC Billund. Nov 2002*
11. *Indagine sulle attività svolte dai servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro nei casi di infortunio mortale verificatisi in Umbria negli anni 1991-1999. Discetti, Bodo, Mattioli. Difesa sociale – vol. LXXXIII n. 1 (2004) pp. 45-62*
12. *An evidence-based evaluation of how best to secure compliance with health and safety law. HSE. Research report 334. Greenstreet Berman Ltd per the Health and Safety Executive 2005*
13. *Workplace Health and Safety Segmentation and Key Drivers. www.whss.govt.nz*
14. *porExperiencia. Boletìn da Salud Laboral para Delegadas y Delegados de Prevenciòn de CC.OO. Edita: ISTAS. Insituto sindacal de trabajo, ambiente y salud. n. 33 julio 2006. Dossier: 100 anos de Ispeccion de Trabajo*

Declinazione a livello regionale del Programma

Il Programma Predefinito "Piano Mirato di Prevenzione" (PMP) si intende centrato sulla "promozione di un approccio dei Servizi PSAL delle ATS di tipo proattivo, orientato al supporto

al mondo del lavoro". Già con il precedente Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018 – che poneva tra gli obiettivi strategici "miglioramento della efficacia delle attività di controllo e della compliance da parte dei destinatari delle norme" - Regione Lombardia ha inteso incrementare il numero dei controlli per la tutela del lavoratore valorizzandone, attraverso i PMP, una nuova modalità di esecuzione. L'impegno è stato formalizzato con delibera di Giunta regionale n. XI/164/2018 che esplica la "struttura" di questa tipologia di controllo che consente di assistere e supportare contemporaneamente più aziende *virtuose*, ma con un gap di capacità - d'ordine tecnico e/o organizzativo e/o procedurale - nell'applicazione di ulteriori misure di tutela, per il miglioramento delle condizioni e dei requisiti di sicurezza e salute sul lavoro.

Nell'ambito del presente Programma Predefinito (PP) si vuole consolidare la capacità delle ATS di realizzare PMP attraverso un'applicazione più capillare, perfezionandone la metodologia di scelta, di attivazione e di conduzione ed, altresì, uniformandone l'adozione su tutto il territorio regionale.
Elemento fondante all'individuazione dell'"oggetto" su cui realizzare un PMP è l'analisi degli eventi infortunistici e tecnopatici fondata sull'utilizzo del Sistema informativo Regionale della Prevenzione – I.M.Pre.S@ e Person@ - e delle fonti di dati ed informazioni "classiche" per la materia (Flussi Informativi INAIL-Regioni, Open data INAIL, ISTAT, INPS): in questo modo, le ATS individuano settori o aziende "a priorità di controllo" alle quali applicare PMP su specifici determinanti di rischio o di danno.
Anche, le dinamiche relative ad infortuni mortali occorsi sul territorio di competenza, ovvero le cause accertate attraverso le indagini di Polizia Giudiziaria, possono indicare il bisogno di specifiche tutele (le cd *soluzioni*) non pienamente comprese ed applicate dalle imprese accomunate da un identico profilo di rischio. L'ampio sviluppo dell'e-commerce determinato dall'emergenza pandemica, generando una crescita – in investimenti e in occupazione - del settore della logistica e del trasporto, candida il comparto tra quelli da attenzionare anche in ordine ad infortuni stradali occorsi in occasione di lavoro a personale dedicato al trasporto merci su strada.
Ed ancora, gli atti di indirizzo regionali (linea guida, vademecum, check list) redatti, a partire di un bisogno specifico di tutele, dai Laboratori di approfondimento istituiti dal Piano regionale 2014-2018 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, decretati da Regione Lombardia, possono consentire di estrapolare puntuali soluzioni organizzative, tecnologiche, strutturali concretamente attuabili e trasferibili, per il miglioramento dello stato di salute e sicurezza del lavoratore in azienda.
Ciò premesso, la DG Welfare si riserva solo spazi per proporre la realizzazione di PMP a valenza regionale, cioè applicati da ogni ATS dove una puntuale rilevazione dei rischi e dei danni a livello regionale abbia rappresentato la necessità di un approccio unitario e contestuale. In generale resta che il PMP è più efficace nel momento in cui la sua definizione nasce da un bisogno locale del territorio, ovvero dalle sue aziende così come conosciute dalle ATS. Regione esplica il ruolo di governance nella validazione, attraverso l'Ufficio Operativo e il Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008, del complesso dei PMP proposti dalle ATS nell'arco dell'annualità/biennalità.
Il percorso di realizzazione di un PMP prevede la presentazione da parte di ciascuna ATS:

- al proprio Comitato Provinciale di Coordinamento ex art. 7, D.Lgs 81/2008 degli esiti delle suddette analisi, dei rischi/settori ed aziende cui orientare il PMP. Il Comitato consentirà di condividere con le parti sociali e con le Istituzioni che vi partecipano sia la programmazione dell'attività di vigilanza orientata alle priorità, sia la logica di assistenza/supporto propria dei controlli. Ogni ATS valuterà le priorità di intervento applicando i criteri di graduazione del rischio, già parte integrante del bagaglio di conoscenze ed indirizzi regionali e locali. Altresì, terrà in considerazione gli ambiti di attenzione (i rischi, i danni ed i settori) indicati dal Piano

Nazionale della Prevenzione 2021-2025 e delle analisi che condurrà la DG Welfare che, a partire da evidenze epidemiologiche e del contesto socio-occupazionale, potrà individuare e suggerire la realizzazione di specifici interventi per taluni rischi emergenti e danni potenziali.

- al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7, D.Lgs 81/2008 che nell'ambito del primo incontro annuale concerterà e definirà la programmazione regionale dell'attività di controllo, portando a sistema l'attivazione dei singoli PMP proposti.
- Regione Lombardia eserciterà il proprio ruolo di governance nell'ambito delle attività del suddetto Comitato. Gli interventi proposti dai singoli territori saranno oggetto di valutazione collegiale. Altresì, con un'azione di monitoraggio ne curerà la verifica dello stato di attuazione.

La DGW potrà, infine, proporre specifici PMP relativi all'impatto dell'infezione da COVID-19 nei luoghi di lavoro chiedendone l'applicazione in ogni territorio ATS (vedi Programma Libero).
Il PMP si configura come un intervento di controllo caratterizzato da efficienza, perché applicato a più di un'azienda contemporaneamente e tendenzialmente da efficacia perché strutturato su un processo di valutazione ed autovalutazione aziendale destinato alla piena comprensione dello specifico rischio e della relativa misura di protezione. A differenza dell'ispezione, il PMP è basato su un percorso di confronto non solo con l'azienda, ma anche con le istituzioni e le parti sociali che compongono il Comitato, per l'applicazione di *soluzioni* finalizzate a tutelare la salute e la sicurezza del lavoratore.
Il Comitato definito l'ambito operativo del PMP, sviluppa:

- il Manuale di buona pratica, ovvero il documento che descrive la misura oggetto del PMP.
- la scheda di autovalutazione che consente alle imprese coinvolte nel percorso di verificare la propria capacità di adozione della misura. La scheda ha quale scopo principale quello di essere da stimolo alle imprese per l'avvio di un processo di riflessione sui propri sistemi di sicurezza, quale occasione di miglioramento.

Il Comitato definisce i criteri di scelta del campione delle imprese che costituiscono il gruppo inserito nel PMP. I criteri variano a seconda del PMP e possono essere, a puro titolo esemplificativo e come sopra già richiamato, un comune profilo di rischio individuato anche a seguito di infortuni mortali occorsi sul territorio; il numero di inconvenienti (ricorrenza di una stessa violazione) in un certo periodo per una definita categoria di imprese; la dimensione dell'impresa (il numero di dipendenti, il fatturato, il numero di unità locali, …); l'appartenenza ad un settore economico, …. .La scelta può ricadere anche su una combinazione di più criteri.
Le imprese selezionate sono invitate al seminario di presentazione per l'illustrazione sia del manuale che della scheda di autovalutazione. Il seminario rappresenta il momento di confronto, assistenza e supporto alle imprese, ma anche occasione per valorizzare e socializzare la singola esperienza.
Le imprese attraverso la scheda di autovalutazione hanno la possibilità di verificare la qualità dei propri sistemi/procedure di prevenzione e protezione e di valutarne punti di debolezza e punti di forza consapevoli che la partecipazione al PMP, in qualsiasi momento della sua attuazione, non esclude l'eventualità dell'ispezione.
Le fasi del PMP fin qui descritte prevedono un impegno del personale del Dipartimento IPS in termini di conoscenza dei contenuti del PMP, di avvio (selezione e informazione imprese), di concertazione (confronto partecipato a seminari). Parimenti, per l'organizzazione dei momenti informativi/formativi possono essere reperite nuove collaborazioni con esperti chimici, ingegneri, biologi, ...
La completa realizzazione del PMP prevede di seguito: la ricezione e analisi documentale delle schede di autovalutazione compilate dalle imprese coinvolte; verifica dei contenuti della scheda di autovalutazione; la restituzione delle schede in un contesto di confronto; pianificazione delle ispezioni in talune imprese.
A conclusione del PMP si analizzano tutte le evidenze raccolte:

- imprese/strutture/enti coinvolti;
- imprese/strutture/enti che hanno dichiarato di avere messo in atto azioni di miglioramento;
- differenza tra risultati indicati nella scheda di autovalutazione ed evidenze eventualmente rilevate in sede di ispezione.

L'analisi dei dati trova evidenza in un consuntivo, diffuso ai partecipanti al PMP e al Comitato di Coordinamento exr at. 7, D.Lgs 81/2008 sia territoriale che regionale.
Il Presente programma è completato da azioni che, nell'ambito dell'operatività del Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, d.lgs 81/2008 prevedono di valorizzare:

- la collaborazione con gli OO.PP mediante la definizione e l'aggiornamento del Repertorio degli Organismi Paritetici (OO.PP.) di cui alla Circolare regionale n. 7/2012. La disponibilità del Repertorio consentirà di valorizzare il ruolo degli OO.PP., fruendo della loro collaborazione per l'attuazione delle strategie di tutela della salute del lavoratore.
- il ruolo degli RLS/RLST attivando la rilevazione della qualità del loro ruolo esplicato nelle aziende nonché la costruzione dell'anagrafica regionale degli RLS/RLST. Detta anagrafica consentirà di realizzare ulteriori PMP anche grazie al contributo che gli RLS/RLST potranno offrire per l'attuazione delle strategie di tutela della salute del lavoratore.

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 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**
INDICATORE 1 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

AZIONE 1.1	1.1 Confronto strutturato all'interno del COMITATO di COORDINAMENTO REGIONALE ex art. 7, D.Lgs 81/2008
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
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 1.1	Con delibera di Giunta regionale n. X/5168/2016 è definita la composizione, l'organizzazione ed il regolamento del Comitato di coordinamento regionale e territoriale, ex art.7, D.Lgs 81/2008. Le convocazioni, a norma di legge e di regolamento, hanno frequenza trimestrale. A garanzia di una programmazione annuale condivisa con le parti sociali e con le istituzioni, le ATS confrontano e concertano le singole proposte di PMP nell'ambito dei Comitati territoriali, ex art. 7, D.Lgs 81/2008. Successivamente, il Comitato di coordinamento regionale, assicurando coerenza e completezza della programmazione dell'attività di vigilanza condotta attraverso i PMP presentati da ogni ATS, ne conferma la realizzazione. Il Comitato regionale può altresì individuare ambiti a priorità di rischio o di danno ai quali applicare PMP a valenza regionale, ovvero realizzati contestualmente da ogni ATS secondo indirizzi uniformi. I Comitati territoriali monitorano lo stato di avanzamento dei singoli PMP. Gli esiti dei PMP realizzati localmente sono presentati nell'ultima riunione annuale del Comitato regionale al fine d discuterne punti di forza e criticità.

AZIONE 1.2	1.2 OPERATIVITA' DEI COMITATI DI COORDINAMENTO EX ART. 7, D.LGS 81/2008 PER LA VALORIZZAZIONE DELLA COLLABORAZIONE CON GLI OO.PP.
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP

SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 1.2	Nell'ambito delle ulteriori iniziative a contrasto del fenomeno infortunistico messe in atto nel corrente anno 2021, d'intesa con le parti sociali all'interno del Comitato di Coordinamento regionale ex art. 7 D.Lgs 81/2008, è stato avviato il lavoro per la definizione e l'aggiornamento del Repertorio degli Organismi Paritetici (OO.PP.) di cui alla Circolare regionale n. 7/2012. La disponibilità del Repertorio consentirà di valorizzare il ruolo degli OO.PP., fruendo della loro collaborazione per l'attuazione delle strategie di tutela della salute del lavoratore. Infatti, agli OO.PP. è affidata l'attuazione di alcuni istituti nel campo della prevenzione infortuni, oltre che della formazione professionale. Al loro funzionamento provvedono comitati di gestione costituiti in maniera paritaria da rappresentanti delle Associazioni datoriali e da rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali dei Lavoratori. L'assenza di un Repertorio Nazionale, per l'ormai lontana mancata approvazione del Decreto Ministeriale che ne affidava la costituzione al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, rende fragile la collaborazione con soggetti giuridici dei quali, talvolta, non è chiara e certa la rappresentanza bipartitica. Alla luce della loro mission istituzionale, con la presente azione si costruisce il Repertorio regionale che garantirà il perfezionamento della collaborazione tra OO.PP. e Servizi PSAL nell'ambito dei Comitati territoriali ex art. 7, D.Lgs 81/2008 per la realizzazione dei PMP e, in generale, per l'attività di vigilanza, controllo e assistenza.

AZIONE 1.3	1.3 OPERATIVITA' DEI COMITATI DI COORDINAMENTO EX ART. 7, D.LGS 81/2008 PER LA VALORIZZAZIONE DEL RUOLO DEGLI RLS/RLST
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 1.3	Nell'ambito delle ulteriori iniziative a contrasto del fenomeno infortunistico messe in atto nel corrente anno 2021, all'interno del tavolo della Prefettura di Milano, d'intesa con ATS CMM, le parti sindacali, le parti datoriali e gli altri organi di vigilanza - e in sinergia con il Comitato di Coordinamento regionale ex art. 7 D.Lgs 81/2008 - è avviato il lavoro per la rilevazione della qualità del ruolo esplicato da RLS/RLST. Detta rilevazione diventa occasione per costruire l'anagrafica regionale degli RLS/RLST. La mancata disponibilità a livello nazionale dell'anagrafe degli RLS/RLST - costruita secondo quando disposto dal D.Lgs 81/2008 e custodita da INAIL - penalizza la realizzazione di interventi di prevenzione che prevedono la loro collaborazione. Mediante apposita survey telematica, condivisa nell'ambito del Comitato di Coordinamento regionale ex art. 7 D.Lgs 81/2008 e del Tavolo prefettizio, in coerenza con gli indirizzi di cui alla Campagna OSHA

	UE 2012-2013, si realizza una raccolta di dati in grado di rilevare informazioni su punti di forza e criticità degli RLS/RLST nello svolgimento del loro ruolo in azienda. La survey consente di costruire l'anagrafica. La disponibilità degli elenchi nominativi consentirà di realizzare ulteriori PMP anche grazie al contributo degli RLS/RLST, fruendo della loro collaborazione per l'attuazione delle strategie di tutela della salute del lavoratore.

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 PP06_OT02	**Organizzare percorsi di formazione per le aziende individuate e percorsi di formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro**
INDICATORE 2 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

AZIONE 2	2. Formazione su metodologie efficaci di verifica della VdR
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 2	Nel rispetto della dgr XI/2464/2019, inattuata ad oggi a causa dell'emergenza pandemica, nonchè nell'ambito della programmazione annuale della formazione, si prevede l'avvio e realizzazione percorsi formativi dedicati agli operatori ATS, sia nuovi assunti che personale in servizio. Il percorso già definito verrà aggiornato alla luce dell'esperienza maturata nel corso della pandemia e dei nuovi scenari di rischo e di danno presenti nelle aziende. Finalità del percorso è assicurare ai Servizi competenze e abilità uniformi, da esplicare in occasione dei controlli in azienda, anche in modalità PMP, nella verifica dei processi di valutazione del rischio. La formazione rivolta alle figure aziendali della prevenzione (ddl, RSPP, ASPP, RLS, …) si realizza, di default, nell'ambito di ogni PMP messo in campo dalle ATS. Ogni PMP obbligatoriamente, secondo quanto disposto dalla dgr n. XI/164/2018, deve prevedere: - seminario informativo di illustrazione del rischio e/o danno che il PMP vuole eliminare o ridurre e che le analisi epidemiologiche connotano come non adeguatamente affronatato e risolto; - seminario formativo per la verifica del processo di valutazione dello specifico rischio (scheda di autovalutazione); - seminario informativo dedicato all'analisi delle evidenze raccolte attraverso il PMP.

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 3 E 4 PP06_OT03	**Produrre report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate**
INDICATORE 3 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

AZIONE 3	3. piano di comunicazione degli esiti dell'attività di controllo
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.13 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 3	Il ruolo di governance della DG Welfare si esplica anche attraverso l'impegno a garantire la comunicazione degli esiti delle attività svolte nell'anno precedente dai Servizi PSAL mediante PMP, sia attraverso la pubblicazione di report consuntivi nel sito web di Regione Lombardia sia attraverso il confronto e la discussione nell'ambito degli incontri trimestrali del Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008, e dell'Ufficio Operativo ex DPCM 21.12.2007, (cd Cabina di regia). La diffusione dei PMP (sia di quelli già realizzati che di nuova attivazione) è garantita attraverso la pubblicazione di un repertorio sul sito web di Regione Lombardia. I Comitati territoriali ex art. 7, D.Lgs 81/2008, analogamente, diffondono report locali dei risultati raggiunti e pubblicano i Manuali di Buona pratica, redatti a corredo di ogni PMP quale documento descrittivo delle misure individuate e realizzate a riduzione e/o contenimento dello specifico rischio e/o danno. Per una ampia diffusione dei Manuali di buona pratica si prevede, previa condivisione del Comitato regionale, la comunicazione al Gruppo Tecnico Interregionale SSL e al Coordinamento Interregionale Prevenzione, ai fini del loro riconoscimento quali linee di indirizzo ex art. 2 DLgs 81/2008 in Conferenza Permanente Stato Regioni nel rispetto dell'obiettivo strategico punto 4.3 del MO4.

EQUITÀ

OBIETTIVO 5 PP06_OT05	**Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi**
INDICATORE 4 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

AZIONE EQUITY	4. RAFFORZAMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE ATS IN CHIAVE PIANI MIRATI DI PREVENZIONE QUALE TIPOLOGIA DI CONTROLLO IN GRADO DI CONTRASTARE EFFICACEMENTE LE DISUGUAGLIANZE IN SSL
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE EQUITY	Il contrasto a infortuni e malattie lavoro correlate è obiettivo prioritario per tutte le politiche in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Attraverso la formazione degli operatori dei Servizi PSAL alla realizzazione di PMP - che rappresentano la tipologia innovativa di attività di controllo in grado di sviluppare la capacità delle aziende di ridurre i rischi per la salute e sicurezza del lavoratore - ci si prefigge di accrescere la loro consapevolezza sull'impatto che interventi di controllo "mirati" hanno in termini di contrasto alle disuguaglianze. In questo modo s'intende orientare e rafforzare la programmazione dei Servizi PSAL verso controlli modulati in PMP. Elemento fondante di un intervento di controllo mirato, quale è il PMP, è l'analisi epidemiologica e socio-economica in grado di individuare i carichi di danno e, quindi, di attenzionarli; altresì è l'abilità di modulazione di assistenza e repressione nei confronti delle aziende che hanno una diversa capacità e motivazione alla prevenzione in SSL. Il percorso formativo delineato dalla dgr XI/2464/2019 mira ad assicurare un'ampia offerta rivolta a tutti gli operatori dei Servizi PSAL, in grado di uniformare i background personali, le metodologie d'azione, condividere le esperienze e veicolare i principi di equità e non discriminazione. Detta formazione intende elevare le competenze e abilità di controllo nelle aziende secondo le modalità del PMP che presuppone la capacità di modulare assistenza e repressione. L'attività di controllo in SSL richiede oggi, infatti, un nuovo approccio da parte del personale dei Servizi, sia nuovi assunti che operatori già in servizio. La delibera regionale citata assegna a POLIS Lombardia finanziamenti per la realizzazione di percorsi – i cui contenuti sono stati definiti in un percorso di confronto con le pari sociali e l'Ufficio scolastico regionale – che intendono garantire non solo un uguale bagaglio di conoscenze tra gli operatori afferenti a territori diversi ma, altresì, una medesima capacità di verifica dei processi di valutazione del rischio.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	**Orientare la programmazione dell'attività di controllo SSL in modalità PMP**

STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	A garanzia del rafforzamento dell'attività di controllo in modalità PMP, i percorsi formativi dedicati agli operatori sanitari (erogati ai sensi della dgr XI/2464/2019) sono lo strumento offerto per acquisire nuove competenze e attivare confronti dell'esperienza maturata sul campo. Il confronto che si genera consente ad ogni partecipante di tenere conto delle particolarità e delle differenze che caratterizzano il contesto territoriale a supporto di decisioni orientate al contrasto delle disuguaglianze. Attraverso questi percorsi si ritiene di poter conseguire ulteriori risultati nella riduzione degli infortuni e delle malattie professionali. Con l'emanazione delle regole di sistema annuali, la DG Welfare esercita un ruolo di governo indirizzando la programmazione ATS in SSL verso quote sempre maggiore di controllo in modalità PMP.
ATTORI COINVOLTI	Regione, ATS, Polis Lombardia
INDICATORE	**tassi di frequenza infortunistica e tecnopatica**
	Formula: Tasso di frequenza infortunistica: calcolato utilizzando al numeratore gli infortuni denunciati INAIL e al denominatore il numero di lavoratori occupati (fonte ISTAT) al netto del ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni (fonte: INPS) e del tiraggio CIG (numero ore utilizzate/numero ore autorizzate; fonte INPS); Numero casi incidenti/anno registrati in Ma.P.I. su numero casi incidenti/anno 2019 registrati in Ma.P.I. Standard: Tasso di frequenza infortunistica: calcolato utilizzando al numeratore gli infortuni denunciati INAIL e al denominatore il numero di lavoratori occupati (fonte ISTAT) al netto del ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni (fonte: INPS) e del tiraggio CIG (numero ore utilizzate/numero ore autorizzate; fonte INPS); Numero casi incidenti/anno registrati in Ma.P.I. su numero casi incidenti/anno 2019 registrati in Ma.P.I. Fonte: Regione

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 6 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)**
INDICATORE 6 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

AZIONE 6	Progettazione e realizzazione di PMP in settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura
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
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 6	Il PMP rappresenta un intervento di controllo che coniuga enforcement ad empowerment, basato sul confronto con l'azienda, con le parti sociali per applicare soluzioni mirate di tutela della salute e sicurezza del lavoratore. L'"oggetto" su cui realizzare un PMP è desunto dall'analisi degli eventi infortunistici e tecnopatici fondata sull'utilizzo del Sistema informativo Regionale della Prevenzione – I.M.Pre.S@ e Person@ - e delle fonti di dati ed informazioni "classiche" per la materia (Flussi Informativi INAIL-Regioni, Open data INAIL, ISTAT, INPS). In questo modo, la Regione e le ATS individuano settori o tipologie di aziende cui applicare prioritariamente singoli PMP per specifici determinanti di rischio o di danno. Il PMP può rispondere, altresì, al bisogno di specifiche soluzioni non pienamente comprese ed applicate dalle imprese accomunate da un identico profilo di rischio; il bisogno può essere ricondotto, ad esempio, alle dinamiche relative ad infortuni mortali occorsi sul territorio di competenza, all'applicazione degli atti di indirizzo regionali (linea guida, vademecum, check list) decretati da Regione Lombardia. Ciò premesso, la DG Welfare esercita il proprio ruolo di governance attraverso il Comitato regionale di coordinamento ex art. 7, D.Lgs 81/2008 a garanzia dell'attuazione di almeno 3 PMP, da parte delle ATS in settori diversi da Agricoltura e Edilizia, per i quali si rimanda al PP7.

	Nell’ambito del primo incontro annuale del Comitato è definita la programmazione regionale dell’attività di controllo, portando a sistema l’attivazione dei singoli PMP che le ATS propongono e calendarizzandone un monitoraggio costante. Con specifico riferimento a quanto descritto al profilo di salute ed equità ed in particolare alle condizioni di rischio più frequenti indicate ai paragrafi "carico di danno" per gli infortuni e le malattie professionali, i PMP dovranno prioritariamente avere ad oggetto : - aziende fino a 30 addetti, con particolare attenzione a quelle fino a 10 addetti, dove il il tasso infortunistico è più elevato e, quindi, dove è necessaria assistenza a sostegno della capacità di prevenzione delle imprese; - comparti e modalità di accadimento d'infortunio più frequenti, - contrasto dei danni, ovvero delle patologie più ricorrenti. Altresì, è realizzato un PMP a valenza regionale relativo all’esposizione ad agenti biologici, nello specifico al virus SARS-COV-2, mediante la costituzione di un Tavolo tecnico coordinato dalla DG Welfare, composto da ATS, UOOML, Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCDE) e parti sociali, il cui compito è approfondire l’efficacia delle misure tecniche a protezione delle infezioni respiratorie dei lavoratori in ambiente chiuso, definendo linee di indirizzo. Sul piano organizzativo, l’azione di governance regionale si concretizza dapprima nell’attenzionare specifiche tematiche di rilevanza lombarda, attraverso la creazione di tavoli tecnici a carattere tripartito, con la partecipazione delle Università. Successivamente, gli esiti dell'operato del Tavolo tecnico sono resi disponibili alle ATS quale indicazione per l’attivazione di PMP locali.

3.7 PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura

Quadro logico regionale

CODICE	PP07
REFERENTI DEL PROGRAMMA	CORNAGGIA NICOLETTA
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO4-04 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti - MO4-05 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa - MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health - MO4-09 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore - MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare) - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-07 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon

	- MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO4LSg Promuovere il coordinamento e la programmazione dell'attività di vigilanza e prevenzione - MO4LSh Definire strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) fondate sull'analisi di contesti produttivi, socio-economici ed epidemiologici, mirati a fattori di rischio e/o comparti e/o circostanze di rischio ed esposizione prioritari - MO4LSi Diffusione e utilizzo delle evidenze sulle modalità di accadimento degli infortuni e sulle azioni efficaci di prevenzione delle medesime, in particolar modo in settori a maggior rischio di infortuni gravi e mortali quali edilizia e agricoltura - MO4LSj Diffusione ed utilizzo delle evidenze sull'esposizione a vari fattori correlati alle malattie professionali e sulle azioni efficaci di prevenzione - MO4LSk Promuovere la capacità di migliorare le valutazioni di tipo ergonomico/organizzativo secondo normativa e linee di indirizzo, anche in un'ottica di semplificazione dei processi
LEA	- B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - C01 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro - C02 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali - C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine - D03 Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche, Geo-referenziazione delle aziende - D06 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffusive animali

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Il profilo di salute consente, a partire dalla descrizione del contesto regionale, di rilevare i bisogni/gli ambiti cui applicare prioritariamente gli interventi di prevenzione a contenimento dei rischi.

Il profilo di equità consente di individuare e pesare i fattori che maggiormente incidono su uno specifico rischio e conseguentemente individuare azioni di contrasto per la loro riduzione.

Rilevato che gli interventi di salute e sicurezza sul lavoro sono equitativi perché la valutazione del rischio include il genere, l'età, la provenienza, ... e perché rivolti al controllo dell'esposizione ai fattori di rischio professionali, si richiama maggiore attenzione agli aspetti riconducibili:

- in Edilizia alla complessità del lavoro nei cantieri edili e alla dimensione aziendale;
- in Agricoltura alla precarietà del lavoro (lavoratori stagionali) e alla dimensione aziendale.

A garanzia di un'azione di vigilanza equa ed uniforme su tutto il territorio regionale capace di cogliere le situazioni a maggior rischio e di attivare misure di contenimento efficaci dello stesso, sono attivati i percorsi formativi di cui alla dgr XI/2464/2019 per orientare la programmazione dei controlli su obiettivi prioritari, in modalità PMP modulando l'intervento in assistenza e repressione in base alla capacità ed alla motivazione dell'azienda ad attuare misure di tutela del lavoratore.

SETTORE EDILIZIA

Sintesi nazionale

Premesso che il settore edile è caratterizzato dalla natura "temporanea e mobile" dei cantieri ove viene svolta l'attività lavorativa (di fatto, al di fuori della sede aziendale), i parametri che connotano il comparto ATECO F su base nazionale sono rappresentati nella tabella seguente.

ATECO F Costruzioni ITALIA	2015	2016	2017	2018	2019
Numero PAT INAIL	738.114	721.431	689.059	660.304	
Numero totale addetti	1.467.136	1.482.016	1.470.795	1.428.302	
di cui dipendenti	833.579	864.228	875.638	857.850	
di cui artigiani	633.557	617.788	595.158	570.452	
Numero medio addetti per PAT	1,99	2,05	2,13	2,16	
Infortuni in occassione di lavoro	32.611	31.686	30.620	28.923	27.115
di cui gravi T40	12.193	11.644	11.416	10.862	9.530
Percentuale di gravi T40	37,39%	36,75%	37,28%	37,55%	35,15%
Tasso grezzo di incidenza x 1000 addetti	22,2	21,4	20,8	20,2	
Tasso grezzo di incidenza gravi T40 x 1000 addetti	8,3	7,9	7,8	7,6	

Tabella 1 - Tasso di incidenza Ateco F - Italia

Analisi regionale - LOMBARDIA

Nel 2020 risultano inserite nel Registro Infocamere circa 131.000 imprese attive (inclusi i lavoratori autonomi) nel settore ATECO F (tabella 2.1).

Anno 2020 - Unioncamere Lombardia su dati Infocamere	Imprese registrate	Attive
ATECO F Costruzioni	144.754	131.352

Tabella 2.1 - Imprese attive Registro Infocamere Lombardia

INPS, per settore del lavoro dipendente, pubblica i dati illustrati nella seguente tabella 2.2.

INPS osservatori statistici	Anno				
	2015	2016	2017	2018	2019
Numero imprese (no autonomi)	28.829	27.760	27.218	26.846	26.623
Numero medio annuo posizioni lavorative dipendenti	140.367	139.400	139.375	141.583	146.074
Posizioni lavorative per impresa	4,87	5,02	5,12	5,27	5,49

Tabella 2.2 - Imprese attive banca dati INPS Lombardia

La banca dati Flussi Informativi INAIL Regioni fornisce le PAT con sede operativa in regione Lombardia e gli addetti . Gli addetti sono stimati sulla base della massa salariale e possono rappresentare un indicatore proxy di ore lavorate utile per esprimere l'esposizione al rischio rispetto al numero assoluto di lavoratori perchè tengono conto anche del lavoro straordinario e della cassa integrazione ma sono sempre aggiornati al biennio precedente.

ATECO F Costruzioni LOMBARDIA	2015	2016	2017	2018	2019
Numero PAT INAIL	134.998	131.645	125.832	120.521	
Numero totale addetti	297.356	297.036	290.163	280.996	
di cui dipendenti	173.983	176.371	173.914	169.754	
di cui artigiani	123.372	120.665	116.249	111.242	
Numero medio addetti per PAT	2,20	2,26	2,31	2,33	
Infortuni avvenuti in lombardia					
Infortuni in occassione di lavoro	5.328	4.957	4.950	4.572	4.296
di cui gravi T40	1.692	1.555	1.632	1.486	1.271
Percentuale di gravi T40	31,76%	31,37%	32,97%	32,50%	29,59%
Indicatori per Azienda					
Tasso grezzo di incidenza x 1000 addetti	18,3	17,4	17,7	16,8	
Tasso grezzo di incidenza gravi T40 x 1000 addetti	5,9	5,5	6,0	5,5	
Indicatori per Territorio					
Tasso grezzo di incidenza x 1000 addetti	17,9	16,7	17,1	16,3	
Tasso grezzo di incidenza gravi T40 x 1000 addetti	5,7	5,2	5,6	5,3	
Indicatori per Azienda Zona					
Tasso grezzo di incidenza x 1000 addetti	16,1	15,2	15,5	14,7	
Tasso grezzo di incidenza gravi T40 x 1000 addetti	5,1	4,7	5,1	4,7	

Tabella 3 PAT, addetti, infortuni ed indicatori per azienda, territorio e zona

La tabella precedente mostra tre distinte modalità di calcolo del tasso di incidenza: per azienda, per territorio, per zona (rif. Documento "Uso dei dati correnti per le attività di prevenzione" gruppo di lavoro INAIL Regioni 2010). Nelle analisi riferite al settore edilizia ciò è necessario poiché la definizione di tasso di incidenza prevede che il numeratore contenga tutti e soltanto i casi che si verificano negli esposti rappresentati dal denominatore. Poichè ciò non è garantito da nessuna fonte di dati attualmente a disposizione, l'uso dei tre tassi agisce da "correttivo" minimizzando errori interpretativi.

Il confronto tra i diversi indicatori consente di individuare un range nel quale collocare il tasso effettivo e di pesare il ruolo di infortuni esportati ed importati.

La tabella seguente evidenzia che la Lombardia ha una esportazione di infortuni maggiore dell'importazione, verosimilmente in conseguenza del numero maggiore di operatori che svolgono l'attività fuori regione rispetto a quello dei lavoratori che da altre regioni operano in Lombardia e della maggiore dimensione media delle aziende Lombarde del settore rispetto all'Italia.

	2015	2016	2017	2018
Infortuni TOTALI avvenuti in Lombardia	5.328	4.957	4.950	4.572
Infortuni totali gravi T40 avvenuti in Lombardia	1.692	1.555	1.632	1.486
Infortuni ***esportati*** in altre regioni di aziende Lombardia	640	659	654	597
Infortuni ***esportati*** T40 in altre regioni di aziende Lombardia	233	223	242	219
Infortuni in Lombardia di aziende della Lombardia	4.801	4.501	4.486	4.132
Infortuni T40 in Lombardia di aziende della Lombardia	1.531	1.405	1.485	1.327
Infortuni ***importati*** in Lombardia di aziende fuori regione	527	456	464	440
Infortuni T40 ***importati*** in Lombardia di aziende fuori regione	161	150	147	159
Differenza importati - esportati Totale positivi	-113	-203	-190	-157
Differenza importati - esportati Gravi T40	-72	-73	-95	-60

Tabella 4 Infortuni esportati

In coerenza con i dati sugli infortuni, si evidenza la presenza nei cantieri di aziende con sede in altre province italiane; le imprese lombarde sono quasi il 90% di quelle che operano in cantieri della Lombardia. Le province con maggior numero di aziende coinvolte sono Milano, Bergamo e Brescia.

In analogia all'indicatore portato al tavolo centrale per la definizione del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), ed in continuità con la formula standard utilizzata in Lombardia per monitorare l'andamento del fenomeno infortunistico (Risultati Attesi Regionali RAR), il tasso per il settore ATECO F costruzioni è calcolato pesando gli infortuni denunciati INAIL sugli occupati ISTAT al netto della Cassa Integrazione Guadagni INPS (non è possibile includere il tiraggio perchè la banca dati INPS non rende disponibile la disaggregazione per ATECO). Il grafico mostra l'andamento sul periodo 2016-2020, evidenziando l'eccezionalità dell'anno 2020 connotato dall'emergenza pandemica.

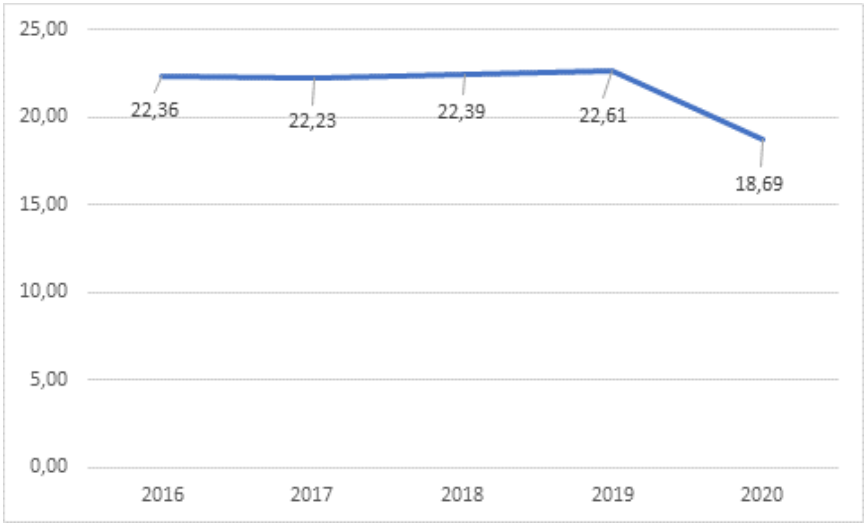


Grafico - Tasso di incidenza su 1000 occupati ISTAT al netto della CIG. Ateco F 41, F42 e F43 Infortuni denunciati in occasione di lavoro INAIL

Il quadro dei danni

Utilizzando informazioni della banca dati FLUSSI INAIL REGIONI è possibile calcolare un indicatore di danno che consente una valutazione uniforme tra infortuni e malattie professionali, con lo stesso criterio del DALY, e di ottenere i valori relativi alla regione e/o alle sue suddivisioni amministrative o al territorio di competenza delle ATS.

Nelle tabelle seguenti, per il settore in analisi, è riportato il tipo di deviazione.

	ANNO EVENTO					
Tipo Deviazione ESAW	2015	2016	2017	2018	2019	TOTALE
0 Nessuna informazione	28.901.650	95.752.870	142.238.200	178.030.600	1.026.522.000	1.471.445.000
1 Problema elettrico, esplosione, incendio	2.342.631	4.880.821	9.588.679	15.064.463	8.961.044	40.837.630
2 Traboccamento, rovesciamento, perdita, sconfinamento, vaporizzazione, emanazione	6.686.214	18.598.786	27.882.735	38.510.738	29.669.133	121.347.614
3 Rottura, frattura, scoppio, scivolamento, caduta, crollo dell'agente materiale	32.519.242	71.594.438	124.783.451	148.352.165	114.560.637	491.809.946
4 Perdita di controllo di una macchina, di un mezzo di trasporto, di un utensile	81.051.519	215.622.818	339.090.010	471.078.931	348.096.314	1.454.939.547
5 Scivolamento o inciampamento – con caduta di persona	69.365.496	183.514.732	253.382.060	332.265.482	249.014.761	1.087.542.611
6 Movimento del corpo senza sforzo fisico	48.084.634	48.084.634	48.084.634	48.084.634	48.084.634	48.084.634
7 Movimento del corpo sotto sforzo fisico	33.233.760	85.802.760	255.229.400	337.736.000	248.666.000	960.667.900
8 Sorpresa, spavento, violenza, aggressione, minaccia, presenza	3.585.499	10.017.326	14.507.997	15.737.377	11.091.614	54.939.816
9 Altra deviazione non indicata nella presente nomenclatura	1.879.531	5.703.155	3.518.001	2.271.503	0	13.372.190

Tabella 5 TIPO Deviazione ESAW

codice ESAW Agente	Agente Deviazione	2015	2016	2017	2018	2019	TOTALE
00	Non determinato	86.438.780	215.139.200	221.911.500	258.711.700	1.077.710.000	1.859.911.000
01	EDIFICI elementi e superfici	51.146.003	135.450.046	195.212.944	258.188.256	191.116.333	831.113.590
02	EDIFICI e parti in quota comprese scale portatili	27.860.748	90.788.674	154.351.545	208.338.962	161.493.719	642.833.603
03	EDIFICI parti in profondità	1.022.170	2.667.923	7.562.199	13.732.381	6.879.842	31.864.511
04	Impianti di distribuzione, canalizzazioni	5.169.590	13.185.903	27.003.701	39.735.083	23.839.364	108.933.641
05	Dispositivi trasmissione stoccaggio energia	1.504.954	5.735.849	14.118.711	21.943.450	11.042.550	54.345.511
06	Utensili a mano	17.037.777	47.040.370	72.126.155	89.066.392	74.611.972	299.882.649
07	Utensili a mano meccanizzati	8.308.937	27.602.668	55.926.189	73.120.895	61.161.374	226.120.055
08	Altri utensili a mano senza precisazione di motorizzazione	1.929.751	5.015.277	21.163.700	38.111.171	27.596.443	93.816.340
09	Macchine e attrezzature portatili	2.462.671	7.614.546	12.926.480	15.091.410	10.972.670	49.067.782
10	Macchine e attrezzature fisse	5.672.614	14.489.580	19.657.290	28.260.988	20.451.131	88.531.596
11	Dispositivi di convogliamento	58.277.479	178.964.533	352.650.025	447.000.437	356.113.169	1.393.005.641
12 - 13	VEICOLI	24.957.493	77.353.390	147.044.818	191.523.918	154.789.844	595.669.469
14	Materiali	49.088.513	141.151.245	358.425.479	494.529.145	339.248.470	1.382.442.849
15	Sostanze chimiche	1.496.815	4.435.442	10.643.033	19.000.223	15.130.618	50.706.136
16	Dispositivi di sicurezza	5.028.554	14.215.278	5.124.302	2.835.646	1.002.873	28.206.653
17	Attrezzature per ufficio	2.274.420	6.674.458	10.250.384	13.140.883	13.127.316	45.467.456
18	Esseri viventi compresi esseri umani	4.852.961	12.484.696	22.738.582	14.907.499	12.789.633	67.773.373
19	Rifiuti	1.885.567	3.691.383	2.970.109	1.594.665	555.749	10.697.470
20	Fenomeni fisici naturali	497.077	897.464	4.506.484	5.573.268	5.798.173	17.272.466

Tabella 6 AGENTE Deviazione ESAW

Per quanto riguarda le malattie professionali, l'elemento predominante è rappresentato dalla patologia muscoloscheletrica. Sono presenti, inoltre, patologie neoplastiche (mesotelioma) correlate ad esposizione ad amianto e danni uditivi da rumore.

	GRUPPO CODICE SANITARIO ACCERTATO INAIL														
Raggruppamenti Ateco 2007	001 Malattie infettive	002 Neoplasie escluso mesotelioma	003 Mesotelioma Pleurico	006 Malattie psichiche	007 Sistema Nervoso centrale	008 Sistema Nervoso Periferico	009 Occhio	010 Orecchio	011 Cardio circolatorio	012 Infezioni respiratorie	013 Patologia respiratoria	016 Patologia cute	017 Muscoloscheletrica	xxx non definito	TOTALE
F41 Costruzione di edifici	0	116	104	0	0	58	0	334	25	0	35	16	1.887	0	2.555
F42 Ingegneria civile	0	7	0	0	0	1	0	45	0	0	0	3	114	0	170
F43 Lavori di costruzione specializzati	0	76	489	11	0	33	0	332	0	0	23	34	1.478	0	2.275
Totale	0	198	594	11	0	92	0	511	25	0	58	53	3.479	0	5.001

Tabella 7 MP Ateco F

SETTORE AGRICOLTURA

Sintesi nazionale

In termini di incidenza infortunistica, calcolata in base alle giornate di lavoro INPS, il settore agricoltura continua a figurare al primo posto sia per gli infortuni totali, sia per i gravi e mortali, anche se, a differenza di altri settori - in generale, in ragione dell'azione di prevenzione sostenuta con continuità attraverso il Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura - si è assistito a una importante riduzione del numero di infortuni: mentre nell'industria la riduzione sul periodo 2010-2019 è stata pari al – 33,94%, in Agrindustria (si veda di seguito che cosa è ricompreso in questa categoria) la riduzione è stata del – 48,73% e in Agricoltura del -40,94%.

	Anno Evento										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	diff 2019-2010
A Agricoltura, silvicoltura e pesca	3.692	3.343	3.064	2.738	2.574	2.336	2.138	2.063	1.931	1.893	-48,73%
A Agricoltura	39.790	38.917	33.881	31.143	30.340	29.112	27.445	25.935	24.995	23.500	-40,94%
TOTALE INDUSTRIA	374.516	347.461	309.258	281.040	267.358	254.491	257.371	256.824	252.996	247.397	-33,94%

Tabella 8 Infortuni riconosciuti in occasione di lavoro non stradali

Nel settore agricolo - che rappresenta anche ambiente di vita - le analisi INAIL non rilevano gli eventi gravi e mortali determinati da macchine e/o impianti, che coinvolgono lavoratori con reddito agricolo non prevalente e/o loro familiari. I dati dell'Osservatorio infortuni mortali e gravi sviluppato e gestito da INAIL e dal gruppo di lavoro del Gruppo Tecnico Interregionale Salute e Sicurezza sul Lavoro del Coordinamento della Prevenzione, segnalano oltre un centinaio di morti all'anno causati dal solo trattore.

Analisi regionale - LOMBARDIA

Gli infortuni mostrano un trend decrescente anche se i tassi di incidenza sembrano essere più alti rispetto a quelli dell'industria, pur con le specificità descritte relative alle diverse fonti di dati.

Infortuni con definizione positiva inclusi stradali in occasione di lavoro

	ANNO				
Settore	2015	2016	2017	2018	2019
Agricoltura	2.538	2.439	2.341	2.178	2.039
Agrindustria	256	196	187	180	152
TOTALE	**2.794**	**2.635**	**2.528**	**2.358**	**2.191**

Tabella 9 Infortuni con definizione positiva totali (inclusi stradali in occasione di lavoro)

Se si escludono anche gli infortuni stradali in occasione di lavoro, si ottiene il seguente quadro

	ANNO				
	2015	2016	2017	2018	2019
Infortuni agricoltura	2.482	2.384	2.311	2.121	1.984
Infortuni agrindustria	244	182	175	165	144

INCIDENZA INFORTUNI (tasso grezzo)	2015	2016	2017	2018	2019
Tasso agricoltura (teste INPS)	25,8	24,8	23,8	21,3	19,6
Tasso agricoltura (rapportato a giornate INPS)	35,6	34,4	33,4	30,5	28,1
Tasso agrindustria INAIL)	22,1	17,7	17,3	16,2	

Tabella 10 Infortuni con definizione positiva (esclusi stradali in occasione di lavoro)

Analisi degli eventi infortunistici per la gestione INAIL agricoltura (esclusa Agrindustria): infortuni riconosciuti in occasione di lavoro in Lombardia, esclusi anche gli eventi stradali.
Per classe di età: si evidenzia il maggior numero di eventi tra 40 e 64 anni di età ma con un numero molto rilevante di ultra-settantenni (sarebbe ancora maggiore se non fossero esclusi da queste statistiche i soggetti non assicurati INAIL/INPS).
Per genere: si evidenzia gli eventi infortunistici con esito mortale hanno coinvolto 1984 lavoratori dei quali ben 1826 di genere maschile.
Per nazione di nascita: la nazionalità maggiormente rappresentata, dopo quella italiana, è quella rumena.
Per tipo di lavorazione agricola: si evidenzia che più del 50% degli eventi con esito mortale sono accaduti in occasione di produzione e allevamento di animali.
Come per le costruzioni, in analogia all'indicatore portato al tavolo centrale per la definizione del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), ed in continuità con la formula standard utilizzata in Lombardia per monitorare l'andamento del fenomeno infortunistico (Risultati Attesi Regionali RAR), il tasso per il settore ATECO Agricoltura 01 è calcolato pesando gli infortuni denunciati INAIL sugli occupati ISTAT al netto della Cassa Integrazione Guadagni INPS (non è possibile includere il tiraggio perchè la banca dati INPS non rende disponibile la disaggregazione per ATECO). il grafico mostra l'andamento sul periodo 2016-2020, evidenziando l'eccezionalità dell'anno 2020 connotato dall'emergenza pandemica.

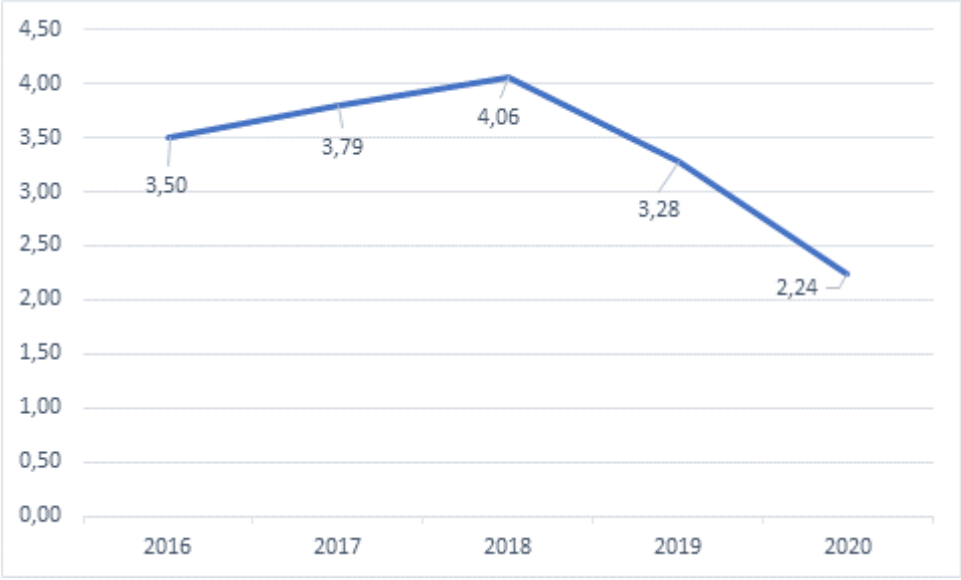


Grafico - Tasso di incidenza su 1000 occupati ISTAT al netto della CIG. Ateco A 01, A2 e A3. Infortuni denunciati in occasione di lavoro INAIL.

Il quadro dei danni

Utilizzando informazioni della banca FLUSSI INAIL REGIONI è possibile calcolare un indicatore di danno che consente una valutazione uniforme tra infortuni e malattie professionali, con lo stesso criterio del DALY, e di ottenere i valori relativi alla regione e/o alle sue suddivisioni amministrative o al territorio di competenza delle ATS. Inoltre, l'indicatore consente di valutare il danno per settore produttivo, fattore di rischio o dinamica dell'evento; è inoltre possibile valutare fattori di rischio trasversali rispetto a diversi comparti.

Nelle tabelle seguenti, più che il numero di eventi, viene considerato il carico di danno conseguente.

	ANNO					
Lavorazione Agricola	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**TOTALE**
7 - Produzione e allevamento di animali	185,38	255,04	196,53	258,11	310,1	**1205,16**
1 - Preparazione terreno	322,42	290,31	247,82	189,08	104,26	**1153,89**
9 - Lavorazioni ausiliari	112,32	164,3	116,34	54,47	35,78	**483,21**
2 - Propagazione di piante	85,31	111,88	74,57	59,35	22,81	**353,92**
4 - Lavorazioni successive alla semina	37,37	44,87	85,39	71,32	8,08	**247,03**
99 - Lavorazione Agricola non determinabile nell'ambito del settore AGRICOLTURA	19,8	14,22	8,11	78,97	117,3	**238,4**
6 - Attivita' di silvicoltura	53,59	29,66	109,63	4,9	33,1	**230,88**
3 - Coltivazioni speciali	28,64	27,74	21,78	19,49	17,48	**115,13**
10 - Raccolta trasformazione prodotti	24,13	37,11	1,41	27,25	8,94	**98,84**
5 - Altre lavorazioni prima della raccolta	5,65	7,79	6,74	2,59	10,46	**33,23**
8 - Attivita' diverse di bonifica	15,92	3,83	2,32	1,92	2,36	**26,35**
TOTALE	**890,53**	**986,75**	**870,64**	**767,45**	**670,67**	**4186,04**

Tabella 11 Carico di danno per tipo lavorazione

Gruppi Deviazione	2015	2016	2017	2018	2019	TOTALE
0 - Nessuna informazione	164,13	299,68	796,88	613,19	468,92	2342,8
1-Problema elettrico esplosione incendio	0,52	1,38	0	0	0	1,9
2-Traboccamento, rovesciamento, perdita, scorrimento, vaporizzazione, emanazione	18,28	2,22	0	0	0	20,5
3-Rottura, frattura, scoppio, scivolamento, caduta, crollo dell'agente materiale	109,49	110,85	0,82	38,45	19,24	278,85
4-Perdita di controllo di una macchina, di un mezzo di trasporto, di un utensile	186,71	182,34	57	17,26	23,31	466,62
5-Scivolamento o inciampamento – con caduta di persona	217,15	213,92	10,85	56,44	75,49	573,85
6-Movimento del corpo senza sforzo fisico	124,31	108,09	3,61	18,08	46,73	300,82
7-Movimento del corpo sotto sforzo fisico	10,07	17,61	0	13,3	27,12	68,1
8-Sorpresa, spavento, violenza, aggressione, minaccia, presenza	59,87	48,38	1,48	10,73	9,86	130,32
9-Altra deviazione non indicata nella presente nomenclatura	0	2,28	0	0	0	2,28
Totale	**890,53**	**986,75**	**870,64**	**767,45**	**670,67**	**4186,04**

Tabella 12 Carico di danno per deviazione

	ANNO					
Agente deviazione	2015	2016	2017	2018	2019	TOTALE
Non determinato	362,55	441,25	788,78	617,27	466,27	2676,12
Edifici o parti di edifici	3,08	24,99	0,92	0	3,09	32,08
Superfici Terreni e luoghi di transito	96,21	95,63	2,19	44,64	42,16	280,83
Edifici, costruzioni in altezza, scale comprese portatili	40,43	39,08	5,54	4,28	19,3	108,63
Scavi e superfici in profondità	15,69	1,04	0	0	4,1	20,83
Dispositivi di distribuzione	3,12	1,26	0	12,23	5,13	21,74
Utensili a mano senza motore	25,86	13,99	0	2,16	9,56	51,57
Macchine	50,89	80,82	0	31,55	18,76	182,02
Dispositivi di convogliamento, movimentazione e stoccaggio	65,04	35,72	0,76	14,57	6,84	122,93
Veicoli	20,62	17,26	2,18	0,38	8,63	49,07
Materiali e oggetti	34,33	66,01	0	5,91	24,53	130,78
Dispositivi di protezione, attrezzature per ufficio e indumenti	38,02	25,49	9,04	0	0	72,55
Esseri viventi animali o vegetali	109,85	132,15	61,23	32,57	47,94	383,74
Elementi naturali e atmosferici	0	3,5	0	0	4,12	7,62
TOTALE	890,53	986,75	870,64	767,45	670,67	4186,04

Tabella 13 Carico di danno per agente deviazione

	ANNO					
Agente deviazione	2015	2016	2017	2018	2019	TOTALE
18000000 Organismi viventi e esseri umani - non precisati	2,9	4,4	0	0	0	7,3
18010000 Alberi, piante, colture	7,85	8,78	58,93	10,92	26,56	113,04
18010100 Rami, tronchi ...	27,58	25,28	1,86	0	0	54,72
18020000 Animali - domestici e di allevamento	21,86	11,42	0	21,17	21,38	75,83
18020501 Suini	4,14	0,68	0	0	0	4,82
18020502 Bovini	23,29	64,68	0	0	0	87,97
18020504 Cavalli	12,86	3	0,44	0	0	16,3
18029900 Altri animali domestici o di allevamento	2,18	5,96	0	0	0	8,14
18030301 Ragni	4	0	0	0	0	4
18030900 Mammiferi	0	0,23	0	0	0	0,23
18060000 Esseri umani	1,6	4,72	0	0,48	0	6,8
19000000 Rifiuti sfusi - non precisato	0	3	0	0	0	3
19030300 Residui vegetali	1,59	0	0	0	0	1,59

Tabella 14 Carico di danno dettaglio per Agente della deviazione = Essere vivente

In agricoltura la patologia maggiormente denunciata è quella muscoloscheletrica seguita dal danno da rumore. Alcune denunce riguardano patologia neoplastica e respiratoria.

SETTORE EDILIZIA

INDICATORI NAZIONALI

La tabella seguente mostra i parametri che connotano il comparto ATECO F su base nazionale.

ATECO F Costruzioni ITALIA	2015	2016	2017	2018	2019
Numero PAT INAIL	738.114	721.431	689.059	660.304	
Numero totale addetti	1.467.136	1.482.016	1.470.795	1.428.302	
di cui dipendenti	833.579	864.228	875.638	857.850	
di cui artigiani	633.557	617.788	595.158	570.452	
Numero medio addetti per PAT	1,99	2,05	2,13	2,16	
Infortuni in occassione di lavoro	32.611	31.686	30.620	28.923	27.115
di cui gravi T40	12.193	11.644	11.416	10.862	9.530
Percentuale di gravi T40	37,39%	36,75%	37,28%	37,55%	35,15%
Tasso grezzo di incidenza x 1000 addetti	22,2	21,4	20,8	20,2	
Tasso grezzo di incidenza gravi T40 x 1000 addetti	8,3	7,9	7,8	7,6	

Tabella 1 tasso di incidenza ATECO F-Italia

IL QUADRO PRODUTTIVO DELLA LOMBARDIA

Per la presentazione del quadro produttivo, è necessario prendere visione, preliminarmente, della banca dati INPS relativamente alle informazioni per settore del lavoro dipendente, come evidenziato nella seguente tabella.

INPS osservatori statistici	Anno				
	2015	2016	2017	2018	2019
Numero imprese (no autonomi)	28.829	27.760	27.218	26.846	26.623
Numero medio annuo posizioni lavorative dipendenti	140.367	139.400	139.375	141.583	146.074
Posizioni lavorative per impresa	4,87	5,02	5,12	5,27	5,49

Tabella 2 Imprese-posizioni lavorative

INDICATORI REGIONE LOMBARDIA

La banca dati Flussi Informativi INAIL Regioni fornisce le PAT INAIL con sede operativa in regione Lombardia e gli addetti INAIL. Gli addetti INAIL sono stimati sulla base della massa salariale e possono rappresentare un indicatore proxy di ore lavorate utile per esprimere l'esposizione al rischio rispetto al numero assoluto di lavoratori perchè tengono conto anche del lavoro straordinario e della cassa integrazione ma sono sempre aggiornati al biennio precedente

ATECO F Costruzioni LOMBARDIA	2015	2016	2017	2018	2019
Numero PAT INAIL	134.998	131.645	125.832	120.521	
Numero totale addetti	297.356	297.036	290.163	280.996	
di cui dipendenti	173.983	176.371	173.914	169.754	
di cui artigiani	123.372	120.665	116.249	111.242	
Numero medio addetti per PAT	2,20	2,26	2,31	2,33	
Infortuni avvenuti in lombardia					
Infortuni in occassione di lavoro	5.328	4.957	4.950	4.572	4.296
di cui gravi T40	1.692	1.555	1.632	1.486	1.271
Percentuale di gravi T40	31,76%	31,37%	32,97%	32,50%	29,59%
Indicatori per Azienda					
Tasso grezzo di incidenza x 1000 addetti	18,3	17,4	17,7	16,8	
Tasso grezzo di incidenza gravi T40 x 1000 addetti	5,9	5,5	6,0	5,5	
Indicatori per Territorio					
Tasso grezzo di incidenza x 1000 addetti	17,9	16,7	17,1	16,3	
Tasso grezzo di incidenza gravi T40 x 1000 addetti	5,7	5,2	5,6	5,3	
Indicatori per Azienda Zona					
Tasso grezzo di incidenza x 1000 addetti	16,1	15,2	15,5	14,7	
Tasso grezzo di incidenza gravi T40 x 1000 addetti	5,1	4,7	5,1	4,7	

Tabella 3 tasso di incidenza ATECO F-Lombardia

CANTIERI

Poiché l'attività del settore viene svolta in cantiere, ulteriori informazioni possono essere ricavate dalle notifiche preliminari che in Lombardia dal 2010 vengono trasmesse esclusivamente per via telematica attraverso il servizio Gestione Cantieri (Ge.Ca.). L'archivio generato da Ge.Ca. costituisce patrimonio anche per la selezione dei cantieri in base al rischio, con il supporto dell'applicativo Monitoraggio Rischio Cantieri (Mo.Ri.Ca.).

Prima del 2020, anno in cui verosimilmente la pandemia Covid19 ha ridotto l'attività, il numero di cantieri in regione risultava costantemente in crescita.

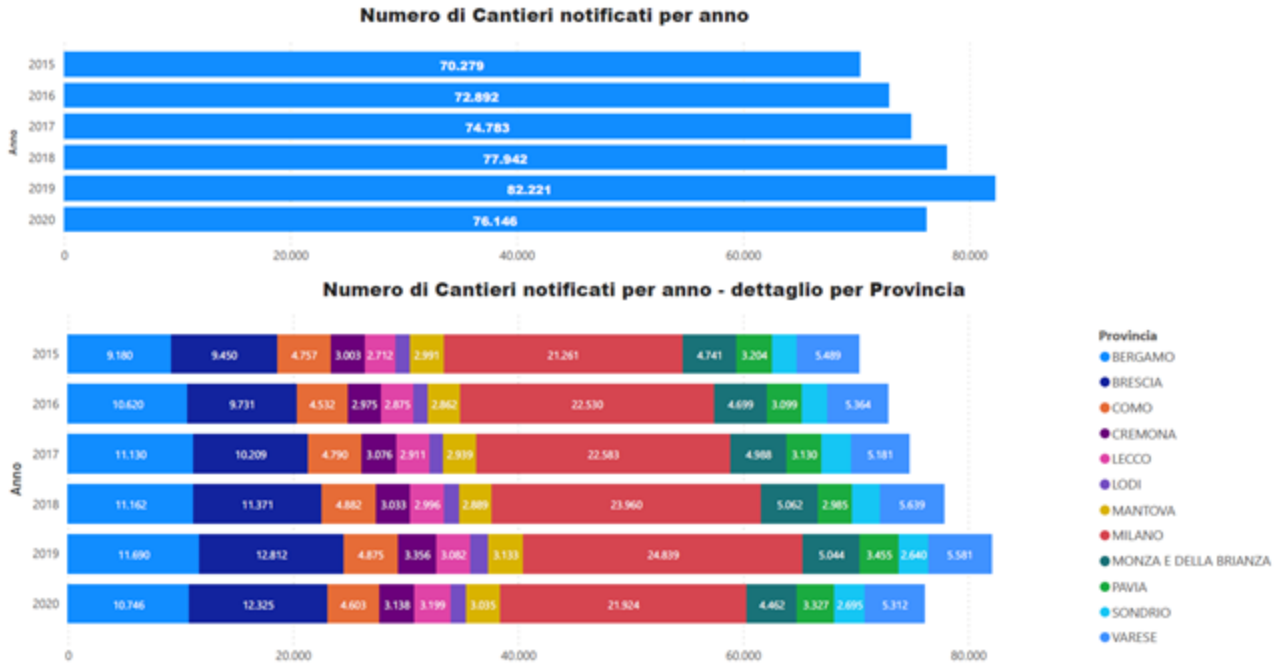


Grafico 1 Notifiche preliminari 2015-2020

Tra le tipologia di lavori, prevaleva nettamente l'edilizia abitativa; in oltre il 25% dei casi, in cantiere si individuava un'unica impresa esecutrice, mentre quelli con una o due imprese esecutrici sono circa il 50%, dato certamente sottostimato per i successivi subappalti che non vengono comunicati; nel 63% circa di casi sono presenti da 3 a 5 lavoratori, dato che conferma quanto evidenziato in merito alla dimensione aziendale media; la durata dei lavori nella maggior parte dei casi non supera i 12 mesi, e in oltre il 50% non supera i due mesi.

In coerenza con i dati sugli infortuni, si evidenza la presenza nei cantieri di aziende con sede in altre province italiane; le imprese lombarde sono quasi il 90% di quelle che operano in cantieri della Lombardia. Le province con maggior numero di aziende coinvolte sono Milano, Bergamo e Brescia.

SETTORE AGRICOLTURA

Premesso che ISTAT ed INPS definiscono in maniera differente l'attività agricola, e che quindi i dati estratti dai due relativi archivi offrono valori assoluti dissimili, nell'anno 2010 - anno dell'ultimo censimento ISTAT agricoltura[1] - si è assistito, rispetto all'anno 2000, ad una diminuzione del 2,5% della superficie agricola utile (SAU) a fronte di un numero pressoché invariato di allevamenti.

In Italia, nello stesso anno, risultavano attive 1.600.000 aziende agricole le cui dimensioni sono declinate nella seguente tabella, classificate sulla base delle giornate lavoro annuali.

Dimensioni	Aziende	
gg lavoro/anno< 50	741.487	46,3
1<gg lavoro/anno> 500	753.188	47,1
gg lavoro/anno> 501	105.325	6,6
Totale 2010	1.600.000	100,0

Tabella 4 Aziende agricole per dimensione

IL QUADRO PRODUTTIVO IN LOMBARDIA

Per i dati riferiti alla Lombardia le tabelle che seguono, estratte dalla fonte ISTAT - CENSIMENTO 2010 - rappresentano la coltivazione e gli allevamenti.
Rammentato che INAIL assicura l'attività agricola quando questa costituisce la fonte di reddito prevalente, i Flussi informativi INAIL Regioni, che rappresentano una fonte di analisi, non contengono informazioni sulle aziende agricole gestite sul piano contributivo da INPS; tuttavia, INAIL gestisce le aziende dell'Agrindustria.

Il quadro complessivo è il seguente:

	ANNO				
AZIENDE	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Numero aziende agricole con dipendenti (INPS)	9.796	9.900	9.939	10.105	10.106
Numero aziende agricole autonomi (INPS)	28.601	28.559	28.622	28.603	28.730
Numero PAT INAIL Agrindustria	3.309	3.216	3.139	3.021	

ADDETTI	ANNO				
	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Numero dipendenti agricoltura	51.250	51.750	52.930	56.143	58.726
Giornate lavorate dipendenti agricoltura	7.646.184	7.729.065	7.858.513	8.132.218	8.578.572

	ANNO				
	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Numero Autonomi agricoltura	44.934	44.420	44.047	43.419	42.746
Numero medio autonomi anno	**44.196**	**43.549**	**43.029**	**42.524**	**41.908**

	ANNO				
	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Addetti agrindustria	**11.064**	**10.274**	**10.127**	**10.212**	

Tabella 5 Dati informativi attività agricola

[1] http://dati-censimentoagricoltura.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DICA_UTILTERRUBI; Dati estratti il 14 lug 2021, 16h39 UTC (GMT), da Agri.Stat

Scheda di programma

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 Ispettorato nazionale del Lavoro (INL) - attraverso gli strumenti sia del controllo sia dell'assistenza delle/alle imprese, valorizzando in questo modo, le linee di indirizzo già prodotte a garanzia di una più ampia uniformità di intervento su tutto il territorio nazionale.

Il Programma prevede un percorso strutturato, che coinvolga le figure strategiche della sicurezza per conto della committenza (committenti, responsabili dei lavori, professionisti, CSP/CSE) e aziendali (RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, ecc.) ed i lavoratori stessi, oltre che il Datore di lavoro, al fine di mettere in atto azioni efficaci e sostenibili tramite l'utilizzo di pratiche raccomandate in quanto basate su evidenze di efficacia e/o Buone Pratiche validate e criteri di sostenibilità economico-organizzativa, in tema di prevenzione degli infortuni nei cantieri edili e nel settore agricolo ed emersione delle malattie professionali nei lavoratori dei relativi comparti; a tal fine, nell'ambito delle attività del Programma Predefinito sono previsti l'implementazione e l'aggiornamento di buone pratiche e materiale documentale/informativo nel settore edile ed in agricoltura, da rendere liberamente disponibili e consultabili sui siti istituzionali tra cui, per l'edilizia, www.prevenzionecantieri.it.

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

Sintesi delle principali evidenze e 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)*

Declinazione a livello regionale del Programma

Premesso che "le condizioni di lavoro sono il principale determinante delle disuguaglianze di salute" e che l'attivazione dei controlli - in tutte le sue accezioni – resta il più importante punto di ingresso per le azioni di contrasto al verificarsi di infortuni ed all'insorgere di malattie professionali, il presente programma regionale si esplica implementando e aggiornando buone pratiche per la realizzazione di PMP.

L'attuazione del programma regionale dedicato alla prevenzione in edilizia e agricoltura è assicurata dal modello organizzativo introdotto già a suo tempo da Regione Lombardia – DG Welfare che prevede l'affidamento dello sviluppo di azioni strategiche per il contenimento degli eventi infortunistici e tecnopatici afferenti a questi settori a specifici tavoli tecnici istituiti con provvedimenti adottati dalla Giunta regionale. Il tavolo tecnico, in continuità con i c.d. "laboratori di approfondimento" ex Piano Salute e Sicurezza sul Lavoro – DGR X/1104/2013 ha composizione tripartita, ed assicura un approccio intersettoriale, multidisciplinare e di valorizzazione della concertazione.

Ad ogni tavolo tecnico, a norma della DGR X/5168/2016 "COMITATO REGIONALE DI COORDINAMENTO PREVISTO DALL'ART. 7 DEL DECRETO LEGISLATIVO 9 APRILE 2008, N. 81: AGGIORNAMENTO COMPOSIZIONE E REGOLAMENTO DI CUI ALLA DGR VIII/9446/2009", nell'ambito dei lavori dell'Ufficio Operativo (in Lombardia, c.d. *Cabina di regia*) sono assegnati obiettivi desunti dall'analisi di contesto effettuata nell'ambito del Comitato regionale di Coordinamento (ex art. 7, D.Lgs 81/2008) e coerenti con le indicazioni date dal Comitato di Coordinamento ex art.5, D.Lgs 81/2008.

Il tavolo tecnico assicura la definizione di linee di indirizzo per i controlli – ad uso degli organi di vigilanza e delle imprese - a garanzia di uniformità territoriale. In particolare, il Tavolo tecnico assicura la realizzazione di Piani Mirati di Prevenzione (PMP) a valenza regionale per implementare buone pratiche riferite ai due settori osservati.

Ciò premesso, con riguardo a:

AGRICOLTURA, il Programma regionale si caratterizza quale occasione per:

1. Indirizzi per avvio PMP locali

Ogni ATS, sulla base delle analisi epidemiologiche, delle caratteristiche del tessuto socio-economico, degli esiti delle attività di vigilanza e controllo estratte dal Sistema Informativo (S.I.) Regionale della Prevenzione I.M.Pre.S.@, dei dati consuntivi delle inchieste su infortuni/malattie professionali estratte dal S.I., Ma.P.I., individua i rischi prioritari del settore agricoltura e tra questi quali possono essere affrontati attraverso l'attivazione di un Piano Mirato di Prevenzione (PMP). Ai fini della realizzazione di un PMP, la creazione di un "archivio" di raccomandazioni/buone prassi prodotte e rese disponibili dalle/alle ATS diviene patrimonio cui ogni Servizio PSAL di Regione Lombardia può accedere. In questa logica, si ritiene opportuno realizzare un repertorio regionale dei PMP già realizzati dalle ATS lombarde, nel quale rendere consultabili i PMP già realizzati nel biennio 2018-2019 per il settore agricoltura

- Prevenzione infortuni e tutela della salute dei contoterzisti in agricoltura – ATS Brescia
- Rischio da infortuni su attrezzature e macchine agricole – ATS Città Metropolitana Milano
- Sicurezza nel lavoro forestale – ATS Montagna
- misure anti-contagio e sulla gestione dei focolai di infezione da Covid-19 negli impianti di macellazione e sezionamento – ATS Città Metropolitana Milano

che possano essere applicati ad altre ATS e di supporto al DdL ed alle figure della prevenzione aziendale nell'applicazione di propri interventi di prevenzione.

Altresì, la conclusione del progetto CCM 2019 "Lavoro agricolo e forestale. Sperimentazione di pratiche di prevenzione e di strumenti di controllo per il contenimento dei rischi infortunistici e dei rischi per la salute nel quadro del PNP Agricoltura e Silvicoltura" (in allegato), di cui è parte integrante l'obiettivo 3 in capo a ATS Città Metropolitana di Milano, consentirà l'individuazione di ulteriori priorità e strumenti che potranno essere utilizzati nell'avvio di nuovi PMP.

2. Aggiornamento documenti tecnici

Posto che a Regione Lombardia, attraverso ATS Città Metropolitana di Milano, è assegnato il coordinamento del gruppo tematico Agricoltura, all'interno del Gruppo Tecnico Interregionale SSL, ossia all'interno del Coordinamento Interregionale della Prevenzione, si intende procedere all'aggiornamento dei documenti già prodotti, ove questi risultino vetusti, e segnatamente:

- Scheda per la vigilanza nei cantieri forestali
- Sorveglianza sanitaria in Agricoltura e zootecnia: procedure semplificate e prospettive organizzative
- Manuale per la formazione del commerciante dei prodotti fitosanitari
- Strumenti di supporto alla Valutazione dei Rischi in attività stagionali
- Strumenti per il controllo del commercio delle macchine agricole, nuove e usate
- Carro Raccoglifrutta: indicazioni per la classificazione dell'attrezzatura (in coordinamento con il Gruppo Interregionale Macchine e Impianti, il cui coordinamento è in capo ad ATS Milano)
- Documento tecnico per l'individuazione delle buone prassi negli allevamenti bovini e suini.

A questi, vanno aggiunti: il documento tecnico per valutare l'idoneità delle cabine per trattore "after marker", redatto con la collaborazione di INAIL; la "Scheda manutenzione del verde" che, realizzata nell'ambito del Laboratorio di Approfondimento Agricoltura del PSSL 2014-2018, rappresenta una guida al sopralluogo ed è composta da alcuni moduli per facilitarne l'uso, ed eventualmente, la raccolta dei dati; Modulo 1: appalti, Modulo 2: Caratteristiche dell'Attività, Modulo 3: Requisiti minimi di organizzazione dell'attività e gestione emergenze, Modulo 4: Sanzioni, Macchine e schede tecniche.

Potranno essere oggetto di aggiornamento anche le indicazioni tecniche elaborate dal Laboratorio di Approfondimento Agricoltura del PSSL 2014-2018 che costituiscono allegato ai seguenti atti regionali :

- Buona pratica utilizzo fitofarmaci in agricoltura (decreto n. 4580/2010)
- Indirizzi operativi per il controllo ufficiale sul commercio e sull'impiego di prodotti fitosanitari (decreto n. 6986/2012)
- Indicazioni operative alle ASL per la conduzione dell'attività di vigilanza sulla sperimentazione di prodotti fitosanitari (decreto n. 6989/2012)
- Linea operativa gestione parco macchine per il contenimento degli eventi infortunistici nel comparto agricolo (decreto n. 120/2009)
- Gestione in sicurezza degli impianti biogas (decreto n. 6463/2014)
- Linee guida per la sorveglianza sanitaria in agricoltura (decreto n. 3959/2009)

Con riguardo al rischio Covid-19, ed alle conseguenti integrazioni operate al D.Lgs 81/2008 per la valutazione del rischio da esposizione agli agenti biologici, si intende definire una linea di indirizzo specificatamente dedicata ai lavoratori stagionali che, per la tipologia contrattuale, rappresentano una fascia di lavoratori più "fragili".

3. Attività di controllo

In continuità con gli indirizzi del Piano Nazionale Prevenzione in Agricoltura e Silvicoltura 2014-2019 (PNPAS) l'attività di controllo avrà quali direttrici: a) privilegiare i controlli presso aziende con giornate di lavoro/anno comprese tra 50/500; b) verificare la sicurezza delle macchine

agricole in dotazione dell'azienda; c) effettuare i controlli – nel rispetto delle indicazioni ministeriali – dei prodotti fitosanitari (acquisto, uso, stoccaggio e smaltimento, come previsto dall'articolo 68 del regolamento (CE) N. 1107/2009, tenendo altresì conto dell'articolo 3 del Regolamento (CE)N.882/2004); d) verificare le modalità organizzative aziendali dell'eventuale ricorso a lavoratori stagionali. La quota di attività di controllo sarà definita annualmente mediante l'emanazione di indicazioni all'interno delle "Regole per l'esercizio del sistema sanitario" approvate dalla Giunta.

I controlli sono programmati sulla base di priorità di rischio derivanti da quanto illustrato nel prodilo di salute ed equità, nonchè dall'analisi del contesto.

EDILIZIA, il Programma regionale si caratterizza quale occasione per:

1. Indirizzi per avvio PMP locali

Ogni ATS, sulla base dell'analisi epidemiologica, delle caratteristiche del tessuto socio-economico, degli esiti delle attività di vigilanza e controllo estratte dal S.I. - I.M.Pre.S.@, dai dati consuntivi delle inchieste infortuni/malattie professionali estratte dal S.I. - Ma.P.I., individua i rischi prioritari del settore edilizia e tra questi quali possono essere affrontati attraverso l'attivazione di un PMP. Ai fini della realizzazione di un PMP, la creazione di un "archivio" di raccomandazioni/buone prassi prodotte e rese disponibili dalle/alle ATS diviene patrimonio cui ogni Servizio PSAL di Regione Lombardia può accedere. Pertanto, sarà realizzato un repertorio regionale dei PMP condotti dalle ATS lombarde, nel quale rendere consultabili i PMP sviluppati per il settore edilizia (di seguito). In questo modo, si intende favorire la più ampia diffusione dei PMP per l'adozione da parte delle altre ATS ed anche quale supporto al DdL ed alle figure della prevenzione aziendale.

- Rischio elettrico nel comparto costruzioni - ATS Val Padana,
- Rischio cancerogeno in edilizia – ATS Città Metropolitana di Milano (CMM),
- Scale portatili – ATS Brianza.

2. Aggiornamento documenti tecnici

Il tavolo tecnico valuterà l'opportunità di aggiornare le indicazioni tecniche – redatte nell'ambito del Laboratorio di Approfondimento Costruzioni del PSSL 2014-2018 - che costituiscono allegato ai seguenti atti regionali:

- Disposizioni concernenti la prevenzione dei rischi di caduta dall'alto (decreto n.119/2009)
- Linee guida per la movimentazione in quota, all'interno dei cantieri temporanei e mobili, di pallet attraverso l'uso di forche (decreto n.126/2009)
- Linee guida per l'utilizzo di scale portatili nei cantieri temporanei e mobili (decreto n.7738/2011)
- Linee di indirizzo per l'attività di coordinatore per la sicurezza nei cantieri edili (decreto n.10602/2001)
- Linee guida regionali per la sorveglianza sanitaria in edilizia: Aggiornamento del Decreto Direttore Generale Giunta Regionale del 31 ottobre 2002 – N. 20647 (decreto 5408/2012)
- Linee di indirizzo tecniche per la promozione della sicurezza nei cantieri EXPO 2015 (decreto n.658/2013)
- Linee guida per l'utilizzo di scale portatili nei cantieri temporanei e mobili (decreto n.1819/2014)
- Linea guida "uso delle piattaforme di lavoro elevabili" (cantieri temporanei mobili) (decreto n.6551/2014)

- Linee d'indirizzo per la prevenzione e la sicurezza dei cantieri per opere di grandi dimensioni e rilevante complessità e per la realizzazione di infrastrutture strategiche (decreto n. 3221/2016).

3. Attività di controllo

Come ben rappresentato nel Programma Libero "EVOLUZIONE PROGRAMMA Rating Audit Control (RAC) dell'Organisation for Economic Co-operation ad Developement (OECD)" in edilizia, ai fini della puntuale individuazione del livello di rischio di ogni cantiere, è stato sviluppato l'algoritmo Monitoraggio Rischi in Cantiere (Mo.Ri.Ca.), il cui utilizzo è peraltro in grado di valorizzare, in primis, il coordinamento tra gli organi di vigilanza – ATS e Ispettorato Territoriale del Lavoro (ITL) - ed è funzionale ad incrementare la copertura dei controlli. Si intende, col presente Programma regionale, anche in sinergia con le indicazioni rese dalla Prefettura di Milano che ha istituito uno specifico tavolo dedicato agli infortuni, perfezionare il coordinamento tra tutti gli organi di controllo rappresentati in Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008, e segnatamente con:

- ITL: si rimanda al Programma Libero per l'utilizzo di Mo.Ri.Ca.,
- INAIL: occorre individuare un percorso diverso e dedicato, che preveda l'accesso di INAIL al gestionale Gestione Cantieri (Ge.Ca.),
- INPS: già dispone dell'accesso a Ge.Ca. (ex dgr n. IX/2131/2011), e pertanto vanno condivisi i criteri di coordinamento degli interventi.

In continuità con gli indirizzi del Piano Nazionale Prevenzione in Edilizia 2014-2019 (PNPE), l'attività di controllo avrà quali direttrici: a) effettuare il controllo nei cantieri a priorità di rischio utilizzando lo strumento Mo.Ri.Ca.; b) analizzare, estraendo dati dall'archivio "Provvedimenti" di I.MPre.S.@ che raccoglie gli esiti delle attività di controllo, l'incidenza delle violazioni delle norme SSL relative all'organizzazione del lavoro al fine di definire nuovi PMP; c) perfezionare il coordinamento tra gli organi di vigilanza rappresentati nel Comitato regionale di Coordinamento e art. 7, D.Lgs 81/2008, come sopra descritto.

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 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**
INDICATORE 1 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

AZIONE 1.1	Operatività Comitati di coordinamento ex art. 7, D.Lgs 81/2008 -Tavoli tecnici regionali per il settore Edilizia e Agricoltura
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
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 1.1	Nell'ambito del Comitato di Coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/08 sono istituiti specifici Tavoli tecnici a composizione tripartita quali sede di confronto a supporto della realizzazione dei PMP. Al tavolo tecnico, che opera in sintonia con gli indirizzi emanati dai gruppi tecnici interregionali, sono affidati: · definizione di indirizzi tecnici per la realizzazione dei PMP a valenza regionale, · monitoraggio dello stato di avanzamento dei PMP locali e di valenza regionale, · supporto tecnico nella progettazione informatica dell'algoritmo per la programmazione dell'attività di controllo in agricoltura fondata su priorità di rischio, · elaborazione, con periodicità annuale, di un rapporto regionale del rischio infortunistico e di malattia professionale nei settori in oggetto. Posto che a Regione Lombardia, attraverso ATS Città Metropolitana di Milano, è assegnato il coordinamento del gruppo tematico Agricoltura, all'interno del Gruppo Tecnico Interregionale SSL, ossia all'interno del Coordinamento Interregionale della Prevenzione, il Tavolo tecnico Agricoltura procede all'aggiornamento dei documenti già prodotti, ove questi risultino vetusti, e segnatamente: · Scheda per la vigilanza nei cantieri forestali · Sorveglianza sanitaria in Agricoltura e zootecnia: procedure

	semplificate e prospettive organizzative · Manuale per la formazione del commerciante dei prodotti fitosanitari · Strumenti di supporto alla Valutazione dei Rischi in attività stagionali · Strumenti per il controllo del commercio delle macchine agricole, nuove e usate · Carro Raccoglifrutta: indicazioni per la classificazione dell'attrezzatura (in coordinamento con il Gruppo Interregionale Macchine e Impianti, il cui coordinamento è in capo ad ATS Milano) · Documento tecnico per l'individuazione delle buone prassi negli allevamenti bovini e suini A questi, va aggiunto il documento tecnico per valutare l'idoneità delle cabine per trattore "after marker", redatto con la collaborazione di INAIL, e le indicazioni tecniche – redatte nell'ambito del Laboratorio di Approfondimento Agricoltura del PSSL 2014-2018 - che costituiscono allegato ai seguenti atti regionali: · Buona pratica utilizzo fitofarmaci in agricoltura (decreto n. 4580/2010) · Indirizzi operativi per il controllo ufficiale sul commercio e sull'impiego di prodotti fitosanitari (decreto n. 6986/2012) · Indicazioni operative alle ASL per la conduzione dell'attività di vigilanza sulla sperimentazione di prodotti fitosanitari (decreto n. 6989/2012) · Linea operativa gestione parco macchine per il contenimento degli eventi infortunistici nel comparto agricolo (decreto n. 120/2009) · Gestione in sicurezza degli impianti biogas (decreto n. 6463/2014) · Linee guida per la sorveglianza sanitaria in agricoltura (decreto n. 3959/2009) Il Tavolo tecnico Agricoltura definisce, altresì, con riguardo al rischio Covid-19, ed alle conseguenti integrazioni operate al D.Lgs 81/2008 per la valutazione del rischio da esposizione agli agenti biologici, una linea di indirizzo specificatamente dedicata ai lavoratori stagionali che, per la tipologia contrattuale, rappresentano una fascia di lavoratori più "fragili". Il Tavolo tecnico Edilizia valuta l'opportunità di aggiornare le indicazioni tecniche – redatte nell'ambito del Laboratorio di Approfondimento Costruzioni del PSSL 2014-2018 - che costituiscono allegato ai seguenti atti regionali: · Disposizioni concernenti la prevenzione dei rischi di caduta dall'alto (decreto n.119/2009) · Linee guida per la movimentazione in quota, all'interno dei cantieri temporanei e mobili, di pallet attraverso l'uso di forche (decreto n.126/2009) · Linee guida per l'utilizzo di scale portatili nei cantieri temporanei e mobili (decreto n.7738/2011) · Linee di indirizzo per l'attività di coordinatore per la sicurezza nei cantieri edili (decreto n.10602/2001) · Linee guida regionali per la sorveglianza sanitaria in edilizia: Aggiornamento del Decreto Direttore Generale Giunta Regionale del 31 ottobre 2002 – N. 20647 (decreto 5408/2012)

	· Linee di indirizzo tecniche per la promozione della sicurezza nei cantieri EXPO 2015 (decreto n.658/2013) · Linee guida per l'utilizzo di scale portatili nei cantieri temporanei e mobili (decreto n.1819/2014) · Linea guida "uso delle piattaforme di lavoro elevabili" (cantieri temporanei mobili) (decreto n.6551/2014) · Linee d'indirizzo per la prevenzione e la sicurezza dei cantieri per opere di grandi dimensioni e rilevante complessità e per la realizzazione di infrastrutture strategiche (decreto n. 3221/2016).

AZIONE 1.2	Operatività Comitati di coordinamento ex art. 7, D.Lgs 81/2008
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
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 1.2	La DG Welfare cura la convocazione trimestrale del Comitato di Coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/08, per la presentazione dei PMP che i Servizi PSAL propongono di avviare per i settori Agricoltura ed Edilizia, per la loro validazione a garanzia di un ampio presidio dei profili di rischio sull'intero territorio regionale, nonché per il loro monitoraggio ed attuazione. Nell'ambito del Comitato di Coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/08 vengono altresì proposti e confrontati i contenuti dei PMP a valenza regionale. Il Comitato di Coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/08 monitora l'utilizzo di Mo.Ri.Ca. da parte di tutte le ATS per la programmazione dell'attività di vigilanza fondata sulla priorità di rischio. Come rappresentato nel Programma Libero 17 "EVOLUZIONE PROGRAMMA Rating Audit Control (RAC) dell'Organisation for Economic Co-operation ad Developement (OECD)" in edilizia, ai fini della puntuale individuazione del livello di rischio di ogni cantiere, è stato sviluppato l'algoritmo Monitoraggio Rischi in Cantiere (Mo.Ri.Ca.), il cui utilizzo è peraltro in grado di valorizzare, in primis, il coordinamento tra gli organi di vigilanza – ATS e Ispettorato Territoriale del Lavoro (ITL) - ed è funzionale ad incrementare la copertura dei controlli, anche in sinergia con le indicazioni rese dalla Prefettura di Milano che ha istituito uno specifico tavolo dedicato agli infortuni, perfezionerà il coordinamento tra tutti gli organi di controllo rappresentati in Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008, e segnatamente con: · ITL: si rimanda al Programma Libero per l'utilizzo di Mo.Ri.Ca., · INAIL: occorre individuare un percorso diverso e dedicato, che preveda l'accesso di INAIL al gestionale Gestione Cantieri (Ge.Ca.), · INPS: già dispone dell'accesso a Ge.Ca. (ex dgr n. IX/2131/2011), e pertanto vanno condivisi i criteri di coordinamento degli interventi.

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 PP07_OT02	**Realizzazione di attività di formazione dei soggetti del sistema della prevenzione in agricoltura e in edilizia.**
INDICATORE 2 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

AZIONE 2.1	FORMAZIONE SSL RIVOLTA ALLE FIGURE AZIENDALI DELLA PREVENZIONE (ddl, RSPP, ASPP, RLS, MC e, per il settore Edilizia CSE e CSP)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 2.1	La formazione rivolta alle figure aziendali della prevenzione (ddl, RSPP, ASPP, RLS, …) si realizza, di default, nell'ambito di ogni PMP messo in campo dalle ATS. Ogni PMP obbligatoriamente, secondo quanto disposto dalla dgr n. XI/164/2018, deve prevedere: – seminario informativo di illustrazione del rischio e/o danno che il PMP vuole eliminare o ridurre e che le analisi epidemiologiche connotano come non adeguatamente affrontato e risolto; – seminario formativo per la verifica del processo di valutazione dello specifico rischio (scheda di autovalutazione); – seminario informativo dedicato all'analisi delle evidenze raccolte attraverso il PMP.

AZIONE 2.2	2.2 FORMAZIONE SSL RIVOLTA AGLI OPERATORI ATS
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 2.2	Nel rispetto della dgr XI/2464/2019, inattuata ad oggi a causa dell'emergenza pandemica, nonché nell'ambito della programmazione annuale della formazione, si prevede l'avvio e realizzazione percorsi formativi dedicati agli operatori ATS, sia nuovi assunti che personale in servizio. Il percorso già definito verrà aggiornato alla luce dell'esperienza maturata nel corso della pandemia e dei nuovi scenari di rischio e di danno presenti nelle aziende. Finalità del percorso è assicurare ai Servizi competenze e abilità uniformi, da esplicare in occasione dei controlli in azienda, anche in modalità PMP, nella verifica

	dei processi di valutazione del rischio. Con riguardo ai settori edilizia e agricoltura i percorsi avranno ad oggetto: la diffusione delle linee guida già prodotte e di nuovo impianto; l'utilizzo dell'algoritmo Mo.Ri.Ca.; la conoscenza del nuovo algoritmo per l'agricoltura, appena disponibile; lo scambio delle esperienze condotte nell'ambito dei diversi PMP.

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 3 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**
INDICATORE 3 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

AZIONE 3	PIANO DI COMUNICAZIONE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.13 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 3	La pianificazione dell'attività di comunicazione è concordata nell'ambito dei lavori dell'Ufficio Operativo ex DPCM 21.12.2007 (cd Cabina di regia) e realizzata nell'ambito della disponibilità di risorse economiche di DG Welfare. Per sostenere la diffusione delle conoscenze e dell'esperienze realizzate si prevede sul sito web di Regione Lombardia: 1. la creazione di un repertorio regionale dei PMP (sia quelli già realizzati nel biennio 2018-2019 che i nuovi) per il settore agricoltura ed edilizia; 2. la pubblicazione delle Linee guida aggiornate, di materiale informativo e di report consuntivi. L'Ufficio Operativo ex DPCM 21.12.2007 (cd Cabina di regia) promuove l'attivazione di campagne di comunicazione anche attraverso i siti web degli stakeholder. Compatibilmente con le risorse economiche disponibili, saranno ideate campagne di comunicazione regionali dedicate alle misure di prevenzione nei settori: · agricoltura, quali sicurezza delle macchine/attrezzature da lavoro; giardinaggio e manutenzione del verde; gestione del rischio ribaltamento macchine agricole semoventi, · edilizia, quali cadute dall'alto, seppellimento, elettrocuzione.

EQUITÀ

OBIETTIVO 4 PP07_OT08	**Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**
INDICATORE 4 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

AZIONE 4 EQUITY	RAFFORZAMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE ATS IN CHIAVE PIANI MIRATI DI PREVENZIONE QUALE TIPOLOGIA DI CONTROLLO IN GRADO DI CONTRASTARE EFFICACEMENTE LE DISUGUAGLIANZE IN SSL
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE EQUITY	Il contrasto a infortuni e malattie lavoro correlate è obiettivo prioritario per tutte le politiche in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Attraverso la formazione degli operatori dei Servizi PSAL alla realizzazione di PMP - che rappresentano la tipologia innovativa di attività di controllo in grado di sviluppare la capacità delle aziende di ridurre i rischi per la salute e sicurezza del lavoratore - ci si prefigge di accrescere la loro consapevolezza sull'impatto che interventi di controllo "mirati" hanno in termini di contrasto alle disuguaglianze. In questo modo s'intende orientare e rafforzare la programmazione dei Servizi PSAL verso controlli modulati in PMP. Elemento fondante di un intervento di controllo mirato, quale è il PMP, è l'analisi epidemiologica e socio-economica in grado di individuare i carichi di danno e, quindi, di attenzionarli; altresì è essenziale l'abilità di modulazione di assistenza e repressione nei confronti delle aziende che hanno una diversa capacità e motivazione alla prevenzione in SSL. Il percorso formativo delineato dalla dgr XI/2464/2019 mira ad assicurare un'ampia offerta rivolta a tutti gli operatori dei Servizi PSAL, in grado di uniformare i background personali, le metodologie d'azione, condividere le esperienze e veicolare i principi di equità e non discriminazione. L'attività di controllo in SSL richiede oggi, infatti, un nuovo approccio da parte del personale dei Servizi, sia nuovi assunti che operatori già in servizio. La delibera regionale citata assegna a POLIS Lombardia finanziamenti per la realizzazione di percorsi – i cui contenuti sono stati definiti in un percorso di confronto con le pari sociali e l'Ufficio scolastico regionale – che intendono garantire non solo un uguale bagaglio di conoscenze tra gli operatori afferenti a territori diversi ma, altresì, una medesima capacità di verifica dei processi di valutazione del rischio. L'uniformità dell'attività di controllo in edilizia e agricoltura, modulata in PMP e basata su criteri condivisi per la programmazione secondo priorità di rischio, è strumento per la

	riduzione delle disuguaglianze negli ambienti di lavoro. I Servizi PSAL delle ATS, mediante la partecipazione a percorsi di formazione continua, garantiranno l'applicazione dei medesimi criteri per la programmazione delle attività e degli stessi specifici algoritmi, individuando le situazioni a maggior rischio su cui attuare interventi di controllo, da modulare - in assistenza o repressione - in base alla capacità ed alla motivazione dell'azienda ad attuare misure di tutela del lavoratore.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	**Orientare la programmazione dell'attività SSL per i comparti edilizia e agricoltura in modalità PMP**
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	A garanzia del rafforzamento dell'attività di controllo in modalità PMP, i percorsi formativi dedicati agli operatori sanitari (erogati ai sensi della dgr XI/2464/2019) sono lo strumento offerto per acquisire nuove competenze e attivare confronti dell'esperienza maturata sul campo. Il confronto che si genera consente ad ogni partecipante di tenere conto delle particolarità e delle differenze che caratterizzano il contesto territoriale a supporto di decisioni orientate al contrasto delle disuguaglianze. L'uniformità dell'attività di controllo praticata dalle ATS, basata su criteri di programmazione condivisi, è considerata strumento per la riduzione delle disuguaglianze negli ambienti di lavoro. Dopo aver condotto l'analisi del contesto territoriale, i Servizi PSAL, grazie a percorsi di formazione continua – ex dgr XI/2464/2019 - condividono esperienze, si confrontano, acquisiscono ulteriori abilità nell'applicazione dei criteri di analisi del rischio e di programmazione delle attività. La disponibilità di specifici algoritmi che guidano all'individuazione di situazioni a maggior rischio, facilita l'attuazione di interventi di controllo, da modulare all'interno del PMP in assistenza o repressione in funzione della capacità e motivazione dell'azienda ad attuare misure di tutela del lavoratore. Attraverso questi percorsi si ritiene di poter conseguire, per i settori edilizia e agricoltura, ulteriori risultati, in particolare, nella riduzione degli infortuni sul lavoro. Con l'emanazione delle regole di sistema, la DG Welfare esercita un ruolo di governo indirizzando la programmazione ATS verso quote sempre maggiori di controllo in modalità PMP.
ATTORI COINVOLTI	Regione, ATS, POLIS Lombardia
INDICATORE	**Tassi frequenza infortunistica in edilizia e agricoltura** Formula: tasso frequenza infortunistica calcolato utilizzando al numeratore gli infortuni denunciati INAIL e al denominatore il numero di lavoratori occupati (fonte ISTAT) al netto del ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni (fonte: INPS) Standard: tasso frequenza infortunistica calcolato utilizzando al numeratore gli infortuni denunciati INAIL e al denominatore il numero di lavoratori occupati (fonte ISTAT) al netto del ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni (fonte: INPS) Fonte: INAIL - ISTAT - INPS

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 5 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**
INDICATORE 5 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

AZIONE 5.1	ATTUAZIONE STRATEGIE D'INTERVENTO PER LE ATTIVITA' DI VIGILANZA, CONTROLLO ASSISTENZA IN AGRICOLTURA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 5.1	La programmazione annuale dei controlli è in capo alle singole ATS che vi provvedono nel rispetto delle indicazioni del presente Programma e delle ulteriori e puntuali indicazioni che annualmente sono oggetto del provvedimento con cui la Giunta regionale fornisce "DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE" (cd Regole di esercizio del sistema sanitario). Le ATS, definita la programmazione dei controlli in materia di SSL, la condividono all'interno dei Comitati territoriali ex art. 7, D.Lgs 81/2008 e la presentano, successivamente, al Comitato di coordinamento regionale, ex art. 7, D.Lgs 81/2008. In continuità con gli indirizzi del Piano Nazionale Prevenzione in Agricoltura e Silvicoltura 2014-2019 (PNPAS) l'attività di vigilanza, controllo e assistenza avrà quali direttrici: a. privilegiare gli interventi presso aziende con giornate di lavoro/anno comprese tra 50/500; b. verificare la sicurezza delle macchine agricole in dotazione dell'azienda; c. effettuare il controllo – nel rispetto delle indicazioni ministeriali – dei prodotti fitosanitari (acquisto, uso, stoccaggio e smaltimento, come previsto dall'articolo 68 del regolamento (CE) N. 1107/2009, tenendo altresì conto dell'articolo 3 del Regolamento (CE)N.882/2004) attraverso un approccio capace di coniugare la normativa in materia di sicurezza chimica e in materia di salute e sicurezza sul lavoro; d. verificare le modalità organizzative aziendali dell'eventuale ricorso a lavoratori stagionali. La quota di attività di controllo sarà definita annualmente mediante l'emanazione di indicazioni all'interno

	delle "Regole per l'esercizio del sistema sanitario" approvate dalla Giunta. Rilevato che le aziende agricole lombarde rappresentano il 7,08 % delle aziende italiane (fonte INPS 2017), la quota di attività di vigilanza, controllo e assistenza – che potrà essere aggiornata annualmente attraverso le "Regole per l'esercizio del sistema sanitario" – dovrà coprire il 2 % delle aziende agricole lombarde. Annualmente, l'attività di controllo condotta dalle singole ATS sarà oggetto di un report, redatto dalle stesse, che ne illustrerà i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi fissati.

AZIONE 5.2	STRATEGIE D'INTERVENTO PER LE ATTIVITA' DI VIGILANZA, CONTROLLO ASSISTENZA IN EDILIZIA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 5.2	La programmazione annuale dei controlli è in capo alle singole ATS che vi provvedono nel rispetto delle indicazioni del presente Programma e delle ulteriori e puntuali indicazioni che annualmente sono oggetto del provvedimento con cui la Giunta regionale fornisce "DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE" (cd Regole di esercizio del sistema sanitario). Le ATS, definita la programmazione dei controlli in materia di SSL, la condividono all'interno dei Comitati territoriali ex art. 7, D.Lgs 81/2008 e la presentano, successivamente, al Comitato di coordinamento regionale, ex art. 7, D.Lgs 81/2008. In continuità con gli indirizzi del Piano Nazionale Prevenzione in Edilizia 2014-2019 (PNE) l'attività di vigilanza avrà quali direttrici: a) effettuare il controllo nei cantieri a priorità di rischio, individuati utilizzando lo strumento Mo.Ri.Ca.; b) garantire il coordinamento con gli altri organi ispettivi rappresentati nel Comitato regionale di Coordinamento e art. 7, D.Lgs 81/2008. Particolare attenzione dovrà essere dedicata ai cantieri per la realizzazione delle grandi opere o complesse, per eventi fieristici e dello spettacolo e di bonifica amianto. Indicatore dell'attività di controllo è il rapporto tra cantieri ispezionati e cantieri notificati ex art. 99, D.Lgs 81/2008 nell'anno precedente, estratti secondo i criteri regionali già emanati che attenzionano solo specifiche "tipologie di opera"; l'indicatore è pari o superiore a 15%. Detta quota potrà essere ridefinita annualmente attraverso le "Regole per l'esercizio del sistema sanitario". Annualmente, l'attività di controllo sarà oggetto di un report da parte delle singole ATS che ne illustreranno i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi fissati.

OBIETTIVO 6 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**
INDICATORE 6 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

AZIONE 6.1	Piani Mirati di Prevenzione come misura di contrasto a infortuni e malattie professionali in Agricoltura
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 6.1	In coerenza con l'analisi di contesto epidemiologica e socio-economica effettuata dai singoli territori e condivisa all'interno dei Comitati ex art. 7, D.Lgs 81/2008, le ATS individuano rischi e danni da sottoporre a controllo in modalità PMP. Successivamente, i PMP proposti dalle ATS sono presentati all'Ufficio Operativo (cd Cabina di regia) e al Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008, al fine di coordinarne l'attivazione a livello locale ed evitare duplicazioni, offrendo una vasta gamma di interventi a tutela della salute del lavoratore. Per il settore Agricoltura, in continuità con gli indirizzi del Piano Nazionale Prevenzione in Agricoltura e Silvicoltura 2014-2019 (PNPAS), e in coerenza con le evidenze desunte dall'analisi del carico di danni in agricoltura descritto nel profilo di salute ed equità, i PMP devono essere prioritariamente rivolti alle microimprese. A livello regionale sono attivati i seguenti PMP: · macelli e laboratori di sezionamento carni. Le specificità di questo comparto lavorativo e il frequente manifestarsi di focolai epidemici COVID-19 all'interno di questi stabilimenti richiedono, in continuità con quanto già realizzato in sintonia con l'Istituto Superiore di Sanità e di concerto con Inail, peculiari interventi di verifica e approfondimento delle misure di tutela dall'esposizione ad agenti biologici, coordinati dalla DG Welfar ee sviluppati dalle ATS il cui territorio vede una significativa presenza di quest'attività produttiva. · rischio stress da calore. In raccordo con ITL e in collaborazione

	con le linee di indirizzo prodotte dal gruppo tematico Agenti Fisici, coordinato da Regione Toscana, cui Regione Lombardia partecipa, in ragione dei recenti episodi di danno a carico di lavoratori del comparto, si richiede una sistematizzazione e diffusione di misure di contrasto ai rischi derivanti da esposizione prolungata al sole. I PMP già realizzati, nel biennio 2018-2019 per il settore agricoltura, da talune ATS sono patrimonio cui gli altri Servizi PSAL possono fare riferimento per un'applicazione nel territorio di competenza (vedi Repertorio azione di comunicazione) · Prevenzione infortuni e tutela della salute dei contoterzisti in agricoltura – ATS Brescia · Rischio da infortuni su attrezzature e macchine agricole – ATS Città Metropolitana Milano · Sicurezza nel lavoro forestale – ATS Montagna · misure anti-contagio e sulla gestione dei focolai di infezione da Covid-19 negli impianti di macellazione e sezionamento – ATS Città Metropolitana Milano Altresì, il progetto CCM 2019 "Lavoro agricolo e forestale. Sperimentazione di pratiche di prevenzione e di strumenti di controllo per il contenimento dei rischi infortunistici e dei rischi per la salute nel quadro del PNP Agricoltura e Silvicoltura" (in allegato), il cui obiettivo 3 è realizzato da ATS Città Metropolitana di Milano, diventa fonte per l'avvio di nuovi PMP.

AZIONE 6.2	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE COME MISURA DI CONTRASTO A INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI IN EDILIZIA
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 6.2	In coerenza con l'analisi di contesto epidemiologica e socio-economica effettuata dai singoli territori e condivisa all'interno dei Comitati ex art. 7, D.Lgs 81/2008, le ATS individuano rischi e danni da sottoporre a controllo in modalità PMP. Successivamente, i PMP proposti dalle ATS sono presentati all'Ufficio Operativo (cd Cabina di regia) e al Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008, al fine di coordinarne l'attivazione a livello locale ed evitare duplicazioni, offrendo una vasta gamma di interventi a tutela della salute del lavoratore. Per il settore edilizia, i PMP devono essere prioritariamente rivolti alle microimprese prendendo ad oggetto: 1. i fattori di rischio e le dinamiche di evento descritte nell'analisi del "carico di danni" del profilo di salute ed equità; 2. l'incidenza delle violazioni alle norme SSL (con particolare attenzione a quelle relative all'organizzazione del lavoro) desunta dall'analisi dell'archivio "Provvedimenti" di I.M.Pre.S.@ che raccoglie gli esiti delle attività di controllo. I PMP già realizzati, nel biennio 2018-2019, da ATS Val Padana per il "Rischio elettrico nel comparto costruzioni", da ATS Città Metropolitana di Milano "rischio cancerogeno in edilizia" e da ATS Brianza per "Scale portatili" diventano riferimento per le altre ATS per un eventuale loro applicazione nel territorio di competenza (vedi Repertorio azione di comunicazione) Inoltre, a livello regionale sono attivati i seguenti PMP: o rischio stress da calore: sistematizzazione e diffusione di misure di

	contrasto ai rischi derivanti da esposizione prolungata al sole, in raccordo con ITL; o rischio connesso alla movimentazione dei carichi (all'interno del PP8), realizzato anche in adesione alla Campagna di prevenzione dei disturbi muscoloscheletrico 2021-2022 promossa dallo SLIC (Senior Labour Inspectors Committee).

OBIETTIVO 7 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)**
INDICATORE 7 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

AZIONE 7	SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 7	A garanzia della qualità e dell'appropriatezza della sorveglianza sanitaria svolta dai MC, ogni ATS, con cadenza annuale, redige un report di analisi dell'Allegato 3B, art. 40, evidenziando lo stato di salute e i profili di rischio dei lavoratori. Il report è presentato al Comitato di Coordinamento Territoriale e Regionale art. 7 Dlgs 7/81 anche allo scopo di individuare eventuali e specifici interventi di vigilanza, controllo e assistenza necessari alle aziende e/o ai MC. I documenti ddg n. 3959/2009 "Linee guida per la sorveglianza sanitaria in Agricoltura"(*) e ddg n. 5408/2012 "Linee guida regionali per la sorveglianza sanitaria in Edilizia" saranno oggetto di aggiornamento a cura del Tavolo tecnico, e saranno validati nell'ambito del Comitato di coordinamento regionale, ex art. 7, D.Lgs 81/2008, (*) L'aggiornamento della linea guida regionale sarà successiva agli esiti dell'Obiettivo 4 del Progetto CCM 2019 "Lavoro agricolo e forestale. Sperimentazione di pratiche di prevenzione e di strumenti di controllo per il contenimento dei rischi infortunistici e dei rischi per la salute nel quadro del PNP Agricoltura e Silvicoltura" (in allegato).

3.8 PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

Quadro logico regionale

CODICE	PP08
REFERENTI DEL PROGRAMMA	CORNAGGIA NICOLETTA
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori - MO4-04 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medio e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti - MO4-05 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa - MO4-07 Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la "conservazione attiva" della salute, ovvero verso la Total worker health - MO4-08 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health - MO4-10 Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti - MO4-11 Garantire la funzionalità di OCCAM incrociando i dati sanitari disponibili negli archivi regionali con le storie lavorative INPS - MO4-12 Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso - MO4-13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti - MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo,

	formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare) - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-05 Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione - MO5-07 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- 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 - 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
LEA	- B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B10 Tutela della popolazione dal rischio "amianto" - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - B15 Tutela della collettività dal rischio radon - C01 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro - C02 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali - C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

La definizione del profilo di salute e equità del programma dedicato alla prevenzione delle malattie professionali si pone nella cornice in cui, tra i pochi interventi che hanno esplicitamente riconosciuto l'impatto delle condizioni di lavoro sulle disuguaglianze di salute vi è il D.Lgs 81/2008 (Le disuguaglianze di salute in Italia – G. Costa, Epidemiologia & Prevenzione, anno 28 (3), supplemento 40-50).

Nell'ambito del Convegno "Sicurezza negli ambienti di lavoro e/o patologie correlate", svoltosi a Roma nel 2019, in ordine alle strategie di prevenzione è stato illustrato come "il decennio appena trascorso, caratterizzato da una forte e lunga recessione, ha visto una profonda trasformazione del tessuto produttivo che ha comportato una ricomposizione dell'occupazione verso il lavoro dipendente, con una crescita dei rapporti di lavoro a tempo determinato e una notevole espansione degli impieghi a tempo parziale. Questi trend sono connessi allo sviluppo di molte attività nel terziario e di professioni a bassa qualifica. L'aggregato degli occupati si configura come più "anziano" e più istruito rispetto a dieci anni prima, ed è aumentata la presenza femminile e straniera; questa ultima soprattutto nei settori alberghi e ristorazione, agricoltura e servizi alle famiglie.".

Il contesto regionale dei rischi e dei danni genera i bisogni a cui occorre fornire risposta attraverso un'azione preventiva efficace, ovvero misure di contenimento del danno, formazione, attività di vigilanza e controllo modulata in risposta alla capacità preventiva dell'azienda.

Il decennio appena trascorso, caratterizzato da una forte e lunga recessione, ha visto una profonda trasformazione del tessuto produttivo che ha comportato una ricomposizione dell'occupazione verso il lavoro dipendente, con una crescita dei rapporti di lavoro a tempo determinato e una notevole espansione degli impieghi a tempo parziale. Questi trend sono connessi allo sviluppo di molte attività nel terziario e di professioni a bassa qualifica. L'aggregato degli occupati si configura come più "anziano" e più istruito rispetto a dieci anni prima, ed è aumentata la presenza femminile e straniera; questa ultima soprattutto nei settori alberghi e ristorazione, agricoltura e servizi alle famiglie.

Nel periodo 2008-2017 si osserva una forte crescita nel numero di denunce di malattie professionali, con incrementi maggiori ed eccezionali nell'agricoltura (da meno di 2 mila denunce l'anno a poco più di 11 mila), ma notevoli anche nell'industria e servizi in aumento di oltre 17 mila casi (un incremento del 62% nel decennio); anche la gestione per conto dello Stato ha quasi raddoppiato le denunce in dieci anni, da 386 a 713 (+85%).

I dati delle patologie da lavoro denunciate nel 2020, cosi come gli infortuni sul lavoro, sono fortemente influenzati dall'emergenza pandemica da Coronavirus, che, ai fini del suo contenimento, ha determinato su tutto il territorio nazionale la sospensione di ogni attività produttiva considerata non essenziale nel periodo dal 9 Marzo a parte del mese di Maggio 2020, la prosecuzione di alcune attività lavorative attraverso l'attuazione di Protocolli di lavoro condivisi per assicurare ai lavoratori adeguati livelli di protezione dal Covid-19 negli ambienti di lavoro con, in alcuni casi, la rimodulazione dei livelli produttivi, e la difficoltà incontrata dalle imprese nel riprendere la produzione a pieno regime nel periodo post-lockdown.

L'impatto significativo che la pandemia da Covid-19 ha avuto in Lombardia è documentato nel IV Bollettino trimestrale delle denunce di infortunio e malattie professionali (INAIL) e nell'analisi sulla distribuzione delle segnalazioni di malattia professionali registrate nel modulo informatico Ma.P.I. (malattie professionali ed infortuni), il sistema di sorveglianza delle malattie da lavoro integrato nel sistema informativo della prevenzione regionale come supporto nella pianificazione

e nel controllo delle politiche sanitarie secondo evidenze epidemiologiche e peculiarità settoriali e territoriali.

Posto che la mancanza di lavoro rappresenta la più significativa disuguaglianza che genera disagio sociale ed economico, le disuguaglianze in ambito lavorativo sono originate da diversi fattori. Le differenze - accanto a quelle che possiamo definire connaturate, quali genere, età e nazionalità - sono generate: dalla tipologia del contratto di lavoro, che rimanda a distinte condizioni socioeconomiche quali la retribuzione e la scolarità; dalla dimensione dell'azienda che, con il crescere del numero di dipendenti è in grado di offrire maggiori benefit (ad esempio: nidi aziendali, mensa, smart working).

La prevenzione delle disuguaglianze sul lavoro richiede – come tutti gli interventi di tutela del lavoratore - forti interconnessioni con ambiti differenti da quello sanitario, quali quello economico e sociale: fattore, questo, che rende difficile garantire il conseguimento degli obiettivi di riduzione degli eventi di infortunio e di malattia professionale. Deve però essere riconosciuto che le norme nazionali emanate sin dagli anni '50, ed in particolare al decreto legislativo n. 81/2008, individuano puntuali misure di riduzione delle disuguaglianze.

La tutela della salute e sicurezza del lavoratore si applica da oltre 30 anni a partire dalla Valutazione dei Rischi di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), che richiede di considerare "anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o delle miscele chimiche impiegate, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro (…), tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n.151, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro (art. 28 comma 1 DLgs 81/08)".

Il DLgs 81/08 individua specifiche figure aziendali che assolvono al ruolo di prevenzione e protezione dai rischi - Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza, Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione, Medico Competente - la cui azione, sinergica a quella del datore di lavoro, è indirizzata a individuare soluzioni organizzative e/o individuali per la tutela della salute e sicurezza in azienda.

Entrando nel merito, per:

RISCHIO CANCEROGENO PROFESSIONALE

Le patologie neoplastiche costituiscono una parte rilevante delle malattie professionali per il carico di danno che comportano. Se infatti sono circa l'11% del totale, rappresentano oltre il 52% del danno in termini di anni di vita persi in condizioni di salute. Queste patologie sono caratterizzate da multifattorialità e da lunga latenza tra esposizione e comparsa della malattia. In caso di patologie ad alta frazione eziologica, l'accertamento del nesso causale può risultare più semplice; al contrario le patologie a bassa frazione eziologica spesso non vengono riconosciute come lavoro correlate e neppure rilevate a livello anamnestico. Da qui la scelta di attenzionare questa tipologia di patologia da esposizione a rischio cancerogeno professionale attraverso il presente Programma che concorre alla strutturazione di un approccio integrato tra Regolamento REACH/CLP e D.Lgs 81/2008, Titolo IX Capi I e II. L'obiettivo di contrasto ai fattori di rischio cancerogeno professionale è perseguito attraverso l'attivazione di un set di azioni comuni tra PP8 e PP9, a "copertura" di entrambe le Regolamentazioni – quella di mercato e quella sociale - la cui realizzazione è il risultato di interventi specifici, per area di competenza. A supporto di un efficace azione di controllo a tutela della salute del lavoratore esposto al presente rischio, l'emersione dei tumori professionali a breve latenza (es. linfomi) attraverso l'attivazione

di indagini sulla sussistenza del nesso causale tra patologia ed esposizione nei luoghi di lavoro è strumento funzionale alla rilevazione di una corretta applicazione delle regolamentazioni ex D.Lgs 81/2008 e, contemporaneamente, del rispetto della normativa REACH da parte dei soggetti obbligati. Gli esiti di dette indagini sono valorizzati dal Tavolo tecnico al fine di definire puntuali linee di indirizzo e/o attivare specifici PMP, sentito il Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008.

RISCHIO DELLE PATOLOGIE PROFESSIONALI DELL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO

Sono popolazioni lavorative "a rischio" su cui effettuare interventi di contrasto alla generazione di disuguaglianze di salute coloro che appartengono al settore socio-sanitario, in particolare ai Servizi ADI (Assistenza domiciliare Integrata) e SAD (Servizio Assistenza Domiciliare a titolarità comunale) che hanno avuto, nella fase di emergenza pandemica COVID-19 correlata, un cambiamento organizzativo al loro interno ed un carico fisico esponenziale. La definizione propedeutica al PMP di modelli valutativi è necessaria a rilevare gli aspetti oggettivi (ambiente ed attrezzature di lavoro, carico / ritmo lavorativo, orario di lavoro, organizzazione del lavoro, valore sociale attribuito all'attività svolta, rapporti interpersonali al lavoro) e ad analizzare le limitazioni funzionali sofferte dai lavoratori in relazione al rischio da sovraccarico biomeccanico.

RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO

La dimensione aziendale è centrale anche nell'adozione di modalità organizzative che siano in grado di contenere condizioni di stress. I settori che hanno sofferto detto cambiamento organizzativo oltre che un carico psicologico ed emotivo esponenziale, sono stati quello sociosanitario, alimentare, della scuola e della Pubblica Amministrazione. Altresì, i settori dei servizi, HORECA, del turismo e il manifatturiero hanno subito modifiche organizzate di rilievo, dettate in emergenza COVID-19, dagli interventi restrittivi e/o una drastica riduzione del lavoro.

Come per il rischio delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico la definizione propedeutica al PMP di modelli valutativi è necessaria a rilevare gli aspetti oggettivi - a titolo di esempio mobilità lavorativa, basso valore sociale attribuito all'attività svolta - e soggettivi intesi quale disagio psicologico percepito da parte dei lavoratori in relazione a fattori psicosociali connessi alle ricadute sulla qualità del lavoro in emergenza COVID-19.

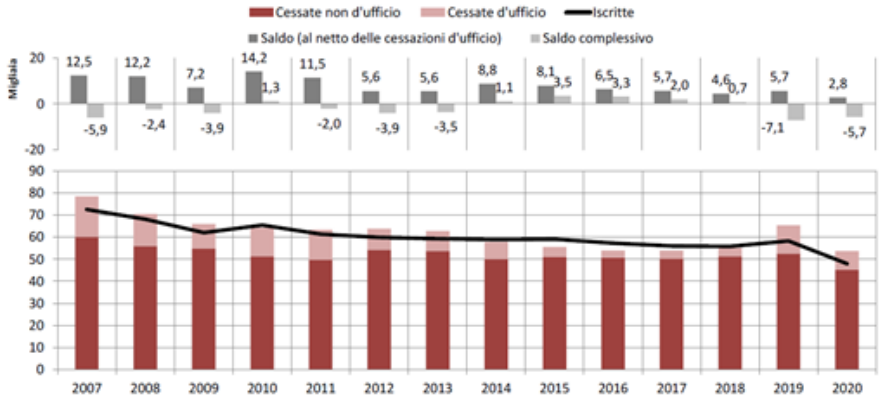
---

[1] DETERMINANTI DI SALUTE E DISUGUAGLIANZE DISPENSA DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA, A.A. 2007-2008

1. IMPRESE

Dopo la crisi economica del 2008-2009, si è registrato un periodo di incertezza con brevi accenni di ripresa e successiva diminuzione del numero di imprese; il periodo 2015 – 2019, dopo una iniziale diminuzione, si è concluso con una progressiva crescita interrotta bruscamente nel 2020 dalla pandemia Covid 19 che ha colpito duramente molte imprese a causa del periodo di lockdown e delle successive limitazioni di alcuni tipi di attività.

Numero imprese iscritte, cessate e saldo – Lombardia



Fonte: Elaborazioni Unioncamere Lombardia su dati Infocamere

Lo "stato dell'arte" delle imprese attive iscritte al registro delle imprese è quello documentato nella tabella successiva.

Demografia d'impresa anno 2020, dati per sezione di attività economica – Lombardia

	SEZIONE DI ATTIVA' ECONOMICA - ATECO 2007	Registrate	Attive	Iscritte	Cessate totali	Cessate non d'ufficio	Var. % attive
A	Agricoltura, silvicoltura pesca	44.598	43.930	1.049	1.862	1.811	-1,7
B	Estrazione di minerali da cave e miniere	422	331	0	16	13	-3,8
C	Attività manifatturiere	104.448	90.818	2.121	5.725	4.263	-2,7
D	Fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condiz...	2.293	2.140	110	106	100	4,4
E	Fornitura di acqua; reti fognarie, attività di gestione d...	1.630	1.458	18	69	56	0,7
F	Costruzioni	144.754	131.352	6.382	7.581	6.592	0,4
G	Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di aut...	207.153	187.729	6.747	13.106	11.424	-1,6
H	Trasporto e magazzinaggio	29.868	26.372	511	1.469	1.235	-0,8
I	Attività dei servizi alloggio e ristorazione	65.229	55.202	1.663	3.782	3.458	-1,0
J	Servizi di informazione e comunicazione	29.857	26.868	1.500	1.844	1.453	1,0
K	Attività finanziarie e assicurative	27.651	26.273	1.823	1.749	1.575	2,8
L	Attivita' immobiliari	76.743	67.850	1.232	2.864	2.207	0,3
M	Attività professionali, scientifiche e tecniche	55.467	50.346	3.461	3.602	3.074	2,9
N	Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle im...	41.305	37.553	2.254	2.495	2.226	2,4
O	Amministrazione pubblica e difesa; assicurazione sociale ...	27	22	0	6	2	-21,4
P	Istruzione	5.354	4.997	220	261	205	1,5
Q	Sanita' e assistenza sociale	7.631	6.896	137	315	285	0,9
R	Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e diver...	11.696	10.342	357	562	475	1,0
S	Altre attività di servizi	41.941	40.089	1.692	2.627	2.564	-0,6
T	Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro p...	5	4	0	0	0	0,0
U	Organizzazioni ed organismi extraterritoriali	3	3	0	0	0	0,0
NC	Imprese non classificate*	51.324	524	16.766	3.666	2.187	-6,6
	TOTALE	***949.399***	***811.099***	***48.043***	***53.707***	***45.205***	***-0,4***

Fonte: Elaborazioni Unioncamere Lombardia su dati Infocamere

INAIL con la banca dati Flussi Informativi INAIL Regioni offre il numero di aziende assicurate all'Ente: il settore Industria e servizi comprende anche dipendenti di aziende e amministrazioni pubbliche non Statali come in Lombardia sono le ATS e le ASST. INAIL, che pure gestisce gli infortuni dei lavoratori agricoli e dei dipendenti dello Stato, non mette nell'anagrafe informazioni relative ad Enti statali e al settore Agricoltura, ad eccezione dell'Agrindustria (rinvenibili, invece, nel registro delle imprese e nel data base INPS). Inoltre, ad ogni azienda può essere attribuita più d'una Posizione Assicurativa Territoriale (PAT) che "*è in buona sostanza il numero del contratto stipulato tra l'Azienda e l'istituto INAIL.*" Le PAT non coincidono necessariamente con Unità Locali, essendo il contratto riferito al gruppo omogeneo di rischio cui appartengono i lavoratori e prevedendo INAIL che in una unica PAT siano "accentrati" tutti i lavoratori dell'azienda anche se plurilocalizzata.

LOMBARDIA fonte INAIL BDS e Flussi Informativi					
SETTORE INDUSTRIA E SERVIZI	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Aziende con sede in Lombardia	588.853	584.123	583.788	584.553	588.389
PAT con sede in Lombardia	674.393	667.037	665.715	665.541	673.269
Numero addetti delle PAT INAIL	3.717.821	3.842.884	3.920.542	4.070.251	4.219.345

2. OCCUPATI, ADDETTI, LAVORATORI e CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI

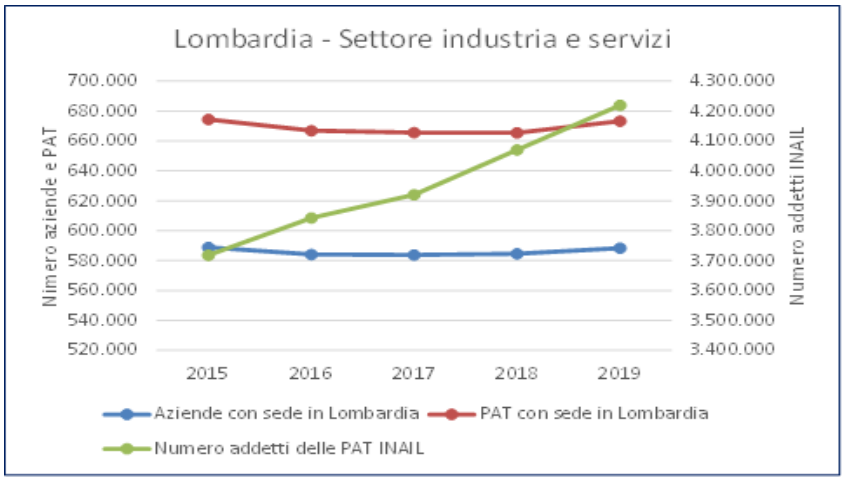
La forza lavoro nelle imprese trova riferimenti nelle banche dati ISTAT, INAIL ed INPS; ciascun Ente rileva il dato o lo stima in coerenza alla propria finalità istituzionale.

La rilevazione condotta da ISTAT rappresenta la principale fonte di informazione statistica sul mercato del lavoro italiano[1]. I dati relativi agli occupati derivano da un'indagine campionaria[2] e le relative banche, in quanto aggiornate trimestralmente, oltre a rappresentare una fonte di rappresentazione del fenomeno in sé, permettono le analisi dell'esposizione al rischio infortunistico.

Lombardia	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
occupati ISTAT	4.620.000	4.673.000	4.701.000	4.711.000	4.750.000

Anche INAIL propone una stima degli addetti, ricavata dal monte salari erogato (che include anche gli straordinari) e dalle retribuzioni medie. Gli archivi non sono aggiornati, producendo i dati relativi in genere al biennio precedente, che possono, però, costituire un "proxy" delle ore lavorate.

Settore industria e servizi	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
numero di addetti	3.717.821	3.842.884	3.920.542	4.070.251	4.219.345



I dati INPS sono particolarmente utili in quanto forniscono il numero di lavoratori di tutti i settori, pubblici e privati, a fini contributivi. Tra i dipendenti e i lavoratori autonomi sono presenti anche numerose categorie che non compaiono nell'anagrafe aziende INAIL (di questo occorre tenerne conto per i confronti, vedi paragrafo successivo). Per alcune categorie di statali (es. Forze Armate), INAIL non registra gli infortuni; per gli altri, INAIL gestisce in Conto Stato l'indennità temporanea.

INPS numero lavoratori per anno

Posizione prevalente nell'anno	2015	2016	2017	2018	2019
Artigiano	304.970	292.853	288.486	282.869	277.654
Autonomo agricolo	43.595	42.978	42.463	41.835	41.245
Commerciante	311.983	304.681	303.641	299.110	294.857
Dipendente privato	3.025.568	3.076.324	3.191.909	3.293.307	3.339.924
Dipendente pubblico	422.627	422.035	424.338	423.547	443.528
Domestico	151.724	147.855	145.813	144.267	142.954
Operaio agricolo	43.311	43.353	44.027	46.518	48.442
Parasubordinato	256.566	227.170	226.297	236.932	224.225
Voucher/Lavoro occasionale	105.582	127.979	41.824	7.856	7.365
Totale	**4.665.926**	**4.685.228**	**4.708.798**	**4.776.241**	**4.820.194**

Si evidenzia che INPS fornisce anche i dati relativi alla Cassa Integrazione Guadagni (CIG) e dell'utilizzo effettivo di ore di CIG (tiraggio) con aggiornamenti trimestrali. La disponibilità di queste informazioni permette di monitorare con maggiore accuratezza i tassi di frequenza infortunistica.

ore autorizzate cassa integrazione Lombardia							
2012	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
244.886.341	259.153.082	255.363.748	154.712.506	110.102.232	56.578.162	32.994.181	18.014.386

Malattie Professionali

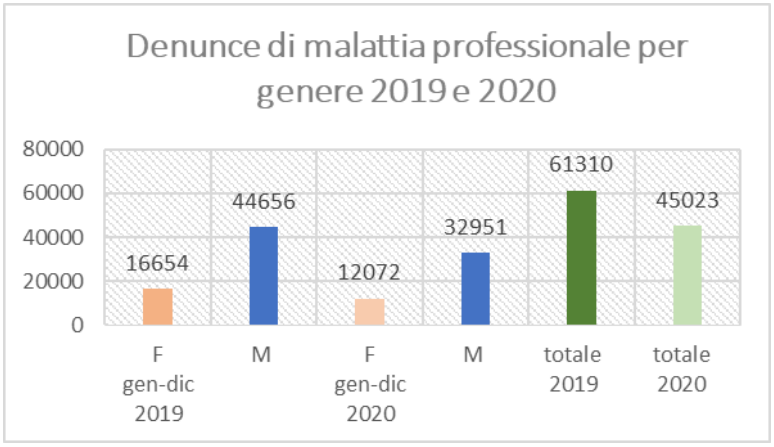
In Italia il numero di denunce di malattie professionali ha subito fino al 2019 una forte crescita, con incrementi maggiori ed eccezionali nell'agricoltura (da meno di 2 mila denunce l'anno a poco più di 11 mila), con notevoli incrementi anche nell'industria e servizi in aumento di oltre 17 mila casi (un incremento del 62% nel decennio); con la gestione per conto dello Stato ha quasi raddoppiato le denunce in dieci anni, da 386 a 713 (+85%).

Nel 2020 le patologie da lavoro denunciate (come gli infortuni sul lavoro) sono state fortemente influenzate dall'emergenza pandemica da Coronavirus. Il suo contenimento, infatti, ha determinato su tutto il territorio nazionale la sospensione di ogni attività produttiva considerata non essenziale nel periodo dal 9 Marzo a parte del mese di Maggio 2020; la prosecuzione di alcune attività lavorative attraverso l'attuazione di Protocolli di lavoro condivisi per assicurare ai lavoratori adeguati livelli di protezione dal Covid-19 negli ambienti di lavoro; la rimodulazione dei livelli produttivi e la difficoltà nel riprendere la produzione a pieno regime nel periodo post-lockdown, incontrata dalle imprese.

In Lombardia, tutto questo ha impattato sulle denunce di malattia professionale, pubblicate da Inail nel IV Bollettino trimestrale delle denunce di infortunio e malattie professionali**,** e trova ampio riscontro nell'analisi sulla distribuzione delle segnalazioni di malattia professionali registrate nel modulo informatico Ma.P.I. (malattie professionali ed infortuni), il Sistema di Sorveglianza delle malattie da lavoro integrato nel Sistema Informativo della Prevenzione Regionale, cui si rimanda in allegato l'approfondimento di analisi.

A livello nazionale, secondo quanto pubblicato da INAIL, nel periodo gennaio-dicembre 2020 le denunce di malattie professionali protocollate sono state 45.023, il 26,56% in meno rispetto all'analogo periodo del 2019 (61.310) (fonte INAIL IV Bollettino trimestrale delle denunce di infortunio e malattie professionali).

Nel dettaglio per genere, si rilevano 4.582 denunce in meno per genere femminile (da 16.654 a 12.072, in calo del 27,51%) e 11.705 in meno per il genere maschile (da 44.656 a 32.951, in calo del 26,21%).



Tab. 1 Denunce di malattia professionale per genere (Fonte INAIL IV Bollettino trimestrale delle denunce di infortunio e malattie professionali 2020)

L'analisi territoriale mostra, per il periodo gennaio-dicembre 2020, diminuzioni per il nord-ovest (-40,65%), il sud (-29,03%), il nord est (-29,01%), le isole (-23,23%) e il centro (-19,61%).

In tutte le regioni il numero delle denunce di malattie professionali protocollate è risultato inferiore rispetto al periodo gennaio-dicembre 2019.

Per la Lombardia, in particolare si è passati da **4.140** denunce di malattie professionali presentate nel periodo gennaio-dicembre 2019 a **2.472** denunce presentate nello stesso periodo per il 2020 con una variazione percentuale del **- 40,29 %**.

Si rimette all'allegato l'analisi approfondita dei casi di m.p. in Lombardia è effettuata sulla banca dati Ma.P.I. che costituisce il Sistema di Sorveglianza delle malattie da lavoro integrato nel Sistema Informativo della Prevenzione Regionale, attivo dal 2012.

---

[1] Le informazioni rilevate presso la popolazione costituiscono la base sulla quale vengono derivate le stime ufficiali degli occupati e dei disoccupati, … . La rilevazione sulle forze di lavoro è armonizzata a livello europeo come stabilito dal Regolamento Ue 2019/1700 del Parlamento europeo e del Consiglio, e rientra tra quelle comprese nel Programma statistico nazionale, che individua le rilevazioni statistiche di interesse pubblico. Il Regolamento Ue 2019/1700 è diventato operativo dal 1° gennaio 2021, e stabilisce requisiti più dettagliati e vincolanti per le statistiche europee su persone e famiglie basate su dati a livello individuale ottenuti su campioni, con l'obiettivo di migliorarne l'armonizzazione.

[2] Ogni anno vengono intervistate oltre 250 mila famiglie residenti in Italia (per un totale di 600 mila individui) distribuite in circa 1.400 comuni italiani

L'assetto organizzativo regionale per le malattie professionali

La *rete* che in Lombardia assicura l'emersione e il riconoscimento delle malattie professionali, in coerenza agli obiettivi strategici indicati dal presente e dal precedente PNP, contempla la collaborazione tra medici del lavoro delle ATS e delle Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro (UOOML) istituite presso alcune ASST, medici ospedalieri dei reparti delle ASST e medici di medicina generale (MMG).

Le UOOML, Servizi Specialistici di ASST e di IRCCS pubblici, partecipano alla ricerca attiva tumori professionali, accanto ai medici del lavoro delle ATS. A norma della dgr 10 aprile 2017 - n. X/6472, le attività delle UOOML si articolano in diversi settori (tabella seguente) ed in una pluralità di attività che comprendono le inchieste relative a casi di malattie professionali, alle attività di valutazione dei piani di sorveglianza sanitaria attuati dalle aziende del territorio di riferimento; la diagnosi clinica e strumentale delle noxa e lavorative e lavoro-correlate, e/o dei disagi per l'uomo derivanti dalla sua abituale attività lavorativa.

Tabella - *Tipologia attività UOOML*

1. Diagnostica clinica e strumentale
2. Indagine dei rischi occupazionali in popolazioni lavorative
3. Valutazione del rischio ambienti di vita e di lavoro
4. Tossicologia e igiene ambientale
5. Ergonomia (in particolare rischi psicosociali e muscoloscheletrici)
6. Epidemiologia
7. Promozione della salute in ambiente di lavoro
8. Ricerca e formazione

Nella ricerca attiva delle malattie professionali, che in Lombardia è strutturata attraverso l'utilizzo degli strumenti informativi gestionali del Sistema Informativo Regionale della Prevenzione, le UOOML rivestono un ruolo certamente aggiuntivo in ragione della possibilità di accesso diretto all'interno dei reparti ospedalieri delle ASST.

I medici ospedalieri dei reparti delle ASST e di mg partecipano all'emersione delle M.P. attraverso le relative denunce: dove autonomamente confermino il giudizio della causalità lavorativa di una patologia – la cui espressione richiede l'applicazione di un iter diagnostico che definisca, accanto alla malattia, la natura dell'esposizione al rischio nello specifico ambiente di lavoro (tipo di agente, sue concentrazioni e tempi di esposizione congrui nel determinismo della tecnopatia) – provvedono a certificarla ed a denunciarla. Altresì, i medici ospedalieri e i mmg partecipano strutturalmente alla ricerca attiva delle malattie professionali implementando i casi registrati nel predetto Sistema Informativo Regionale della Prevenzione che raccoglie non solo le indagini (area Person@ - Ma.P.I. Malattie Professionali e Infortuni), ma anche le segnalazioni relative a

casi di neoplasie ritenute attribuibili ad esposizioni lavorative ad agenti cancerogeni, ai casi generati dalla sorveglianza epidemiologica sui tumori professionali e lavoro-correlati diagnosticati, per l'appunto, da strutture sanitarie (reparti ospedalieri di pneumologia, chirurgia toracica, urologia, otorinolaringoiatria, anatomia patologica, ...). A partire dal 2018, la disponibilità di S.M.P. è stata estesa ai medici di medicina generale comprendendo la possibilità di segnalare, oltre ai tumori, anche patologie a carico dell'apparato muscolo scheletrico. (area Person@ - S.M.P. Segnalazione di Malattia Professionale).

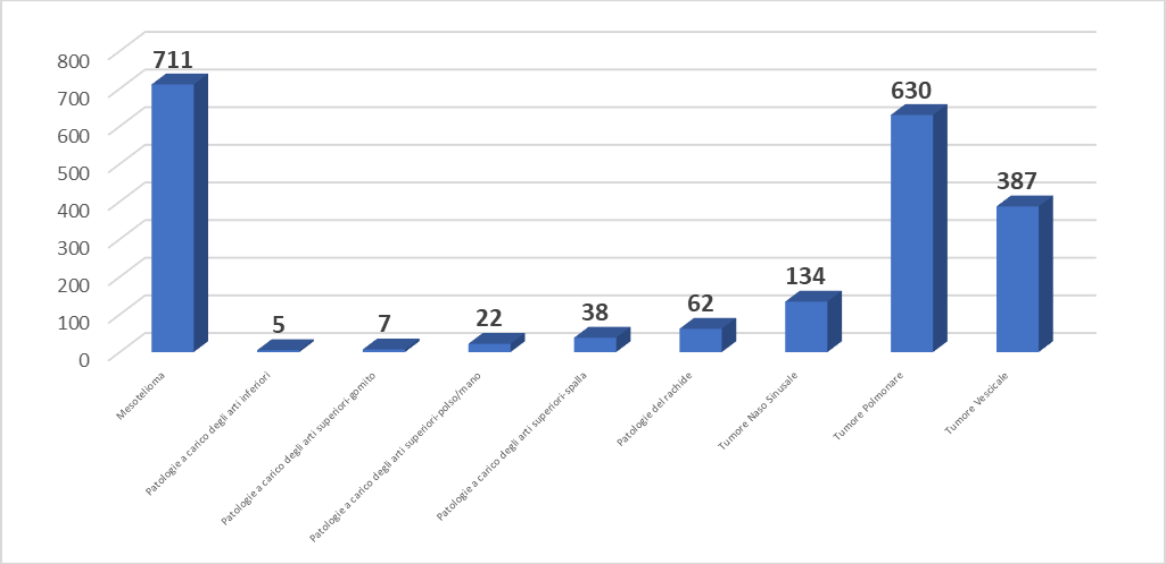
L'utilizzo di S.M.P. prevede che il medico segnalante acceda con Carta Operatore menù SISS. L'invio della segnalazione richiede il caricamento di macro informazioni: dati anagrafici del paziente; codice diagnosi; informazioni specifiche della patologia.

In base al tipo di patologia segnalata, il Centro Operativo Regionale presso la Clinica del Lavoro di Milano – istituito ex art. 244 DLgs 81/08 - le ATS e le UOOML ricevono le predette segnalazioni, ai fini degli accertamenti successivi, nel menù SISS, al servizio Person@.

Si evidenzia che il termine *segnalazione* non trova definizione nei disposti normativi vigenti, ove sono obblighi la redazione dei certificati_medici (artt. 52 e 53 D.P.R. 1124/65), delle denunce (art. 139 D.P.R. 1124/65 e art. 10 D.Lgs. 38), e dei referti (art. 365 c.p. e 334 c.p.p.). Il servizio S.M.P. si inserisce ex-ante alla redazione dei predetti atti e consente al medico ospedaliero ed al mmg di demandare alla medicina del lavoro l'accertamento della correlazione tra le attività lavorative e la patologia segnalata. In questo modo, in Lombardia, i medici del lavoro delle ATS e delle UOOML possono ricoprire – ex ante – il ruolo di recettori di segnalazioni da parte dei medici dei reparti ospedalieri e di mg, garantendo l'accertamento della possibile eziologia occupazionale delle malattie riscontrate nel lavoratore e assicurando – ex post ed ove ricorra l'obbligo – la redazione e la trasmissione del certificato e della denuncia di malattia professionale all'INAIL.

In coerenza con il PNP, si attua l'integrazione tra ospedale e territorio: l'invio delle segnalazioni crea e potenzia una rete di sanitari che sinergicamente agiscono per l'emersione di malattie di origine professionale.

Con S.M.P. nel periodo 2016-2020 sono state inviate in totale 1.996 segnalazioni, il cui dettaglio è visualizzato di seguito.



Il ruolo dei MMG trova espressione anche nella realizzazione della sorveglianza sanitaria degli ex-esposti ad amianto. Nel rispetto della dgr n. 2214 dell'8 ottobre 2019 di recepimento

dell'Accordo SR sull'adozione del protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto (rep. Atti n. 39/CSR del 22 febbraio 2018), gli elenchi nominativi dei predetti lavoratori (certificati e non certificati) sono, infatti, stati trasmessi ai rispettivi MMG dalle ATS affinché fosse offerta (in regime di gratuità) la sorveglianza sanitaria erogata dalle UOOML, in sinergia con i medici del lavoro delle ATS cui competono le funzioni di:

- governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale;
- governo e promozione dei programmi di educazione alla salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione.

Scheda di programma

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 cambianti dell'organizzazione del lavoro e dell'andamento del mercato del lavoro, con evidenti ripercussioni anche al livello di produttività delle aziende e al livello economico. Collegato a questo tema è sempre più necessario inquadrare nell'ambito delle attività di prevenzione dei rischi psicosociali le molestie, violenze, aggressioni nei luoghi di lavoro, con particolare riferimento alla sanità. Il Programma intende contribuire all'accrescimento ed al miglioramento complessivo del sistema di gestione dei cosiddetti rischi psicosociali, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione delle indicazioni normative e tecniche, definizione di standard per gli interventi formativi e la realizzazione di azioni mirate di prevenzione. Lo sviluppo del programma prevede: la verifica dell'efficacia dell'applicazione dell'obbligo di valutazione dello SLC a livello regionale attraverso il monitoraggio delle attività di vigilanza da parte dei Servizi delle ASL; l'*empowerment*, attraverso un'attività di informazione/formazione specifica, nell'ottica di un miglioramento continuo dell'approccio alla valutazione e gestione di tale rischio, del personale dei servizi delle ASL e delle figure aziendali del sistema di prevenzione, in particolare del Rappresentante di Lavoratori per la Sicurezza; la produzione di un report nazionale e regionale; la diffusione di materiale informativo/divulgativo per le aziende; la realizzazione di iniziative informative/formative

nei confronti di aziende, associazioni, figure aziendali della prevenzione, sindacati, consulenti, etc; la sottoscrizione di accordi intersettoriali con le parti Sociali, gestiti all'interno del Comitato ex art. 7 del D.Lgs 81/2008.

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

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1. *Estimating the burden of occupationalcancer: assessingbias and uncertainty. Hutchings S1, Rushton L1. OccupEnvironMed. 2017 Aug;74(8):604-611*

2. *The fraction of cancerattributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. Parkin DM1, Boyd L, Walker LC., Br J Cancer. 2011 Dec 6;105 Suppl2:S77-81*

3. *The ItalianSurveillance System for Occupatiobal Cancer: Characteristics, Initial Results and Future Prospects. Paolo Crosignani et al, Am J IndMed 2006, 49: 791-798*

4. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*

5. *The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the UnitedStates today. Doll R, Peto R., J Natl Cancer Inst. 1981 Jun; 66(6):1191-308*

6. *http://www.occam.it/matrix/index.php*

7. *http://hazmap.nlm.nih.gov/index.php*

8. *http://www.dors.it/matline*

9. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (prorogato al 2019): linee di indirizzo per l'applicazione del titolo VI del D. Lgs. 81/08 e per la valutazione e gestione del rischio connesso alla Movimentazione Manuale di Carichi (MMC) (Documento Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica-2016)*

10. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (prorogato al 2019): linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori (Documento Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica-2018)*

11. *E. Occhipinti, D. Colombini. A toolkit for the analysis of biomechanicaloverload and prevention of WMSDs: criteria, procedures and toolselectionin astep-by-step approach. International Journal of Industrial Ergonomics, 52, 18-28, 2016*

12. *Linee di indirizzo per la Sorveglianza Sanitaria dei soggetti esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico – Gruppo Tecnico Interregionale SSLL*

13. *Linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori – Gruppo Tecnico Interregionale SSLLLa metodologia per la valutazione e gestione del rischio stress lavoro-correlato - Manuale ad uso delle aziende in attuazione del d.lgs. 81/2008 e s.m.i.- INAILCOLLANA RICERCHE - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale- Coordinamento scientifico: Sergio Iavicoli, Benedetta Persechino*

14. *Cristina Di Tecco, Matteo Ronchetti, Monica Ghelli, Benedetta Persechino, Sergio Iavicoli-La gestione del rischio stress lavoro-correlato nelle aziende nell'ottica di processo e prevenzione: approfondimenti sulla metodologia INAIL- Giornale italiano di psicologia-Il Mulino 1-2/2019, gennaio-giugno*

15. *Antonia Ballottin, Daniele Berto- Rischi psicosociali ed attività preventiva nelle aziende Giornale italiano di psicologia 1-2/2019, gennaio-giugno*

16. *DECRETO 10 giugno 2014 - Approvazione dell'aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali e' obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del Testo Unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni e integrazioni.*

17. *Accordo quadro europeo sulle molestie e la violenza nel luogo di lavoro 2007*

18. *Convenzione e Raccomandazione sull'eliminazione della violenza e delle molestie nel mondo del lavoro, ILO 2019*

19. *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari Ministero della Salute 2007*

20. *http://www.istat.it/it/archivio/209107*

21. *https://www.inail.it/cs/internet/attivita/ricerca-e-tecnologia/area-salute-sul-lavoro/rischi-psicosociali-e-tutela-dei-lavoratori-vulnerabili/rischio-stress-lavoro-correlato.html*

22. *Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro Decreto Legislativo 81/2008 s. m. i.- STRESS LAVORO-CORRELATO Indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza alla luce della lettera circolare del 18 novembre 2010 del MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI*

23. *Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei luoghi di lavoro- Decreto Legislativo 81/2008 s. m. i. STRESS LAVORO-CORRELATO- Piano formativo per gli operatori dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di Lavoro*

Declinazione a livello regionale del Programma

Premesso che "le condizioni di lavoro sono il principale determinante delle disuguaglianze di salute" e che l'attivazione dei controlli - in tutte le sue accezioni – resta il più importante punto di ingresso per le azioni di contrasto al verificarsi di infortuni e all'insorgere delle malattie professionali, il presente programma regionale si esplica implementando e aggiornando buone pratiche per la realizzazione di PMP di valenza regionale.

RISCHIO CANCEROGENO PROFESSIONALE

Per garantire trasversalità tra le azioni che compongono il PP8 relativo alla "Prevenzione del rischio cancerogeno professionale" e quelle individuate dal PP9 "Ambiente, clima e salute – Sicurezza chimica" si intende ricercare e promuovere un approccio di intervento integrato tra i Regolamenti REACH e CLP, che attiengono alla disciplina di prodotto, e la normativa sociale in materia di rischio da agenti chimici pericolosi, cancerogeni e mutageni impattante la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro ex Titolo IX, Capi I e II, D.Lgs.81/08.

Obiettivo principale è evitare l'ambiguità derivante dal diverso contesto tra una normativa sociale ed una di prodotto da parte sia del Fabbricante/Importatore (F/I) che dell'utilizzatore a valle (DU)[1], intervenendo con indirizzi di chiarimento o attraverso la ricerca di un'integrazione efficace tra le due regolamentazioni con particolare riferimento a:

- le informazioni relative alle sostanze o miscele che si utilizzano negli ambienti di lavoro (composizione chimica, caratteristiche chimico-fisiche, e relative alla sicurezza nell'uso, nella manipolazione e nello stoccaggio) che si devono ricavare dalla Scheda di Dati di Sicurezza (SDS) disciplinata dall'art.31 e dall'Allegato II del Regolamento REACH;
- gli obblighi del datore di lavoro che deve riconoscersi almeno nel ruolo di utilizzatore a valle (downstream user - DU) definito dal Regolamento REACH;
- l'esposizione alle sostanze chimiche che, avendo riferimenti di misura o stima, sia nei Valori Limite di Esposizione Professionale (VLEP in Italia, OEL in Europa) della normativa sociale degli agenti chimici, sia nei DNEL e DMEL indicati nelle SDS (quale mezzo di comunicazione di elementi rilevanti del dossier di registrazione REACH per le sostanze) - risultano attualmente distinti e di difficile comprensione;
- la formazione che, per talune sostanze identificate come Substances of Very High Concern (SVHC), ossia estremamente preoccupanti per la salute, il REACH può prevedere per un utilizzatore professionale (che manipola una sostanza oggetto di autorizzazione), specifiche condizioni all'uso di cui alla decisione di autorizzazione (Allegato XIV). Altresì,

il REACH può prevedere specifiche limitazioni d'uso fino anche al divieto o disposizioni anche formative per la gestione in sicurezza del prodotto (Allegato XVII).

Nell'esecuzione del programma saranno ripresi taluni obiettivi strategici della campagna "Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro in presenza di sostanze pericolose"[2] - realizzata nel 2018/2019 per sensibilizzare sui rischi posti dalle sostanze pericolose nell'ambiente di lavoro e per promuovere la cultura della prevenzione che richiede l'eliminazione o, qualora ciò non sia possibile, la riduzione dei rischi - ponendo attenzione agli ulteriori adempimenti introdotti dal Regolamento REACH a carico dei soggetti coinvolti nei processi di prevenzione aziendali, oltre a quelli già richiesti dal D.Lgs. 81/2008 in materia di rischio chimico occupazionale con particolare riguardo all'esposizione a cancerogeni. Rispetto alle azioni del precedente PRP, è evidente l'esigenza di acquisizione di nuove conoscenze e competenze per Datori di Lavoro, RSPP, Consulenti Aziendali, Operatori degli Organi di Controllo (ATS e ARPA), RLS in materia di valutazione degli effetti sulla salute umana e sull'ambiente, schede di sicurezza, adozione di misure di gestione del rischio compatibili con gli scenari di esposizione, obblighi di consultazione e trasmissione dati anche tramite gli specifici strumenti informatici predisposti a livello nazionale ed europeo.

Parallelamente e contestualmente, rivestirà assoluta rilevanza la necessità di assicurare lo sviluppo di competenze base in materia di sostanze chimiche, sia con riguardo al Dlgs 81/2008 che con riguardo ai Regolamenti REACH e CLP, ad un'ampia platea di operatori dei Dipartimenti di Prevenzione ATS, superando l'attuale attribuzione ai soli "ispettori REACH", così da garantire al Dipartimento medesimo la capacità di affrontare la gestione della tematica nei diversi ambiti della prevenzione in cui si esplica (dalla tutela del lavoratore, alle istruttorie relative al recupero dei rifiuti - End of Waste "EoW" -, …).

---

[1] INTERFACCIA REACH/CLP E LUOGHI DI LAVORO Mariano Alessi, Maria Letizia Polci, Luigia Scimonelli, Celsino Govoni- Tabella 1: Confronto REACH e Titolo IX Capi I e II del D.Lgs. 81/08

[2] https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/campagne/campagna-euosha-2018-2019.html

Nel percorso di attuazione del programma, Regione Lombardia, nel ruolo di Autorità per i controlli REACH con funzioni di programmazione e coordinamento, assicurerà continuità e rinnoverà gli atti di indirizzo emanati: il Decreto n. 9203 del 25 giugno 2019 "LINEE DI INDIRIZZO PER LA VALUTAZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO DA ESPOSIZIONE A IDROCARBURI POLICICLICI AROMATICI NELLE OPERE DI ASFALTATURA IN REGIONE LOMBARDIA", elaborato dal Laboratorio regionale "Rischio chimico" e dal Laboratorio regionale "Tumori professionali" che coniuga il "rispetto della normativa per il rischio chimico e gli aspetti relativi alla prevenzione dell'esposizione ad agenti cancerogeni prevista dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.*";* il Decreto n. 10838 del 25 luglio 2018 "Linee guida per la verifica degli scenari di esposizione di una sostanza ai sensi del Regolamento n. 1907/2006 (REACH)", che propone una check list quale strumento di verifica degli scenari di esposizione che, utilizzato da tutti gli operatori coinvolti nella specifica attività di controllo, consente di uniformare detto controllo a livello regionale.

Elemento imprescindibile del programma sarà il confronto all'interno del Sistema integrato della Prevenzione tra ATS ed imprese, funzionale ad addivenire a linguaggi comuni realizzando un'efficace ed efficiente tutela della tutela della salute nei luoghi di vita e di lavoro. La "comunicazione del rischio" e, ovviamente, di tutti i determinanti di quest'ultimo (pericolo, esposizione, danno), lungo la filiera di approvvigionamento secondo l'approccio "bottom to top", riveste altresì un importante sfida da perseguire nell'immediato prossimo futuro. Va da sé, data

la connotazione dimensionale delle attività produttive in Lombardia, che gli sforzi più rilevanti andranno orientati alla piccola e media impresa, comprendendo le loro criticità nell'implementare le regolamentazioni, ed assicurando adeguato supporto ed assistenza.

RISCHIO DELLE PATOLOGIE PROFESSIONALI DELL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO

I fattori di rischio professionale dell'apparato muscolo-scheletrico sono stati oggetto di approfondimento nell'ambito del Laboratorio **Patologie da sovraccarico biomeccanico** che, nel periodo di riferimento 2013-2018, ha prodotto i seguenti documenti, approvati con decreto: "Indirizzi per la sorveglianza sanitaria dei soggetti esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico " (decreto DG Welfare 16750/2017); "Linee guida regionali per la prevenzione delle patologie muscolo-scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori – aggiornamento decreto DG Sanità 3958/2009" (decreto Dirigente Struttura AVL 7661/2015).

A questi documenti si aggiungono il documento "Linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo-scheletriche connesse alla movimentazione pazienti", ed il documento "Indirizzi 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)", entrambi elaborati nel 2015. Si rappresenta che il documento "Indirizzi per la sorveglianza sanitaria dei soggetti esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico" è stato presentato nell'ambito del Gruppo Tecnico Interregionale – sottogruppo Sovraccarico biomeccanico consentendo la redazione del documento di respiro nazionale "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018: linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori".
La proposta di un PMP relativo al rischio da sovraccarico biomeccanico per gli operatori dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI) e Servizio Assistenza Domiciliare a titolarità comunale (SAD) nasce dalla precedente esperienza tra la U.O.C Medicina del Lavoro-Ergonomia, Clinica del Lavoro "Luigi Devoto", Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Policlinico – Milano e AUSL Romagna.
Dal gruppo pilota della ricerca effettuata emergono prevalenze di patologie muscoloscheletriche, soprattutto per il rachide lombare e le spalle, che arrivano a percentuali rispettivamente del 16 e 40 % (peraltro confermate bibliograficamente) .

Considerate quindi:

- l'emergenza Covid-19 che ha acceso una nuova luce sul welfare territoriale, del quale i servizi domiciliari costituiscono una componente cruciale.
- l'esperienza pregressa condotta attraverso il Laboratorio di approfondimento rischio da sovraccarico biomeccanico

il Programma regionale si pone l'obiettivo di implementare e aggiornare buone pratiche e materiale documentale/informativo relativamente alla realizzazione di un PMP per l'attuazione di misure di riduzione del rischio di patologie muscoloscheletriche tra i lavoratori dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI) e Servizio Assistenza Domiciliare a titolarità comunale (SAD), conseguendo il duplice scopo di ridurre il rischio per i lavoratori e migliorare la qualità di assistenza erogata.

Il Programma regionale si preoccupa che gli interventi preventivi consentano sia la riduzione/contenimento del carico fisico (adeguatezza di ausili ed attrezzature) che l'uniformità su tutto il territorio lombardo.

RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO

Il Programma regionale si esplica nell'ambito delle azioni di riduzione dei fattori di rischio (determinanti prossimali) che comportano meccanismi di generazione di disuguaglianze sociali di salute, per la rilevazione degli interventi preventivi e protettivi, realizzati e da realizzare, mirati alla riduzione dei rischi psicosociali (stress correlato al lavoro) e nella definizione di buone pratiche. L'emergenza COVID-19 ha posto in essere l'applicazione di interventi preventivi e protettivi su molte popolazioni lavorative e sui lavoratori fragili di cui evidenziarne l'efficacia. L'intervento potrà essere effettuato su target di popolazioni lavorative "a rischio" in relazione ai fattori di contesto e contenuto lavorativo che a partire dall'emergenza COVID-19 hanno sviluppato interventi di prevenzione e protezione efficaci nel tempo, impiegati in settori lavorativi che hanno avuto:

- un cambiamento organizzativo al loro interno ed un carico psicologico ed emotivo esponenziale, che ha avuto un forte impatto soprattutto nel settore socio-sanitario, alimentare, della scuola e della Pubblica Amministrazione (Target 1);
- una drastica riduzione del lavoro o modifiche organizzate di rilievo dettate dagli interventi restrittivi in Emergenza COVID-19, che ha interessato principalmente il settore dei servizi, HORECA, del turismo e il manifatturiero (Target 2).

In particolare sarà importante definire modelli valutativi per quanto riguarda gli aspetti **oggettivi** (ambiente ed attrezzature di lavoro, carico/ritmo lavorativo, orario di lavoro, organizzazione del lavoro, mobilità lavorativa, basso valore sociale attribuito all'attività svolta, partecipazione al processo decisionale ed al controllo del lavoro, rapporti interpersonali al lavoro ed interfaccia casa-lavoro) e **soggettivi** (disagio psicologico percepito da parte dei lavoratori in relazione ai fattori di rischio psico-sociali connessi alle ricadute sulla qualità del lavoro in emergenza COVID-19).

Il presente Programma sarà condotto da un tavolo tecnico regionale, coordinato da DG Welfare, cui partecipano esperti in organizzazione ed erogazione di servizi di assistenza domiciliare, referenti delle ATS, rappresentanti della Rete UOOML di Regione Lombardia.

---

[1] INTERFACCIA REACH/CLP E LUOGHI DI LAVORO Mariano Alessi, Maria Letizia Polci, Luigia Scimonelli, Celsino Govoni- Tabella 1: Confronto REACH e Titolo IX Capi I e II del D.Lgs. 81/08

[2] https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/campagne/campagna-euosha-2018-2019.html

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 E 2 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**
INDICATORE 1 E 2 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

AZIONE 1	OPERATIVITÀ COMITATI DI COORDINAMENTO EX ART. 7, D.LGS 81/2008 - TAVOLO TECNICO REGIONALE RISCHIO CANCEROGENO PROFESSIONALE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 1	Il Comitato di Coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008 garantisce trasversalità tra le azioni che compongono il presente PP8 - relativo alla prevenzione del rischio cancerogeno professionale - e quelle individuate dal PP9 che prevede "programmazione e realizzazione interventi di controllo in materia di sicurezza chimica" (obiettivo 9). L'impegno è ricercare un approccio d'intervento integrato tra i regolamenti REACH/CLP, che attengono alla disciplina di prodotto, e la normativa sociale in materia di rischio da agenti chimici pericolosi, cancerogeni e mutageni impattante la SSL, ai sensi del Titolo IX - Capi I e II - D.lgs 81/2008. Il Comitato di Coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008 è impegnato: 1. nell'emanazione di indirizzi che superino la potenziale ambiguità che deriva da diverso contesto tra la normativa sociale e la normativa di prodotto; 2. nella realizzazione di un PMP a valenza regionale sul rischio da esposizione ad agenti chimici cancerogeni (vedi azione 5.1) che abbia ad oggetto un set di agenti chimici cancerogeni considerati dal Regolamento REACH e presenti nell'Elenco delle sostanze estremamente preoccupanti candidate all'autorizzazione (https://echa.europa.eu/it/candidate-list-table), nell'Elenco delle sostanze soggette all'Autorizzazione (Allegato XIV), e Elenco delle sostanze soggette a Restrizione (Allegato XVII); 3. nell'emersione di tumori professionali a breve latenza (es. linfomi) nella logica di consentire nell'ambito dell'indagine sulla sussistenza del nesso causale tra patologia ed esposizione nei

	luoghi di lavoro il controllo sulla corretta applicazione delle regolamentazioni DLgs 81/08 e REACH da parte dei soggetti obbligati. All'emersione dei predetti tumori si provvede attraverso l'integrazione del flusso di Segnalazione Malattia Professionale (SMP) dai medici ospedalieri ai Servizi PSAL ATS. Il Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008 si avvale di uno specifico Tavolo tecnico, a composizione tripartita che opera in collaborazione con l'Università; il Tavolo tecnico rappresenta la fusione di gruppi di lavoro - originariamente in DG Welfare separati - quali erano quello dedicato ai Tumori professionali e quello dedicato al REACH/CLP. Il tavolo tecnico cura: · la redazione di indirizzi (superando gli algoritmi) per la valutazione del rischio cancerogeno e chimico e per l'uso degli scenari di esposizione, che offra requisiti minimi di contenuto del DVR per la salute e la sicurezza nella fase PRE (prima dell'inizio delle lavorazioni) e POST valutazione (misure etc.) nel contesto di applicazione delle previsioni dell'art. 223 DLgs 81/08 e del Regolamento REACH e CLP; · il monitoraggio dell'attività di controllo svolta dalle ATS. Il Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008 valida e adotta gli indirizzi prodotti dal Tavolo tecnico. DG Welfare coordina l'attività dei Laboratori di prevenzione per la verifica della veridicità delle SDS di prodotti industriali con cancerogeni sottosoglia (es. nafta) e assicura il coordinamento con la rete nazionale dei laboratori REACH di cui all'AC SR 2015. Quale Autorità per i controlli REACH con funzioni di programmazione e coordinamento, assicura attraverso il Tavolo tecnico l'aggiornamento degli atti di indirizzo emanati: il Decreto n. 9203 del 25 giugno 2019 "Linee di indirizzo per la valutazione e la gestione del rischio da esposizione a idrocarburi policiclici aromatici nelle opere di asfaltatura in regione Lombardia "", elaborato dal Laboratorio regionale "Rischio chimico" e dal Laboratorio regionale "Tumori professionali" che coniuga il "rispetto della normativa per il rischio chimico e gli aspetti relativi alla prevenzione dell'esposizione ad agenti cancerogeni prevista dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i."; il Decreto n. 10838 del 25 luglio 2018 "Linee guida per la verifica degli scenari di esposizione di una sostanza ai sensi del Regolamento n. 1907/2006 (REACH)", che propone una check list quale strumento di verifica degli scenari di esposizione che, utilizzato da tutti gli operatori coinvolti nella specifica attività di controllo, consente di uniformare detto controllo a livello regionale.

AZIONE 2	Operatività Comitati di coordinamento ex art. 7, D.Lgs 81/2008 - Tavoli tecnici regionali per il rischio delle patologie professionali muscolo-scheletriche e del rischio stress lavoro-correlato
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 2	Nell'ambito del Comitato di Coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/08 sono istituiti specifici Tavoli tecnici, a composizione tripartita a cui partecipano referenti delle ATS, rappresentanti della Rete delle UOOML. Ai due Tavoli tecnici che operano in sintonia con gli indirizzi emanati

	dai gruppi tecnici interregionali, per la realizzazione di PMP a valenza regionale locali dedicati al rischio patologie dell'apparato muscolo-scheletrico e il rischio stress lavoro-correlato (per il rischio cancerogeno professionale vedi tavolo in azione 1.1) sono affidati: · definizione di indirizzi tecnici per la realizzazione di PMP a valenza regionale, · supporto nella realizzazione di PMP a valenza regionale e locali, · monitoraggio dello stato di avanzamento del PMP a valenza regionale e locali. Il Tavolo tecnico rischio patologie dell'apparato muscolo-scheletrico procede all'aggiornamento dei documenti già prodotti, ove questi risultino vetusti, e segnatamente: 1. "Indirizzi per la sorveglianza sanitaria dei soggetti esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico " (decreto DG Welfare 16750/2017); 2. "Linee guida regionali per la prevenzione delle patologie muscolo-scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori – aggiornamento decreto DG Sanità 3958/2009" (decreto Dirigente Struttura AVL 7661/2015), 3. "Linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo-scheletriche connesse alla movimentazione pazienti" 4. "Indirizzi 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)".

FORMAZIONE

OBIETTIVO 3 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**
INDICATORE 3 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

AZIONE 3	FORMAZIONE SU METODOLOGIE EFFICACI DI VERIFICA DELLA VDR
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 3	Nel rispetto della dgr XI/2464/2019, inattuata ad oggi a causa dell'emergenza pandemica, nonché nell'ambito della programmazione annuale della formazione, si prevede l'avvio e realizzazione percorsi formativi dedicati agli operatori ATS, sia nuovi assunti che personale in servizio. Il percorso già definito verrà aggiornato alla luce dell'esperienza maturata nel corso della pandemia e dei nuovi scenari di rischo e di danno presenti nelle aziende. Finalità del percorso è assicurare ai Servizi competenze e abilità uniformi, da esplicare in occasione dei controlli in azienda,

	nella verifica dei processi di valutazione del rischio cancerogeno professionale, del rischio dell'apparato muscolo-scheletrico, del rischio stress lavoro-correlato. La formazione rivolta alle figure aziendali della prevenzione (ddl, RSPP, ASPP, RLS, …) si realizza nell'ambito dei tre PMP a valenza regionale messi in campo da ciascuna ATS. Ogni PMP secondo quanto disposto dalla dgr n. XI/164/2018, prevede: - seminario informativo di illustrazione del rischio e/o danno che il PMP vuole eliminare o ridurre; - seminario formativo per la verifica del processo di valutazione dello specifico rischio (scheda di autovalutazione); - seminario informativo dedicato all'analisi delle evidenze raccolte attraverso il PMP. Inoltre, si prevede di realizzare formazione per gli operatori degli Organi di Controllo (ATS e ARPA) in materia di valutazione degli effetti sulla salute umana e sull'ambiente, schede di sicurezza, adozione di misure di gestione del rischio compatibili con gli scenari di esposizione, obblighi di consultazione e trasmissione dati anche tramite gli specifici strumenti informatici predisposti a livello nazionale ed europeo. Con riguardo alla regolamentazione REACH/CLP si prevede una formazione, per lo meno di base, estesa a tutti gli operatori del Dipartimento IPS.

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 4 E 5 PP08_OT05	**Elaborazione e diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi (cancerogeno, ergonomico, psicosociale)**
INDICATORI 4 E 5 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

AZIONI 4 E 5	PIANO DI COMUNICAZIONE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.13 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONI 4 E 5	La pianificazione dell'attività di comunicazione è concordata nell'ambito dei lavori dell'Ufficio Operativo ex DPCM 21.12.2007 (cd Cabina di regia) e realizzata nell'ambito della disponibilità di risorse economiche di DG Welfare. Per sostenere la diffusione delle conoscenze e dell'esperienze realizzate si prevede sul sito web di Regione Lombardia: 1. la creazione di un repertorio regionale dei PMP (sia quelli già realizzati che i nuovi) per il rischio cancerogeno professionale, per il rischio dell'apparato muscolo-scheletrico, per il rischio stress lavoro-correlato;

	2. la pubblicazione delle Linee guida aggiornate, di materiale informativo e di report consuntivi. L'Ufficio Operativo ex DPCM 21.12.2007 (cd Cabina di regia) promuove l'attivazione di campagne di comunicazione anche attraverso i siti web degli stakeholder e l'ideazione di campagne di comunicazione regionali.

EQUITÀ

OBIETTIVO 6 PP08_OT06	**Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**
INDICATORE 6 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

AZIONE EQUITY	RAFFORZAMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE ATS IN CHIAVE PIANI MIRATI DI PREVENZIONE QUALE TIPOLOGIA DI CONTROLLO IN GRADO DI CONTRASTARE EFFICACEMENTE LE DISUGUAGLIANZE IN SSL
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 6 EQUITY	Il contrasto a infortuni e malattie lavoro correlate è obiettivo prioritario per tutte le politiche in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Attraverso la formazione degli operatori dei Servizi PSAL alla realizzazione di PMP - che rappresentano la tipologia innovativa di attività di controllo in grado di sviluppare la capacità delle aziende di ridurre i rischi per la salute e sicurezza del lavoratore - ci si prefigge di accrescere la loro consapevolezza sull'impatto che interventi di controllo "mirati" hanno in termini di contrasto alle disuguaglianze. In questo modo s'intende orientare e rafforzare la programmazione dei Servizi PSAL verso controlli modulati in PMP. Elemento fondante di un intervento di controllo mirato, quale è il PMP, è l'analisi epidemiologica e socio-economica in grado di individuare i carichi di danno e, quindi, di attenzionarli; altresì è l'abilità di modulazione di assistenza e repressione nei confronti delle aziende che hanno una diversa capacità e motivazione alla prevenzione in SSL. Il percorso formativo delineato dalla dgr XI/2464/2019 mira ad assicurare un'ampia offerta rivolta a tutti gli operatori dei Servizi PSAL, in grado di uniformare i background personali, le metodologie d'azione, condividere le esperienze e veicolare i principi di equità e non discriminazione. Detta formazione intende elevare le competenze e abilità di controllo nelle aziende secondo le modalità del PMP che presuppone la capacità di modulare assistenza e repressione. L'attività di controllo in SSL richiede oggi, infatti, un nuovo approccio da parte del personale dei Servizi, sia nuovi assunti che operatori già in servizio. La delibera regionale citata assegna a POLIS Lombardia

	finanziamenti per la realizzazione di percorsi – i cui contenuti sono stati definiti in un percorso di confronto con le pari sociali e l'Ufficio scolastico regionale – che intendono garantire non solo un uguale bagaglio di conoscenze tra gli operatori afferenti a territori diversi ma, altresì, una medesima capacità di verifica dei processi di valutazione del rischio. I Servizi PSAL delle ATS, mediante la partecipazione a percorsi di formazione continua, garantiranno l'applicazione dei medesimi criteri per la programmazione delle attività e degli stessi specifici algoritmi, individuando le situazioni a maggior rischio su cui attuare interventi di controllo, da modulare - in assistenza o repressione - in base alla capacità ed alla motivazione dell'azienda ad attuare misure di tutela del lavoratore.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	**Orientare la programmazione dell'attività di controllo SSL in modalità PMP**
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	A garanzia del rafforzamento dell'attività di controllo in modalità PMP, i percorsi formativi dedicati agli operatori sanitari (erogati ai sensi della dgr XI/2464/2019) sono lo strumento offerto per acquisire nuove competenze e attivare confronti dell'esperienza maturata sul campo. Il confronto che si genera consente ad ogni partecipante di tenere conto delle particolarità e delle differenze che caratterizzano il contesto territoriale a supporto di decisioni orientate al contrasto delle disuguaglianze. Attraverso questi percorsi si ritiene di poter conseguire ulteriori risultati nella riduzione delle malattie professionali. L'incremento della capacità del sistema al contrasto del fenomeno tecnopatico richiede necessariamente una forte collaborazione tra tutti gli attori del sistema: gli operatori sanitari, i Medici Competenti, le figure aziendali della prevenzione, i lavoratori. Considerato che contrastare il fenomeno tecnopatico equivale, anche, a promuoverne l'emersione, la formazione assurge a strumento fondamentale per trasmettere conoscenza, attivare abilità funzionali al perfezionamento dell'indagine delle malattie professionali. Il Sistema Informativo della Prevenzione - area Person@ - ha in sé le funzionalità: Ma.P.I. (Malattie Professionali ed Infortuni) alimentata dai servizi territoriali ed ospedalieri di medicina del lavoro, secondo il metodo nazionale Mal.Prof.; SMP (Segnalazione Malattia Professionale) alimentata da medici non specialisti in medicina del lavoro per segnalare i casi di probabili MP. Il loro utilizzo facilita un'analisi puntuale ed uniforme dei casi di malattia professionale. Nell'ambito di percorsi formativi dedicati agli operatori sanitari (erogati ai sensi della dgr XI/2464/2019) l'analisi del fenomeno tecnopatico in specifici focus afferenti i danni/rischi da lavoro di cui al presente Programma regionale è occasione di acquisizione di nuove competenze e di scambio dell'esperienza maturata sul campo. Il confronto che si genera consente ad ogni partecipante di tenere conto delle particolarità e delle differenze che caratterizzano il contesto territoriale a supporto di decisioni orientate al contrasto delle disuguaglianze. Per rafforzare e promuovere la diffusione della cultura della sicurezza, gli operatori del Dipartimento che fruiscono di detta formazione, agiscono a loro volta da formatori in specifici incontri rivolti a RLS/RLST/RSPP organizzati nell'ambito dei Piani Mirati di

	Prevenzione. A completamento della proposta formativa generata nell'ambito della realizzazione dei PMP, RLS/RLST/RSPP veicolano informazione/formazione ai lavoratori delle aziende aderenti al PMP, generando un percorso virtuoso rispettoso dei rischi specifici dell'azienda.
ATTORI COINVOLTI	Regione, Tavoli tecnici, POLIS Lombardia, ATS, Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro (UOOML)
INDICATORE	**Casi incidenti**
	Formula: Numero casi incidenti/anno registrati in Ma.P.I. su Numero casi incidenti/anno 2019 registrati in Ma.P.I. Standard: Numero casi incidenti/anno registrati in Ma.P.I. su Numero casi incidenti/anno 2019 registrati in Ma.P.I. Fonte: Sistema informativo regionale della Prevenzione - Person@

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 7 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)**
INDICATORE 7 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

AZIONE 7.1	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE COME MISURA DI CONTRASTO AL RISCHIO CANCEROGENO PROFESSIONALE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 7.1	Per garantire la realizzazione di interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro e sui prodotti immessi sul mercato, secondo l'approccio che modula assistenza e repressione, il Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008 mediante il Tavolo tecnico (vedi azione 1.1) cura l'attuazione da parte delle ATS di un PMP a valenza regionale sul rischio da esposizione a sostanze chimiche e cancerogene. Detto PMP ha ad oggetto un set di agenti considerati dal

	Regolamento REACH e presenti nell'Elenco delle sostanze estremamente preoccupanti candidate all'autorizzazione (https://echa.europa.eu/it/candidate-list-table), nell'Elenco delle sostanze soggette all'Autorizzazione (Allegato XIV), e Elenco delle sostanze soggette a Restrizione (Allegato XVII). Il PMP è rivolto alla piccola-media impresa, nella logica di assicurare che le criticità che incontrano i datori di lavoro nell'implementare regolamentazioni, distinte e complesse, siano comprese al fine di offrire loro adeguato supporto ed assistenza. Le ATS, in coerenza con l'analisi di contesto epidemiologica e socio-economica effettuata dai singoli territori e condivisa all'interno dei Comitati ex art. 7, D.Lgs 81/2008, possono individuare ulteriori PMP che dovranno essere oggetto di concertazione nell'ambito dei lavori dell'Ufficio Operativo (cd Cabina di regia) e del Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008.

AZIONE 7.2	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE COME MISURA DI CONTRASTO AL RISCHIO DELLE PATOLOGIE PROFESSIONALI DELL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 7.2	Il Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008 mediante il Tavolo tecnico (vedi azione 1.1) cura l'attuazione da parte delle ATS di un PMP a valenza regionale sul rischio delle patologie dell'apparato miscolo-scheletrico rivolto agli operatori dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sulla scorta dell'esperienza realizzata da U.O.C Medicina del Lavoro-Ergonomia, Clinica del Lavoro "Luigi Devoto", Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Policlinico – Milano e da AUSL Romagna. Il gruppo pilota della ricerca ha evidenziato prevalenze di patologie muscoloscheletriche, soprattutto per il rachide lombare e le spalle, che arrivano a percentuali rispettivamente del 16 e 40 % (peraltro confermate bibliograficamente) . Considerato: - l'emergenza Covid-19 che ha acceso una nuova luce sul welfare territoriale, del quale i servizi domiciliari costituiscono una componente cruciale, - l'esperienza pregressa condotta attraverso il Laboratorio di approfondimento rischio da sovraccarico biomeccanico, il PMP regionale vuole implementare buone pratiche e materiale documentale/informativo per l'attuazione di misure di riduzione del rischio di patologie muscoloscheletriche tra i lavoratori dell'ADI, conseguendo il duplice scopo di ridurre il rischio per i lavoratori e migliorare la qualità di assistenza erogata. Il Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008 mediante lo specifico Tavolo tecnico, a composizione tripartita e con la partecipazione dell'Università, cura: - il censimento delle modalità di erogazione dei Servizi ADI e SAD nei diversi territori, relativamente agli ambiti di prevenzione (organizzazione del lavoro, turnazioni, interventi di layout abitativo.) e protezione (strategie di sorveglianza sanitaria degli operatori per WMSDs; valutazione e gestione del rischio fisico trasversale a tutti i settori lavorativi; definizione di un modello di

	valutazione del rischio WMSDs correlato all'esposizione). - la definizione di un modello di valutazione del rischio di patologie muscoloscheletriche legate al lavoro, - l'elaborazione successiva di una specifica linea guida per l'attivazione del PMP regionale da realizzare a cura delle ATS.

AZIONE 7.3	PIANO MIRATO DI PREVENZIONE COME MISURA DI CONTRASTO AL RISCHIO STRESS LAVORO-CORRELATO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 7.3	Il Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008 mediante il Tavolo tecnico (vedi azione 1.1) cura l'attuazione da parte delle ATS di un PMP a valenza regionale sul rischio stress lavoro-correlato. L'emergenza COVID-19 ha posto in essere l'applicazione di interventi preventivi e protettivi su molte popolazioni lavorative e sui lavoratori fragili di cui, adesso, è opportuno evidenziarne l'efficacia. L'azione di controllo in modalità PMP è rivolto a target di popolazioni lavorative "a rischio" in relazione ai fattori di contesto e contenuto lavorativo che a partire dall'emergenza Covid hanno sviluppato interventi di prevenzione e protezione efficaci nel tempo, impiegati in settori lavorativi che hanno avuto: · un cambiamento organizzativo al loro interno ed un carico psicologico ed emotivo esponenziale, che ha avuto un forte impatto soprattutto nel settore socio-sanitario, alimentare, della scuola e della Pubblica Amministrazione (Target 1); · una drastica riduzione del lavoro o modifiche organizzate di rilievo dettate dagli interventi restrittivi in Emergenza COVID, che ha interessato principalmente il settore dei servizi, HORECA, del turismo e il manifatturiero (Target 2). In particolare, il Tavolo tecnico definirà modelli valutativi per quanto riguarda gli aspetti oggettivi (ambiente ed attrezzature di lavoro, carico/ritmo lavorativo, orario di lavoro, organizzazione del lavoro, mobilità lavorativa, basso valore sociale attribuito all'attività svolta, partecipazione al processo decisionale ed al controllo del lavoro, rapporti interpersonali al lavoro ed interfaccia casa-lavoro) e soggettivi (disagio psicologico percepito da parte dei lavoratori in relazione ai fattori di rischio psico-sociali connessi alle ricadute sulla qualità del lavoro in emergenza COVID-19). In dettaglio, il Tavolo tecnico: - raccoglie le misure attuate dalle aziende a tutela dei lavoratori in ambito di prevenzione (smart-working, lavoro flessibile, teledidattica, turnazioni di lavoro, interventi strutturali e di lay-out ecc.) e protezione (tutela dei pazienti fragili e/o con coomorbidità per infezione da SARS-COV-2, gestione dei trasferimenti temporanei per Emergenza COVID dei lavoratori, tutela della gravidanza e dell'allattamento, strategie di sorveglianza sanitaria degli operatori nell'emergenza COVID e della valutazione e gestione del rischio biologico trasversale a tutti i settori lavorativi, ecc.), - definisce un modello di valutazione del rischio stress-lavoro correlato in termini di ricadute organizzative (VALUTAZIONE OGGETTIVA) e delle ricadute per i lavoratori in termini di stress percepito (VALUTAZIONE SOGGETTIVA) , in relazione agli effetti a

	medio e lungo termine dell'emergenza Covid-19, - elabora una specifica linea guida per l'attivazione del PMP a valenza regionale da realizzare a cura delle ATS.

OBIETTIVO 8 PP08_OS02	**Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti**
INDICATORE 8 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

AZIONE 8	SORVEGLIANZA SANITARIA EFFICACE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 8	A garanzia della qualità e dell'appropriatezza della sorveglianza sanitaria svolta dai MC, ogni ATS, con cadenza annuale, redige un report di analisi dell'Allegato 3B, art. 40, evidenziando lo stato di salute e i profili di rischio dei lavoratori, con particolare evidenza ai rischi cancerogeno professionale, da sovraccarico biomeccanico e stress lavoro-correlato. Il report è presentato al Comitato di Coordinamento Territoriale e Regionale art. 7 Dlgs 7/81 anche allo scopo di individuare eventuali, ulteriori interventi di vigilanza, controllo e assistenza necessari alle aziende e/o ai MC. Il documento ddg n. 1697/2018 "Core protocol per la sorveglianza sanitaria degli addetti in sanità" sarà oggetto di aggiornamento a cura dei Tavoli tecnici in collaborazione con le UOOML e in relazione alle evidenze rappresentate dalle ATS nei citati report e sarà validato nell'ambito del Comitato di coordinamento regionale, ex art. 7, D.Lgs 81/2008. I documenti di indirizzo già emanati relativi ai rischi cancerogeno professionale, da sovraccarico biomeccanico e stress lavoro-correlato (vedi azione 1.X) potranno essere integrati dagli specifici Tavoli tecnici in collaborazione con le UOOML, con riguardo all'appropriatezza e all'efficacia della sorveglianza sanitaria e in relazione alle evidenze rappresentate dalle ATS nei citati report. Le nuove indicazioni saranno validate nell'ambito del Comitato di coordinamento regionale, ex art. 7, D.Lgs 81/2008.

3.9 PP09 Ambiente, clima e salute

Quadro logico regionale

CODICE	PP09
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Nicoletta Cornaggia
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO5 Ambiente, Clima e Salute**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili - MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali - MO5 Ambiente, Clima e Salute - MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO1-18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane - MO4-01 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale - MO4-02 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori - MO4-10 Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti - MO4-12 Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso - MO4-13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti - MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute - MO5-02 Promuovere e rafforzare strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA nelle attività di promozione della salute, prevenzione, valutazione e gestione dei rischi per la salute da fattori ambientali, anche per la comunicazione del rischio in modo strutturato, sistematico e integrato

	- MO5-03 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare) - MO5-04 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico - MO5-05 Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione - MO5-06 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione - MO5-07 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon - MO5-08 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, - MO5-09 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor - MO5-10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche - MO5-11 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle acque attraverso l'adozione dei piani di sicurezza (PSA) - MO5-12 Prevenire e eliminare gli effetti ambientali e sanitari avversi, in situazioni dove sono riconosciute elevate pressioni ambientali, come ad esempio i siti contaminati, tenendo conto delle condizioni socio-economiche nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze - MO5-13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti - MO5-14 Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute - MO5-15 Promuovere l'applicazione di misure per ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica, nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria - MO6-07 Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive - MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti

	- MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano - MO6-25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario (One Health)
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO1LSl Sviluppo di programmi intersettoriali per ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di salute pubblica - MO4LSa Perfezionamento dei sistemi e degli strumenti di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, anche attraverso lo sviluppo del SINP - MO4LSb Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la pianificazione degli interventi di prevenzione - MO4LSc Sviluppare l'interoperabilità dei sistemi informativi esistenti a favore dello scambio trans-istituzionale di informazioni a livello nazionale e territoriale e finalizzate al dialogo tra le varie banche dati - 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 - 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 - 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 - MO5LSmm Promuovere l'implementazione del sistema ClassyFarm - MO5LSoo Implementazione di attività finalizzate al controllo delle nascite e la promozione di programmi di informazione sanitaria finalizzati alla protezione degli animali e lotta al randagismo.
LEA	- B03 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica - B04 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato - B05 Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni - B07 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo - B08 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria - B10 Tutela della popolazione dal rischio "amianto" - B11 Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo dei gas tossici - B12 Prevenzione e sicurezza nell'uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti - B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) - B14 Gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici) - B15 Tutela della collettività dal rischio radon - C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani - D01 Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali

	- D03 Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche, Geo-referenziazione delle aziende - D06 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffusive 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 riconosciut - 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

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

L'integrazione delle attività tra ambiente e salute è di importanza fondamentale per proteggere la salute dai rischi derivanti dalla contaminazione ambientale, dagli effetti dei cambiamenti climatici e per garantire luoghi di vita e di lavoro che tutelino cittadini e lavoratori.

Nelle valutazioni delle disuguaglianze sociali relative all'esposizione a inquinanti ambientali e all'effetto di tali esposizioni nei diversi gruppi socioeconomici emerge che, in generale, i soggetti più svantaggiati socialmente lo sono anche rispetto alle condizioni di vita e all'ambiente che li circonda.

I tratti costitutivi della Lombardia sono sia la forte antropizzazione, la concentrazione urbana, la presenza di attività economiche che producono fattori di rischio - che caratterizzano la fascia di pianura e i fondovalle - sia i territori montani e/o marginali, caratterizzati da forte capitale naturale e dispersione insediativa. Una conformazione che presenta notevoli disuguaglianze territoriali e che espone a ricorrenze critiche proprie sia dei rischi antropici che naturali e degli effetti dei cambiamenti climatici. Ciò ha inevitabilmente avuto conseguenze tangibili nel corso degli anni in termini di integrità ambientale per le diverse matrici ambientali. Si riporta in allegato un quadro conoscitivo sullo Stato dell'Ambiente del territorio regionale desunto dai dati pubblicati sul sito di Arpa Lombardia che fornisce un'informazione sintetica ma allo stesso tempo precisa ed articolata sulla situazione ambientale della nostra regione. In allegato è disponibile anche il Rapporto Ambientale relativo alla VAS di revisione del PTR.

In particolare, per il territorio lombardo, sono state individuate le seguenti principali cause che agiscono e/o interagiscono con la salute della popolazione lombarda:

- criticità ambientali (aria – acqua – suolo);

- processi di urbanizzazione, infrastrutturazione, pratiche e usi urbani;

- sotto-utilizzo, abbandono e dismissione (sia di spazi aperti che di parti edificate);

- trasformazioni della produzione agricola e zootecnica;

- dissesti idrogeologici e avvenimenti calamitosi e catastrofici (naturali o provocati dall'azione dell'uomo).

La Pianura Padana ha condizioni climatiche e antropiche che la portano ad essere una delle zone di Europa dove l'inquinamento atmosferico è maggiore e soprattutto dove una maggiore quota di popolazione è esposta ai suoi effetti dannosi. L'inquinamento atmosferico è un importante fattore di rischio e causa di malattie respiratorie e cardiovascolari, impattanti sull'aumento della mortalità e sulla riduzione della speranza di vita.

Negli ultimi anni le politiche di riduzione dell'inquinamento atmosferico messe in atto a livello nazionale e locale, insieme a una concomitante deindustrializzazione del tessuto produttivo, hanno portato a una sensibile riduzione dell'inquinamento anche nella Pianura Padana.

Nonostante il trend in progressivo miglioramento, l'inquinamento atmosferico permane quale fattore di pressione ambientale più rilevante nello specifico contesto della pianura padana che merita il mantenimento progetti e piani d'interventi condivisi con le altre regioni del Bacino Padano.In ambito di qualità dell'aria, risulta non secondario il ruolo dell'impatto odorigeno che, pur non rappresentando di per sé un rischio specifico per la salute, causa tuttavia molestie olfattive che possono interferire significativamente sullo stato generale di benessere psicofisico.

Le temperature registrate in Lombardia confermano il trend climatico in atto ormai da molti decenni, ossia una complessiva anomalia positiva anche rispetto al clima recente.

Negli ultimi anni si sta registrando un costante recupero di aree dismesse, di periferie urbane degradate, di spazi di grandi e piccole-medie imprese, ma la Lombardia rimane una delle regioni che registrano un elevato consumo di suolo avvicinandosi ai 290.000 ha, pari a circa il 12% della superficie regionale (media italiana 7,1%).Secondo gli ultimi dati aggiornati a dicembre 2019, i siti attualmente bonificati in Lombardia sono 2620, in aumento dell'87% rispetto al 2012 Sono in aumento anche i siti contaminati che arrivano a 914 con una netta prevalenza nell'area milanese (425 siti), contro gli 818 del 2018. I siti potenzialmente contaminati sono 1049 (dato al 30/09/2020). Inoltre in Regione Lombardia sono stati riconosciuti 5 Siti di Interesse Nazionale (Broni-PV; Caffaro-BS; Sesto S. Giovanni-MI; Pioltello-Rodano-MI; Laghi Mantova e Polo chimico-MN).Sono in corso oltre 5000 procedimenti, la maggior parte dei quali riguarda aree industriali dismesse, seguite da impianti di stoccaggio e adduzione carburanti e serbatoi.

I più recenti dati relativi al 2018 mostrano che in Lombardia la percentuale di corpi idrici superficiali che hanno raggiunto l'obiettivo di qualità ecologica sul totale dei corpi idrici delle acque superficiali (fiumi e laghi) è del solo 30% rispetto a una media nazionale del 41,7 %.

Si registra anche un peggioramento sullo stato di qualità chimica dei fiumi che presentano solo nel 70% dei casi uno stato buono, a fronte del 77% registrato nel 2017, mentre migliora la qualità dei laghi che registrano nel 74% dei casi uno stato buono rispetto al 64% del 2017.

Infine, lo Stato Chimico delle Acque sotterranee mostra un netto miglioramento della situazione con il 39% delle acque in uno stato buono e il 61% non buono a fronte del 71% del 2017.

La Lombardia è la regione italiana con il più alto numero di aziende a rischio di incidente rilevante (RIR) e con i suoi 261 stabilimenti rappresenta circa il 25,7% del totale nazionale. Le AIA presenti sono 1843 così suddivise: il 44,28% riconducibile alle "attività industriali"; il 15,52% alla "gestione rifiuti"; il 40,21% alle "attività zootecniche".

In Lombardia i sistemi urbani sono contraddistinti da elevata densità e notevole congestione, aspetti che pongono importanti sfide per la salute, riferite alla qualità dell'aria, alla prevenzione delle malattie non trasmissibili, al contrasto ai cambiamenti climatici e all'inclusione sociale. Relativamente alla qualità dell'abitare, le persone che vivono in abitazioni con problemi strutturali o di umidità in Lombardia passano dal 13,2% del 2017 al 9,6% nel 2018, confermando il trend in riduzione degli ultimi anni, mentre quelle che vivono in abitazioni sovraffollate passano dal 26,8% del 2017 al 27,3% del 2018. Relativamente alla mobilità sostenibile, il quadro regionale pre-Covid *(ISTAT, 2020a)* evidenzia, rispetto alla quota nazionale, come nel 2019 siano più diffusi ogni 100 abitanti gli utenti di tram/bus (26,1 vs 24,6) e treno (38,7 vs 33,6), con una maggiore fetta di giornalieri tra i passeggeri. Dal 2010 la regione oscilla tra le prime per uso abituale del treno. Sempre nel periodo pre-Covid, la Lombardia migliora in utilizzo dei mezzi pubblici *(ISTAT, 2019)*; resta in classifica alta per passeggeri TPL ogni 1000 abitanti nei capoluoghi e per posti-km.

Il 10% del territorio lombardo è esposto a pericolosità idraulica media, mentre è in classi ancora più elevate per frane il 6,4% *(ISPRA, 2018)*. Il 16% è soggetto a calamità idrogeologica.

Una più appropriata politica di prevenzione, fondata su un approccio *One Health* ha la necessità di confrontarsi meglio e più sistematicamente con le dimensioni dei determinanti ambientali, sociali e comportamentali del contesto lombardo.

In Italia sono disponibili alcuni strumenti che consentono di valutare e monitorare gli effetti sulla salute dell'esposizione a diverse fonti di inquinanti e altri fattori ambientali, con una particolare attenzione alle possibili diseguaglianze di genere e sociali di tali effetti.

Non si può ignorare, tuttavia, che si abbiano ancora ampi spazi da approfondire con particolare riferimento all'attribuzione delle competenze, alla definizione dei ruoli di ARPA e ATS nella partecipazione ai procedimenti, alla formazione generale degli operatori, alla comunicazione ai cittadini, al superamento dei diversi approcci interregionali e soprattutto alla frammentarietà delle esperienze, che sono per lo più caratterizzate da un orizzonte di ricerca (tipico del progetto) con "scarse" possibilità di consolidamento e sviluppo.

Priorità per attuare azioni in termini di equità in riferimento al PP9 consiste nel dotarsi di migliori strumenti di conoscenza dei determinanti ambientali ai quali è esposta la popolazione della Lombardia. A tali strumenti è richiesto di territorializzare le analisi, di fornire nuovi elementi per finalizzare gli interventi sui nessi causali e sulle determinanti del rischio, ricercando soluzioni più avanzate ed oggettivate per la valutazione delle politiche compiute. Ma la vera innovazione risiede nella scelta di rinnovare (se non realizzare) gli strumenti di conoscenza adottando un approccio metodologico basato sulla possibilità di integrare e comporre i dati e le informazioni disponibili presso i diversi soggetti e condividere i criteri di analisi e interpretazione dei risultati, che consenta di orientare gli interventi sul territorio in termini di equità così come delineati nel PNP.

Il PP9 si pone come ambito principale del PRP nel quale conseguire l'integrazione tra prevenzione sanitaria e programmazione/pianificazione regionale in materia di Ambiente e Clima.

Gli obiettivi ambientali di riferimento, che discendono dall'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, come recepiti dalla Strategia Nazionale per lo Sviluppo Sostenibile (SNSvS, approvata dal CIPE il 22.12.2017), sono stati declinati a livello regionale.

Regione Lombardia si è fatta promotrice di diverse iniziative al fine di dare attuazione concreta ai 17 obiettivi previsti dall'Agenda ONU 2030 per lo Sviluppo Sostenibile. Tra tali attività rientra il Protocollo lombardo per lo Sviluppo Sostenibile, sottoscritto in data 18/09/2019. Il Protocollo è stato presentato all'SDGs Summit delle Nazioni Unite (New York, 24-25 settembre 2019) quale *acceleration action* per l'implementazione degli obiettivi di Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile a livello territoriale. Esso costituisce il primo passo per l'attuazione della sfida posta dal Programma Regionale di Sviluppo della Lombardia (2018-2023) che ha individuato la sostenibilità tra le cinque priorità dell'azione di governo regionale. Con la sottoscrizione del Protocollo, Regione Lombardia ha assunto l'impegno di definire la **Strategia Regionale per lo Sviluppo Sostenibile (SRSvS)**, con il concorso delle istituzioni e delle realtà che operano sul territorio regionale. La Giunta regionale con DGR 4967 del 29/06/2021 ha approvato la SRSvS che, per la sua natura di documento programmatico dal respiro sistemico contenente indicazioni specifiche sulle azioni da intraprendere per conseguire gli obiettivi strategici di sostenibilità individuati, costituisce un riferimento prioritario per il PP9. Gli obiettivi strategici della SRSvS sono articolati in cinque macro-aree, che coprono l'intero spettro dell'azione per la sostenibilità:

1. Salute, uguaglianza, inclusione
2. Educazione, formazione, lavoro
3. Infrastrutture, innovazione, citta`
4. Mitigazione dei cambiamenti climatici, energia, produzione e consumo
5. Sistema eco-paesistico, adattamento ai cambiamenti climatici, agricoltura

In particolare per quanto riguarda il cambiamento climatico, Regione Lombardia si è dotata nel 2016 di un **Documento di azione regionale per l'adattamento al cambiamento climatico,** quale strumento di *governance* che da un lato riconosce e definisce gli ambiti prioritari rispetto agli effetti prodotti dal clima sul territorio lombardo, e dall'altro individua gli interventi per ridurre

al minimo i rischi e gli impatti sulla popolazione, sui materiali e le risorse naturali e per aumentare la resilienza della società, dell'economia e dell'ambiente.

La stretta relazione tra sostenibilità e cambiamenti climatici è ribadita più volte dalla Commissione europea, la quale in data 11/12/2019 ha presentato il **Green Deal europeo**, ossia una tabella di marcia per rendere sostenibile l'economia dell'UE, trasformando le sfide climatiche e ambientali in opportunità in tutti i settori politici e rendendo la transizione giusta e inclusiva per tutti:

Il Green Deal europeo definisce come rendere l'Europa il primo continente climaticamente neutro entro il 2050, stimolando l'economia, migliorando la salute e la qualità della vita delle persone, prendendosi cura della natura e senza lasciare indietro nessuno.

Il Green Deal europeo fornisce, pertanto, una tabella di marcia con azioni per promuovere l'uso efficiente delle risorse, passando ad un'economia pulita e circolare, e fermare il cambiamento climatico, annullare la perdita di biodiversità e ridurre l'inquinamento; descrive, inoltre, gli investimenti necessari e gli strumenti di finanziamento disponibili e spiega come garantire una transizione giusta e inclusiva.

Gli stessi strumenti sopra menzionati sono assunti come riferimento anche nella proposta di revisione del **Piano Territoriale Regionale (PTR)**, atto fondamentale di indirizzo, agli effetti territoriali, della programmazione di settore della Regione, nonché di orientamento della programmazione e pianificazione territoriale dei Comuni e delle province", attualmente in fase di adozione.

Ulteriori strumenti settoriali ambientali di particolare rilevanza per l'integrazione Ambiente, clima, salute e per le azioni che il presente Programma intende realizzare sono:

- Programma di Tutela e Uso delle Acque;

- Programma regionale di gestione dei rifiuti e Programma regionale delle aree inquinate;

- Programma energetico ambientale regionale;

- Programma regionale di interventi per la qualità dell'aria;

- Piano regionale della mobilità e dei trasporti;

- Piano regionale della mobilità ciclistica;

- Programma Regionale per l'Emergenza Casa – Programma Regionale di Edilizia Residenziale Pubblica;

-Programma Regionale Integrato di Mitigazione dei Rischi (PRIM) .

Nello specifico, il contesto dal quale il presente PP9 prende avvio è quello che il PRP 2015-2019 ha contribuito a definire in riferimento al macro obiettivo "Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute" attraverso i due programmi regionali P.10 "Integrazione Salute e Ambiente" e P.11 "Piano dei controlli sulle sostanze chimiche". I risultati più significativi di tali programmi sono stati:

- Il consolidamento dell'approccio metodologico interdisciplinare per l'adozione di interventi di prevenzione delle esposizioni a inquinanti chimici, fisici e microbiologici in ambienti indoor e outdoor, nonché per la gestione delle emergenze ambientali;
- L'adozione di strumenti condivisi per la stima degli impatti sulla salute nelle procedure VIA e VAS e la partecipazione delle strutture sanitarie ai procedimenti ambientali;

- Il consolidamento del coordinamento delle componenti istituzionali sul tema Ambiente e Salute attraverso l'avvio della definizione di un protocollo d'intesa con l'Agenzia Regionale della Protezione Ambientale, per definire le aree progettuali e le modalità di collaborazione da cui far discendere accordi attuativi/operativi locali.
- L'integrazione dei dati ambientali e sanitari e delle loro relazioni attraverso la creazione del sistema informativo GeoSA (Geografia per la Salute e l'Ambiente) integrato nel SI della Prevenzione;
- L'effettuazione di percorsi formativi per operatori sanitari (compresi MMG e PLS) e ambientali sulla valutazione dell'impatto sanitario da esposizione da fattori ambientali antropici e naturali, sulla sorveglianza epidemiologica e sulla comunicazione del rischio;
- Il rafforzamento dell'attività di vigilanza e controllo in materia di sicurezza chimica attraverso indirizzi operativi di controllo per l'integrazione tra i diversi settori (REACH-CLP, biocidi, fitosanitari, cosmetici, rifiuti etc.) e la realizzazione dei Piani Nazionali di Controllo;
- La realizzazione di campagne informative nel settore delle radiazioni ionizzanti e non, naturali e antropiche a favore delle fasce di popolazione più vulnerabili;
- il potenziamento dei flussi informativi strutturati per la conoscenza degli avvelenamenti in ambiente domestico;
- la promozione dell'adozione da parte dei Comuni di misure di prevenzione rischio RADON.

Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il Programma prevede che le Regioni e le Province autonome tengano conto degli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, secondo una logica integrata, e adottino l'approccio *One Health* nella programmazione e nelle conseguenti azioni. Ciò consente di comprendere le complesse relazioni tra l'uomo, e gli ecosistemi naturali e artificiali, riconoscere che la salute dell'uomo è legata alla salute degli animali e dell'ambiente per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di tutela e promozione della salute.

A questo scopo si prevede di consolidare, il processo che a partire da una analisi di contesto, definisce piani di miglioramento che mirano allo stesso tempo:

1) al rafforzamento degli strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA;
2) all'applicazione di strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute correlati a interventi antropici;
3) a interventi per il monitoraggio, per l'adattamento e la mitigazione degli effetti dei cambiamenti climatici, di riduzione delle esposizioni ambientali indoor e outdoor e antropiche dannose per la salute, la creazione di contesti urbani favorevoli alla salute attraverso lo sviluppo della mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili; attività di comunicazione per migliorare le conoscenze sui rischi per la salute derivanti dall'esposizione a fattori ambientali antropici e naturali e per orientare i cittadini verso scelte più salutari e ecosostenibili.
4) promuovere l'applicazione di pratiche finalizzate al miglioramento della sostenibilità ambientale nelle filiere agro-zootecniche e nella gestione degli animali d'affezione

Il Programma ha quindi l'obiettivo di rafforzare l'*advocacy* del sistema sanitario nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) per intercettare e coniugare obiettivi di salute pubblica ed obiettivi di tutela ambientale; promuovendo il rafforzamento di competenze

e consapevolezza di tutti gli attori della comunità sugli obiettivi di sostenibilità come individuati dall'Agenda 2030.

Il Programma è sostenuto da:

- accordi o programmi di attività intra e inter-istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, anche attuativi di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92;
- accordi inter-istituzionali per il rafforzamento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali;
- tavoli tecnici regionali inter-istituzionali/intersettoriali/interdisciplinari e reti regionali integrate ambiente e salute per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio *One Health*;
- *empowerment* individuale e di comunità;
- formazione e aggiornamento degli Operatori Sanitari e Sociosanitari;
- attività di monitoraggio e *governance*.

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

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Secondo quanto emerso da numerosi rapporti dell'OMS è necessaria un'azione coraggiosa e tempestiva per prevenire malattie e morti premature causate da inquinamento e contribuire a raggiungere gli obiettivi dell'Agenda 2030.

Gli indirizzi della Dichiarazione di Ostrava (2017) in aderenza con gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile (2015), con la Decisione XIII/6 della Conferenza delle parti sulla Convenzione per la Biodiversità di Cancun (2016) che riconosce l'interconnessione tra la biodiversità e la salute umana promuovono l'adozione di un approccio One Health e gli obiettivi dell'Accordo di Parigi sui cambiamenti climatici. Di straordinaria ambizione per impostazione e finalità, è la *vision* della *Planetary health*, coniata nel rapporto della *Lancet-Commission* che si riflette negli obiettivi interconnessi di sviluppo sostenibile, strategicamente concepiti in modo olistico e definiti per integrare la salute (SDG 3) con la sostenibilità in chiave economica, sociale e ambientale.

Il Programma si basa su un approccio globale sulla comunità e sui principi di equità, sostenibilità, inclusione ed *empowerment*. Gli obiettivi riguardano congiuntamente sia l'ambito ambientale che quello della salute. A livello internazionale è ritenuto necessario agire congiuntamente sui seguenti aspetti:

1. *Policy* integrate ambientali e sanitarie;
2. Competenze individuali e professionali;
3. Ambiente fisico e sociale;
4. Servizi socio-sanitari;
5. Vigilanza e controlli

Le evidenze mostrano:

- l'importanza della condivisione delle responsabilità con tutti i livelli di governo, da quello internazionale e nazionale a quelli locali, coinvolgendo i cittadini e i portatori di interesse con azioni estese sul territorio, dentro e fuori i propri confini e proiettate su scale temporali lunghe;

- l'importanza del settore sanitario nel dare un contributo decisivo al miglioramento ambientale se opera in modo sistematico, promuovendo le tecnologie più rispettose dell'ambiente, consumi sostenibili per l'ambiente, la bioedilizia, una gestione dei sistemi sanitari più efficiente dal punto di ista ambientale;
- l'efficacia di azioni basate su molteplici determinanti di salute nell'ottenere risultati di salute ed educativi;
- la necessità di rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e di promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute.

1. *Household Air Pollution Commission, The Lancet Respiratory Medicine, 2014*
2. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks (World Health Organization 2016)*
3. *Preventing noncommunicable diseases (NCDs) by reducing environmental risk factors (World Health Organization 2017)*
4. *Climate change and health country profile: Italy. World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260380/WHO-FWC-PHE-EPE-15.52-eng.pdf
5. *WHO Declaration of the 6th Ministerial Conference on Environment and health* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/341944/OstravaDeclaration_SIGNED.pdf?ua=1
6. *COP24 special report: health and climate change ISBN 978-92-4-151497-2 WHO, 2018*
7. *The Lancet Commission on pollution and health. Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR, et al. Lancet. 2018 Feb 3;391.*
8. *The 1st global WHO conference on Air Pollution and Health in Geneva WHO 2018*
9. *Non Communicable Diseases and Air Pollution, WHO Regional Office for Europe, WHO 2019*
10. *Global strategy on health, environment and climate change the transformation needed to improve lives and well-being sustainably through healthy environments, WHO, 2019)*
11. *WHO Europe (Bonn Office) del 2019 sull'Environmental Justice (verificare e eventualmente completare)*
12. *"Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole di fattori di rischio indoor per allergia e asma (Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010)*

Declinazione a livello regionale del Programma

Il programma, in linea con gli orientamenti europei e internazionali, e tenendo conto delle politiche di riduzione degli impatti ambientali, nonché dei nuovi LEA e in continuità con il PRP 2014-2019 propone una strategia regionale intersettoriale ed integrata finalizzata a realizzare sinergie tra i servizi sanitari e ambientali in un'ottica di approccio One Health, con l'obiettivo di ridurre gli effetti negativi sulla salute e il benessere delle persone e degli animali correlati all'impatto ambientale.

Il programma è volto ad incrementare la capacità di lettura e di intervento sistemico sul territorio delle Amministrazioni e degli Enti locali, integrando le informazioni ambientali con quelle per la tutela della salute dei cittadini.

Il programma interviene, inoltre, nel supportare l'azione del sistema sanitario in coordinamento con i servizi ambientali e di protezione civile nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici e agli eventi estremi e alle catastrofi naturali.

Le azioni trasversali del Programma contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi generali enunciati e allo stesso tempo sono funzionali al raggiungimento degli obiettivi specifici, che vengono così coordinati ed integrati nel programma, dai seguenti punti di vista:

1. sostenere l'integrazione e il coordinamento degli interventi per la tutela della salute, dell'ambiente e per il clima, individuando i settori di azione congiunta e definendo programmi operativi e linee di indirizzo, di importanza fondamentale per proteggere la salute dai rischi derivanti dalla contaminazione ambientale e per garantire ambienti di vita e di lavoro che tutelino la salute dei cittadini e dei lavoratori;

2. sostenere lo sviluppo di conoscenze e l'integrazione delle competenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente attraverso la realizzazione di interventi formativi da erogare ai soggetti sia interni che esterni al sistema sanitario che a vario titolo operano nell'ambito di integrazione

tra ambiente, clima e salute e attraverso l'inserimento dei temi ambientali e climatici nei percorsi di formazione per MMG e PLS;

3. realizzare campagne informative per aumentare la consapevolezza dei problemi ambientali e climatici e delle loro conseguenze sulla salute e di promuovere stili di vita ecosostenibili affinché diventino vantaggiosi per la salute e protettivi per l'ambiente;

4. orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative, attraverso la realizzazione di uno strumento informativo per il supporto alle decisioni che integra dati sanitari, ambientali, geografici e demografici per fornire agli operatori sanitari, igiene pubblica, Salute e Ambiente, osservatori epidemiologici, operatori Arpa, uno strumento di conoscenza, valutazione e programmazione a supporto delle attività riferite alla tematica Ambiente Salute e Clima, nonché utile in prospettiva per oggettivare la comunicazione alla popolazione.

Il presente programma regionale si compone di un ampio numero di obiettivi strategici ed obiettivi specifici, ciascuno contraddistinto – pur all'interno del contesto delle interrelazioni tra ambiente, clima e salute – da proprie connotazioni e specifiche regolamentazioni. In questa logica, al fine di poter adeguatamente descrivere il programma e consentire la corretta comprensione delle azioni che lo compongono, ogni area sarà di seguito oggetto di puntuale ed ordinata trattazione.

Rete regionale integrata ambiente e salute

Al fine di promuovere il superamento delle criticità tecnico-scientifiche e di governance regionale per la prevenzione, la promozione della salute, la valutazione e gestione dei rischi derivanti da fattori ambientali, antropici e naturali, il programma si propone di sostenere interventi volti a garantire il dialogo e il confronto costanti tra tutte le componenti a vario titolo interessate attraverso la realizzazione di una Rete regionale integrata ambiente e salute. Attraverso la Rete s'intende favorire e rafforzare strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi sanitari e ambientali nonché adottare interventi condivisi per la prevenzione e riduzione delle esposizioni ambientali e antropiche dannose per la salute.

Valutazione impatto sanitario

Nell'ambito del precedente PRP sono state adottate linee di indirizzo metodologiche e operative per la valutazione della componente salute pubblica negli studi di impatto ambientale (SIA) e negli studi preliminari di impatto ambientale (SIAP) rivolte agli per proponenti e valutatori (ATS) per la stima degli effetti attesi sulla salute come conseguenza di un'opera. Nell'attuale programmazione l'intervento consiste nel migliorare ulteriormente i processi valutativi della componente salute pubblica nei SIA e SIAP praticati dalle ATS attraverso una ricognizione dell'attività svolta e azioni di indirizzo per le valutazioni della componente salute pubblica anche nei procedimenti ambientali autorizzativi e nei Piani e Programmi regionali attraverso il supporto della Rete di cui sopra.

Sorveglianza epidemiologica

La consapevolezza del ruolo dell'inquinamento atmosferico quale fattore di pressione ambientale più rilevante nello specifico contesto della pianura padana ha portato le Regioni del Bacino Padano ad attivare progetti e piani d'interventi condivisi. Il PRP diventa lo strumento di supporto idoneo a pianificare i prossimi 5 anni di attività di monitoraggio, ricerca e indirizzo delle politiche

di miglioramento della qualità dell'aria in correlazione agli esiti di salute. Regione Lombardia, insieme alle atre Regioni del Bacino Padano intende sviluppare, tramite accordi interistituzionali, una sorveglianza epidemiologica in rapporto all'inquinamento atmosferico quale fattore prioritario di pressione ambientale che agisce sull'intera popolazione padana. Saranno inoltre valutate le interazioni fra inquinamento atmosferico e COVID-19 in termini di impatto sulla salute in accordo con le altre esperienze in corso sul tema.

Sicurezza Chimica

In continuità con il passato e contestualmente cogliendo ulteriormente gli elementi strategici di innovazione del PNP 2020-2025 volti a promuovere un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato in un'ottica One Health, saranno rafforzati ulteriormente gli interventi di controllo trasversale agli ambienti di vita e lavoro, e su prodotti immessi sul mercato.

Le esperienze condotte a seguito di eventi sentinella e di partecipazione a procedimenti autorizzativi ambientali hanno messo in evidenza come - in una logica di trasversalità tra salute e ambiente - il processo, avviato a livello europeo, di uniformare le attività di controllo sulle sostanze chimiche comporta un'evoluzione delle modalità di controllo da frammentarie, settoriali a uniformi e univoche in una logica di trasversalità tra salute e ambiente. Il rischio chimico, ovvero la probabilità che si raggiunga il potenziale nocivo nelle condizioni di utilizzazione o esposizione, deve trovare modalità univoche nella sua analisi e nell'individuazione di misure di protezione, indipendentemente dal settore/comparto di attività in cui si esplica il controllo. In tal modo, la tutela della salute umana e dell'ambiente, si esplica sull'intero ciclo di vita con interventi di protezione del cittadino/consumatore e del lavoratore. Sulla base di questa visione si esplica la nuova attività regionale di programmazione e realizzazione degli interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato. Focus specifici di intervento riguarderanno le implicazioni della gestione di sostanze pericolose nel processo di economia circolare e nella sicurezza degli ambienti di lavoro anche in coordinamento con il PP8.

Amianto

Il programma prevede il proseguimento di tutte le attività legate alla prevenzione e controllo del rischio amianto, che in Regione Lombardia coprono tutti gli obblighi di legge e sono consolidate tanto da essere divenute attività correnti, e un loro rilancio e miglior coordinamento nell'ambito della definizione di un Piano d'azione regionale Amianto, con lo scopo di proseguire e monitorare le attività in corso, ottimizzando l'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 attraverso il Laboratorio su Tumori professionali, migliorare il coordinamento trasversale delle attività sia a livello regionale (DG Ambiente e Clima) che tra diverse ATS e ASST-UOOML.

Buone pratiche igienico-sanitarie ed *Urban Health*

Il programma prevede l'elaborazione di un documento di buone pratiche per assicurare standard qualitativi uniformi a livello regionale in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione, ristrutturazione e efficientamento energetico degli edifici, per garantire la qualità del microclima indoor, anche in relazione alla presenza di sostanze biologiche, fisiche e chimiche e a favorire sinergie tra riqualificazione energetica e risanamento igienico-sanitario degli edifici.

Inoltre per rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili verranno elaborate direttrici di supporto ad

interventi intersettoriali di Urban Health, attraverso indirizzi regionali per la partecipazione a tavoli tecnici inter istituzionali regionali e locali e l'espressione di pareri intersettoriali.

Sicurezza dell'acqua destinata al consumo umano

Con il decreto del 14 giugno 2017, il Ministero della Salute ha recepito a livello nazionale la direttiva (UE) 2015/1787, introducendo l'obbligo di adozione dell'approccio "Piano di Sicurezza dell'Acqua (PSA)" per i sistemi di gestione idro-potabile. A partire dal 2019 quindi i Gestori del Servizio Idrico Integrato, con il coinvolgimento del SIAN dell'ATS competente per territorio, hanno iniziato a sviluppare i PSA per i propri sistemi acquedottistici. Il presente programma si pone l'obiettivo di implementare il database delle acque potabili esistente, affinché raccolga, oltre ai dati dei controlli esterni dei SIAN delle ATS, anche i dati dell'autocontrollo dei Gestori. Il database viene quindi reso disponibile agli Enti coinvolti nella gestione delle acque destinate al consumo umano, ognuno per il territorio di competenza.

Filiera agricola e zootecnica e igiene urbana veterinaria

La sostenibilità ambientale, applicata alla filiera agricola e zootecnica, richiede misure che coinvolgano direttamente il Settore veterinario per promuovere l'applicazione di nuove strategie dall'allevamento, nell'ottica di salvaguardare le produzioni rendendole al contempo sempre più sostenibili dal punto di vista ambientale e della sanità pubblica veterinaria. Le azioni di programma hanno l'obiettivo di 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.

Il programma si occuperà inoltre anche di Prevenzione del randagismo; Controllo demografico delle popolazioni animali; Educazione sanitaria e zoofila.

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 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**
INDICATORE 1 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
INDICATORE 2 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
AZIONE 1 E 2	Consolidamento dei processi di governance integrata in materia di salute, ambiente, clima: atto formale di collaborazione intersettoriale e tavolo
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 1 e 2	L'integrazione delle attività tra il settore ambientale e quello sanitario è di importanza fondamentale per proteggere la salute dai rischi derivanti dalla contaminazione ambientale e per garantire ambienti di vita e di lavoro che tutelino la salute dei cittadini e dei lavoratori. In attuazione dell'art. 56 della LR 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), della strategia nazionale e regionale della prevenzione (particolare richiamo merita il Patto per la Salute: Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5/06/2003 n. 131 - Rif.19/207/SR08/C7), l'azione esprime la volontà di consolidare la collaborazione tra l'area sanitaria e quella ambientale, ovvero il coordinamento delle componenti istituzionali sul tema salute, ambiente e clima attraverso il coinvolgimento e il lavoro congiunto delle strutture sanitarie e ambientali. Dall'esperienza del precedente PRP, ove è stata praticata la trasversalità attraverso il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti partecipanti al Sistema Integrato della Prevenzione, deriva l'esigenza di un atto centrale che dia un ulteriore impulso alla collaborazione tra Direzioni Generali competenti in materia di Salute e Ambiente, le ATS

	e ARPA, che esprima la convergenza su obiettivi comuni secondo criteri di reciprocità negli ambiti di interazione tra salute umana, ambiente e clima. Obiettivo prioritario dell'azione è sostenere ulteriormente, attraverso un atto formale, l'integrazione e il coordinamento degli interventi per la tutela della salute, dell'ambiente e per il clima, individuando i settori di azione congiunta e definendo programmi operativi e linee di indirizzo, nonché favorire il dialogo, la collaborazione e la condivisione di esperienze tra i soggetti interessati. Il suddetto atto, che è anche strumento operativo, identificherà, gli ambiti per impostare gli approfondimenti dei prossimi anni, sia a livello regionale che nella declinazione locale tra ATS e le sedi provinciali di ARPA. In particolare, a livello locale, ATS e le sedi di ARPA potranno stringere rapporti di collaborazione a partire dagli item individuati, a rafforzamento del coordinamento regionale. La definizione dell'azione si attua attraverso un percorso che prevede: Adozione di un atto regionale di concerto tra le Direzioni Generali competenti in materia di Salute e Ambiente che individui gli ambiti di azione e integrazione ritenuti prioritari con l'obiettivo di raccordare operativamente le attività delle ATS e ARPA (da revisionare almeno una volta nei 5 anni di vigenza del PRP); Istituzione di un tavolo tecnico intersettoriale composto da Regione, ATS e ARPA, enti locali ,… con il compito di: programmare annualmente le attività di raccordo tra Arpa e ATS e definire le modalità attuative, rendicontare annualmente le suddette attività anche al fine di implementare il rapporto che, ogni anno, le Direzioni Generali competenti in materia di Salute e Ambiente e l'ARPA redigono sui risultati conseguiti da inviare alla Giunta e alle competenti Commissioni Consiliari ai sensi della Legge Regionale 33 del 30/12/2009 e s.m.i.

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 PP09_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**
INDICATORE 2 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
AZIONE 3	3. FORMAZIONE OPERATORI SANITARI E SOCIOSANITARI ED OPERATORI ESTERNI AL SSN SU AMBIENTE, CLIMA E SALUTE

CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 3	In continuità con il PRP 2015/2019 si vuole sostenere lo sviluppo di conoscenze e l'integrazione delle competenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente su diversi temi, in modo trasversale su tutte le azioni che traguardano gli obiettivi specifici del programma. I vari progetti formativi saranno condivisi con i diversi soggetti sia interni che esterni al sistema sanitario che a vario titolo operano nell'ambito di integrazione tra ambiente, clima e salute. Oltre agli interventi formativi da erogare agli operatori sanitari, saranno previsti interventi formativi specifici per i MMG, PLS; attraverso le Regole di sistema saranno date indicazioni alle ATS al fine di strutturare una relazione tra il canale DIPS e Cure Primarie funzionale all'inserimento dei temi ambientali e climatici nei percorsi di formazione per MMG e PLS. La programmazione degli interventi avverrà attraverso i piani pluriennali di formazione regionali anche attraverso il ricorso a formazione continua via FAD. I principali ambiti di offerta formativa previsti sono: 1. Valutazione della componente salute pubblica nei procedimenti VIA/VAS 2. Percorsi per lo sviluppo di competenze base in materia di sostanze chimiche, sia relativa alla regolamentazione di prodotto (REACH/CLP) che sociale e ambientale integrata (DLgs 81/08 e DLgs 152/06), ad un'ampia platea di operatori dei Dipartimenti di Prevenzione ATS impegnati in attività istruttorie nell'ambito di procedimenti area Salute & Ambiente, di controllo delle esposizioni in ambienti di vita e di lavoro (in sinergia con il PP8 per quanto riguarda la sicurezza sul lavoro). Al tal fine ci si potrà avvalere del supporto del servizio "e-learning REACH/CLP per la pubblica amministrazione" del MdS (presente su piattaforma TRIO della Toscana), e promuovere presso gli operatori percorsi di formazione specialistica offerti dalla Scuola Specializzazione in valutazione e gestione del rischio chimico. 3. Percorsi di formazione integrati su emergenze sanitarie e ambientali e comunicazione del rischio, in particolare in materia di incendi, amianto e radioprotezione; 4. Interventi di formazione sulle buone pratiche igienico-sanitarie in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione, ristrutturazione e di efficientamento energetico degli edifici; 5. Urban Health e mobilità sostenibile (in sinergia con il PP5 per quanto riguarda la sicurezza stradale) 6. Radon, recepimento d.lgs. 101/2020 7. Addestramento all'utilizzo dei sistemi informativi su ambiente, clima e salute

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 3 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**

INDICATORE3 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
AZIONE 4	CAMPAGNE INFORMATIVE E DI SENSIBILIZZAZIONE SU AMBIENTE, CLIMA E SALUTE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 4	Le campagne informative e di sensibilizzazione saranno ideate e realizzate previo il coinvolgimento della DG Ambiente e Clima e di ARPA, attraverso l'attivazione della rete regionale integrata ambiente e salute, a cui fa capo il coordinamento dell'azione trasversale. Obiettivo delle campagne sarà quello di aumentare la consapevolezza dei problemi ambientali e climatici e delle loro conseguenze sulla salute e di promuovere stili di vita ecosostenibili affinché diventino vantaggiosi per la salute e protettivi per l'ambiente. L'attuazione dell'azione avverrà tramite la promozione di campagne regionali e/o locali da parte delle ATS attraverso lo strumento delle "Regole di sistema" su tematiche prioritarie e d'interesse, con particolare attenzione a: - riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute. - buone pratiche igienico sanitarie in edilizia, prevenzione negli ambienti di vita (link con azione 11, importanza del ricambio d'aria per garantire livelli di comfort temo-igrometrico post riqualificazione energetica/prevenire muffe; manutenzione programmata impianti).

EQUITÀ

OBIETTIVO 4 PP09_OT05	**Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**
INDICATORE 4 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

AZIONE 5 EQUITY	SVILUPPO DELLA CAPACITA' DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE DA DETERMINANTI AMBIENTALI ATTRAVERSO L'IMPLEMENTAZIONE DI STRUMENTI PER LA PROGRAMMAZIONE ORIENTATA AL BISOGNO DI SALUTE
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 5 EQUITY	L'integrazione delle attività tra ambiente e salute è di importanza fondamentale per proteggere la salute dai rischi derivanti dalla contaminazione ambientale, dagli effetti dei cambiamenti climatici e per garantire luoghi di vita e di lavoro che tutelino cittadini e lavoratori. I tratti costitutivi della Lombardia sono sia la forte antropizzazione, la concentrazione urbana, la presenza di attività economiche che producono fattori di rischio, che caratterizzano la fascia di pianura e i fondovalle, sia i territori montani e/o marginali con forte capitale naturale e dispersione insediativa. Una conformazione che presenta notevoli disuguaglianze territoriali e che espone a ricorrenze critiche proprie sia dei rischi derivanti dagli insediamenti produttivi che naturali e degli effetti dei cambiamenti climatici. Una più appropriata politica di prevenzione, fondata su un approccio One Health ha la necessità di confrontarsi meglio e più sistematicamente con le dimensioni dei determinanti ambientali, sociali e comportamentali del contesto lombardo. In Italia sono disponibili alcuni strumenti che consentono di valutare e monitorare gli effetti sulla salute dell'esposizione a diverse fonti di inquinanti e altri fattori ambientali, con una particolare attenzione alle possibili diseguaglianze di genere e sociali di tali effetti. Non si può ignorare, tuttavia, che si abbiano ancora ampi spazi da approfondire con particolare riferimento all'attribuzione delle competenze, alla definizione dei ruoli di ARPA e ATS nella partecipazione ai procedimenti, alla formazione generale degli operatori, alla comunicazione ai cittadini, al superamento dei diversi approcci interregionali e soprattutto alla frammentarietà delle esperienze, che sono per lo più caratterizzate da un orizzonte di ricerca (tipico del progetto) con "scarse" possibilità di consolidamento e sviluppo. Priorità per attuare azioni in termini di equità in riferimento al PP9 consiste nel dotarsi di migliori strumenti di conoscenza dei determinanti ambientali ai quali è esposta la popolazione della Lombardia. A tali strumenti è richiesto di territorializzare le analisi, di fornire nuovi elementi per finalizzare gli interventi sui nessi causali e sulle determinanti del rischio, ricercando soluzioni più avanzate ed oggettivate per la valutazione delle politiche compiute. Ma la vera innovazione risiede nella scelta di rinnovare (se non realizzare) gli strumenti di conoscenza adottando un approccio metodologico basato sulla possibilità di integrare e comporre i dati e le informazioni disponibili presso i diversi soggetti e condividere i criteri di analisi e interpretazione dei risultati, che consenta di orientare gli interventi sul territorio in termini di equità così come delineati nel PNP. L'azione di equità è quindi rivolta al futuro sul medio periodo, cogliendo la sfida del PNP e del PNRR, e traguarda l'obiettivo di una visione a lungo termine e di approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato che offra uno strumento in grado di valutare il territorio

	in modo integrato e interconnesso e consenta di definire le priorità di programmazione a supporto di: - conoscenza del territorio; - prevenzione (misure previste per evitare che si verifichi un evento dannoso) e protezione (misure previste e finalizzate a limitare le conseguenze di un evento dannoso) di fattori ambientali causa di malattia; - tutela della salute nelle politiche ambientali applicative quali VIA, VAS, governance territoriale; - analisi e monitoraggio dei determinanti ambientali di salute attraverso indicatori predittivi di esposizione georeferenziati. La soluzione proposta è nei fatti un esempio di Environmental Public Health Tracking (EPHT), che ha lo scopo di riunire, analizzare ed interpretare i rischi ambientali, le esposizioni e di dati sanitari. L'EPHT fornisce dati ambientali aggiornati, accurati e sistematici ai decisori di sanità pubblica per la riduzione delle patologie ambientali. Unendo a livello geografico anche i dati sanitari e demografici, si ottiene uno strumento utilizzabile per politiche proattive in ambito preventivo e informative della densità dei fattori di rischio ambientali in un'area. L'azione di equità risponde all'obiettivo generale di contribuire alla riduzione degli impatti ambientali sulla salute della popolazione lombarda, riorientando gli interventi in termini di rischio e vulnerabilità territoriali in un contesto di universalismo proporzionale, che a livello regionale garantisca adeguate ed eque risposte ai bisogni di salute espresse dai vari territori. Tale obiettivo è allineato con il Goal 3.9 dell'Agenda 2030, che richiede di "ridurre sostanzialmente il numero di decessi e malattie da sostanze chimiche pericolose e da inquinamento e contaminazione di aria, acqua e suolo" Il processo di HEA che si intende realizzare punta a: - migliorare e monitorare la capacità del sistema della prevenzione di rispettare i principi di equità e non discriminazione dichiarati nei documenti di programmazione in tema di Ambiente, Clima e Salute; - valutare le conseguenze e gli effetti che le politiche, i programmi e le azioni messe in atto (o che stanno per essere messe in atto) hanno sulla popolazione. L' obiettivo specifico da traguardare è aumentare la capacità del sistema della prevenzione di individuare e caratterizzare gli ambiti territoriali esposti in termini di salute a rischi ambientali prioritari (ranking), rispetto ai quali orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative. Gli obiettivi strategici dell'azione di equity si sviluppano e si integrano con gli obiettivi specifici delle azioni che compongono l'intero programma PP9 attraverso: · La prioritizzazione dei determinanti ambientali da indagare in termini di salute ed equità, senza trascurare fattibilità e disponibilità dei dati. · Sviluppo della metodologia per la mappatura dei rischi di esposizione di salute ai determinanti ambientali in funzione delle priorità individuate · Consolidamento di un modello di governance integrato Salute Clima Ambiente per il contrasto alle disuguaglianze di salute derivanti da determinanti ambientali (in sinergia con azioni 1 e 2) · Consolidamento delle competenze integrate per la valutazione dei rischi di esposizione ai determinanti ambientali (in sinergia con azioni 3 e 7)

	· aumento della consapevolezza della popolazione relativamente al rischio ambientale-sanitario sulla base di criteri oggettivi condivisi tra ATS ed ARPA (in sinergia con azione 4) Le attività che realizzano i predetti obiettivi nel percorso del PRP sono: -fornire agli operatori dei servizi sanitari, igiene pubblica, Salute e Ambiente, osservatori epidemiologici, uno strumento di conoscenza, valutazione e programmazione a supporto delle attività riferite alla tematica Ambiente Salute e Clima; - sviluppare indicatori predittivi georeferenziati di esposizione a fattori ambientali che orientino la pianificazione degli interventi - sulla base degli indicatori sviluppati mappare l'esposizione della popolazione ai fattori ambientali (ranking); - definire un modello di governance integrato per il contrasto alle disuguaglianze di salute derivanti da determinanti ambientali; - formare gli operatori salute e ambiente alla lettura e analisi integrata delle elaborazioni e mappature prodotte; - creare una repository come base per la comunicazione e l'informazione alla popolazione, oggettivata ed uniforme. Nel concreto l'azione consiste nel proseguire nell'attività di sviluppo, partita nel 2019, del Sistema denominato Geografia Salute e Ambiente (GEOSA) finalizzando tre aspetti principali attraverso le seguenti attività specifiche: · strutturare/progettare e costruire, su scala regionale, un database cartografico e relazionale (dati condivisi; uso di metodologie comuni) aggiornato che consentirà agli operatori sanitari e ambientali di disporre di uno strumento di supporto alle decisioni nell'ambito delle attività di partecipazione ai procedimenti ambientali, degli interventi di sanità pubblica e protezione ambientali, interventi in emergenza, di programmazione dei controlli etc.; · costruire e visualizzare mappe cartografiche strutturate su diversi livelli informativi (layers); · sviluppare indicatori predittivi georeferenziati di esposizione a fattori ambientali che andranno ad integrare gli indicatori utilizzati per la descrizione dello stato di salute della popolazione lombarda, in via di definizione presso questa DG; · disporre di repository di dati ambientali e sanitari che opportunamente strutturato possa essere base per la comunicazione e l'informazione della popolazione, oggettivata ed uniforme. Lo strumento informativo consente di visualizzare in mappa dati ambientali, sanitari (compresa l'individuazione di indicatori da mettere in mappa), geografici, demografici e risponde a molteplici funzioni: - su scala regionale (analisi contesto, programmazione, evoluzione temporale contesto) - su scala locale (supporto decisionale nei processi o analisi) - lettura dei dati di esposizione, intesi come effetti correlati ad inquinanti specifici - individuazione di aree di intervento prioritarie ATTIVITA': - Costituzione gruppo di lavoro interdisciplinare e trasversale (Regione, ATS, Arpa, Università, Osservatori Epidemiologici, professionisti del settore etc.); - Analisi e prioritizzazione dei bisogni; - Definizione metodologica e operativa di singoli indicatori di esposizione georeferenziati; - Ingegnerizzazione degli indicatori e della loro rappresentazione geografica (prototipo, test, revisione, rilascio); - Formazione degli operatori;

	- Utilizzo del sistema e sua revisione periodica tramite esiti analisi quali-quantitativa.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumentare la capacità del sistema della prevenzione di individuare e caratterizzare gli ambiti territoriali esposti in termini di salute a rischi ambientali prioritari (ranking), rispetto ai quali 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	In base a un'analisi multicriteriale condivisa con tutti soggetti coinvolti, a partire dalle 8 ATS lombarde e da ARPA Lombardia, si intende procedere a elencare i bisogni espressi dai vari territori in termini di esposizione ai determinanti ambientali e a valutare le priorità in termini di salute ed equità, ma anche di disponibilità/reperibilità dei dati, nonché di fattibilità delle elaborazioni da condurre per costruire gli indicatori predittivi georiferiti di esposizione. La strategia prevede: - Costituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare e trasversale nell'ambito della Rete Regionale Ambiente Salute - definizione e condivisione dei criteri di prioritizzazione - analisi e prioritizzazione dei bisogni in base ad analisi multicriteriale - sviluppo di indicatori predittivi georeferenziati di esposizione a fattori ambientali che orientino la pianificazione degli interventi - mappatura dell'esposizione della popolazione ai fattori ambientali (ranking); - definizione un modello di governance integrato per il contrasto alle disuguaglianze di salute derivanti da determinanti ambientali; - formazione gli operatori salute e ambiente alla lettura e analisi integrata delle elaborazioni e mappature prodotte Possibili barriere sono rappresentate dalla notevole complessità delle analisi e disomogeneità dei contesti territoriali lombardi e delle relative fonti di pressioni ambientali. Da questo punto di vista è importante favorire il dialogo e il confronto multidisciplinare che porti a una preliminare condivisione da parte del gruppo di lavoro dei criteri di prioritizzazione da utilizzare
ATTORI COINVOLTI	Regione Lombardia: DG Welfare, DG Ambiente e Clima ATS ARPA Lombardia Osservatori Epidemiologici Università Professionisti di settore Associazioni e portatori di interesse Popolazione interessata
INDICATORE	**Modello di governance integrato per il contrasto alle disuguaglianze di salute derivanti da determinanti ambientali**
	Formula: SI/NO

	Standard: SI Il gruppo di lavoro Equità in Salute e Ambiente verrà istituito entro il 2022, sarà incardinato nella Rete Salute Ambiente di cui all'azione n. 7 e lavorerà stabilmente per tutta la durata del PRP Fonte: Regione Lombardia
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Ridurre gli impatti ambientali sulla salute della popolazione lombarda, riorientando gli interventi in termini di rischio e vulnerabilità territoriali in un contesto di universalismo proporzionale, che a livello regionale garantisca adeguate ed eque risposte ai bisogni di salute espressi dai vari territori.: definizione di un modello di governance integrato per il contrasto alle disuguaglianze di salute derivanti da determinanti ambientali
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	La prioritizzazione dei determinanti ambientali da indagare in termini di salute ed equità, senza trascurare fattibilità e disponibilità dei dati. - Sviluppo della metodologia per la mappatura dei rischi di esposizione di salute ai determinanti ambientali in funzione delle priorità individuate - Consolidamento di un modello di governance integrato Salute Clima Ambiente per il contrasto alle disuguaglianze di salute derivanti da determinanti ambientali (in sinergia con azioni 1 e 2) - Consolidamento delle competenze integrate per la valutazione dei rischi di esposizione ai determinanti ambientali (in sinergia con azioni 3 e 7) - aumento della consapevolezza della popolazione relativamente al rischio ambientale-sanitario sulla base di criteri oggettivi condivisi tra ATS ed ARPA (in sinergia con azione 4)
ATTORI COINVOLTI	Regione Lombardia: DG Welfare, DG Ambiente e Clima ATS ARPA Lombardia Osservatori Epidemiologici Università Professionisti di settore Associazioni e portatori di interesse Popolazione interessata
INDICATORE	**Monitoraggio del trend relativo all'impatto di salute per uno (almeno) specifico rischio/determinante ambientale**
	Formula: Riduzione del danno di salute per almeno uno specifico rischio/determinante ambientale Standard Baseline per almeno uno specifico rischio/determinante ambientale Fonte Regione Lombardia

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 6 PP09_OS01	**Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti**
INDICATORE 6 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
AZIONE 6	REALIZZAZIONE DI UN ACCORDO INTERISTITUZIONALE PER LA SORVEGLIANZA DELL'INQUINAMENTO ATMOSFERICO SULLA POPOLAZIONE DEL BACINO PADANO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 6	La Pianura Padana ha condizioni climatiche e antropiche che la portano ad essere una delle zone di Europa dove l'inquinamento atmosferico è maggiore e soprattutto una maggiore popolazione è esposta ai suoi effetti dannosi. Negli ultimi anni le politiche di riduzione dell'inquinamento atmosferico messe in atto a livello nazionale e locale, insieme a una concomitante deindustrializzazione del tessuto produttivo, hanno portato a una sensibile riduzione dell'inquinamento anche nella Pianura Padana. Ciononostante, si stima che i decessi attribuibili all'esposizione ad inquinamento atmosferico oscillino tra il 3 e il 6% del totale dei decessi. La consapevolezza del ruolo dell'inquinamento atmosferico quale fattore di pressione ambientale più rilevante nello specifico contesto della pianura padana ha portato le Regioni del bacino Padano ad attivare progetti e piani d'interventi condivisi con le altre regioni del Bacino Padano. In questa situazione si è inserita la pandemia COVID-19, che ha avuto il suo primo importante focolaio in Europa proprio nella Pianura Padana, con un impatto sulla salute della popolazione di proporzioni drammatiche. La prima ondata dell'epidemia nel nord Italia si è conclusa grazie ad un lockdown particolarmente rigido e prolungato, come pochi altri paesi industrializzati ad alto reddito hanno visto. Le misure di contenimento dell'epidemia COVID-19, che hanno portato ad una drastica limitazione di molte attività produttive e del traffico (lockdown), offrono l'opportunità di valutare sperimentalmente l'efficacia di queste misure sulla qualità dell'aria. Regione Lombardia, insieme alle atre Regioni del Bacino Padano intendo sviluppare, tramite accordi interistituzionali, una sorveglianza epidemiologica in rapporto all'inquinamento atmosferico quale fattore prioritario di pressione ambientale che agisce sull'intera popolazione padana. Il Piano Regionale della Prevenzione diventa lo strumento di supporto a pianificare i prossimi 5 anni di attività di monitoraggio,

	ricerca e indirizzo delle politiche di miglioramento della qualità dell'aria. Saranno inoltre valutate le interazioni fra inquinamento atmosferico e COVID-19 in termini di impatto sulla salute in accordo con le altre esperienze in corso sul tema. La definizione dell'azione si attua attraverso un percorso che prevede: - definizione del gruppo di lavoro regionale composto da Regione, ARPA, Osservatori Epidemiologici,etc. - costituzione gruppo di lavoro interregionale per la stesura del documento progettuale di studio (documento progetto, Work Packages, scheda attività, etc) - predisposizione atti amministrativi per la formalizzazione dell'accordo interistituzionale e realizzazione dello studio -realizzazione dello studio sulla base del documento progettuale -diffusione dei risultati
INDICATORE 7 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
AZIONE 7	7. REALIZZAZIONE RETE REGIONALE INTEGRATA AMBIENTE E 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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 7	Il PNP 2014-2018 con il MO 8 Ambiente e Salute ha offerto, per la prima volta, l'occasione per interventi volti allo sviluppo e integrazione di conoscenze e competenze degli operatori sanitari e ambientali, con l'aspirazione che il binomio "Ambiente e salute" sia presente in tutte le politiche nazionali e regionali migliorando il monitoraggio degli inquinanti e rafforzando la sorveglianza epidemiologica. Regione Lombardia ha partecipato attivamente al progetto CCM 2015 EpiAmbnet, alla Task Force del Ministero della Salute su Ambiente e Salute ed oggi è presente nella Rete Italiana Ambiente e Salute. L'azione intende far tesoro delle esperienze nazionali e promuovere la realizzazione di una Rete regionale integrata ambiente e salute implementando il modello organizzativo nato con il Piano Regionale 2014-2019 che ha previsto l'affidamento a specifici Laboratori di approfondimento (LAp) - ove si incontrano portatori di conoscenza, tecnici, scientifici, accademici - lo studio di ambiti di materie non ancora risolti, complessi, interdisciplinari e di importanza prospettica. I campi d'azione della Rete sono molteplici: · Individuazione ed analisi congiunta delle principali aree e situazioni di criticità; · Definizione di indicatori comuni per la pianificazione degli interventi sul campo e di valutazione di efficacia degli stessi; · Condivisione delle attività di reporting, documentazione e

	divulgazione sociale; · Formazione continua degli operatori nel campo della salute e dell'ambiente per la promozione di metodologie di gestione del rischio e degli effetti sulla salute dell'inquinamento ambientale; · Iniziative condivise di informazione e comunicazione alla popolazione, raccolta comune di documentazione scientifica sui vari tematismi ambientali; · Utilizzo condiviso di sistemi informativi integrati al fine di promuovere letture comuni di problematiche ambientali con connessi rischi per la salute; · Predisposizione di linee guida per profili di rischio integrati sul territorio in occasione di valutazione delle procedure di VIA VAS AIA AUA La definizione dell'azione si attua attraverso un percorso che prevede l'istituzione della Rete a coordinamento regionale secondo il modello consolidato dei Lap
INDICATORE 8 PP09_OS01_IS03	**Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmai regionali**
formula	Formalizzazione di indirizzi e criteri regionali
Standard	Formalizzazione entro il 2023
Fonte	Regione
AZIONE 8	FORMALIZZAZIONE DI UN DOCUMENTO REGIONALE DI INDIRIZZI E CRITERI PER L'APPLICAZIONE DELLA VALUTAZIONE COMPONENTE SALUTE PUBBLICA IN PROCEDIMENTI AMBIENTALI E IN PIANI E PROGRAMMI REGIONALI:
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 8	Con d.g.r. X/4792 del 8 febbraio 2016 sono state adottate le "Linee guida per la componente salute pubblica negli studi di impatto ambientale e negli studi preliminari ambientali", in revisione della d.g.r. 1266/2014 "Linee guida per la componente ambientale salute pubblica degli studi di impatto ambientale" finalizzate a superare le criticità applicative riscontrate in passato e a consentire un'applicazione omogenea della metodologia proposta da parte sia dei proponenti sia delle autorità competenti nella valutazione di impatto ambientale. Con la presente azione si vuole intervenire a livello regionale per migliorare ulteriormente i processi valutativi della componente salute pubblica negli studi preliminari di impatto ambientale e negli studi di impatto ambientale e indirizzare le valutazioni nei procedimenti autorizzativi ambientali (AIA,RIR,...) e nei Piani e Programmi regionali. La definizione dell'azione si attua attraverso un percorso che prevede: - una ricognizione condotta in coordinamento con la Struttura V.I.A. presso le autorità competenti in materia di VIA ex art. 2 della l.r. 5/2010 e le ATS per la raccolta di dati relativi alle modalità di applicazione delle linee guida sopra richiamate; - tramite la Rete Integrata Regionale Salute e Ambiente:

	o sulla base degli esiti della ricognizione, eventuale aggiornamento delle Linee guida; o redazione di indirizzi operativi per la valutazione degli aspetti di salute pubblica nei procedimenti autorizzativi ambientali e nei Piani e Programmi regionali

OBIETTIVO 7 PP09_OS02	**Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute**
INDICATORE 9 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
AZIONE 9.1	9.1 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: REALIZZAZIONE ANNUALE DEL PROGRAMMA DI CONTROLLO SOSTANZE CHIMICHE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 9.1	Attraverso il Regolamento (CE) 1907/2006, denominato Regolamento REACH, e il Regolamento (CE) regolamento (CE) n. 1272/2008, denominato CLP, l'UE ha messo a punto un ambizioso programma per la gestione dei rischi derivanti dalla produzione e dall'uso di sostanze chimiche. I Regolamenti hanno lo scopo di garantire la protezione della salute umana e dell'ambiente, assicurando allo stesso tempo, la libera circolazione delle sostanze e promuovendo la competitività e l'innovazione dell'industria chimica europea. La regolamentazione sui biocidi, sugli inquinanti organici persistenti, sui fitosanitari, sugli agenti cancerogeni e mutageni, sui rifiuti, sui cosmetici etc., completano l'azione europea volta a migliorare il funzionamento del mercato interno dell'UE, garantendo, al contempo, un elevato livello di tutela della salute umana e dell'ambiente. A livello nazionale la corretta applicazione e il rispetto della normativa europea in materia di sostanze chimiche è realizzata attraverso la programmazione e l'organizzazione dei controlli ufficiali da parte delle amministrazioni dello Stato in accordo con le Regioni e le proprie articolazioni territoriali. In continuità con il passato e contestualmente cogliendo ulteriormente gli elementi strategici di innovazione del PNP 2020-2025 volti a promuovere un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato verso una visione ONE HEALTH, saranno rafforzati ulteriormente gli interventi di controllo trasversale agli ambienti di vita e lavoro, e su prodotti immessi sul mercato. Le esperienze condotte a seguito di eventi sentinella e di partecipazione a procedimenti autorizzativi ambientali hanno messo in evidenza come - in una logica

	di trasversalità tra salute e ambiente - il processo, avviato a livello europeo, di uniformare le attività di controllo sulle sostanze chimiche comporta un'evoluzione delle modalità di controllo da frammentarie, settoriali a uniformi e univoche in una logica di trasversalità tra salute e ambiente. Il rischio chimico, ovvero la probabilità che si raggiunga il potenziale nocivo nelle condizioni di utilizzazione o esposizione, deve trovare modalità univoche nella sua analisi e nell'individuazione di misure di protezione, indipendentemente dal settore/comparto di attività in cui si esplica il controllo. In tal modo, la tutela della salute umana e dell'ambiente, si esplica sull'intero ciclo di vita con interventi di protezione del cittadino/consumatore e del lavoratore. Sulla base di questa visione si esplica la nuova attività regionale di programmazione e realizzazione degli interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato. In questa logica si conferma il modello organizzativo nato con il Piano Regionale 2014-2019 che affida ai Laboratori di approfondimento (LAp) programmi e azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi strategici. Il modello organizzativo lombardo, basato su un'ampia partecipazione tripartita, ha permesso di declinare a livello regionale gli obiettivi previsti dai c.d. Piani Nazionali di settore/rischio attraverso un approccio intersettoriale, multidisciplinare e di valorizzazione della concertazione. Sulla tematica opera il LAp rischio chimico. L'azione si esplica attraverso: 1.la redazione a livello regionale in qualità di Autorità Competente Reach/CLP (ACR) di indirizzi operativi per la realizzazione annuale degli interventi previsti dai Piani Nazionali sulle sostanze chimiche (REACH/CLP, Biocidi, Fitosanitari, Cosmetici,…); 2. la redazione di piani integrati dei controlli da parte delle articolazioni territoriali (ATS) sulla base degli indirizzi regionali della ACR e tenuto conto del proprio contesto socio-economico, territoriale ed ambientale al fine di individuare le priorità di intervento; 3. la cooperazione tra i diversi servizi, impegnati nei controlli nei diversi settori, al fine di assicurare un'applicazione trasversale della normativa sulle sostanze chimiche perseguendo gli obiettivi generali definiti dalla programmazione nazionale e regionale, ma altresì dettata dal manifestarsi di casi sentinella o comunque di eventi puntuali; 4.la collaborazione con altri soggetti istituzionali coinvolti nei controlli sulle sostanze chimiche, in particolare con: • i CAV nell'affrontamento delle emergenze segnalate nell'ambito del Sistema di sorveglianza delle esposizioni pericolose e delle intossicazioni (SIN – SEPI) e del flusso dati di cui al PL19; • ARPA anche in un'ipotesi di vigilanza coordinata nel caso di interazione delle competenze in materia di salute e ambiente.
AZIONE 9.2	9.2 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: FOCUS EOW e REACH/CLP
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile

DESCRIZIONE AZIONE 9.2	L'azione s'inserisce nell'ambito del processo di transizione in atto verso l'economia circolare perseguendo l'obiettivo generale di sostenere e supportare il confronto su come affrontare gli elementi di contatto, a volte non privi di criticità, individuati nell'interazione tra le normative in materia di sostanze chimiche, prodotti e rifiuti. La Legge 2 novembre 2019, n. 128 ha stabilito che le Regioni, nei casi non regolati a livello europeo o con decreto nazionale, possano autorizzare, caso per caso, attività di riciclo che comportino la cessazione della qualifica di rifiuto, applicando le condizioni e i criteri dettagliati stabiliti da una direttiva europea. Nel merito, quando un materiale "cessa di essere un rifiuto" (End of Waste), si applicano le disposizioni del regolamento REACH - come a qualsiasi altro materiale - con un numero di eccezioni concesse con riserva. La verifica dei vari adempimenti non attiene esclusivamente alla possibile registrazione o esenzione, ma a tutti gli adempimenti pertinenti applicabili, compresi quelli riferiti al regolamento CLP. La definizione dell'azione si attua attraverso un percorso che prevede: - costituzione di un gruppo di lavoro a coordinamento regionale costituito da ATS, ARPA, Autorità competenti al rilascio delle autorizzazioni e parte datoriale, con l'obiettivo di raccordare operativamente le attività in materia di EOW, sfruttando al meglio le potenzialità di integrazione tra il Regolamento REACH e la normativa ambientale e sui rifiuti. - redazione di indirizzi operativi per il coordinamento delle normative e delle azioni di prevenzione nella gestione dei procedimenti ambientali autorizzativi per gli EOW a supporto delle autorità competenti da una parte e delle imprese dall'altra, in un'ottica di semplificazione; - adozione formale dei predetti indirizzi; - attuazione di attività di controllo ai fini dell'adozione delle predette linee di indirizzo che contempli la possibilità di effettuare una vigilanza congiunta ATS e ARPA
AZIONE 9.3	9.3 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: FOCUS OSH e REACH/CLP
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
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 9.3	Si intende ricercare e promuovere un approccio di intervento integrato tra i Regolamenti REACH e CLP, che attiene alla disciplina di prodotto, e la normativa sociale in materia di rischio da agenti chimici pericolosi, cancerogeni e mutageni impattante la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro ex Titolo IX Capi I e II D.Lgs.81/08: in questo modo, garantendo trasversalità tra le azioni che compongono il PP8 relativo alla "Prevenzione del rischio cancerogeno professionale" ed il presente PP9. Obiettivo principale è evitare l'ambiguità derivante dal diverso contesto tra una Normativa sociale ed una di prodotto da parte sia del Fabbricante/Importatore (F/I) che dell'utilizzatore a valle (DU), intervenendo con indirizzi di chiarimento o attraverso la ricerca di un'integrazione efficace tra le due regolamentazioni con particolare riferimento a: · le informazioni relative alle sostanze o miscele che si utilizzano

	negli ambienti di lavoro (composizione chimica, caratteristiche chimico-fisiche, e relative alla sicurezza nell'uso, nella manipolazione e nello stoccaggio) che si devono ricavare dalla Scheda di Dati di Sicurezza disciplinata dall'art.31 e dall'Allegato II del Regolamento REACH; · gli obblighi del datore di lavoro che deve riconoscersi almeno nel ruolo di utilizzatore a valle (downstream user - DU) definito dal Regolamento REACH; · l'esposizione alle sostanze chimiche che, avendo riferimenti di misura o stima, sia nei Valori Limite di Esposizione Professionale (VLEP in Italia, OEL in Europa) della normativa sociale degli agenti chimici, sia nei DNEL e DMEL indicati nelle SDS (quale mezzo di comunicazione di elementi rilevanti del dossier di registrazione REACH per le sostanze) - risultano attualmente distinti ed inconciliabili e di difficile comprensione; · la formazione che, per talune sostanze identificate come Substances of Very High Concern (SVHC), ossia estremamente preoccupanti per la salute, il REACH può prevedere per un utilizzatore professionale (che manipola una sostanza oggetto di autorizzazione), specifiche condizioni all'uso di cui alla decisione di autorizzazione (Allegato XIV). Altresì il REACH può prevedere specifiche limitazioni d'uso fino anche al divieto o disposizioni anche formative per la gestione in sicurezza del prodotto (Allegato XVII). Nell'esecuzione del programma relativo alla sicurezza chimica saranno ripresi taluni obiettivi strategici della campagna "Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro in presenza di sostanze pericolose"[2][1] - realizzata nel 2018/2019 per sensibilizzare sui rischi posti dalle sostanze pericolose nell'ambiente di lavoro e per promuovere la cultura della prevenzione che richiede l'eliminazione o, qualora ciò non sia possibile, la riduzione dei rischi - ponendo attenzione agli ulteriori adempimenti introdotti dal Regolamento REACH a carico dei soggetti coinvolti nei processi di prevenzione aziendali, oltre a quelli già richiesti dal D.Lgs. 81/08 in materia di rischio chimico occupazionale con particolare riguardo all'esposizione a cancerogeni. Rispetto alle azioni del precedente PRP, è evidente l'esigenza di acquisizione di nuove conoscenze e competenze per Datori di Lavoro, RSPP, Consulenti Aziendali, Operatori degli Organi di Controllo (ATS e ARPA), RLS in materia di valutazione degli effetti sulla salute umana e sull'ambiente, schede di sicurezza, adozione di misure di gestione del rischio compatibili con gli scenari di esposizione, obblighi di consultazione e trasmissione dati anche tramite gli specifici strumenti informatici predisposti a livello nazionale ed europeo (portale Echa, portale CNSC_ISS,Portale Reach.gov,Servizi nazionali di assistenza tecnica Help Desk, etc). Parallelamente e contestualmente, rivestirà assoluta rilevanza la necessità di assicurare lo sviluppo di competenze base in materia di sostanze chimiche, sia con riguardo al Dlgs 81/08 che con riguardo ai Regolamenti REACH e CLP, ad un'ampia platea di operatori dei Dipartimenti di Prevenzione ATS, superando l'attuale attribuzione ai soli "ispettori REACH", così da garantire al Dipartimento medesimo la capacità di affrontare la gestione della tematica nei diversi ambiti della prevenzione in cui si esplica (dalla tutela del lavoratore, alle istruttorie relative al recupero dei rifiuti - End of Waste "EoW" -, …). Nel percorso di attuazione del programma, Regione Lombardia, nel ruolo di Autorità per i controlli REACH con funzioni di programmazione e coordinamento, assicurerà continuità e rinnoverà gli atti di indirizzo emanati: il Decreto n. 977 del 16 febbraio 2016 "Linee guida per la

	verifica di conformità delle schede dati di sicurezza (SDS) ai sensi dei Regolamenti n. 1907/2006 (REACH) e n. 1272/2008 (CLP)", elaborato dal Laboratorio regionale "Rischio Chimico" che costituisce uno "strumento adeguato al conseguimento degli obiettivi fissati dal Piano regionale 2014-2018 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, fornendo linee di indirizzo per la verifica della conformità delle SDS ai Regolamenti REACH e CLP sia alle imprese, ovvero ai fornitori di sostanze o miscele, sia alle ATS che le controllano"; il Decreto n. 10838 del 25 luglio 2018 "Linee guida per la verifica degli scenari di esposizione di una sostanza ai sensi del Regolamento n. 1907/2006 (REACH)", che propone una check list quale strumento di verifica degli scenari di esposizione che, utilizzato da tutti gli operatori coinvolti nella specifica attività di controllo, consente di uniformare detto controllo a livello regionale. Parallelamente l'analisi del rinnovo dei citati atti di indirizzo è posta a fattore comune per l'aggiornamento della "Linea guida per la conduzione dei controlli REACH-CLP di cui all'Allegato A, paragrafo 7 dell'Accordo Stato-Regioni del 29 ottobre 2009 (Rep. Atti n.181/CSR)", in particolare Appendice 4 - allegato 1, adottata dal CIP il 18.9.2019 Elemento imprescindibile del programma sarà il confronto all'interno del Sistema integrato della Prevenzione tra ATS ed imprese, funzionale ad addivenire a linguaggi comuni realizzando un'efficace ed efficiente tutela della tutela della salute nei luoghi di vita e di lavoro. La "comunicazione del rischio", ed ovviamente di tutti i determinanti di quest'ultimo (pericolo, esposizione, danno), lungo la filiera di approvvigionamento secondo l'approccio "bottom to top", riveste altresì un importante sfida da perseguire nell'immediato prossimo futuro. Va da sé, data la connotazione dimensionale delle attività produttive in Lombardia, che gli sforzi più rilevanti andranno orientati alla piccola e media impresa, comprendendo le loro criticità nell'implementare le regolamentazioni, ed assicurando adeguato supporto ed assistenza. La definizione dell'azione si attua attraverso un percorso che prevede: · Costituzione di un gruppo di lavoro a coordinamento regionale costituito da ATS, Università, UOOML, parti sociali e datoriali, con l'obiettivo di raccordare operativamente le attività di prevenzione, sfruttando al meglio le potenzialità di integrazione tra il Regolamento REACH e la normativa sociale nazionale in materia di sostanze chimiche. · Redazione di indirizzi (superando gli algoritmi) per la valutazione del rischio cancerogeno e chimico e per l'uso degli scenari di esposizione, che offra requisiti minimi di contenuto del DVR per la salute e la sicurezza nella fase PRE (prima dell'inizio delle lavorazioni) e POST valutazione (misure etc.) nel contesto di applicazione delle previsioni dell'art. 223 DLgs 81/08 e del Regolamento REACH e CLP; · Adozione formale dei predetti indirizzi, previo confronto in Comitato regionale di coordinamento art. 7 Dlgs 81/08; · Attuazione di attività di controllo ai fini dell'adozione delle predette linee di indirizzo che contempli: - un Piano Mirato di Prevenzione sul rischio da esposizione ad agenti chimici cancerogeni che abbia ad oggetto un set di agenti chimici cancerogeni considerati dal Regolamento REACH e presenti nell'Elenco delle sostanze estremamente preoccupanti candidate all'autorizzazione (https://echa.europa.eu/it/candidate-list-table), nell'Elenco delle sostanze soggette all'Autorizzazione (Allegato XIV), e Elenco delle sostanze soggette a Restrizione (Allegato XVII); - attività analitica dei Laboratori di prevenzione per la verifica della

	veridicità delle SDS di prodotti industriali con cancerogeni sotto soglia (es. nafta) ; · Emersione di tumori professionali a breve latenza (es. linfomi) nella logica di consentire nell'ambito dell'indagine sulla sussistenza del nesso causale tra patologia ed esposizione nei luoghi di lavoro il controllo sulla corretta applicazione delle regolamentazioni DLgs 81/08 e REACH da parte dei soggetti obbligati. All'emersione dei predetti tumori si provvede attraverso l'integrazione del flusso di Segnalazione Malattia Professionale (SMP) dai medici ospedalieri ai Servizi PSAL ATS; · Coordinamento con la rete laboratori REACH di cui all'AC SR 2015. [1] INTERFACCIA REACH/CLP E LUOGHI DI LAVORO Mariano Alessi, Maria Letizia Polci, Luigia Scimonelli, Celsino Govoni- Tabella 1: Confronto REACH e Titolo IX Capi I e II del D.Lgs. 81/08 [2] https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/campagne/campagna-euosha-2018-2019.html

OBIETTIVO 8 PP09_OS03	**Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori**
INDICATORE 10 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
AZIONE 10	10. FORMALIZZAZIONE DEL PIANO D'AZIONE REGIONALE AMIANTO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 10	Il Piano Regionale Amianto della Lombardia (PRAL - DGR.VIII/1526 del 22.12.2005), definito dalla l.r. 29 settembre 2003, n. 17 a durata quinquennale, ha individuato, accanto ad obiettivi ambientali, obiettivi sanitari per la tutela delle persone esposte ed ex-esposte a rischio, da perseguire mediante interventi che, per loro natura, sono divenuti parte integrante dell'azione di sistema che la DG Welfare assicura per il tramite delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST). L'interesse informativo su questo tema permane attuale e rilevante: ragione per cui, la DG Welfare predispone per il Consiglio Regionale e per i cittadini, nel solco degli indirizzi a suo tempo tracciati dal PRAL, una relazione periodica, , coerente con la recente previsione normativa introdotta dalla l.r. 3/2021, art. 3, c.1, lettera d (in allegato le relazioni relative alle annualità 2016/2017 e 2018/2019). La politica della DG Welfare per la tutela del cittadino, del lavoratore e del consumatore dai rischi derivanti dall'amianto ha continuato a svilupparsi attraverso atti di indirizzo, governo e monitoraggio delle azioni di sorveglianza che possono essere sintetizzate nelle seguenti aree di intervento, divenute negli anni attività correnti: • conoscenza delle dimensioni del problema nel territorio regionale

	(mappatura) attraverso il censimento dei siti con presenza di manufatti in amianto; • riduzione del rischio, mediante l'utilizzo di strumenti di pianificazione, monitoraggio e controllo delle attività di bonifica dei manufatti in amianto; • tutela sanitaria dei soggetti ex-esposti e esposti; • iniziative di informazione/divulgazione dell'informazione ai cittadini e di controllo della formazione dei lavoratori erogata dai loro datori di lavoro. In questo quadro di costante attenzione alla tematica amianto, il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2019 (PRP) di Regione Lombardia dedicava uno specifico programma a "Prevenzione e controllo rischio amianto", ponendosi quali obiettivi il monitoraggio degli ex-esposti ad amianto e lo sviluppo del sistema informativo della prevenzione. Nel dettaglio per accrescere l'efficienza operativa del COR (Centro Operativo Regionale) sono state realizzate nuove funzionalità/moduli, all'interno del sistema informativo regionale della prevenzione, area PERSON@, per i Registri Mesoteliomi, i Tumori Nasosinusali e a Bassa Frazione Eziologica, per i soggetti esposti ed ex esposti ad amianto. L'acquisizione on-line delle segnalazioni e delle denunce di m.p. da parte dei sanitari dell'intera rete lombarda ora consente la ricezione automatica delle Segnalazione dei Casi; l'invio dati a Ma.P.I. (Servizio telematico dedicato a Malattie professionali e Infortuni); l'inserimento nei Registri Nazionali. La logica sottesa al Servizio telematico di Segnalazione di malattia professionale (integrato nel Sistema Informativo della Prevenzione - area Person@) è tesa a superare le "difficoltà" dei medici non specialisti in medicina del lavoro nel riconoscimento dell'origine professionale delle patologie. Con il servizio progettato e realizzato appositamente ora a regime, i medici ospedalieri di taluni reparti possono "segnalare" i casi ai medici del lavoro territoriali ed ospedalieri che avviano gli opportuni approfondimenti patologie quali mesoteliomi, tumori naso-sinusali, tumori della vescica e del polmone. L'obiettivo della presente azione è garantire il proseguimento di tutte le attività legate alla prevenzione e controllo del rischio amianto, che in Regione Lombardia coprono tutti gli obblighi di legge e sono consolidate tanto da essere divenute attività correnti, e un loro rilancio e miglior coordinamento nell'ambito della definizione di un Piano d'azione regionale Amianto, con lo scopo di: · proseguire e monitorare le attività in corso, ottimizzando l'attività del COR al fine di censire le esposizioni ad amianto pregresse della popolazione e migliorare la sorveglianza epidemiologica sull'andamento delle esposizioni all'amianto attraverso la costituzione del Tavolo tecnico rischio cancerogeno professionale da amianto (nelle articolazioni: COR tumori e Sorveglianza ex esposti), partecipato dalle ATS e ASST/UOOML, che supporti l'operatività del COR; · migliorare ulteriormente il coordinamento con DG Ambiente e Clima; · assicurare l'elaborazione di report standard del Sistema Regionale della Prevenzione, così da assicurare sia al Consiglio Regionale che in generale alle ATS la pubblicazione dei dati e delle informazioni relativi all'esposizione ad amianto in Lombardia Come azione trasversale di formazione/comunicazione si intende inoltre affrontare la problematica delle emergenze in presenza di amianto, aggiornando e sensibilizzando gli operatori di ATS ed ARPA sulle modalità di intervento e di comunicazione nei confronti della popolazione.

	L'azione si svolgerà attraverso: - la costituzione di un tavolo di lavoro di livello regionale; - la costituzione del Tavolo tecnico rischio cancerogeno professionale da amianto; - la redazione e adozione di un Piano d'Azione Amianto.
INDICATORE 11 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
AZIONE 11	11. PREDISPOSIZIONE, ADOZIONE E DIFFUSIONE DI BUONE PRATICHE IGIENICO-SANITARIE IN MATERIA DI SOSTENIBILITÀ ED ECO-COMPATIBILITÀ NELLA COSTRUZIONE, RISTRUTTURAZIONE E EFFICIENTAMENTO ENERGETICO DEGLI EDIFICI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 11	Il rapporto OMS Housing impacts health: New WHO Guidelines on Housing and Health del 2018 evidenzia come abitazioni inadeguate possono causare effetti negativi sulla salute. In Italia il potenziale impatto negativo è un rischio concreto, in quanto il patrimonio edilizio nazionale è in buona parte obsoleto e non sempre in grado di garantire requisiti qualitativi idonei, sia dal punto di vista igienico-sanitario che in termini di sostenibilità e di sicurezza. Peraltro, in Italia – seppure sono state emanate linee guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati (Accordo Stato-Regione, anno 2001); ed è stato adottato uno schema di Regolamento edilizio tipo (RET), previsto dall'Intesa tra Stato, Regioni e Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) del 20/10/2016, per semplificare ed uniformare la programmazione territoriale in ambito comunale e nell'intento di integrare in un unico documento gli aspetti igienico sanitari, urbanistici e ambientali - manca un quadro normativo organico che affronti in maniera integrata le problematiche della qualità del microclima e dell'aria indoor, quelle energetiche e dell'edilizia. Per contribuire a superare questa criticità, contrastare il disagio abitativo, le vulnerabilità e le disuguaglianze e favorire il recupero del patrimonio edilizio esistente, è importante anche l'elaborazione di strumenti, destinati agli operatori delle ATS, di valutazione della rispondenza ai requisiti, igienico-sanitari e di qualità dell'aria e del microclima indoor degli edifici con diverse destinazioni d'uso. La presente azione può fare riferimento all'elenco di buone pratiche ed obiettivi prestazionali definito dal Ministero della Salute (si veda il Progetto CCM 2015, http://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/1920&idP=740), per integrare l'esigenza di risparmio energetico con le esigenze di comfort e

	sicurezza per la costruzione/ristrutturazione di edifici. Tali indicazioni permettono di armonizzare la regolamentazione, superando l'obsoleta ottica di settore per favorire una progettazione integrata; altresì costituiscono la base di partenza per definire buone pratiche di livello regionale, da condividere e diffondere attraverso interventi di formazione specifica destinati agli operatori dei Dipartimenti di prevenzione e ai diversi portatori di interesse. Il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2019 (PRP) di Regione Lombardia aveva dedicato il programma 10 all'integrazione Salute ed Ambiente, ma non veniva contemplato un obiettivo specifico dedicato ai requisiti igienico sanitari in edilizia. In continuità con l'attenzione regionale per la prevenzione dell'esposizione al gas radon, testimoniata dall'approvazione delle Linee Guida per la prevenzione delle esposizioni al gas radon in ambienti indoor al fine di tutelare la salute del cittadino" di cui al decreto Direttore Generale Sanità n. 12678 del 21/12/2011, il PRP 2015-2019 prevedeva un obiettivo denominato "Monitoraggio dell'adozione da parte dei Comuni delle linee guida Rischio radon" (10.5.2), che si prefissava l'obiettivo sentinella di promuovere e perseguire l'adozione degli indirizzi regionali da parte di almeno il 10% dei Comuni lombardi entro il 2018, percentuale poi innalzata al 20% entro il 2019. Per monitorare l'andamento di tale processo di recepimento la DG Welfare ha realizzato annualmente Survey rivolte a tutti i Comuni lombardi: al 31.12.2018 i Comuni che avevano adottato le Linee Guida nei Regolamenti edilizi erano il 22% del totale (332 Comuni su 1507); pertanto, l'obiettivo PRP 2015-2019 è stato raggiunto e superato. Si segnala che il monitoraggio è proseguito anche in riferimento alle annualità 2019 e 2020. In base ai dati ricavati dalla Survey 2021 risulta che al 31 dicembre 2020 circa un quarto dei Comuni lombardi (il 24,7%) ha adottato nei propri Regolamenti edilizi le Linee Guida sopra citate e un ulteriore 4,6% dei Comuni lombardi si è attivato per adottarle. Regione Lombardia ha intrapreso politiche per la riduzione del consumo di suolo (l.r. 31/2014) e la rigenerazione urbana (l.r. 18/2019), basate sul presupposto che il suolo è risorsa non rinnovabile; l'obiettivo prioritario di riduzione del consumo di suolo si concretizza nell'orientare le attività di trasformazioni urbanistico-edilizie non più verso le aree libere ma operando sulle aree già urbanizzate, degradate o dismesse, da riqualificare o rigenerare. Di conseguenza si prevede che nei prossimi anni a prevalere in edilizia saranno interventi di ristrutturazione e riqualificazione, rispetto alle nuove costruzioni. Inoltre, è prevedibile che la ripresa post-pandemica e il processo di transizione ecologica avviato comportino una notevole mole di interventi di riqualificazione energetica, oggetto di finanziamenti, incentivi e bonus fiscali sia di livello statale, che regionale e locale, volti a contribuire alla decarbonizzazione attraverso la riduzione del contributo di carbonio dello stock edilizio. In questo quadro, definire buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari ed ambientali integrati per costruzioni, ristrutturazioni e riqualificazioni energetiche è un obiettivo praticabile ed urgente per assicurare standard qualitativi uniformi a livello regionale. · E' auspicabile che la realizzazione di interventi di riqualificazione energetica sia occasione per migliorare il livello delle prestazioni igienico-sanitarie degli alloggi e della qualità del microclima indoor, anche in relazione alla presenza di sostanze biologiche, fisiche e chimiche. Affinché il miglioramento della classe energetica di un edificio vada di pari passo con quello dei livelli di comfort indoor

	occorre vigilare sul rispetto dei requisiti prestazionali da parte di progettisti ed operatori, e sensibilizzare proprietari ed inquilini sulle corrette modalità di utilizzo degli alloggi riqualificati, per evitare, per esempio, che alla messa in opera di infissi dagli ottimi parametri di isolamento termoacustico, faccia seguito a breve/medio termine un peggioramento del comfort termo-igrometrico e la proliferazione di inquinamento biologico indoor (muffe), a causa di abitudini quotidiane che non garantiscono sufficiente ventilazione. · Un percorso di azione in grado di assicurare sinergia tra riqualificazione energetica e risanamento igienico-sanitario degli edifici è offerto dal d.lgs. 101/2020 entrato in vigore il 27 agosto 2020, che in tema di protezione dai pericoli derivanti dall'esposizione a radiazioni ionizzanti, per quanto concerne l'esposizione al gas radon definisce i livelli massimi di riferimento radon per le abitazioni e i luoghi di lavoro espressi in termini di valore medio annuo della concentrazione di attività di radon in aria (art. 12), contiene specifiche disposizioni sull'esposizione al radon nei luoghi di lavoro (articoli da 16 a 18) e nelle abitazioni (art. 19) e prescrive l'effettuazione di misurazioni dei livelli di radon in aria di durata almeno annuale per poter effettuare una diagnosi attendibile dell'esposizione al radon in ambienti chiusi. In proposito si tratta di individuare soluzioni per far sì che tra gli interventi di riqualificazione energetica venga ricompresa anche la diagnosi dell'esposizione al gas radon attraverso misure long term e la messa in opera di soluzioni tecniche preventive o l'eventuale risanamento radon, onde evitare che - per esempio - alla realizzazione di un cappotto termico, che è intervento di riqualificazione energetica, faccia seguito un innalzamento dei livelli di radon indoor o comunque non si colga l'occasione dell'intervento per effettuare diagnosi ed eventuale intervento di risanamento in corrispondenza dell'attacco a terra. L'obiettivo della presente azione è di promuovere e implementare a livello regionale buone pratiche igienico-sanitarie in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione, ristrutturazione e di efficientamento energetico degli edifici anche in relazione alla presenza di sostanze biologiche, fisiche e chimiche. L'azione si articola nelle seguenti attività: 1. Redazione e adozione di almeno un documento regionale, da predisporre e diffondere entro il 2023, che raccolga e presenti buone pratiche relative al miglioramento dei requisiti igienico-sanitari. a. focus microclima indoor: buone pratiche relative al miglioramento dei requisiti igienico-sanitari in relazione al microclima indoor, anche in rapporto alla riqualificazione energetica e alla gestione dell'umidità interna attraverso: · costituzione gruppo di lavoro interdisciplinare che integri le competenze necessarie per l'individuazione di buone pratiche igienico-sanitarie in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità con DG Territorio e Protezione civile; DG Ambiente e Clima; DG Casa e Housing sociale; operatori SISP, ARPA; ALER, Dipartimenti universitari, ANCI, rappresentanti degli ordini professionali · redazione del documento regionale per la diffusione di buone pratiche relative al miglioramento dei requisiti igienico-sanitari in relazione al microclima indoor · organizzazione di percorso informativo per operatori di settore erogato dalle ATS · campagna informativa rivolta alla popolazione a. focus radon: linee guida regionali per la prevenzione delle esposizioni al gas radon in ambienti indoor al fine di tutelare la salute

	del cittadino, ai sensi del d.lgs. 101/2020 attraverso: · costituzione gruppo di lavoro interdisciplinare con DG Territorio e Protezione civile; DG Ambiente e Clima; DG Casa e Housing sociale; operatori SISP, ARPA; ALER, Dipartimenti universitari, ANCI, rappresentanti degli ordini professionali; · redazione delle linee guida aggiornate; · individuazione con ARPA delle aree prioritarie in cui si stima che la concentrazione media annua di attività di radon in aria superi il livello di riferimento in un numero significativo di edifici (ai sensi dell'art.11 d.lgs.101/2020); · approvazione e pubblicazione delle linee guida e delle aree prioritarie; · organizzazione di percorso informativo per operatori di settore erogato dalle ATS; · campagne informative: per incentivare i proprietari pubblici (a titolo esemplificativo, Enti proprietari di scuole) e privati (cittadini ed imprese) ad effettuare misurazioni della concentrazione di radon e relativa all'impatto degli interventi di riqualificazione energetica (es. sull'esposizione al gas radon), in particolare nelle aree prioritarie.
INDICATORE 12 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
AZIONE 12	SUPPORTO AD INTERVENTI INTERSETTORIALI DI URBAN HEALTH, ATTRAVERSO INDIRIZZI REGIONALI PER LA PARTECIPAZIONE A TAVOLI TECNICI INTER ISTITUZIONALI REGIONALI E LOCALI E L'ESPRESSIONE DI PARERI INTEGRATI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 9.1	In Lombardia il sistema urbano metropolitano interessa gran parte della fascia padana e con la sua densità di popolazione e di funzioni pone importanti sfide per la salute, che riguardano in particolare la qualità dell'aria, l'inclusione sociale, la lotta ai cambiamenti climatici e la prevenzione delle malattie non trasmissibili. Un aumento e un miglioramento della qualità e fruibilità del sistema di aree verdi negli ambienti di vita, oltre a migliorare l'inquinamento atmosferico e contrastare l'effetto dell'isola di calore urbana , svolge un'importante azione di mitigazione del clima, contribuendo al drenaggio urbano sostenibile e riducendo la domanda di condizionamento estivo (risparmio di energia) mediante l'ombreggiatura e il raffrescamento degli edifici. Un'accorta e lungimirante pianificazione delle infrastrutture verdi e blu rappresenta una politica di fondamentale importanza in termine di

	prevenzione, nonché un contesto di contrasto alle disuguaglianze. Il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2019 (PRP) di Regione Lombardia il concetto di urban health ha orientato i programmi di promozione della salute e prevenzione della cronicità, riconoscendo la forte dipendenza tra il benessere fisico, psichico e sociale e la città in cui si vive, ma le tematiche dell'Urban Health non erano ancora state esplicitamente affrontate in termini operativi attraverso una specifica azione. I risultati del Progetto CCM Progetto Ccm (2017) Urban Health: buone pratiche per la valutazione di impatto sulla salute degli interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana e ambientale e la sperimentazione da parte di ATS Bergamo del Manuale per l'applicazione di uno strumento di valutazione multicriteriale per la definizione delle implicazioni di salute negli interventi urbani, costituiscono la base per intraprendere politiche ed azioni su tutto il territorio lombardo. Nel contesto post-pandemico, alla luce del sempre più condiviso bisogno di benessere e salute pubblica, si rende necessario promuovere un approccio integrato e intersettoriale, attraverso la costituzione e la partecipazione a tavoli tecnici inter-istituzionali sulle tematiche dell'Urban Health, che affrontino i temi di rigenerazione urbana con la pianificazione e progettazione urbana secondo criteri di salute pubblica e benessere orientati a creare ambienti favorevoli alla salute, riprogettazione delle aree verdi urbane e periurbane. Inoltre, il confinamento, a cui la pandemia Covid 19 ha costretto per mesi la popolazione, ha reso ancora più evidente l'importanza della presenza di vegetazione per garantire il raggiungimento di livelli di benessere psico-fisico ottimali sottoforma di verde tecnico (tetti e pareti verdi), nelle pertinenze delle abitazioni (giardini condominiali, cortili) e del verde urbano di prossimità (parchi, giardini, rete diffusa delle infrastrutture verdi e blu). Altresì, il moltiplicarsi degli eventi estremi, anche in aree non considerate ad alto rischio, il susseguirsi di ondate di calore con periodi di siccità e precipitazioni straordinarie in aree limitate hanno evidenziato la vulnerabilità dei tessuti urbani ed i rischi che corrono le popolazioni delle zone colpite. Gli interventi di rinaturalizzazione urbana hanno anche notevole rilevanza dal punto di vista del drenaggio urbano sostenibile e nell'insieme si configurano come importanti contributi in termini di adattamento ai cambiamenti climatici del sistema urbano, per fronteggiare fenomeni quali le ondate di calore e gli eventi meteorologici estremi. Si tratta di un elemento da affrontare con urgenza dal punto di vista della pianificazione territoriale per il miglioramento della qualità della vita nei centri urbani ma anche a salvaguardia delle aree periurbane e nel recupero dei siti dismessi e delle aree da rigenerare, nell'ampio contesto dell'Urban Health. La presente azione è sinergica con quanto previsto per l'azione n. 11, in quanto la definizione di buone pratiche per la ristrutturazione e riqualificazione energetica degli edifici esistenti oltre a contrastare il consumo del suolo, contribuisce a fronteggiare i cambiamenti climatici e a ridurre le emissioni. Inoltre, la presente azione è sinergica con quanto previsto dal Programma predefinito 5 "Sicurezza negli ambienti di vita" in riferimento al supporto alla definizione dei Piani Urbani di mobilita sostenibile (PUMS), in quanto la promozione di infrastrutture e modalità di trasporto che favoriscano stili di vita sani, contribuisce in modo significativo al miglioramento della salubrità dell'ambiente urbano.

	L'Obiettivo della presente azione è la promozione e il supporto ad interventi intersettoriali per rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili. L'azione si svolgerà attraverso: - costituzione gruppo di lavoro interdisciplinare con DG Territorio e Protezione civile; DG Ambiente e Clima; DG Casa e Housing sociale, operatori SISP, ARPA; ALER, Dipartimenti universitari, ANCI, rappresentanti degli ordini professionali - redazione di documento regionale per la diffusione di direttrici in grado di orientare e supportare gli operatori SISP nell'ambito di istruttorie relative alla pianificazione territoriale all'emissione di pareri che privilegino interventi volti alla riduzione dell'impatto climatico in edilizia ed urbanistica (permeabilità, drenaggio urbano, verde tecnico, infrastrutture verdi e blu) e la minimizzazione delle emissioni climalteranti. - organizzazione di percorso informativo per operatori di settore erogato dalle ATS - la partecipazione strutturata e propositiva a specifici tavoli interdirezionali (DG Territorio, DG Ambiente e Clima) ed intra-istituzionali (ARPA, ANCI, rappresentanti degli ordini professionali) per integrare le competenze necessarie per la diffusione di buone pratiche in tema di Urban Health; - la predisposizione di pareri integrati nelle procedure di VAS di piani e programmi di livello regionale e locale, nelle conferenze dei servizi, nelle procedure di programmazione negoziata in riferimento alle tematiche dell'Urban Health.
INDICATORE 13 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
AZIONE 13	SVILUPPO DEI SISTEMI INFORMATIVI A LIVELLO TERRITORIALE PER CONSENTIRE LO SCAMBIO DELLE INFORMAZIONI TRA LE AUTORITA' COMPETENTI E GLI ENTI COINVOLTI NELLA MATERIA DELLE ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 13	A seguito del decreto del 14 giugno 2017, con il quale il Ministero della Salute ha recepito a livello nazionale la direttiva (UE) 2015/1787, introducendo l'obbligo di adozione dell'approccio "Piano di Sicurezza dell'Acqua (PSA)" per i sistemi di gestione idro-potabile, lo stesso Ministero ha elaborato, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, un "Programma di Formazione Nazionale sui PSA" – come percorso di formazione specifico per le diverse figure coinvolte ai diversi livelli nell'implementazione e approvazione dei PSA. Regione Lombardia, con le Agenzie di Tutela della Salute e i Gestori del

	Servizio Idrico Integrato lombardi, hanno partecipato in questo ambito al "Corso di Formazione Nazionale per team leader e Formatori di team leader per l'implementazione dei Piani di Sicurezza dell'Acqua (PSA) nella filiera idro-potabile", nel 2018, e organizzato direttamente nel 2019 un corso per "Team leader di PSA", al quale hanno partecipato i referenti dei Gestori e i referenti per le acque destinate al consumo umano degli 8 Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) delle ATS, nonché alcuni rappresentanti di ARPA Lombardia ed è stata coinvolta anche ANCI Lombardia. A partire dal 2019 quindi i Gestori del Servizio Idrico Integrato, con il coinvolgimento del SIAN dell'ATS competente per territorio, hanno iniziato a sviluppare i PSA per i propri sistemi acquedottistici. DG Welfare ha inoltre inserito tra le "Regole" per il Sistema Sanitario Regionale l'indicazione per i SIAN di garantire la partecipazione del proprio personale ai Team per la predisposizione dei PSA, fornendo il supporto e le informazioni necessarie a una corretta valutazione del rischio. A seguito di una ricognizione effettuata alla fine del 2020, è risultato che quasi tutti i principali Gestori si sono attivati, costituendo il Team per la redazione del PSA, e alcuni lo hanno già predisposto. Nell'ambito del PSA, si rafforza il ruolo del Gestore, chiamato ad effettuare una valutazione e gestione dei rischi integrata, estesa dalla captazione al rubinetto, per la protezione delle risorse idriche di origine e il controllo del sistema e dei processi, al fine di garantire nel tempo l'assenza di potenziali pericoli di ordine fisico, biologico e chimico nell'acqua disponibile per il consumo (cfr. RAPPORTO ISTISAN 14/21). Il ruolo dell'Ente di controllo (il SIAN dell'ATS) parallelamente evolve da un'attività orientata principalmente alla verifica analitica a una verifica dell'efficacia dell'intero sistema di gestione dell'acquedotto. Si rendono quindi necessari un maggiore scambio di informazioni e la disponibilità condivisa dei dati, tra cui quelli analitici, per una valutazione complessiva di tale gestione. A questo proposito, ci si propone di rendere disponibile ai Gestori il database Impres@BI da anni in uso presso la UO Prevenzione per la rendicontazione dei controlli analitici dei SIAN, effettuati dai Laboratori di Prevenzione delle ATS: si potrà quindi avere una visione globale dei risultati delle analisi, intervenire tempestivamente in caso di criticità, razionalizzare l'attività dell'Autorità Competente. Il database potrà infine essere aperto in lettura agli altri Enti competenti sulla gestione del servizio idropotabile (Comuni, Province, ognuno per il proprio territorio di competenza) e ad ARPA Lombardia, per una gestione sempre più integrata delle acque destinate al consumo umano. L'obiettivo della presente azione è implementare il database delle acque potabili esistente (Impres@BI, gestito da ARIA SpA), affinché raccolga, oltre ai dati dei controlli esterni dei SIAN delle ATS, anche i dati dell'autocontrollo dei Gestori. Il database viene quindi reso disponibile agli Enti coinvolti nella gestione delle acque destinate al consumo umano, ognuno per il territorio di competenza. Il database si configura come uno strumento di conoscenza del territorio, utile anche per la programmazione degli interventi e per l'azione nel caso di criticità. L'azione si attua attraverso la costituzione di un tavolo di lavoro di livello regionale con ARIA SpA per il supporto informatico e i Gestori del Servizio Idrico: si procede a condividere l'anagrafe dei punti di controllo e il tracciato di caricamento dei dati analitici. Si prevede una prima fase di sperimentazione con un Gestore, per poi estendere il caricamento dei dati a tutti i Gestori, fino ad arrivare alla completezza

	dei dati inseriti. Viene quindi definita una frequenza di rendicontazione affinché il database risulti sempre aggiornato

OBIETTIVO 9 PP09_OS04	**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**
INDICATORE 14 PP09_OS04_IS09	**14 Predisposizione di linee guida regionali relative all'adozione consapevole di animali d'affezione**
formula	redazione linee guida
Standard	redazione linee guida entro 2025
Fonte	Regione Lombardia
AZIONE 14	14. PROGRAMMI D'INFORMAZIONE FINALIZZATI ALLA PROTEZIONE DEGLI ANIMALI E LOTTA AL RANDAGISMO
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.9 Informazione
CICLO DI VITA	età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 14	Il Piano regionale triennale di contrasto al randagismo e tutela degli animali d'affezione, previsto dalla L.R. 33/2009 art. 107, ha durata triennale e prevede la definizione di interventi nei seguenti ambiti: Prevenzione del randagismo; Controllo demografico delle popolazioni animali; Educazione sanitaria e zoofila. Regione Lombardia con il coinvolgimento di tutti i portatori di interesse, rappresentati nella Consulta regionale per la Tutela degli animali d'affezione, sulla base dei risultati ottenuti, ad ogni triennio identifica la tipologia di interventi da attuare. Sulla base di queste indicazioni, i DVSAOA delle ATS di Regione Lombardia declinano ulteriormente i Piani, con valenza locale, in attività da programmare e realizzare nel territorio di competenza. Allo stato attuale, regione Lombardia non è più interessata dal fenomeno del randagismo, come comunemente inteso, tuttavia, la crescente applicazione delle funzionalità dei Social Network in tema di movimentazione animale tra regioni e tra stati, impone nuove sfide. Il considerevole aumento dei flussi di animali d'affezione che vedono la Regione Lombardia quale destinazione definitiva o di transito di questi animali, rappresenta una criticità per le capacità ricettive delle strutture di detenzione per detti animali. Questi flussi costituiscono, inoltre, un rischio dal punto di vista sanitario in quanto spesso condotti al di fuori di dell'ambito normativo. Ulteriore criticità è rappresentata dall'adozione, da parte dei cittadini, di animali non socializzati, in quanto prelevati dal territorio, e spesso non idonei alla vita domestica. L'obiettivo della presente azione è 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. L'obiettivo della presente azione prevede attività di formazione/comunicazione agli operatori e ai cittadini in tema di corretta interazione e gestione degli animali d'affezione, con particolare riguardo alle informazioni necessarie per un'adozione consapevole. L'azione si svolgerà attraverso la predisposizione di specifiche Linee guida con il coinvolgimento della Consulta Regionale, dei DVSAOA delle ATS e dei competenti Uffici regionali sulla comunicazione.

INDICATORE 15 PP09_OS04_IS10	**15 Realizzazione di interventi formativi su Classyfarm**
formula	un'attività formativa all'anno a partire dal 2022
Standard	Realizzazione di un'attività formativa all'anno
Fonte	Regione Lombardia
AZIONE 15	15. PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DI INTERVENTI FORMATIVI SUL SISTEMA CLASSYFARM
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.7 Formazione operatori di altri Settori (es. OSA, Associazioni, RLSPP, ecc.)
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 15	La sostenibilità ambientale, applicata alla filiera agricola e zootecnica, richiede misure che coinvolgano direttamente il Settore veterinario per promuovere l'applicazione di nuove strategie dall'allevamento, nell'ottica di salvaguardare le produzioni rendendole al contempo sempre più sostenibili dal punto di vista ambientale e della sanità pubblica veterinaria. Il benessere animale, il consumo di farmaci e le norme di biosicurezza risultano sempre di più connessi tra loro rendendo di fatto necessario un approccio integrato per uno sviluppo sostenibile del sistema zootecnico. I sistemi informativi veterinari hanno un ruolo chiave per definire nuove strategie allevatoriali. Tra questi l'applicativo informatico nazionale "Classyfarm" rappresenta lo strumento chiave per consentire di intraprendere nuovi approcci zootecnici. L'applicativo è il risultato di un progetto voluto e finanziato dal Ministero della salute e realizzato dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Lombardia ed Emilia-Romagna con la collaborazione dell'Università di Parma. Il Sistema "Classyfarm" consente di definire una graduazione del rischio degli allevamenti, rielaborando informazioni derivate da indicatori di consumo di farmaco basati sul sistema della Ricetta Elettronica Veterinaria (REV), dal numero di animali allevati, dai dati di mortalità media e dagli esiti dei precedenti controlli in materia di utilizzo del farmaco e benessere degli animali. La graduazione del rischio così ottenuta consente di definire priorità di intervento e di effettuare dunque controlli mirati. Al Sistema "Classyfarm" hanno accesso medici veterinari ufficiali, medici veterinari aziendali e allevatori che sono così in grado di monitorare, analizzare ed indirizzare gli interventi in allevamento in conformità alle recenti disposizioni della normativa europea in materia di Animal Health Law e controlli Ufficiali (Regg. 429/2016 – 625/2017). "ClassyFarm" è inserito nel portale nazionale della veterinaria (www.vetinfo.it), e consente la rilevazione, la raccolta e la elaborazione dei dati relativi alle seguenti aree di valutazione: • biosicurezza; • benessere animale; • parametri sanitari e produttivi; • alimentazione animale (di futura implementazione); • consumo di farmaci antimicrobici; • lesioni rilevate all'ispezione post-mortem. Infine, la categorizzazione del rischio degli allevamenti secondo regole

	uniformi e fondate consentirà alle autorità competenti una programmazione dei controlli efficace e mirata con risparmi evidenti per la pubblica amministrazione, sia in termini di risorse finanziarie che umane, e riduzione degli oneri per gli operatori conformi alla normativa in termini di minor frequenza dei controlli a cui sono assoggettati. L'obiettivo della presente azione è 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. L'obiettivo della presente azione è promuovere la conoscenza dell'applicativo Classyfarm agli stakeholders per tramite di specifiche attività formative/informative organizzate da Regione Lombardia anche in collaborazione con IZSLER, DVSAOA delle ATS e POLIS Lombardia

3.10 PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza

Quadro logico regionale

CODICE	PP10
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Olivia Leoni
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO6 Malattie infettive prioritarie**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO6-24 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) - MO6-25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario (One Health) - MO6-26 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici - MO6-27 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni ministeriali - MO6-28 Sviluppare programmi di Antimicrobical stewardship (AS)
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO6LScc Esistenza di un sistema regionale di monitoraggio dell'uso dei prodotti idroalcolici - MO6LSz Assicurare che la sorveglianza nazionale delle batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi abbia una copertura elevata - MO6LSaa Interventi per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario - MO6LSx Attivazione in tutte le Regioni di un sistema regionale di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano, basato sui dati di laboratorio, che coinvolga tutti i laboratori degli ospedali pubblici e privati secondo le indicazioni nazionali - MO6LSy Monitoraggio del consumo antibiotici in ambito umano e veterinario - MO6LSbb - Interventi per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito umano - MO6LSdd Interventi per ridurre la trasmissione in ambito assistenziale

	- MO6LSee Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici - MO6LSff Formazione sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA
LEA	- A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive - A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive - D08 Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza - allegato 2 Assistenza Distrettuale - allegato 3 Assistenza Ospedaliera

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Dall'analisi di contesto emerge in particolare la **popolazione pediatrica** quale gruppo target prioritario anche in termini di equità per implementare azioni locali di miglioramento nell'uso degli antibiotici e di riduzione dello sviluppo di AMR, in quanto si evidenzia un margine di impiego elevato e potenzialmente inappropriato non riconducibile esclusivamente a motivazioni epidemiologiche ma anche a fattori di attitudine prescrittiva, sociali e culturali. L'ambito prioritario di intervento è pertanto rappresentato dalle infezioni più frequenti in pediatria di comunità (es. quelle delle alte vie respiratorie), mentre in pediatria ospedaliera l'attenzione potrebbe essere orientata sulla prevenzione e il controllo della diffusione di germi MDR soprattutto in particolari sottogruppi di pazienti a maggiore rischio clinico (sepsi neonatale, pazienti affetti da patologie onco-ematologiche).

In base ai dati pubblicati dall'AIFA ("L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2019"), il 40,4% degli assistiti lombardi di età <14 anni nel 2019 ha ricevuto almeno una prescrizione territoriale (generata da PLS/MMG) di antibiotici, prevalenza inferiore a quella nazionale (40,9%) ma superiore a quella delle regioni del Nord Italia (37%), suggerendo una quota di potenziale uso inappropriato. Dal confronto con queste regioni, emerge anche una prevalenza d'uso superiore di penicilline in associazione tra cui amoxicillina-acido clavulanico (22,8% vs 18,4%) e soprattutto di cefalosporine (9,2% vs 8,3%), classi di seconda scelta secondo le linee guida per il trattamento delle infezioni pediatriche più comuni (faringotonsillite, otite media acuta non complicata), e al contrario lievemente inferiore di penicilline ad ampio spettro (12,8% vs 12,9%) come amoxicillina, considerate di prima scelta (*Emilia-Romagna. Linee Guida Regionali. Faringotonsillite in età pediatrica e Otite media acuta in età pediatrica, 2015*). L'andamento dei volumi di prescrizione (in DDD/1.000 ab die) è sovrapponibile a quello della prevalenza d'uso. Il monitoraggio regionale della prescrizione farmaceutica convenzionata evidenzia nel 2019 un consumo di 14,4 DDD/1.000 ab die, in riduzione negli anni (-27,5% rispetto al 2017) ma con una notevole *variabilità territoriale* (maggiori volumi in ATS Brescia, Milano, Val Padana e Brianza). Tale variabilità si mantiene anche nella prescrizione specifica di cefalosporine.

Prescrizione di antibiotici in età pediatrica in Lombardia con dettaglio per ATS (DDD/1.000 ab die) e trend 2017-2019

Area territoriale	2019	2018	2017	Diff % 19/17
ATS DI PAVIA	12,4	16,2	16,6	-25,4
ATS DELLA MONTAGNA	13,0	17,4	18,1	-28,5
ATS DI BERGAMO	13,3	17,4	20,4	-35,0
ATS DELL'INSUBRIA	14,1	19,0	19,0	-25,7
Regione Lombardia	***14,4***	***19,3***	***19,8***	***-27,5***
ATS DELLA VAL PADANA	14,6	20,0	20,9	-30,3
ATS DELLA BRIANZA	14,6	19,9	20,4	-28,5
ATS CITTA' MILANO	14,7	19,7	20,4	-27,6
ATS DI BRESCIA	15,4	21,0	20,4	-24,5

Sottogruppi a maggiore esposizione sono i maschi in ogni fascia di età pediatrica e le fasce di età più basse (tra 0-5 anni). La popolazione pediatrica straniera rappresenta un altro sottogruppo da monitorare, in quanto le differenze socio-culturali possono influenzare le scelte prescrittive.

I dati confermano che, oltre alla possibile diversa epidemiologia delle malattie infettive, esistono attitudini prescrittive scarsamente basate su evidenze cliniche e scientifiche (prescrizione in assenza di diagnosi microbiologica, pressioni da parte dei genitori, scelta di molecole meno appropriate ma con minor numero di somministrazioni giornaliere che potrebbero consentire una maggiore aderenza alla terapia).

Nel corso degli ultimi anni l'eccessivo o inappropriato uso degli antibiotici soprattutto in ambito territoriale e lo sviluppo di AMR ad esso correlato sono divenuti problemi prioritari di Sanità pubblica a livello mondiale, in particolare nella popolazione di età pediatrica prescolare che rappresenta la fascia maggiormente esposta a questa classe di medicinali in ambiente extraospedaliero (33% delle prescrizioni totali - Ciofi degli Atti ML et al. Eur J Clin Pharmacol 2006;62:1055–64). In questo setting, si è stimato che il 50% circa delle prescrizioni di antibiotici a bambini non risulta necessario.
Il fenomeno dell'AMR comporta conseguenze cliniche molto rilevanti (inefficacia della terapia, prolungamento della patologia, aumento del rischio di complicanze e di morte), ma risulta ancora relativamente limitato in età pediatrica con l'eccezione dello Streptococcus pneumoniae resistente alla penicillina e alla eritromicina, che è particolarmente diffuso nei Paesi del Sud-Europa tra cui l'Italia.
Le principali cause di inappropriatezza prescrittiva sono attribuibili all'uso non indicato di antibiotici in patologie di origine virale molto comuni in età pediatrica (raffreddore, infezioni delle vie respiratorie superiori, bronchite), all'impiego prioritario di antibiotici di seconda scelta in alcune condizioni cliniche, alla differente prevalenza d'uso per area geografica (stimata tra il 34,0% e il 67,9% tra le ATS della Regione Lombardia).

Si evidenzia che tra "Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare" individuate dall'Associazione Culturale Pediatri (ACP) attraverso un'indagine tra pediatri sulle procedure diagnostiche o terapeutiche comunemente utilizzate ma non vantaggiose per il paziente e potenzialmente rischiose, viene compresa anche la raccomandazione di "Non prescrivere antibiotici nelle patologie delle vie respiratorie presumibilmente virali in età pediatrica (sinusiti, faringiti, bronchiti)". L'appropriata gestione clinica delle patologie a eziologia infettiva prevede - secondo linee guida esistenti – la vigile attesa nei casi che lo consentono, sulla base di criteri clinici, anamnestici ed epidemiologici, e l'utilizzo degli antibiotici solo nei casi che lo richiedono e con le modalità corrette.
L'OMS a marzo 2017, nell'aggiornare la lista dei farmaci essenziali a uso pediatrico (*WHO Model List of Essential Medicines for Children*) ha introdotto una classificazione degli antibiotici in tre categorie sulla base del rischio di indurre resistenze batteriche, al fine di guidare il prescrittore ad una maggiore appropriatezza d'uso. Gli antibiotici del gruppo "Access" (tra cui amoxicillina sola o associata ad acido clavulanico) dovrebbero essere disponibili e accessibili come trattamento di prima scelta per molte infezioni; gli antibiotici del gruppo "Watch" (tra cui cefalosporine di III generazione e macrolidi) presentano un maggiore rischio di indurre resistenze e rappresentano trattamenti di seconda scelta o da preferirsi solo per casi specifici; gli antibiotici del gruppo "Reserve" (tra cui cefalosporine di IV e V generazione) sono da riservare ai casi più gravi in assenza di alternative, ad esempio per le infezioni multi-resistenti. Una stima della prescrizione delle tre classi nella popolazione pediatrica lombarda evidenzia che nel 2019 circa il 51% delle DDD è rappresentato da antibiotici "Access".
L'uso extra-ospedaliero di antibiotici in età pediatrica è superiore in Italia rispetto ad altri Paesi

europei, soprattutto del Nord-Europa (stimato pari al 52% rispetto ad esempio al 14% del Regno Unito); esistono inoltre differenze di tipo qualitativo nella scelta degli antibiotici tra i diversi Paesi.
In considerazione delle evidenze di inappropriatezza d'uso sul territorio nella popolazione pediatrica, è emersa la necessità di analizzare i profili di prescrizione attraverso specifici "indicatori di qualità". E' stato ad esempio individuato quale "proxy" di appropriatezza il cosiddetto "*amoxicillin index*" che esprime l'uso di amoxicillina come prima scelta per il trattamento delle infezioni respiratorie del bambino in ambito extra-ospedaliero; la sua applicazione ha evidenziato una notevole variabilità sia tra Paesi (dal 21,1% in Germania a l 46,8% in Olanda), in Italia tra Regioni (8,7-28,1%) e tra Aziende del territorio (7,1-48,0%).

Poiché i flussi sulle prescrizioni farmaceutiche in Italia non comprendono l'informazione sulle indicazioni all'uso, recentemente sono stati individuati altri indicatori di qualità applicabili ai monitoraggi prescrittivi sul territorio. Un'analisi sulla prescrizione di antibiotici alla popolazione pediatrica lombarda nel 2012 (Piovani D et al, BMJ Paediatrics Open 2017) ha adottato due indicatori: (A) % di assistiti trattati con amoxicillina al primo episodio infettivo e (B) % di assistiti che nel corso di due o più episodi di infezione avevano ricevuto esclusivamente macrolidi o cefalosporine. Una buona "qualità" di prescrizione era definita da una percentuale ≥50 per l'indicatore A (in base alla prevalenza di patologie infettive in età pediatrica) e ≤10 per il B (in base alla stima di prevalenza della ipersensibilità ai beta-lattamici, controindicazione all'uso di amoxicillina). Lo studio ha evidenziato che il 12,8% dei pediatri lombardi rispettava il primo criterio ed il 54% il secondo; solo l'11,2% era rispondente ad entrambi gli indicatori mentre il 44,5% li disattendeva, con notevole differenze territoriali. Una prescrizione qualitativamente soddisfacente era correlata a pediatri "*low prescribers*", femmine, anziani, residenti nell'Area a Nord di Milano.
Tra le strategie di politica sanitaria sviluppate recentemente come programmi di "*antibiotic stewardship*" (complesso di azioni da intraprendere per favorire l'uso appropriato degli antibiotici), si evidenzia in particolare la diffusione da parte di EMA, in occasione della Giornata europea degli antibiotici di 5 pacchetti informativi sull'uso appropriato degli antibiotici (*European Antibiotic Awareness Day Toolkit*): per i professionisti degli ospedali e delle altre strutture sanitarie, per i medici del territorio, per la popolazione generale, per i social media e sull'automedicazione con gli antibiotici. Tale programma formativo ed informativo sviluppato specificamente per i diversi attori di sistema, può rappresentare un valido strumento per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in età pediatrica da parte sia dei prescrittori, territoriali ed ospedalieri, sia della popolazione generale.

I dati di prescrizione farmaceutica convenzionata (generata da medici del territorio) ed ospedaliera in Lombardia sono resi disponibili sia nel Rapporto OSMED di AIFA (Rapporto nazionale sull'uso dei farmaci in Italia 2019) sia nel sistema informativo regionale (DWH regionale).

CONSUMO DI ANTIBIOTICI SUL TERRITORIO

La prescrizione di antibiotici sul territorio (cosiddetta "convenzionata") viene considerata un indicatore di qualità dell'assistenza fornita dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatra di Libera Scelta (PLS), in quanto, se eccessiva e inappropriata, è in grado di determinare lo sviluppo di antimicrobico-resistenza (AMR).

Nel 2019 la Lombardia registra in genere dati di prescrizione migliori rispetto a quelli nazionali e con trend positivo negli anni, ma nel complesso e per alcune classi soggette a potenziale inappropriatezza d'uso e rischio di sviluppare AMR (penicilline in associazione, fluorochinoloni,

macrolidi) meno performanti rispetto alle Regioni del Nord Italia, che per alcuni indicatori costituiscono l'area geografica di maggiore appropriatezza prescrittiva a livello nazionale. L'analisi combinata dei consumi e del costo medio per giornata di terapia a livello regionale colloca comunque la Lombardia tra le Regioni a minor spesa e consumo di antibiotici.

Il consumo complessivo di antibiotici è pari a 13,1 DDD/1000 ab die, inferiore al dato nazionale che peraltro supera la media europea (15,6) ma superiore a quello del Nord Italia (12,4); la riduzione del -5,4% nel periodo 2016-2019 non consente il raggiungimento dell'obiettivo PNCAR di riduzione>10% nel periodo 2016-2020 (come a livello nazionale).

- Le penicilline in associazione, comprendenti amoxicillina-calvulanato, pur rappresentando molecole di seconda scelta e a rischio di sviluppo di AMR, sono la classe maggiormente prescritta con valori inferiori a quelli nazionali ma superiori a quelli del Nord Italia; al contrario il consumo di penicilline ad ampio spettro risulta più limitato, sebbene maggiormente raccomandato come prima scelta.
- Il consumo di fluorochinoloni si riduce in modo rilevante negli ultimi anni per effetto delle raccomandazioni restrittive dell'EMA sul rischio di gravi eventi avversi e di selezione di resistenze, con conseguente raggiungimento dell'obiettivo PNCAR di riduzione >10% del consumo nel periodo 2016-2020 (tra 2016-2019 già a -34,6%); la prescrizione è inferiore a quella nazionale, anche in fasce di popolazione a rischio d'uso inappropriato (donne giovani e adulte, soggetti over 75 anni), ma superiore a quella del Nord Italia.
- Le cefalosporine orali registrano un aumento dei consumi, mentre quelle parenterali una riduzione; di minore entità è la riduzione della prescrizione di macrolidi. Per queste classi il consumo in Lombardia è sovrapponibile a quello del Nord Italia.
- Rispetto alle caratteristiche della popolazione trattata, si osserva una maggiore prescrizione nelle fasce di età estreme con prevalenza nel genere maschile, mentre nell'età adulta è superiore nelle donne.
- Si registra una variabilità della prescrizione nelle ATS per le maggiori categorie di antibiotici, con differente incidenza sulla prescrizione totale di penicilline associate (range tra le ATS di 71,8%-64,9%), di cefalosporine di terza e quarta generazione (15,3%-10,3%), di fluorochinoloni (19,8%-16,4%).

Consumo di antibiotici sistemici (DDD/1000 ab die) nel 2019 (fonte: Rapporto OsMed AIFA, 2019)

PRESCRIZIONE TERRITORIALE	Lombardia	% tot	Italia	Nord	Centro	Sud	variaz % Lombardia 19-18	variaz % Lombardia 19-16	Ob PNCAR
Antibiotici sistemici	13,1	100,0	15,6	12,4	16,8	19,6	-4,3	-5,4	no
Penicilline in associazione	5,1	38,9	5,8	4,8	6,3	6,9	-0,9		
Macrolidi	2,9	22,1	3,5	2,7	3,8	4,5	-2,1		
Fluorochinoloni	1,5	11,5	1,9	1,3	2,0	2,6	-30,1	-34,6	si
Cefalosporine orali	1,4	10,7	1,8	1,3	2,0	2,4	8,0		
Penicilline ampio spettro	1,2	9,2	1,2	1,1	1,0	1,4	-0,9		
Altri	0,3	2,3	0,4	0,3	0,4	0,5	6,0		
Cefalosporine parenterali	0,1	0,8	0,3	0,1	0,4	0,6	-4,1		

Indicatori di qualità della prescrizione: *framework AWaRe* e indicatori ESAC - *European Surveillance of Antimicrobial Consumption*.

Dall'analisi della distribuzione del consumo complessivo di antibiotici per uso sistemico (convenzionata e acquisti strutture sanitarie pubbliche) in base alla classificazione AWaRe

dell'OMS emerge che in Lombardia solo il 50% delle prescrizioni a carico del SSN ha riguardato un antibiotico di prima scelta ("Access"), ma la quota è maggiore rispetto alla media italiana ed è superata solo da poche regioni. La quota di antibiotici di ultima scelta (Reserve) è molto limitata, in quanto trattasi di molecole ad uso ospedaliero.

Per l'indicatore ESAC *"Incidenza dul totale di antimicrobici del consumo (DDD) per specifci gruppi di antibiotici (convenzionata)*", si osserva che le penicilline associate rappresentano il 39,6%, le cefalosporine di III e IV generazione il 9,4% e i fluorochinoloni l'8,7%; nel confronto regionale, risulta maggiore l'impiego di penicilline associate (rispetto alla media nazionale di 36,9% e a quella del Nord Italia di 38,6%), peraltro con un aumento di 2,2 punti percentuali rispetto al 2018; l'incidenza di cefalosporine di III e IV generazione e di fluorochinoloni risulta invece più bassa rispetto al confronto con Italia e Nord Italia ma in aumento di 0,6 punti per il primo gruppo rispetto al 2018 (il secondo invece si riduce di 2,3 punti).

L'indicatore "Rapporto tra consumo di molecole ad ampio spettro rispetto a molecole a spettro ristretto" presenta un valore di 2,8, che posiziona la Lombardia meglio sia dell'Italia che delle regioni del Nord (3,8 e 3,6). Calcolando la percentuale di consumo di amoxicillina rispetto ad amoxicillina con clavulanato, il valore regionale è di 20,8% con una notevole variabilità sul territorio (31,2% in ATS Brianza - 15,2% in ATS della Montagna) e tendenza generalizzata ad un aumento dell'uso della formulazione associata in tutta la Lombardia.

Popolazioni a rischio di inappropriatezza prescrittiva territoriale

L'analisi dei dati di prescrizione farmaceutica convenzionata ed ospedaliera in Lombardia, unitamente ad evidenze di letteratura derivanti da studi farmaco-epidemiologici regionali, consente l'identificazione di alcune condizioni (epidemiologiche, territoriali) e alcuni gruppi di popolazione a maggiore rischio d'uso inappropriato di antibiotici, pertanto da considerare target prioritari per implementare azioni di miglioramento finalizzate alla riduzione dello sviluppo di AMR.

La popolazione pediatrica - Nel 2019 il 40,4% degli assistiti lombardi tra 0 e 13 anni ha ricevuto almeno una prescrizione di antibiotici (37% nel Nord Italia), suggerendo un uso anche in condizioni cliniche non appropriate come quelle ad eziologia virale. Nel confronto con il Nord, emerge anche una prevalenza d'uso superiore di penicilline in associazione tra cui amoxicillina-acido clavulanico (22,8% vs 18,4%) e soprattutto di cefalosporine (9,2% vs 8,3%), classi di seconda scelta secondo le linee guida per il trattamento delle infezioni pediatriche più comuni (faringotonsillite, otite media acuta non complicata), e al contrario lievemente inferiore di penicilline ad ampio spettro (12,8% vs 12,9%) come amoxicillina, considerate di prima scelta.

Sottogruppi a maggiore esposizione sono i maschi e le fasce di età più basse (tra 0-4 anni). Esiste una *variabilità prescrittiva territoriale*, con differenze di consumo nelle ATS (Agenzie di Tutela della Salute) tra i valori minimo e massimo di 3 DDD/1.000 ab die per antibiotici nel complesso (maggiore prescrizione in ATS Brescia, Milano, Val Padana e Brianza) e di 0,5 DDD per cefalosporine (valori più alti in ATS Brescia, Pavia e Val Padana).

La popolazione pediatrica straniera rappresenta un altro sottogruppo da monitorare, in quanto le differenze socio-culturali possono influenzare le scelte prescrittive.

I dati confermano che, oltre alla possibile diversa epidemiologia delle malattie infettive in età pediatrica, esistono attitudini prescrittive scarsamente basate su evidenze cliniche e scientifiche (prescrizione in assenza di diagnosi microbiologica, pressioni da parte dei genitori, scelta di

molecole meno appropriate ma con minor numero di somministrazioni giornaliere che consentono una maggiore aderenza alla terapia).

Le donne giovani-adulte e i soggetti over 75 anni trattati con fluorochinoloni – Sebbene la prescrizione complessiva di fluorochinoloni registri in Lombardia, come a livello nazionale, una riduzione negli anni anche a seguito delle raccomandazioni restrittive dell'EMA per rischio di gravi eventi avversi e selezione di resistenze, con conseguente raggiungimento dell'obiettivo del PNCAR di riduzione >10% del loro consumo nel periodo 2016-2020 (tra 2016-2019 già a -34,6%), le donne giovani-adulte e gli anziani ultra-75enni sono gruppi ancora esposti ad uso inappropriato. Nel 2019 in Lombardia il 5,3% delle donne tra 20 e 59 anni ha ricevuto almeno una prescrizione di fluorochinoloni (4,9% nel Nord), a suggerire la necessità di razionalizzare l'uso inappropriato nelle infezioni non complicate delle basse vie urinarie. Analogamente, i soggetti over 75 anni, a maggior rischio di complicanze tendinee del trattamento fluorochinolonico, hanno una superiore prevalenza d'uso (13,1% vs 12,4%) ed oltre i 90 anni sono trattati prevalentemente con questi antibiotici.

Si registra una variabilità prescrittiva territoriale (maggiore in ATS Brescia, Bergamo, Val Padana).

Le popolazioni fragili: anziani, soggetti polipatologici e in politerapia, soggetti con maggiore frequenza di ospedalizzazione, ospiti di Residenze Sanitario Assistenziali (RSA) – Studi farmacoepidemiologici evidenziano una maggiore esposizione al trattamento antibiotico tra questi gruppi di popolazione che risultano a rischio d'uso inappropriato e di sviluppo di resistenze, sia perché ricevono prevalentemente antibiotici di seconda scelta per le infezioni più comuni nell'età adulta (a carico delle vie respiratorie e del tratto urinario), quali penicilline in associazione (prevalenza del 38,6% negli over 40 anni) e cefalosporine di 3 e 4 generazione (15%), sia per il potenziale sviluppo, in condizioni di fragilità clinica, di interazioni farmacologiche gravi (ad esempio quelle tra fluorochinoloni e corticosteroidi che negli anziani lombardi sono contemporaneamente prescritti nel 18% dei casi nel 2019, malgrado controindicati). In particolare, le RSA rappresentano un setting tuttora non adeguatamente monitorato per i problemi farmaco-correlati, soprattutto in relazione all'elevato uso di farmaci e alle caratteristiche di estrema fragilità e vulnerabilità delle popolazioni di pazienti anziani residenti. E' noto inoltre che le RSA possono rappresentare un serbatoio di organismi multi-resistenti e di sviluppo di infezioni correlate all'assistenza (ICA).

CONSUMO DI ANTIBIOTICI IN OSPEDALE

Il consumo ospedaliero di antibiotici sistemici in Lombardia nel 2019, pari a 72,7 DDD/100 giornate di degenza, risulta inferiore a quella nazionale e a quello del Nord Italia (7,2 e 76,1 rispettivamente), ma, analogamente al livello, registra un trend in aumento che non consente il raggiungimento dell'obiettivo PNCAR di riduzione >5% del consumo nel periodo 2020-2016 (collocandosi al +2,2% nel 2019-2016).

- I due terzi della prescrizione sono determinati da penicilline in associazione, seguite da cefalosporine di terza generazione e da fluorochinoloni. Questa classe registra una notevole contrazione della prescrizione con raggiungimento dell'obiettivo PNCAR di riduzione del consumo >10% nel 2020-2016 (-37,2% nel 2019-2016).
- Da evidenziare invece l'aumento della prescrizione di carbapenemi (+270,3% rispetto al 2018), con 1,1 DDD/100 giornate di degenza che permangono inferiori al dato nazionale (2,5) e a quello del Nord Italia (2,1). L'uso di questi antibiotici, in parte motivato dalla necessità di trattare infezioni causate da microrganismi multi-resistenti agli antibiotici

(MDR), è preoccupante per il rischio di sviluppo di resistenze da parte di enterobatteri (K. Pneumoniae ed Enterobacter spp) che sono in grado di causare infezioni di difficile trattamento e presentano un elevato potenziale epidemico in quanto persistono in soggetti asintomatici come fonte di trasmissione per lunghi periodi di tempo.

- La classe degli "Altri batterici betalattamici" è quella a maggior spesa, per la presenza di molecole di recente introduzione sul mercato.

Scheda di programma

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.

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*

Declinazione a livello regionale del Programma

A livello regionale il Programma si articola nei seguenti aspetti principali:

- Aggiornamento degli indirizzi regionali in coerenza con le indicazioni nazionali e lo sviluppo del SSR lombardo
- Istituzione di un Tavolo tecnico regionale intersettoriale per l'integrazione con altri ambiti del SSR ed extra-SSR nel contrasto alla AMR
- Rinnovo del sistema informativo della sorveglianza delle ICA e AMR
- Rafforzamento del sistema di sorveglianza e monitoraggio dell'uso appropriato degli antibiotici in ambito umano
- Attivazione dei Comitati per il Controllo delle ICA e sviluppo di Programmi di *Antimicrobial Stewardship*
- Attivazione di percorsi di formazione e verifica delle competenze degli operatori sanitari (Ospedale e Territorio)

- Sviluppo di un programma di monitoraggio, informazione e comunicazione sull'uso degli antibiotici e la AMR in età pediatrica (azione *equity-oriented*)
- Promozione della sorveglianza della AMR e predisposizione di procedure di laboratorio

In ambito veterinario il Programma si integra con le azioni previste per l'ambito umano e prevede alcune azioni specifiche:

- Rafforzamento del sistema di sorveglianza e monitoraggio dell'uso appropriato degli antibiotici
- Programmazione e realizzazione di attività formative per gli addetti al controllo ufficiale in tema di uso appropriato degli antibiotici
- Programmazione e realizzazione di iniziative per gli stakeholders per l'uso appropriato di antibiotici
- Sviluppo di procedure intersettoriali regionali per la conduzione di indagini epidemiologiche in caso di individuazione di patogeni resistenti.

1. **Aggiornamento degli indirizzi regionali in coerenza con le indicazioni nazionali e lo sviluppo del SSR lombardo**

Si intende aggiornare gli indirizzi regionali in materia di uso di antimicrobici e AMR identificando le competenze sia all'interno della DG Welfare sia in ambito ospedaliero e territoriale.

Per la DG Welfare l'organizzazione prevede la seguente articolazione:

- area valutazione farmaco-epidemiologica: UO Osservatorio Epidemiologico Regionale (funzione di coordinamento regionale)
- area farmaceutica: Struttura Farmaceutica e dispositivi medici
- area ospedaliera (controllo ICA e AMR) e laboratoristica: UO Polo Ospedaliero
- area territoriale (controllo ICA e AMR): UO Polo Territoriale
- area veterinaria: UO Veterinaria
- area sorveglianza ICA e AMR in ambito umano: UO Prevenzione
- area sviluppo e analisi dell'adozione delle buone pratiche in tema di ICA orientate alla sicurezza sanitaria e formazione: Centro regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente.

A livello ospedaliero e territoriale si prevede di riorganizzare la gestione delle ICA e della AMR identificando referenti operativi negli Enti SSR al fine di implementare in modo strutturato ed omogeneo logiche di *antimicrobial stewardship* attivando una rete tra ASST e strutture territoriali.

2. **Istituzione di un Tavolo tecnico regionale intersettoriale per l'integrazione con altri ambiti del SSR ed extra-SSR nel contrasto alla AMR**

Si intende istituire un tavolo tecnico intersettoriale (area medica e veterinaria) che prevede l'attivazione di gruppi di lavoro specifici, il cui obiettivo primario è il monitoraggio dell'applicazione del PNCAR a livello regionale e negli Enti SSR e la realizzazione degli indirizzi organizzativi, operativi e normativi necessari per tale finalità. Il tavolo promuoverà il confronto tra le istituzioni del SSR, intra- ed inter-regionali, ed extra-SSR, per favorire una maggiore attenzione a questi temi ed individuare obiettivi comuni, attivando ruoli e responsabilità specifiche per il contrasto dell'AMR nei diversi settori coinvolti.

L'integrazione avverrà anche con la Scuola e l'Università, nell'ambito della rete della "Scuola che Promuove Salute", con l'obiettivo di sensibilizzare alle misure di contrasto della AMR.

All'interno del tavolo verrà effettuata la verifica periodica dell'efficacia degli interventi e del modello organizzativo adottato, attraverso la valutazione di indicatori quali-quantitativi sull'uso degli antimicrobici (valutazione di target mediante il *framework AWaRe*).

3. **Rinnovo del sistema informativo della sorveglianza delle ICA e AMR**

Si intende ottimizzare e completare l'operatività della piattaforma MICRO-BIO (avviata in Lombardia con DGR X/7630 del 28/12/2017 per la sorveglianza e il monitoraggio delle ICA, sepsi e AMR in ambito umano e veterinario) prioritariamente negli Enti pubblici SSR e successivamente nelle strutture private.

E' prevista l'integrazione dei flussi di MICRO-BIO con quelli di altre fonti amministrative sanitarie (presenti nel DWH regionale) e con i flussi ospedalieri disponibili verificandone e, ove necessario, migliorandone la qualità.

Il sistema si coordina con le modalità di monitoraggio della prescrizione di antimicrobici specificamente previste in ambito umano e veterinario (descritte in azioni specifiche).

Verranno inoltre predisposti strumenti dedicati per il Centro di Coordinamento delle Terapie Intensive, al fine di garantire l'attivazione della sorveglianza delle infezioni in Terapia intensiva.

Per la realizzazione di tali obiettivi, si prevede l'attivazione di gruppi di lavoro (ambito umano e veterinario).

4. **Rafforzamento del sistema di sorveglianza e monitoraggio dell'uso appropriato degli antibiotici in ambito umano**

Il programma prevede il miglioramento del sistema regionale di monitoraggio della prescrizione di antibiotici in ambito umano, per la prescrizione territoriale attraverso l'implementazione di indicatori qualitativi innovativi (indicatori ESAC e framework AWaRe dell'OMS) ad integrazione degli indicatori quantitativi già in uso, per la prescrizione ospedaliera attraverso l'attivazione di percorsi di standardizzazione delle modalità di rilevazione dell'uso degli antibiotici con indicatori di riferimento.

La Lombardia da anni ha implementato un sistema di monitoraggio regionale dell'uso degli antibiotici, soprattutto basato su indicatori quantitativi, fornendo feed-back informativo alle strutture sanitarie anche attraverso la pubblicazione di dati sul portale regionale. La DG Welfare ha inoltre definito linee di indirizzo nelle "Regole di sistema" e specifici obiettivi per i Direttori Generali degli Enti del SSR, per migliorare l'appropriatezza prescrittiva di antibiotici attraverso azioni condivise Ospedale-Territorio, adottando un sistema di valutazione "a bersaglio" su indicatori quantitativi analogo a quello del Network delle Regioni. Si è anche avviato un monitoraggio di indicatori qualitativi che tuttavia non è stato ancora condiviso con le ASST e le ATS. In questo progetto, l'applicazione del framework AWaRe, definito dall'OMS per confrontare il profilo d'uso degli antibiotici nei paesi (Klein EY et al., 2021), risulta innovativo e consente un test di validazione per l'eventuale sua estensione con finalità di policy regionale e nazionale (come attualmente accade solo in Svizzera e nel Regno Unito tra i Paesi ad alto reddito), anche in considerazione del fatto che il framework ha il supporto del gruppo G20 dei governi come sistema semplificato e standardizzato per la sorveglianza antimicrobica (Declaration G20, 2018).

Le azioni riguardano in sintesi:

- Adozione di indicatori qualitativi (indicatori ESAC e framework AWaRe dell'OMS), accanto a quelli quantitativi, nel monitoraggio della prescrizione di antibiotici sul territorio e valutazione dell'applicabilità del framework AWaRe per verificare l'efficacia delle azioni regionali volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e controllo della AMR (in termini di misurazione dell'aumento di quota prescritta di antibiotici "Access" nel periodo di validità del programma).
- Avvio di un sistema di monitoraggio standardizzato in ambito ospedaliero.
- Produzione di reportistica in ambito territoriale ed ospedaliero.

- Avvio di un monitoraggio in specifici gruppi di popolazione, in particolare nei bambini (azione equity-oriented) e nei grandi anziani.
- Condivisione dei dati monitorati nel Tavolo tecnico regionale intersettoriale, anche ai fini della successiva diffusione attraverso azioni di formazione e comunicazione rivolte ad operatori sanitari, alla popolazione, a gruppi specifici di stakeholder.

5. **Attivazione dei Comitati per il Controllo delle ICA e sviluppo di Programmi di *Antimicrobial Stewardship***

Si prevede l'attivazione in tutte le ASST di un Comitato per il Controllo delle ICA, che svolge funzioni di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA, la cui realizzazione è in capo alla Direzione Sanitaria con criteri di coordinamento, integrazione, trasversalità delle funzioni e delle competenze.

Si prevede inoltre di individuare per ogni ASST un referente unico in ambito di AMR e di attribuire alla Direzione Sanitaria la realizzazione delle attività secondo un modello organizzativo scelto autonomamente in base al contesto locale (es. tipologia di posti letto, specialità presenti e epidemiologia locale), che preveda la presenza di competenze specifiche (tra cui infettivologo o igienista esperto in materia).

Le principali funzioni riguardano:

- adozione di linee guida locali di profilassi e terapia
- monitoraggio del consumo di antibiotici e dell'epidemiologia locale delle resistenze microbiche, con l'uso di opportuni indicatori, e produzione di feedback informativi periodici ai reparti
- promozione dell'uso appropriato degli antibiotici attraverso la predisposizione di un programma di antimicrobial stewardship
- attività di orientamento e collaborazione sull'uso degli antibiotici a livello territoriale con le strutture con cui sono in essere i rapporti continuativi in termini di accettazione e dimissione dei pazienti
- formazione e aggiornamento degli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA e sull'uso appropriato degli antibiotici.

VIsta la dinamica dei ricoveri ospedalieri caratterizzata da un rapido turnover di pazienti acuti e dalla dimissione verso centri con minore intensità di cura per le fasi di convalescenza, le azioni di Antimicrobial Stewardship dovranno attivarsi anche attraverso un raccordo ospedale-territorio: l'efficacia dell'azione di stewardship deve garantire il contrasto allo sviluppo di resistenze a livello territoriale con particolare attenzione al contesto delle RSA. Pertanto, il referente di ASST per l'AMR deve garantire un raccordo con le strutture (RSA o altre strutture territoriali) che principalmente inviano i malati per ricovero di fenomeni acuti.

6. **Attivazione di percorsi di formazione e verifica delle competenze degli operatori sanitari (Ospedale e Territorio)**

L'azione è volta a 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.

Le competenze di riferimento per l'area ICA e AMR per le quali si attende che gli operatori ospedalieri/territoriali siano formati sono:

- corretti comportamenti per la prevenzione di ICA e AMR
- modalità di segnalazione
- appropriatezza prescrittiva degli antimicrobici
- capacità di lettura epidemiologica del contesto locale

- controlli e campionamenti in materia di farmacosorveglianza

7. **Sviluppo di un programma di monitoraggio, informazione e comunicazione sull'uso degli antibiotici e la AMR nella popolazione generale e in età pediatrica (azione equity-oriented)**

Si intende attivare un progetto di comunicazione per promuovere l'utilizzo appropriato degli antibiotici nella popolazione generale e in età pediatrica: il progetto di comunicazione avrà durata pluriennale (2022-2025) da attivarsi con strumenti e modalità definite dal tavolo tecnico regionale intersettoriale. Target del progetto sono la popolazione generale, gli utenti genitori dei bambini, la medicina di famiglia (PLS/MMG) e i professionisti ospedalieri.

Tra gli strumenti di comunicazione dedicati ai professionisti è prevista una reportistica a scadenza almeno annuale che abbia anche un'area open data; saranno mappati gli interventi già in atto nelle singole realtà lombarde al fine di mettere a sistema gli interventi con maggiori caratteristiche di efficienza ed efficacia.

8. **Promozione della sorveglianza della AMR e predisposizione di procedure di laboratorio**

Con il completamento dell'operatività del sistema MICRO-BIO e lo sviluppo del programma strutturato di sorveglianza regionale, si prevede di coinvolgere progressivamente la partecipazione dei laboratori di tutte le strutture pubbliche e private accreditate alla sorveglianza della AMR. Al fine di garantire la qualità delle attività di sorveglianza, verranno implementate procedure regionali di accreditamento per i laboratori delle ASST partecipanti a MICRO-BIO, coordinate con le indicazioni nazionali, regionali, del sistema AR-ISS.

Bibliografia essenziale

- Klein EY, et al, 2021. Assessment of WHO antibiotic consumption and access targets in 76 countries, 2000–15: an analysis of pharmaceutical sales data - The Lancet Infectious Diseases
- Simmons B et al, 2021. Bull World Health Organ 20121; 99: 550-561.
- Sharland M et al. Lancet Infect Dis 2019, 19: 1278-80.
- -Declaration G20 Meeeting of Health Ministers 2018, 4 October 2018. http://www.g20.utoronto.ca/2018/2018-10-04-health.pdf
- Adaptation of the WHO Essential Medicines List for national antibiotic stewardship policy in England: being AWaRe | Journal of Antimicrobial Chemotherapy | Oxford Academic (oup.com)
- https://www.star.admin.ch/dam/star/en/dokumente/swiss-antibiotic-resistance-report-2020.pdf.download.pdf/BAG_Antibiotikaresistenz_2020_def_WEB.pdf
- How to improve antibiotic awareness campaigns: findings of a WHO global survey | BMJ Global Health

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 PP10_OT01	**Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, ARPA, IIZZSS, Ordini professionali/Federazioni, Comuni, Enti, Istituzioni, allevatori, operatori del settore alimentare e farmaceutico e altri stakeholder, finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR**
INDICATORE 1 PP10_OT01_IT01	**Tavoli tecnici intersettoriali (AZIONI 1, 6)**
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
AZIONE 1	Aggiornamento degli indirizzi regionali in coerenza con le indicazioni nazionali e lo sviluppo del SSR lombardo
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 1	Aggiornamento degli indirizzi regionali in materia di uso di antimicrobici e AMR identificando e riorganizzando le competenze sia all'interno della DG Welfare sia in ambito ospedaliero e territoriale per implementare logiche di antimicrobial stewardship, in attuazione e ad integrazione di precedenti provvedimenti regionali. Realizzazione di specifici atti regionali per: – definire l'organizzazione nelle ASST della tematica ICA e AMR – stabilire modalità di monitoraggio della prescrizione di antimicrobici attraverso specifici indicatori – definire gli standard di formazione – diffondere linee guida evidence-based, raccomandazioni, protocolli operativi emanati dal tavolo tecnico regionale intersettoriale (vedi azione specifica), in accordo con il coordinamento interregionale – definire modelli di accreditamento per i laboratori, in accordo con le altre regioni (coordinamento interregionale)
AZIONE 6	Istituzione di un tavolo tecnico regionale intersettoriale per l'integrazione con altri ambiti del SSR ed extra-SSR nel contrasto alla AMR
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età

DESCRIZIONE AZIONE 6	Istituzione di un tavolo tecnico intersettoriale (area medica e veterinaria) e multidisciplinare con il coordinamento regionale (DG Welfare), che prevede l'attivazione di gruppi di lavoro specifici, il cui obiettivo primario è il monitoraggio periodico dell'applicazione delle indicazioni del PNCAR, a livello regionale e negli Enti SSR e la realizzazione degli indirizzi organizzativi, operativi, tecnici e degli atti normativi necessari per tale finalità. Obiettivi specifici del tavolo: – promuovere il confronto tra le istituzioni del SSR, intra- ed inter-regionali, ed extra-SSR (associazioni scientifiche, cittadini, operatori nel settore scolastico, universitari, altri portatori di interesse) per favorire una maggiore attenzione all'uso appropriato degli antibiotici e al contrasto della AMR ed individuare obiettivi comuni – attivare ruoli e responsabilità per il contrasto dell'AMR nei diversi settori coinvolti – definire indirizzi organizzativi, operativi, tecnici e adottare i relativi atti normativi a supporto della loro realizzazione – sviluppare procedure intersettoriali regionali per la conduzione di indagini epidemiologiche in casi di individuazione di microrganismi patogeni resistenti – verificare annualmente l'adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute – verificare almeno annualmente l'efficacia degli interventi e del modello organizzativo adottato attraverso la valutazione di indicatori quali-quantitativi sull'uso degli antimicrobici (target: aumento dell'uso di antibiotici "Access" del framework AWaRe dell'OMS in ambito territoriale tra il 55-60% del totale) – individuare azioni di miglioramento.

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 PP10_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**
INDICATORE 2 PP10_OT02_IT02	**Formazione sull'uso appropriato di antibiotici (AZIONI 6, 8, 9, 10)**
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
AZIONE 6	Istituzione di un tavolo tecnico regionale intersettoriale per l'integrazione con altri ambiti del SSR ed extra-SSR nel contrasto alla AMR
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età

DESCRIZIONE AZIONE 6	Istituzione di un tavolo tecnico intersettoriale (area medica e veterinaria) e multidisciplinare con il coordinamento regionale (DG Welfare), che prevede l'attivazione di gruppi di lavoro specifici, il cui obiettivo primario è il monitoraggio periodico dell'applicazione delle indicazioni del PNCAR, a livello regionale e negli Enti SSR e la realizzazione degli indirizzi organizzativi, operativi, tecnici e degli atti normativi necessari per tale finalità. Obiettivi specifici del tavolo: – promuovere il confronto tra le istituzioni del SSR, intra- ed inter-regionali, ed extra-SSR (associazioni scientifiche, cittadini, operatori nel settore scolastico, universitari, altri portatori di interesse) per favorire una maggiore attenzione all'uso appropriato degli antibiotici e al contrasto della AMR ed individuare obiettivi comuni – attivare ruoli e responsabilità per il contrasto dell'AMR nei diversi settori coinvolti – definire indirizzi organizzativi, operativi, tecnici e adottare i relativi atti normativi a supporto della loro realizzazione – sviluppare procedure intersettoriali regionali per la conduzione di indagini epidemiologiche in casi di individuazione di microrganismi patogeni resistenti – verificare annualmente l'adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute – verificare almeno annualmente l'efficacia degli interventi e del modello organizzativo adottato attraverso la valutazione di indicatori quali-quantitativi sull'uso degli antimicrobici (target: aumento dell'uso di antibiotici "Access" del framework AWaRe dell'OMS in ambito territoriale tra il 55-60% del totale) – individuare azioni di miglioramento.
AZIONE 8	Attivazione dei Comitati Per il Controllo delle ICA e sviluppo di programmi di Antimicrobial stewardship
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 8	Attivazione in tutte le ASST di un Comitato per il Controllo delle ICA, che svolge funzioni di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA. La realizzazione del Comitato è in capo alla Direzione Sanitaria e deve rispondere ai seguenti requisiti: – coordinamento, integrazione, trasversalità; in particolare devono essere integrate le competenze in ambito igienistico, microbiologico, farmaceutico, infettivologico, risk management, DPSSA, medico competente, RSPP. – presenza di figure infermieristiche formate nel rischio infettivo, in grado di garantire la gestione della prevenzione delle ICA e la gestione degli isolamenti. Funzioni – Definizione del rischio infettivo nel contesto operativo; – implementazione di misure di prevenzione e di controllo delle ICA definite da protocolli e procedure validati basati sulle evidenze scientifiche;

	– monitoraggio e sorveglianza del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani; – adozione di misure di sorveglianza adeguate al contesto organizzativo; – monitoraggio delle ICA e produzione di reportistica specifica a cadenza almeno annuale; – informazione, addestramento, formazione del personale addetto all'assistenza; – adesione alla sorveglianza microbiologica in ambito regionale delle ICA, secondo le indicazioni del Ministero della Salute (obbligatoriamente alla sorveglianza dei CRE) – collegamento delle attività di contrasto alle ICA con il piano annuale di risk management, in particolare per misurazione della adesione alle buone pratiche e allo sviluppo degli audit clinici ed organizzativi specifici per argomento e per gli eventi avversi rilevanti. Si prevede inoltre di individuare per ogni ASST un referente unico in ambito di AMR e di attribuire alla Direzione Sanitaria la realizzazione delle attività secondo un modello organizzativo di antimicrobial stewardship scelto autonomamente in base al contesto locale (es. tipologia di posti letto, specialità presenti, epidemiologia locale) ma che preveda le seguenti caratteristiche: · coordinamento, integrazione, trasversalità come descritto per i Comitati per il Controllo delle ICA. · competenze nell'utilizzo degli antibiotici garantite tramite la presenza di uno specialista infettivologo o un internista con dimostrata esperienza nell'ambito MDR. Funzioni – Adozione di linee guida locali di profilassi e terapia; – monitoraggio del consumo di antibiotici e dell'epidemiologia locale – delle resistenze microbiche, con l'uso di opportuni indicatori, e produzione di feedback informativi periodici ai reparti e di un report complessivo annuale; – promozione dell'uso appropriato degli antibiotici attraverso la predisposizione di un programma di antimicrobial stewardship (la cui organizzazione dipende dal contesto locale: tipologia di posti letto, specialità presenti, epidemiologia locale delle resistenze); – attività di orientamento e collaborazione sull'uso degli antibiotici a livello territoriale con le strutture con cui sono in essere i rapporti continuativi in termini di accettazione e dimissione dei pazienti (es. degenze di comunità, RSA); – formazione e aggiornamento degli operatori sanitari (tra cui medici, infermieri, farmacisti) sulla prevenzione delle ICA e sull'uso appropriato degli antibiotici, con organizzazione di almeno un evento formativo annuale.
AZIONE 9	Attivazione di percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori sanitari (ospedale e territorio)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE

SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 9	Implementare linee guida evidence-based, raccomandazioni, procedure operative sull'uso appropriato degli antibiotici sia sul territorio che in ambito ospedaliero, attraverso attività di formazione annuali in materia di AMR e ICA, associate ad audit e feed-back dei dati, e con successiva valutazione dell'impatto sulle prescrizioni di antibiotici sulla base dei flussi informativi correnti. Le competenze di riferimento per l'area ICA e AMR per le quali si attende che gli operatori ospedalieri/territoriali siano formati sono: · corretti comportamenti per la prevenzione di ICA e AMR · modalità di segnalazione · appropriatezza prescrittiva degli antimicrobici · capacità di lettura epidemiologica del contesto locale · controlli e campionamenti in materia di farmacosorveglianza
AZIONE 10	PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DI INIZIATIVE PER GLI STAKEHOLDERS PER L'USO APPROPRIATO DI ANTIBIOTICI (ambito veterinario)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 10	**RAZIONALE - STATO DELL'ARTE** Con deliberazione n XI / 996 del 11/12/2018 recante "Ulteriori determinazioni in ordine allo sviluppo della strategia regionale per il contrasto all'antimicrobicoresistenza (AMR) nel settore veterinario - (di concerto con l'assessore Rolfi) e Decreto n. 10815 del 22/07/2019 "Protocollo operativo per l'attuazione delle misure di contrasto all'antimicrobicoresistenza" al fine di incentivare utilizzo consapevole farmaco è stato richiesto alle ATS, nell'ambito del piano Triennale di contrasto all'antibiotico resistenza 2019-2021, di adottare protocolli operativi per l' uso consapevole del farmaco negli allevamenti e la riduzione dello stesso, attraverso il coinvolgimento delle associazioni e dei portatori d'interesse. Nel corso del 2019 sono stati attivati 22 protocolli operativi tra le ATS e portatori di interesse quali caseifici, associazioni di allevatori, ordini provinciali di medici veterinari e allevamenti zootecnici. I protocolli prevedono una fase iniziale di formazione, attraverso la diffusione di materiale informativo e l'organizzazione di incontri formativi con allevatori, addetti alle pratiche zootecniche e veterinari, volti a sensibilizzare nei confronti della problematica dell'antimicrobicoresistenza e a promuovere un uso responsabile degli antibiotici, l'utilizzo di buone pratiche igienico sanitarie (sia nell'ambito zootecnico che delle strutture di cura degli animali d'affezione), l'applicazione della metodica dell'asciutta selettiva nelle bovine e a promuovere il benessere animale. La riduzione dell'uso degli antibiotici verrà monitorata attraverso il controllo di specifici indicatori e attraverso il sistema informativo di tracciabilità del farmaco veterinario. L'"Approccio Integrato al Controllo dell'Antimicrobicoresistenza" è un obiettivo strategico del Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2023 di cui alla DCR 522/2019 e prevede,

	tra gli interventi vincolanti per i Dipartimenti Veterinari delle ATS, il miglioramento dell'efficacia dei controlli ufficiali in materia di farmacosorveglianza con particolare attenzione all'utilizzo appropriato del farmaco. Tale obiettivo strategico prevede inoltre che i Dipartimenti Veterinari promuovano l'uso appropriato e consapevole degli antimicrobici, recepiscano le linee guida sull'utilizzo appropriato degli antimicrobici negli allevamenti, con il coinvolgimento dei Veterinari Liberi professionisti. Nell'ambito dell'evoluzione dei sistemi REV e ClassyFarm, l'azione si svolgerà attraverso la programmazione regionale (condivisa nel Tavolo tecnico intersettoriale descritto in azione specifica) con la collaborazione delle ATS di iniziative informative dirette ai portatori di interesse. **INDICATORI** 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

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 3 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**
INDICATORE 3 PP10_OT03_IT03	**Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici (AZIONI 4, 6, 10, 12)**
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
AZIONE 4	RAFFORZAMENTO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO DELL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO UMANO
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 4	Miglioramento e rinnovo del sistema regionale di sorveglianza e monitoraggio della prescrizione di antibiotici in ambito umano, per la prescrizione territoriale attraverso l'implementazione di indicatori qualitativi innovativi (indicatori ESAC e framework AWaRe dell'OMS) ad integrazione degli indicatori quantitativi già in uso, per la prescrizione ospedaliera attraverso l'attivazione di percorsi di standardizzazione delle modalità di rilevazione dell'uso degli antibiotici con indicatori di standard di riferimento. Le azioni, condivise nell'ambito del tavolo tecnico regionale intersettoriale, riguardano: · Rafforzare l'attività di monitoraggio regionale e locale sull'uso degli antibiotici in ambito territoriale attraverso l'adozione di indicatori qualitativi (indicatori ESAC e framework AWaRe dell'OMS), accanto a

	quelli quantitativi già in uso. L'applicazione del framework AWaRe risulta innovativa e consente un test di validazione per l'eventuale sua estensione con finalità di policy su scala regionale ed eventualmente nazionale. · Valutare l'applicabilità del framework AWaRe per finalità di verifica dell'efficacia di azoni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e controllo della AMR poste in essere a livello regionale nel periodo di vigenza del Programma (misurata come aumento della quota d'uso di antibiotici del gruppo "Access"). · Produrre una reportistica specifica (almeno annuale), diffusa alle strutture anche attraverso la pubblicazione sul portale regionale. · Avviare un sistema di monitoraggio standardizzato in ambito ospedaliero con specifici indicatori (DDD/100 giornate di degenza, costo/DDD) anche mediante lo sviluppo di percorsi di informatizzazione sui gestionali di magazzino per raccogliere i dati in modo tempestivo e fruibile. · Produrre un modello di report per monitoraggio ospedaliero della prescrizione con indicatori standard. · Integrare le azioni di sorveglianza e monitoraggio sull'uso degli antimicrobici con il sistema MICRO-BIO (descritto in azione specifica). · Effettuare un monitoraggio specifico per sottogruppi di popolazione (bambini e anziani). · Condividere i dati monitorati nel Tavolo tecnico regionale intersettoriale, anche ai fini della successiva diffusione attraverso azioni di formazione e comunicazione rivolte ad operatori sanitari, alla popolazione, a gruppi specifici di stakeholder (anche in occasione della Giornata europea degli antibiotici nell'ambito della contestuale Settimana mondiale della consapevolezza antimicrobica).
AZIONE 6	Istituzione di un tavolo tecnico regionale intersettoriale per l'integrazione con altri ambiti del SSR ed extra-SSR nel contrasto alla AMR
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 6	Istituzione di un tavolo tecnico intersettoriale (area medica e veterinaria) e multidisciplinare con il coordinamento regionale (DG Welfare), che prevede l'attivazione di gruppi di lavoro specifici, il cui obiettivo primario è il monitoraggio periodico dell'applicazione delle indicazioni del PNCAR, a livello regionale e negli Enti SSR e la realizzazione degli indirizzi organizzativi, operativi, tecnici e degli atti normativi necessari per tale finalità. Obiettivi specifici del tavolo: – promuovere il confronto tra le istituzioni del SSR, intra- ed inter-regionali, ed extra-SSR (associazioni scientifiche, cittadini, operatori nel settore scolastico, universitari, altri portatori di interesse) per favorire una maggiore attenzione all'uso appropriato degli antibiotici e al contrasto della AMR ed individuare obiettivi comuni – attivare ruoli e responsabilità per il contrasto dell'AMR nei diversi settori coinvolti – definire indirizzi organizzativi, operativi, tecnici e adottare i relativi atti normativi a supporto della loro realizzazione

	– sviluppare procedure intersettoriali regionali per la conduzione di indagini epidemiologiche in casi di individuazione di microrganismi patogeni resistenti – verificare annualmente l'adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute – verificare almeno annualmente l'efficacia degli interventi e del modello organizzativo adottato attraverso la valutazione di indicatori quali-quantitativi sull'uso degli antimicrobici (target: aumento dell'uso di antibiotici "Access" del framework AWaRe dell'OMS in ambito territoriale tra il 55-60% del totale) – individuare azioni di miglioramento.
AZIONE 10	PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DI INIZIATIVE PER GLI STAKEHOLDERS PER L'USO APPROPRIATO DI ANTIBIOTICI (ambito veterinario)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 10	**RAZIONALE - STATO DELL'ARTE** Con deliberazione n XI / 996 del 11/12/2018 recante "Ulteriori determinazioni in ordine allo sviluppo della strategia regionale per il contrasto all'antimicrobicoresistenza (AMR) nel settore veterinario - (di concerto con l'assessore Rolfi) e Decreto n. 10815 del 22/07/2019 "Protocollo operativo per l'attuazione delle misure di contrasto all'antimicrobicoresistenza" al fine di incentivare utilizzo consapevole farmaco è stato richiesto alle ATS, nell'ambito del piano Triennale di contrasto all'antibiotico resistenza 2019-2021, di adottare protocolli operativi per l' uso consapevole del farmaco negli allevamenti e la riduzione dello stesso, attraverso il coinvolgimento delle associazioni e dei portatori d'interesse. Nel corso del 2019 sono stati attivati 22 protocolli operativi tra le ATS e portatori di interesse quali caseifici, associazioni di allevatori, ordini provinciali di medici veterinari e allevamenti zootecnici. I protocolli prevedono una fase iniziale di formazione, attraverso la diffusione di materiale informativo e l'organizzazione di incontri formativi con allevatori, addetti alle pratiche zootecniche e veterinari, volti a sensibilizzare nei confronti della problematica dell'antimicrobicoresistenza e a promuovere un uso responsabile degli antibiotici, l'utilizzo di buone pratiche igienico sanitarie (sia nell'ambito zootecnico che delle strutture di cura degli animali d'affezione), l'applicazione della metodica dell'asciutta selettiva nelle bovine e a promuovere il benessere animale. La riduzione dell'uso degli antibiotici verrà monitorata attraverso il controllo di specifici indicatori e attraverso il sistema informativo di tracciabilità del farmaco veterinario. L'"Approccio Integrato al Controllo dell'Antimicrobicoresistenza" è un obiettivo strategico del Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2023 di cui alla DCR 522/2019 e prevede, tra gli interventi vincolanti per i Dipartimenti Veterinari delle ATS, il miglioramento dell'efficacia dei controlli ufficiali in materia di farmacosorveglianza con particolare attenzione all'utilizzo appropriato del farmaco. Tale obiettivo strategico prevede inoltre che i Dipartimenti Veterinari promuovano l'uso appropriato e consapevole

	degli antimicrobici, recepiscano le linee guida sull'utilizzo appropriato degli antimicrobici negli allevamenti, con il coinvolgimento dei Veterinari Liberi professionisti. Nell'ambito dell'evoluzione dei sistemi REV e ClassyFarm, l'azione si svolgerà attraverso la programmazione regionale (condivisa nel Tavolo tecnico intersettoriale descritto in azione specifica) con la collaborazione delle ATS di iniziative informative dirette ai portatori di interesse. **INDICATORI** 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
AZIONE 12	Sviluppo di un programma di monitoraggio, informazione e comunicazione sull'uso degli antibiotici e la AMR in età pediatrica
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	5.11 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia
DESCRIZIONE AZIONE 12	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità e degli operatori sanitari sull'uso appropriato degli antibiotici e l'AMR nella popolazione in età pediatrica, al fine di ridurre iniquità nell'accesso a prescrizione e trattamento farmacologico adeguati in relazione ai bisogni di salute in questa fascia di età, correlabili a fattori di natura socio-culturale oltre che alle attitudini prescrittive dei medici. Sviluppare azioni di monitoraggio qualitativo, oltre che quantitativo, della prescrizione di antibiotici in età pediatrica (framework AWaRe dell'OMS, indicatori ESAC, amoxicillin index), al fine di evidenziare elementi di criticità anche in un'ottica di iniquità di trattamento e di conseguente possibile esito clinico, che rappresentino la base per lo sviluppo di azioni di informazione e comunicazione finalizzate a ridurre le iniquità. Si intende attivare un progetto di comunicazione ed informazione per promuovere l'utilizzo appropriato degli antibiotici in età pediatrica, in ambito territoriale ed ospedaliero. Il progetto, di durata pluriennale (2022-2025), verrà pianificato con strumenti e modalità definiti all'interno del tavolo tecnico regionale intersettoriale (descritto in azione specifica). Target del progetto sono principalmente i caregiver (genitori), la medicina di famiglia (PLS/MMG) e i professionisti ospedalieri (operanti in Pronto Soccorso e in reparti con pazienti ad alto rischio di sviluppare sepsi e AMR da germi multiresistenti-MDR), La valutazione dell'impatto dell'azione avverrà attraverso la verifica del cambiamento nella prescrizione di antibiotici in età pediatrica sul territorio (dati 2025 vs 2019), in termini sia di miglioramento degli indicatori qualitativi del framework AWaRe (aumento della quota di antibiotici "Access" sul totale della prescrizione) sia di riduzione quantitativa della prescrizione (numero di DDD/1.000 abitanti die). Il progetto si inserisce nel programma di informazione e

	comunicazione regionale sull'uso appropriato degli antibiotici nella popolazione, di cui è previsto un aggiornamento annuale. Strumenti da sviluppare, all'interno del tavolo tecnico regionale intersettoriale: · Monitoraggio della prescrizione di antibiotici in età pediatrica, attraverso i metodi descritti in altra azione di questo programma (Rafforzamento del sistema di sorveglianza e monitoraggio dell'uso appropriato degli antibiotici in ambito umano). · Adozione di indicatori qualitativi (indicatori ESAC e framework AWaRe dell'OMS; 1,2,3), accanto a quelli quantitativi, nel monitoraggio della prescrizione di antibiotici nella popolazione pediatrica sul territorio; sviluppo di indicatori standard per la prescrizione in ambito ospedaliero di tipo quantitativo (DDD/100 giornate di degenza). · In base alle criticità emerse dal monitoraggio della prescrizione, identificazione delle aree prioritarie di intervento anche al fine di ridurre le iniquità di accesso alla prescrizione appropriata; conseguentemente, individuazione dei messaggi prioritari da fornire all'utenza per specifico ambito (prescrizione di antibiotici, procedure di prevenzione delle infezioni come il lavaggio mani, ecc.). · Attivazione di focus group con la partecipazione di soggetti destinatari dell'azione comunicativa, che condividano e validino i criteri di individuazione delle priorità di intervento, gli strumenti di analisi epidemiologica dei dati (ad esempio indicatori specifici per l'uso di antibiotici in età pediatrica in ambito ospedaliero), le strategie comunicative più adeguate per i diversi stakeholder (anche Società Scientifiche, Ordini professionali, farmacisti, ecc). · Inserimento dell'attività di informazione e comunicazione del Piano di comunicazione regionale aggiornato annualmente. · Organizzazione degli interventi informativi e di comunicazione, mirati e specifici per i diversi stakeholder, nelle seguenti forme: brochure, siti, internet, video (social media). Le modalità di informazione e comunicazione verranno individuate considerando riferimenti internazionali e/o nazionali nel settore (ad esempio: 4). · Valutazione dell'impatto dell'azione attraverso la verifica della variazione di indicatori prescrittivi quali-quantitativi. I focus group e gli strumenti di analisi farmaco-epidemiologica devono approfondire fattori predisponenti, rinforzanti, abilitanti (5) al fine di identificare gli interventi opportuni per favorire l'utilizzo appropriato di antibiotici e il contrasto all'AMR in età pediatrica. In base a dati di letteratura, anche integrati con dati di contesto prescrittivo regionale, si evidenziano di seguito i fattori principali di natura sociale e culturale in grado di condizionare una maggiore e potenzialmente inappropriata prescrizione di antibiotici, su cui occorre intervenire per aumentare l'efficacia degli interventi formativi, informativi e comunicativi di miglioramento. Tali fattori meritano un approfondimento specifico all'interno del programma con focalizzazione sull'età pediatrica. A. Fattori predisponenti: · disuguaglianza di reddito: bassa condizione socio-economica e di reddito (6) · basso livello di educazione scolastica · indice di deprivazione · genitori immigrati (7) · vivere in contesti urbani B. Fattori abilitanti: · la non capacità dei genitori/caregiver di tollerare l'indicazione da

parte del medico di attendere gli sviluppi della patologia prima di iniziare il trattamento (uncertainty avoidance)
· la non capacità dei genitori/caregiver di ottenere, elaborare e capire informazioni sanitarie di base e accedere ai servizi di salute in modo da effettuare scelte consapevoli (health literacy)
· esperienza e formazione del medico; si registra un eccesso di prescrizione di antibiotici nelle prime e nelle ultime fasi della carriera professionale
· relazioni positive tra medico e paziente/caregiver. La necessità del medico di rispondere alle aspettative dei genitori/pazienti per mantenere una relazione positiva può portare a atteggiamenti di iperprescrizione, mentre la partecipazione del paziente al processo decisionale ed uno stile comunicativo adeguato da parte del medico rappresentano condizioni favorenti l'appropriatezza prescrittiva (8).
C) Fattori rinforzanti:
· incertezza sul ruolo degli antibiotici nelle infezioni virali
· scarse conoscenze generali sulle malattie infettive (ad es. agenti patogeni, modalità di trasmissione, trattamenti). In particolare, sussiste la convinzione errata che gli antibiotici rappresentino una terapia utile nelle infezioni virali, come suggeriscono gli studi di farmacoutilizzazione che evidenziano un maggior impiego degli antibiotici nel periodo invernale in concomitanza all'aumento delle patologie virali parainfluenzali (6, 8, 9). Anche in Regione Lombardia si registra una variabilità stagionale nell'uso di antibiotici, che nel 2019 è compresa tra 12,8 DDD/1000 ab die di agosto e 16,9 di gennaio, con valori nella stagione invernale superiori del 32,6% rispetto alla media annuale, suggerendo un'inappropriatezza prescrittiva correlata all'uso in concomitanza della stagione influenzale
· aspettativa del paziente e del cargiver (power distance). È stato evidenziato che i genitori sono più propensi ad ottenere la prescrizione di un antibiotico se il bambino è stato precedente trattato con un antibiotico (8)
· necessità dei genitori di tornare al lavoro (8).
Tra gli strumenti di comunicazione dedicati ai professionisti è prevista:
· reportistica a scadenza almeno annuale
· focus su tematiche specifiche
· area open data navigabile e accessibile a tutti
· attivazione di percorsi di formazione

Bibliografia essenziale

1. The 2019 WHO AWaRe classification of antibiotics for evaluation and monitoring of use. Geneva: World Health Organization; 2019. (WHO/EMP/IAU/2019.11).
2. Klein EY, et al. Assessment of WHO antibiotic consumption and access targets in 76 countries, 2000–15: an analysis of pharmaceutical sales data - Lancet Infect Dis. 2021 Jan;21(1):107-115.
3. Sharland M et al. Encouraging AWaRe-ness and discouraging inappropriate antibiotic use-the new 2019 Essential Medicines List becomes a global antibiotic stewardship tool. Lancet Infect Dis. 2019 Dec;19(12):1278-1280.
4. Antibiotic resistance: using a cultural contexts of health approach to address a global health crisis. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Green LW, Kreuter MW: Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. (2nd ed.). Mountain View, CA, Mayfield, 1991
6. ARS Toscana. http://www.infezioniobiettivozero.info/10-antibiotico-resistenza/32-fattori-sociali-e-culturali-uso-antibiotici
7. Mangrio E et al. Antibiotic use among 8-month-old children in Malmö, Sweden--in relation to child characteristics and parental sociodemographic, psychosocial and lifestyle factors. BMC Pediatr. 2009 May 8;9:31
8. Public Health Agency of Canada. Social and cultural drivers of antimicrobial use.

	2019 Spotligh Report https://www .canada.ca/en/public-health/services/publications/drugs-health-products/social-cultural-drivers-antimicrobial-use.html 9. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso degli antibiotici in Italia. Rapporto Nazionale 2019. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2020 Bibliografia di approfondimento 1. McCullough AR et al. A systematic review of the public's knowledge and beliefs about antibiotic resistance. J Antimicrob Chemother. 2016; 71(1):27-33 2. Gayagisiz U, Lajunen T, Gayagisiz E. Socio-economic factors, cultural values, national personality and antibiotic use: a cross-cultural study among European countries. J of Infection and Public Health. 2017; 10:755-760 3. Broom J, Broom A, Kirby E. The drivers of antimicrobial use across institutions, stakeholders and economic settings: a paradigm shift is required for effective optimization. Journal of antimicrobial Chemotherapy 2019. doi:10.1093/jac/dkz233 4. Harbarth S, Monnet DL. Cultural and Socioeconomic Determinants of Antibiotic Use. In: Gould IM, van der Meer JW, editors. Antibiotic Policies: Fighting Resistance. Boston, Springer; 2008:29-40 5. Touboul-Lundgren P et al. Identification of cultural determinants of antibiotic use cited in primary care in europe: a mixed research synthesis study of integrated design "Culture is all around us". BMC Public Health 2015;15.908. doi: 10.1186/s12889-015-2254-8

EQUITÀ

OBIETTIVO 4 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**
INDICATORE 4 PP10_OT04_IT04	**Lenti di equità (AZIONI 6, 12)**
formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021
Fonte	Regione
AZIONE 6 EQUITY	Istituzione di un tavolo tecnico regionale intersettoriale per l'integrazione con altri ambiti del SSR ed extra-SSR nel contrasto alla AMR
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 6 EQUITY	Istituzione di un tavolo tecnico intersettoriale (area medica e veterinaria) e multidisciplinare con il coordinamento regionale (DG Welfare), che prevede l'attivazione di gruppi di lavoro specifici, il cui obiettivo primario è il monitoraggio periodico dell'applicazione delle indicazioni del PNCAR, a livello regionale e negli Enti SSR e la realizzazione degli indirizzi organizzativi, operativi, tecnici e degli atti normativi necessari per tale finalità. Obiettivi specifici del tavolo: – promuovere il confronto tra le istituzioni del SSR, intra- ed inter-regionali, ed extra-SSR (associazioni scientifiche, cittadini, operatori nel settore scolastico, universitari, altri portatori di interesse) per favorire una maggiore attenzione all'uso appropriato degli antibiotici e al contrasto della AMR ed individuare obiettivi comuni – attivare ruoli e responsabilità per il contrasto dell'AMR nei diversi settori coinvolti

	– definire indirizzi organizzativi, operativi, tecnici e adottare i relativi atti normativi a supporto della loro realizzazione – sviluppare procedure intersettoriali regionali per la conduzione di indagini epidemiologiche in casi di individuazione di microrganismi patogeni resistenti – verificare annualmente l'adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute – verificare almeno annualmente l'efficacia degli interventi e del modello organizzativo adottato attraverso la valutazione di indicatori quali-quantitativi sull'uso degli antimicrobici (target: aumento dell'uso di antibiotici "Access" del framework AWaRe dell'OMS in ambito territoriale tra il 55-60% del totale) individuare azioni di miglioramento.
AZIONE 12 EQUITY	Sviluppo di un programma di monitoraggio, informazione e comunicazione sull'uso degli antibiotici e la AMR in età pediatrica
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	5.11 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia
DESCRIZIONE AZIONE EQUITY ORIENTED	Promuovere la consapevolezza da parte della comunità e degli operatori sanitari sull'uso appropriato degli antibiotici e l'AMR nella popolazione in età pediatrica, al fine di ridurre iniquità nell'accesso a prescrizione e trattamento farmacologico adeguati in relazione ai bisogni di salute in questa fascia di età, correlabili a fattori di natura socio-cullturale oltre che alle attitudini prescrittive dei medici. Sviluppare azioni di monitoraggio qualitativo, oltre che quantitativo, della prescrizione di antibiotici in età pediatrica (framework AWaRe dell'OMS, indicatori ESAC, amoxicillin index), al fine di evidenziare elementi di criticità anche in un'ottica di iniquità di trattamento e di conseguente possibile esito clinico, che rappresentino la base per lo sviluppo di azioni di informazione e comunicazione finalizzate a ridurre le iniquità. Si intende attivare un progetto di comunicazione ed informazione per promuovere l'utilizzo appropriato degli antibiotici in età pediatrica, in ambito territoriale ed ospedaliero. Il progetto, di durata pluriennale (2022-2025), verrà pianificato con strumenti e modalità definiti all'interno del tavolo tecnico regionale intersettoriale (descritto in azione specifica). Target del progetto sono principalmente i caregiver (genitori), la medicina di famiglia (PLS/MMG) e i professionisti ospedalieri (operanti in Pronto Soccorso e in reparti con pazienti ad alto rischio di sviluppare sepsi e AMR da germi multiresistenti-MDR), La valutazione dell'impatto dell'azione avverrà attraverso la verifica del cambiamento nella prescrizione di antibiotici in età pediatrica sul territorio (dati 2025 vs 2019), in termini sia di miglioramento degli indicatori qualitativi del framework AWaRe (aumento della quota di antibiotici "Access" sul totale della prescrizione) sia di riduzione quantitativa della prescrizione (numero di DDD/1.000 abitanti die). Il progetto si inserisce nel programma di informazione e comunicazione regionale sull'uso appropriato degli antibiotici nella

popolazione, di cui è previsto un aggiornamento annuale.
Strumenti da sviluppare, all'interno del tavolo tecnico regionale intersettoriale:
· Monitoraggio della prescrizione di antibiotici in età pediatrica, attraverso i metodi descritti in altra azione di questo programma (Rafforzamento del sistema di sorveglianza e monitoraggio dell'uso appropriato degli antibiotici in ambito umano).
· Adozione di indicatori qualitativi (indicatori ESAC e framework AWaRe dell'OMS; 1,2,3), accanto a quelli quantitativi, nel monitoraggio della prescrizione di antibiotici nella popolazione pediatrica sul territorio; sviluppo di indicatori standard per la prescrizione in ambito ospedaliero di tipo quantitativo (DDD/100 giornate di degenza).
· In base alle criticità emerse dal monitoraggio della prescrizione, identificazione delle aree prioritarie di intervento anche al fine di ridurre le iniquità di accesso alla prescrizione appropriata; conseguentemente, individuazione dei messaggi prioritari da fornire all'utenza per specifico ambito (prescrizione di antibiotici, procedure di prevenzione delle infezioni come il lavaggio mani, ecc.).
· Attivazione di focus group con la partecipazione di soggetti destinatari dell'azione comunicativa, che condividano e validino i criteri di individuazione delle priorità di intervento, gli strumenti di analisi epidemiologica dei dati (ad esempio indicatori specifici per l'uso di antibiotici in età pediatrica in ambito ospedaliero), le strategie comunicative più adeguate per i diversi stakeholder (anche Società Scientifiche, Ordini professionali, farmacisti, ecc).
· Inserimento dell'attività di informazione e comunicazione del Piano di comunicazione regionale aggiornato annualmente.
· Organizzazione degli interventi informativi e di comunicazione, mirati e specifici per i diversi stakeholder, nelle seguenti forme: brochure, siti, internet, video (social media). Le modalità di informazione e comunicazione verranno individuate considerando riferimenti internazionali e/o nazionali nel settore (ad esempio: 4).
· Valutazione dell'impatto dell'azione attraverso la verifica della variazione di indicatori prescrittivi quali-quantitativi.
I focus group e gli strumenti di analisi farmaco-epidemiologica devono approfondire fattori predisponenti, rinforzanti, abilitanti (5) al fine di identificare gli interventi opportuni per favorire l'utilizzo appropriato di antibiotici e il contrasto all'AMR in età pediatrica. In base a dati di letteratura, anche integrati con dati di contesto prescrittivo regionale, si evidenziano di seguito i fattori principali di natura sociale e culturale in grado di condizionare una maggiore e potenzialmente inappropriata prescrizione di antibiotici, su cui occorre intervenire per aumentare l'efficacia degli interventi formativi, informativi e comunicativi di miglioramento. Tali fattori meritano un approfondimento specifico all'interno del programma con focalizzazione sull'età pediatrica.
A. Fattori predisponenti:
· disuguaglianza di reddito: bassa condizione socio-economica e di reddito (6)
· basso livello di educazione scolastica
· indice di deprivazione
· genitori immigrati (7)
· vivere in contesti urbani
B. Fattori abilitanti:
· la non capacità dei genitori/caregiver di tollerare l'indicazione da parte del medico di attendere gli sviluppi della patologia prima di

iniziare il trattamento (uncertainty avoidance)
· la non capacità dei genitori/caregiver di ottenere, elaborare e capire informazioni sanitarie di base e accedere ai servizi di salute in modo da effettuare scelte consapevoli (health literacy)
· esperienza e formazione del medico; si registra un eccesso di prescrizione di antibiotici nelle prime e nelle ultime fasi della carriera professionale
· relazioni positive tra medico e paziente/caregiver. La necessità del medico di rispondere alle aspettative dei genitori/pazienti per mantenere una relazione positiva può portare a atteggiamenti di iperprescrizione, mentre la partecipazione del paziente al processo decisionale ed uno stile comunicativo adeguato da parte del medico rappresentano condizioni favorenti l'appropriatezza prescrittiva (8).
C) Fattori rinforzanti:
· incertezza sul ruolo degli antibiotici nelle infezioni virali
· scarse conoscenze generali sulle malattie infettive (ad es. agenti patogeni, modalità di trasmissione, trattamenti). In particolare, sussiste la convinzione errata che gli antibiotici rappresentino una terapia utile nelle infezioni virali, come suggeriscono gli studi di farmacoutilizzazione che evidenziano un maggior impiego degli antibiotici nel periodo invernale in concomitanza all'aumento delle patologie virali parainfluenzali (6, 8, 9). Anche in Regione Lombardia si registra una variabilità stagionale nell'uso di antibiotici, che nel 2019 è compresa tra 12,8 DDD/1000 ab die di agosto e 16,9 di gennaio, con valori nella stagione invernale superiori del 32,6% rispetto alla media annuale, suggerendo un'inappropriatezza prescrittiva correlata all'uso in concomitanza della stagione influenzale
· aspettativa del paziente e del cargiver (power distance). E' stato evidenziato che i genitori sono più propensi ad ottenere la prescrizione di un antibiotico se il bambino è stato precedente trattato con un antibiotico (8)
· necessità dei genitori di tornare al lavoro (8).
Tra gli strumenti di comunicazione dedicati ai professionisti è prevista:
· reportistica a scadenza almeno annuale
· focus su tematiche specifiche
· area open data navigabile e accessibile a tutti
· attivazione di percorsi di formazione

Bibliografia essenziale
1. The 2019 WHO AWaRe classification of antibiotics for evaluation and monitoring of use. Geneva: World Health Organization; 2019. (WHO/EMP/IAU/2019.11).
2. Klein EY, et al. Assessment of WHO antibiotic consumption and access targets in 76 countries, 2000–15: an analysis of pharmaceutical sales data - Lancet Infect Dis. 2021 Jan;21(1):107-115.
3. Sharland M et al. Encouraging AWaRe-ness and discouraging inappropriate antibiotic use-the new 2019 Essential Medicines List becomes a global antibiotic stewardship tool. Lancet Infect Dis. 2019 Dec;19(12):1278-1280.
4. Antibiotic resistance: using a cultural contexts of health approach to address a global health crisis. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Green LW, Kreuter MW: Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. (2nd ed.). Mountain View, CA, Mayfield, 1991
6. ARS Toscana. http://www.infezioniobiettivozero.info/10-antibiotico-resistenza/32-fattori-sociali-e-culturali-uso-antibiotici
7. Mangrio E et al. Antibiotic use among 8-month-old children in Malmö, Sweden--in relation to child characteristics and parental sociodemographic, psychosocial and lifestyle factors. BMC Pediatr. 2009 May 8;9:31
8. Public Health Agency of Canada. Social and cultural drivers of antimicrobial use.

	2019 Spotligh Report https://www .canada.ca/en/public-health/services/publications/drugs-health-products/social-cultural-drivers-antimicrobial-use.html 9. Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso degli antibiotici in Italia. Rapporto Nazionale 2019. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2020 Bibliografia di approfondimento 1. McCullough AR et al. A systematic review of the public's knowledge and beliefs about antibiotic resistance. J Antimicrob Chemother. 2016; 71(1):27-33 2. Gayagisiz U, Lajunen T, Gayagisiz E. Socio-economic factors, cultural values, national personality and antibiotic use: a cross-cultural study among European countries. J of Infection and Public Health. 2017; 10:755-760 3. Broom J, Broom A, Kirby E. The drivers of antimicrobial use across institutions, stakeholders and economic settings: a paradigm shift is required for effective optimization. Journal of antimicrobial Chemotherapy 2019. doi:10.1093/jac/dkz233 4. Harbarth S, Monnet DL. Cultural and Socioeconomic Determinants of Antibiotic Use. In: Gould IM, van der Meer JW, editors. Antibiotic Policies: Fighting Resistance. Boston, Springer; 2008:29-40 5. Touboul-Lundgren P et al. Identification of cultural determinants of antibiotic use cited in primary care in europe: a mixed research synthesis study of integrated design "Culture is all around us". BMC Public Health 2015;15.908. doi: 10.1186/s12889-015-2254-8

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumentare le conoscenze della popolazione, degli operatori sanitari e di altri stakeholder sull'uso appropriato degli antibiotici in età pediatrica e sulle condizioni di iniquità d'accesso
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	- monitoraggio quali-quantitativo della prescrizione (focus su indicatori qualitativi) - attivazione di focus group - realizzazione di: campagna informativa e di comunicazione, protocolli e linee guida
ATTORI COINVOLTI	operatori SSR genitori MMG/PLS altri stakeholder (es. società scientifiche)
INDICATORE	**Distribuzione del consumo di antibiotici in età pediatrica secondo la classificazione AWaRe OMS** Formula: % di DDD/1000 abitanti die di antibiotici sistemici (ATC J01) della classe "Access" AWaRe prescritti nella popolazione pediatrica (residenti lombardi<14 anni) sul totale delle DDD/1000 abitanti die di antibiotici sistemici prescritti nella popolazione pediatrica Standard: Nel 2025: aumento della quota di prescrizione di antibiotici Access in una fascia compresa tra il 5-10% rispetto alla quota del 2019 (circa 51%). Fonte: Regione - flussi farmaceutica convenzionata
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Aumentare le conoscenze della popolazione, degli operatori sanitari e di altri stakeholder sull'uso appropriato degli antibiotici in età pediatrica e sulle condizioni di iniquità d'accesso
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	- monitoraggio quali-quantitativo della prescrizione (focus su indicatori qualitativi) - attivazione di focus group - realizzazione di: campagna informativa e di comunicazione, protocolli e linee guida

ATTORI COINVOLTI	operatori SSR genitori MMG/PLS altri stakeholder (es. società scientifiche)
INDICATORE	**Consumo di antibiotici in età pediatrica**
	Formula: Numeratore: N. DDD di antibiotici (classe ATC J01) erogate a pazienti in età pediatrica (< 14 anni) (x 1000) Denominatore: N. Residenti età pediatrica (< 14 anni 1 Gen. anno di riferimento) x 365 Standard Riduzione complessiva del 10% nel 2025 (passare da 14,4 DDD/1.000 ab die del 2019 a 13 DDD/1.000 ab die nel 2025) Fonte Regione - flussi farmaceutica convenzionata

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 1 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**
INDICATORE 1 PP10_OS01_IS01	**Sorveglianza e monitoraggio (a) (AZIONI 2, 3, 4, 6)**
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
AZIONE 2	Promozione della sorveglianza della AMR e predisposizione di Procedure di Laboratorio
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 2	Coinvolgimento progressivo dei laboratori di tutte le strutture pubbliche e private accreditate alla sorveglianza della AMR, attraverso l'adozione del sistema MICRO-BIO reso maggiormente operativo a livello regionale (descritto in azione specifica). Al fine di garantire la qualità delle attività di sorveglianza, verranno implementate procedure regionali di accreditamento per i laboratori delle ASST partecipanti a MICRO-BIO, coordinate con le indicazioni nazionali, regionali, del sistema AR-ISS
AZIONE 3	Rinnovo del Sistema informativo della Sorveglianza delle ICA e AMR
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 3	Ottimizzazione e completamento dell'operatività della piattaforma MICRO-BIO prioritariamente negli Enti pubblici SSR e successivamente nelle strutture private. Integrazione dei flussi di MICRO-BIO con quelli di altre fonti amministrative sanitarie (presenti nel DWH regionale) e con i flussi ospedalieri disponibili verificandone e, ove necessario, migliorandone la qualità. Coordinamento del sistema con le modalità di sorveglianza e monitoraggio della prescrizione di antimicrobici specificamente previste in ambito umano e veterinario (descritte in azioni specifiche). Predisposizione di strumenti dedicati per il Centro di Coordinamento delle Terapie Intensive, al fine di garantire l'attivazione della sorveglianza delle infezioni in Terapia intensiva. Per la realizzazione di tali obiettivi, si prevede l'attivazione di gruppi di lavoro (ambito umano e veterinario) dedicati a realizzare la

	completa operatività della piattaforma MICRO-BIO attraverso le seguenti azioni: · coinvolgimento operativo delle ASST (successivamente delle strutture private) · verifica della qualità dati · realizzazione di un cruscotto di analisi · definizione e validazione di un sistema di indicatori utile sia a monitorare l'AMR e l'uso di antibiotici in ospedale e sul territorio, sia a valutare l'impatto di iniziative previste nel programma e collegamento con indicatori di patient safety nell'ambito del risk management · predisposizione di una reportistica "automatica" per il feed-back informativo integrato (ospedale e territorio), in linea con le modalità di monitoraggio dell'uso di antimicrobici previste in ambito umano e veterinario · organizzazione dell'interoperabilità con il Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive, il DWH regionale contenente i dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate (SDO, farmaceutica, ambulatoriale, cedap, flussi Sosia in ambito RSA, ADI), il sistema di sorveglianza dell'AMR nel settore veterinario.
AZIONE 4	RAFFORZAMENTO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO DELL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO UMANO
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 4	Miglioramento e rinnovo del sistema regionale di sorveglianza e monitoraggio della prescrizione di antibiotici in ambito umano, per la prescrizione territoriale attraverso l'implementazione di indicatori qualitativi innovativi (indicatori ESAC e framework AWaRe dell'OMS) ad integrazione degli indicatori quantitativi già in uso, per la prescrizione ospedaliera attraverso l'attivazione di percorsi di standardizzazione delle modalità di rilevazione dell'uso degli antibiotici con indicatori di standard di riferimento. Le azioni, condivise nell'ambito del tavolo tecnico regionale intersettoriale, riguardano: · Rafforzare l'attività di monitoraggio regionale e locale sull'uso degli antibiotici in ambito territoriale attraverso l'adozione di indicatori qualitativi (indicatori ESAC e framework AWaRe dell'OMS), accanto a quelli quantitativi già in uso. L'applicazione del framework AWaRe risulta innovativa e consente un test di valdazione per l'eventuale sua estensione con finalità di policy su scala regionale ed eventualmente nazionale. · Valutare l'applicabilità del framework AWaRe per finalità di verifica dell'efficacia di azoni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e controllo della AMR poste in essere a livello regionale nel periodo di vigenza del Programma (misurata come aumento della quota d'uso di antibiotici del gruppo "Access"). · Produrre una reportistica specifica (almeno annuale), diffusa alle strutture anche attraverso la pubblicazione sul portale regionale. · Avviare un sistema di monitoraggio standardizzato in ambito ospedaliero con specifici indicatori (DDD/100 giornate di degenza, costo/DDD) anche mediante lo sviluppo di percorsi di informatizzazione sui gestionali di magazzino per raccogliere i dati in

	modo tempestivo e fruibile. · Produrre un modello di report per monitoraggio ospedaliero della prescrizione con indicatori standard. · Integrare le azioni di sorveglianza e monitoraggio sull'uso degli antimicrobici con il sistema MICRO-BIO (descritto in azione specifica). · Effettuare un monitoraggio specifico per sottogruppi di popolazione (bambini e anziani). · Condividere i dati monitorati nel Tavolo tecnico regionale intersettoriale, anche ai fini della successiva diffusione attraverso azioni di formazione e comunicazione rivolte ad operatori sanitari, alla popolazione, a gruppi specifici di stakeholder (anche in occasione della Giornata europea degli antibiotici nell'ambito della contestuale Settimana mondiale della consapevolezza antimicrobica).
AZIONE 6	Istituzione di un tavolo tecnico regionale intersettoriale per l'integrazione con altri ambiti del SSR ed extra-SSR nel contrasto alla AMR
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 6	Istituzione di un tavolo tecnico intersettoriale (area medica e veterinaria) e multidisciplinare con il coordinamento regionale (DG Welfare), che prevede l'attivazione di gruppi di lavoro specifici, il cui obiettivo primario è il monitoraggio periodico dell'applicazione delle indicazioni del PNCAR, a livello regionale e negli Enti SSR e la realizzazione degli indirizzi organizzativi, operativi, tecnici e degli atti normativi necessari per tale finalità. Obiettivi specifici del tavolo: – promuovere il confronto tra le istituzioni del SSR, intra- ed inter-regionali, ed extra-SSR (associazioni scientifiche, cittadini, operatori nel settore scolastico, universitari, altri portatori di interesse) per favorire una maggiore attenzione all'uso appropriato degli antibiotici e al contrasto della AMR ed individuare obiettivi comuni – attivare ruoli e responsabilità per il contrasto dell'AMR nei diversi settori coinvolti – definire indirizzi organizzativi, operativi, tecnici e adottare i relativi atti normativi a supporto della loro realizzazione – sviluppare procedure intersettoriali regionali per la conduzione di indagini epidemiologiche in casi di individuazione di microrganismi patogeni resistenti – verificare annualmente l'adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute – verificare almeno annualmente l'efficacia degli interventi e del modello organizzativo adottato attraverso la valutazione di indicatori quali-quantitativi sull'uso degli antimicrobici (target: aumento dell'uso di antibiotici "Access" del framework AWaRe dell'OMS in ambito territoriale tra il 55-60% del totale) – individuare azioni di miglioramento.

INDICATORE 2 PP10_OS01_IS02	**Sorveglianza e monitoraggio (b) (AZIONI 3, 4)**
formula	percentuale di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate incluse nel sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano: (N. strutture di ricovero per acuti aderenti alla sorveglianza dell'AMR) / (N. totale delle strutture di ricovero per acuti) x 100
Standard	100% (entro il 2025, ma con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)
Fonte	Regione / ISS
AZIONE 3	Rinnovo del Sistema informativo della Sorveglianza delle ICA e AMR
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 3	Ottimizzazione e completamento dell'operatività della piattaforma MICRO-BIO prioritariamente negli Enti pubblici SSR e successivamente nelle strutture private. Integrazione dei flussi di MICRO-BIO con quelli di altre fonti amministrative sanitarie (presenti nel DWH regionale) e con i flussi ospedalieri disponibili verificandone e, ove necessario, migliorandone la qualità. Coordinamento del sistema con le modalità di sorveglianza e monitoraggio della prescrizione di antimicrobici specificamente previste in ambito umano e veterinario (descritte in azioni specifiche). Predisposizione di strumenti dedicati per il Centro di Coordinamento delle Terapie Intensive, al fine di garantire l'attivazione della sorveglianza delle infezioni in Terapia intensiva. Per la realizzazione di tali obiettivi, si prevede l'attivazione di gruppi di lavoro (ambito umano e veterinario) dedicati a realizzare la completa operatività della piattaforma MICRO-BIO attraverso le seguenti azioni: · coinvolgimento operativo delle ASST (successivamente delle strutture private) · verifica della qualità dati · realizzazione di un cruscotto di analisi · definizione e validazione di un sistema di indicatori utile sia a monitorare l'AMR e l'uso di antibiotici in ospedale e sul territorio, sia a valutare l'impatto di iniziative previste nel programma e collegamento con indicatori di patient safety nell'ambito del risk management · predisposizione di una reportistica "automatica" per il feed-back informativo integrato (ospedale e territorio), in linea con le modalità di monitoraggio dell'uso di antimicrobici previste in ambito umano e veterinario · organizzazione dell'interoperabilità con il Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive, il DWH regionale contenente i dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate (SDO, farmaceutica, ambulatoriale, cedap, flussi Sosia in ambito RSA, ADI), il sistema di sorveglianza dell'AMR nel settore veterinario.

AZIONE 4	RAFFORZAMENTO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO DELL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO UMANO
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 4	Miglioramento e rinnovo del sistema regionale di sorveglianza e monitoraggio della prescrizione di antibiotici in ambito umano, per la prescrizione territoriale attraverso l'implementazione di indicatori qualitativi innovativi (indicatori ESAC e framework AWaRe dell'OMS) ad integrazione degli indicatori quantitativi già in uso, per la prescrizione ospedaliera attraverso l'attivazione di percorsi di standardizzazione delle modalità di rilevazione dell'uso degli antibiotici con indicatori di standard di riferimento. Le azioni, condivise nell'ambito del tavolo tecnico regionale intersettoriale, riguardano: · Rafforzare l'attività di monitoraggio regionale e locale sull'uso degli antibiotici in ambito territoriale attraverso l'adozione di indicatori qualitativi (indicatori ESAC e framework AWaRe dell'OMS), accanto a quelli quantitativi già in uso. L'applicazione del framework AWaRe risulta innovativa e consente un test di valdazione per l'eventuale sua estensione con finalità di policy su scala regionale ed eventualmente nazionale. · Valutare l'applicabilità del framework AWaRe per finalità di verifica dell'efficacia di azoni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e controllo della AMR poste in essere a livello regionale nel periodo di vigenza del Programma (misurata come aumento della quota d'uso di antibiotici del gruppo "Access"). · Produrre una reportistica specifica (almeno annuale), diffusa alle strutture anche attraverso la pubblicazione sul portale regionale. · Avviare un sistema di monitoraggio standardizzato in ambito ospedaliero con specifici indicatori (DDD/100 giornate di degenza, costo/DDD) anche mediante lo sviluppo di percorsi di informatizzazione sui gestionali di magazzino per raccogliere i dati in modo tempestivo e fruibile. · Produrre un modello di report per monitoraggio ospedaliero della prescrizione con indicatori standard. · Integrare le azioni di sorveglianza e monitoraggio sull'uso degli antimicrobici con il sistema MICRO-BIO (descritto in azione specifica). · Effettuare un monitoraggio specifico per sottogruppi di popolazione (bambini e anziani). · Condividere i dati monitorati nel Tavolo tecnico regionale intersettoriale, anche ai fini della successiva diffusione attraverso azioni di formazione e comunicazione rivolte ad operatori sanitari, alla popolazione, a gruppi specifici di stakeholder (anche in occasione della Giornata europea degli antibiotici nell'ambito della contestuale Settimana mondiale della consapevolezza antimicrobica).
INDICATORE 3 PP10_OS01_IS03	**Sorveglianza e monitoraggio (c) (AZIONI 2, 6)**
formula	Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza, omogenee tra le Regioni
Standard	Si (entro 2023)

Fonte	Regione
AZIONE 2	Promozione della sorveglianza della AMR e predisposizione di Procedure di Laboratorio
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 2	Coinvolgimento progressivo dei laboratori di tutte le strutture pubbliche e private accreditate alla sorveglianza della AMR, attraverso l'adozione del sistema MICRO-BIO reso maggiormente operativo a livello regionale (descritto in azione specifica). Al fine di garantire la qualità delle attività di sorveglianza, verranno implementate procedure regionali di accreditamento per i laboratori delle ASST partecipanti a MICRO-BIO, coordinate con le indicazioni nazionali, regionali, del sistema AR-ISS
AZIONE 6	Istituzione di un tavolo tecnico regionale intersettoriale per l'integrazione con altri ambiti del SSR ed extra-SSR nel contrasto alla AMR
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 6	Istituzione di un tavolo tecnico intersettoriale (area medica e veterinaria) e multidisciplinare con il coordinamento regionale (DG Welfare), che prevede l'attivazione di gruppi di lavoro specifici, il cui obiettivo primario è il monitoraggio periodico dell'applicazione delle indicazioni del PNCAR, a livello regionale e negli Enti SSR e la realizzazione degli indirizzi organizzativi, operativi, tecnici e degli atti normativi necessari per tale finalità. Obiettivi specifici del tavolo: – promuovere il confronto tra le istituzioni del SSR, intra- ed inter-regionali, ed extra-SSR (associazioni scientifiche, cittadini, operatori nel settore scolastico, universitari, altri portatori di interesse) per favorire una maggiore attenzione all'uso appropriato degli antibiotici e al contrasto della AMR ed individuare obiettivi comuni – attivare ruoli e responsabilità per il contrasto dell'AMR nei diversi settori coinvolti – definire indirizzi organizzativi, operativi, tecnici e adottare i relativi atti normativi a supporto della loro realizzazione – sviluppare procedure intersettoriali regionali per la conduzione di indagini epidemiologiche in casi di individuazione di microrganismi patogeni resistenti – verificare annualmente l'adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute – verificare almeno annualmente l'efficacia degli interventi e del modello organizzativo adottato attraverso la valutazione di indicatori quali-quantitativi sull'uso degli antimicrobici (target:

	aumento dell'uso di antibiotici "Access" del framework AWaRe dell'OMS in ambito territoriale tra il 55-60% del totale) individuare azioni di miglioramento.
INDICATORE 4 PP10_OS01_IS04	**Sorveglianza e monitoraggio (d)_laboratori (AZIONE 5)**
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
AZIONE 5	Rafforzamento del sistema di sorveglianza e monitoraggio dell'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.6 Allestimento di strumenti per monitoraggio, valutazione, coordinamento dei livelli locali (es. piattaforme informatiche, sistemi di reporting, ecc.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 5	**Razionale - Stato dell'arte** Nell'ambito dell'approccio "One Health– One Medicine" del nuovo Action Plan adottato dalla Commissione Europea nel 2017 per contrastare efficacemente la resistenza agli antimicrobici, che riconosce la stretta interconnessione esistente tra la salute dell'uomo e quella del mondo animale, il Servizio Veterinario pubblico svolge un ruolo fondamentale, assicurando una capillare attività di formazione ed informazione agli operatori del settore alimentare, ivi compresi i produttori primari, e svolgendo l'attività di controllo ufficiale nell'ambito della farmacosorveglianza. Quest'ultima è gestita a livello territoriale tramite il Piano Regionale della Farmacosorveglianza che definisce gli obiettivi, la pianificazione dei controlli di verifica del rispetto della tracciabilità e dell'uso appropriato del farmaco veterinario in tutte le fasi della filiera. Lo svolgimento delle attività di farmacosorveglianza ha beneficiato dei numerosi e recenti cambiamenti in ambito normativo finalizzati a contrastare il fenomeno della AMR per garantire la salute ed il benessere animale. Ruolo centrale è stato svolto dall'entrata in vigore, nell'aprile 2019, dell'obbligo a livello nazionale della Ricetta Elettronica Veterinaria (REV), già in uso sperimentalmente in Regione Lombardia sin dal 2015. Grazie a questo strumento, sviluppato su un applicativo ministeriale, è possibile non solo prescrivere i medicinali veterinari, ma anche monitorare costantemente la loro distribuzione e l'utilizzo nelle aziende zootecniche e nelle strutture sanitarie veterinarie. Il sistema ClassyFarm è un ulteriore strumento messo a punto per incrementare l'efficacia e l'appropriatezza dei controlli. È un applicativo del sistema informativo nazionale che consente di definire una graduazione del rischio degli allevamenti, rielaborando informazioni derivate da indicatori di consumo di farmaco basati sul sistema REV, dal numero di animali allevati, dai dati di mortalità media e dagli esiti dei precedenti controlli. La graduazione del rischio così ottenuta consente di definire priorità di intervento e di effettuare dunque controlli mirati. Allo stato attuale non sono disponibili

	indicazioni univoche per la classificazione delle molecole "critiche" e, tra le linee guida delle diverse agenzie nazionali/internazionali, possono essere presenti differenze anche rilevanti. Pertanto, i criteri adottati dal sistema ClassyFarm sono stati stabiliti partendo dalle linee guida dell'OMS e integrando tali indicazioni con quanto suggerito da un gruppo di esperti nominato ad hoc (AMEG) dall'EMA. Il sistema è in continua evoluzione e nei futuri aggiornamenti, oltre al perfezionamento della standardizzazione di alcune categorie animali (bovini da carne, galline ovaiole), è plausibile l'introduzione di nuove specie animali, tali specie verranno selezionate in base all'importanza che rivestono nella produzione zootecnica italiana e/o alla potenziale fonte di rischio per l'antimicrobicoresistenza. Da ultimo, la normativa sull'impiego del farmaco veterinario ha di fronte ulteriori importanti cambiamenti: l'attuale D.lgs. 193/2006 verrà abrogato dal nuovo Reg. (UE) 2019/6 che si applicherà dal 28/01/2022. Questo comporterà cambiamenti anche sulle attività di farmacosorveglianza, dovuti, ad esempio, all'introduzione dell'obbligatorietà del registro elettronico dei trattamenti. Per un'efficace ed efficiente gestione dei cambiamenti in tema di impiego del farmaco veterinario, il Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2023 di cui alla DCR 522/2019 ha previsto, tra gli obiettivi vincolanti per i Dipartimenti Veterinari delle ATS, l'APPROCCIO INTEGRATO AL CONTROLLO DELL'ANTIMICROBICORESISTENZA. Sulla base di tale obiettivo i Dipartimenti Veterinari devono: · effettuare i campionamenti previsti dal piano di monitoraggio armonizzato sulla resistenza agli antimicrobici di batteri zoonotici e commensali ai sensi della Decisione 2013/652/UE (sostituita dalla Decisione 2020/1729/UE) · garantire, per gli allevamenti posti in Lombardia e sottoposti a campionamento, la raccolta e una prima valutazione dei dati relativi al consumo dei farmaci · promuovere l'uso appropriato e consapevole degli antimicrobici · migliorare l'efficacia dei controlli ufficiali in materia di farmacosorveglianza con particolare attenzione all'utilizzo appropriato del farmaco. · recepire le linee guida sull'utilizzo appropriato degli antimicrobici negli allevamenti, con il coinvolgimento dei Veterinari Liberi professionisti · utilizzare per l'attività di controllo degli indicatori forniti dal Ministero della salute sul consumo degli antimicrobici negli allevamenti (DDDVET, DcdVet) **Obiettivo** della presente azione è quello di sorveglianza e monitoraggio sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario. **L'azione** si articola nelle seguenti attività: A. redazione dell'elenco dei laboratori pubblici e privati coinvolti nella sorveglianza dell'antimicrobicoresistenza in ambito veterinario aumento; B. estrazione dal sistema informativo REV e trasmissione alle ATS di informazioni relative al consumo regionale di antibiotici in ambito veterinario; tali informazioni verranno integrate da quelle provenienti dal campo medico; C. coordinamento delle attività del Piano Regionale Residui come previsto dal PNCAR; D. promozione dell'impiego degli strumenti informatici messi a disposizione dal Ministero per la definizione di DDDVET per gli

	antimicrobici e le categorie di animali produttori di alimenti; E. classificazione delle aziende zootecniche in base a indicatori di rischio attraverso i sistemi informatici (ClassyFarm) messi a disposizione dal Ministero della Salute **Indicatori** A. Formula: % laboratori regionali (pubblici e privati) coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia Standard: Elenco dei laboratori e verifica annuale di aumento della percentuale annua di partecipazione entro il 2025 Fonte: Regione B. Formula: restituzione annuale, da parte della Regione alle ATS, di informazioni relative al consumo di antibiotici in ambito 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 di report annuale (a partire dal 2021) Fonte: Regione C. Formula: coordinamento delle attività del piano regionale residui a livello locale annuale del piano come previsto dal PNCAR Standard: produzione report annuale Fonte: regione D. 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/ATS/Ordini Professionali E. Formula: Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici tool informatici messi a disposizione dal Ministero (ClassyFarm). Standard: 100% (entro il 2025), con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione) Fonte: Regione
INDICATORE 5 PP10_OS01_IS05	**Sorveglianza e monitoraggio (d)_procedure (AZIONI 6, 11)**
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
AZIONE 6	Istituzione di un tavolo tecnico regionale intersettoriale per l'integrazione con altri ambiti del SSR ed extra-SSR nel contrasto alla AMR
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età

DESCRIZIONE AZIONE 6	Istituzione di un tavolo tecnico intersettoriale (area medica e veterinaria) e multidisciplinare con il coordinamento regionale (DG Welfare), che prevede l'attivazione di gruppi di lavoro specifici, il cui obiettivo primario è il monitoraggio periodico dell'applicazione delle indicazioni del PNCAR, a livello regionale e negli Enti SSR e la realizzazione degli indirizzi organizzativi, operativi, tecnici e degli atti normativi necessari per tale finalità. Obiettivi specifici del tavolo: – promuovere il confronto tra le istituzioni del SSR, intra- ed inter-regionali, ed extra-SSR (associazioni scientifiche, cittadini, operatori nel settore scolastico, universitari, altri portatori di interesse) per favorire una maggiore attenzione all'uso appropriato degli antibiotici e al contrasto della AMR ed individuare obiettivi comuni – attivare ruoli e responsabilità per il contrasto dell'AMR nei diversi settori coinvolti – definire indirizzi organizzativi, operativi, tecnici e adottare i relativi atti normativi a supporto della loro realizzazione – sviluppare procedure intersettoriali regionali per la conduzione di indagini epidemiologiche in casi di individuazione di microrganismi patogeni resistenti – verificare annualmente l'adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute – verificare almeno annualmente l'efficacia degli interventi e del modello organizzativo adottato attraverso la valutazione di indicatori quali-quantitativi sull'uso degli antimicrobici (target: aumento dell'uso di antibiotici "Access" del framework AWaRe dell'OMS in ambito territoriale tra il 55-60% del totale) – individuare azioni di miglioramento.
AZIONE 11	SVILUPPO DI PROCEDURE INTERSETTORIALI REGIONALI PER LA CONDUZIONE DI INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE IN CASI DI INDIVIDUAZIONE DI MICRORGANISMI PATOGENI RESISTENTI (ambito veterinario)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 11	L'azione si inserisce nell'ambito delle attività previste all'interno dell'istituendo Tavolo tecnico regionale intersettoriale e interdisciplinare per il contrasto dell'AMR integrato con altri ambiti del SSR ed extra-SSR (descritto in altra azione). L'azione prevede la partecipazione di componenti per il settore umano e veterinario al tavolo di lavoro intersettoriale, sulla base dei rilievi raccolti nella piattaforma MICRO-BIO . **INDICATORI** 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: produzione di report annuale (a partire dal 2022) Fonte: Regione

INDICATORE 6 PP10_OS01_IS06	**Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): A (AZIONE 5)**
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
INDICATORE 7 PP10_OS01_IS07	**Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): B (AZIONE 5)**
formula	coordinamento delle attività del piano regionale residui a livello locale annuale del piano come previsto dal PNCAR
Standard	produzione report annuale
Fonte	Regione
INDICATORE 8 PP10_OS01_IS08	**Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): C (AZIONE 5)**
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
INDICATORE 9 PP10_OS01_IS09	**Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): D (AZIONE 5)**
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
AZIONE 5	Rafforzamento del sistema di sorveglianza e monitoraggio dell'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.6 Allestimento di strumenti per monitoraggio, valutazione, coordinamento dei livelli locali (es. piattaforme informatiche, sistemi di reporting, ecc.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 5	**Razionale - Stato dell'arte** Nell'ambito dell'approccio "One Health– One Medicine" del nuovo Action Plan adottato dalla Commissione Europea nel 2017 per contrastare efficacemente la resistenza agli antimicrobici, che riconosce la stretta interconnessione esistente tra la salute dell'uomo e quella del mondo animale, il Servizio Veterinario pubblico svolge un ruolo fondamentale, assicurando una capillare attività di formazione ed informazione agli operatori del settore alimentare, ivi compresi i produttori primari, e svolgendo l'attività di controllo ufficiale

nell'ambito della farmacosorveglianza. Quest'ultima è gestita a livello territoriale tramite il Piano Regionale della Farmacosorveglianza che definisce gli obiettivi, la pianificazione dei controlli di verifica del rispetto della tracciabilità e dell'uso appropriato del farmaco veterinario in tutte le fasi della filiera.
Lo svolgimento delle attività di farmacosorveglianza ha beneficiato dei numerosi e recenti cambiamenti in ambito normativo finalizzati a contrastare il fenomeno della AMR per garantire la salute ed il benessere animale. Ruolo centrale è stato svolto dall'entrata in vigore, nell'aprile 2019, dell'obbligo a livello nazionale della Ricetta Elettronica Veterinaria (REV), già in uso sperimentalmente in Regione Lombardia sin dal 2015. Grazie a questo strumento, sviluppato su un applicativo ministeriale, è possibile non solo prescrivere i medicinali veterinari, ma anche monitorare costantemente la loro distribuzione e l'utilizzo nelle aziende zootecniche e nelle strutture sanitarie veterinarie.
Il sistema ClassyFarm è un ulteriore strumento messo a punto per incrementare l'efficacia e l'appropriatezza dei controlli. È un applicativo del sistema informativo nazionale che consente di definire una graduazione del rischio degli allevamenti, rielaborando informazioni derivate da indicatori di consumo di farmaco basati sul sistema REV, dal numero di animali allevati, dai dati di mortalità media e dagli esiti dei precedenti controlli. La graduazione del rischio così ottenuta consente di definire priorità di intervento e di effettuare dunque controlli mirati. Allo stato attuale non sono disponibili indicazioni univoche per la classificazione delle molecole "critiche" e, tra le linee guida delle diverse agenzie nazionali/internazionali, possono essere presenti differenze anche rilevanti. Pertanto, i criteri adottati dal sistema ClassyFarm sono stati stabiliti partendo dalle linee guida dell'OMS e integrando tali indicazioni con quanto suggerito da un gruppo di esperti nominato ad hoc (AMEG) dall'EMA. Il sistema è in continua evoluzione e nei futuri aggiornamenti, oltre al perfezionamento della standardizzazione di alcune categorie animali (bovini da carne, galline ovaiole), è plausibile l'introduzione di nuove specie animali, tali specie verranno selezionate in base all'importanza che rivestono nella produzione zootecnica italiana e/o alla potenziale fonte di rischio per l'antimicrobicoresistenza.
Da ultimo, la normativa sull'impiego del farmaco veterinario ha di fronte ulteriori importanti cambiamenti: l'attuale D.lgs. 193/2006 verrà abrogato dal nuovo Reg. (UE) 2019/6 che si applicherà dal 28/01/2022. Questo comporterà cambiamenti anche sulle attività di farmacosorveglianza, dovuti, ad esempio, all'introduzione dell'obbligatorietà del registro elettronico dei trattamenti.
Per un'efficace ed efficiente gestione dei cambiamenti in tema di impiego del farmaco veterinario, il Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2023 di cui alla DCR 522/2019 ha previsto, tra gli obiettivi vincolanti per i Dipartimenti Veterinari delle ATS, l'APPROCCIO INTEGRATO AL CONTROLLO DELL'ANTIMICROBICORESISTENZA. Sulla base di tale obiettivo i Dipartimenti Veterinari devono:
· effettuare i campionamenti previsti dal piano di monitoraggio armonizzato sulla resistenza agli antimicrobici di batteri zoonotici e commensali ai sensi della Decisione 2013/652/UE (sostituita dalla Decisione 2020/1729/UE)
· garantire, per gli allevamenti posti in Lombardia e sottoposti a campionamento, la raccolta e una prima valutazione dei dati relativi al consumo dei farmaci

	· promuovere l'uso appropriato e consapevole degli antimicrobici · migliorare l'efficacia dei controlli ufficiali in materia di farmacosorveglianza con particolare attenzione all'utilizzo appropriato del farmaco. · recepire le linee guida sull'utilizzo appropriato degli antimicrobici negli allevamenti, con il coinvolgimento dei Veterinari Liberi professionisti · utilizzare per l'attività di controllo degli indicatori forniti dal Ministero della salute sul consumo degli antimicrobici negli allevamenti (DDDVET, DcdVet) **Obiettivo** della presente azione è quello di sorveglianza e monitoraggio sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario. **L'azione** si articola nelle seguenti attività: A. redazione dell'elenco dei laboratori pubblici e privati coinvolti nella sorveglianza dell'antimicrobicoresistenza in ambito veterinario aumento; B. estrazione dal sistema informativo REV e trasmissione alle ATS di informazioni relative al consumo regionale di antibiotici in ambito veterinario; tali informazioni verranno integrate da quelle provenienti dal campo medico; C. coordinamento delle attività del Piano Regionale Residui come previsto dal PNCAR; D. promozione dell'impiego degli strumenti informatici messi a disposizione dal Ministero per la definizione di DDDVET per gli antimicrobici e le categorie di animali produttori di alimenti; E. classificazione delle aziende zootecniche in base a indicatori di rischio attraverso i sistemi informatici (ClassyFarm) messi a disposizione dal Ministero della Salute **Indicatori** A. Formula: % laboratori regionali (pubblici e privati) coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia Standard: Elenco dei laboratori e verifica annuale di aumento della percentuale annua di partecipazione entro il 2025 Fonte: Regione B. Formula: restituzione annuale, da parte della Regione alle ATS, di informazioni relative al consumo di antibiotici in ambito 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 di report annuale (a partire dal 2021) Fonte: Regione C. Formula: coordinamento delle attività del piano regionale residui a livello locale annuale del piano come previsto dal PNCAR Standard: produzione report annuale Fonte: regione D. 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/ATS/Ordini Professionali E. Formula: Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici tool informatici messi a

	disposizione dal Ministero (ClassyFarm). Standard: 100% (entro il 2025), con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione) Fonte: Regione
INDICATORE 10 PP10_OS01_IS10	**Sorveglianza e monitoraggio (e) (AZIONE 8)**
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
INDICATORE 11 PP10_OS01_IS11	**Sorveglianza e monitoraggio (f) (AZIONE 8)**
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
INDICATORE 12 PP10_OS01_IS12	**Sorveglianza e monitoraggio (g) (AZIONE 8)**
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. CC-ICA che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza / (N. totale CC-ICA) x 100
Standard	100% (ANNUALE)
Fonte	Regione
AZIONE 8	Attivazione dei Comitati Per il Controllo delle ICA e sviluppo di programmi di Antimicrobial stewardship
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 8	Attivazione in tutte le ASST di un Comitato per il Controllo delle ICA, che svolge funzioni di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA. La realizzazione del Comitato è in capo alla Direzione Sanitaria e deve rispondere ai seguenti requisiti: · coordinamento, integrazione, trasversalità; in particolare devono essere integrate le competenze in ambito igienistico, microbiologico, farmaceutico, infettivologico, risk management, DPSSA, medico competente, RSPP. · presenza di figure infermieristiche formate nel rischio infettivo, in grado di garantire la gestione della prevenzione delle ICA e la gestione degli isolamenti. Funzioni · Definizione del rischio infettivo nel contesto operativo;

	· implementazione di misure di prevenzione e di controllo delle ICA definite da protocolli e procedure validati basati sulle evidenze scientifiche; · monitoraggio e sorveglianza del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani; · adozione di misure di sorveglianza adeguate al contesto organizzativo; · monitoraggio delle ICA e produzione di reportistica specifica a cadenza almeno annuale; · informazione, addestramento, formazione del personale addetto all'assistenza; · adesione alla sorveglianza microbiologica in ambito regionale delle ICA, secondo le indicazioni del Ministero della Salute (obbligatoriamente alla sorveglianza dei CRE) · collegamento delle attività di contrasto alle ICA con il piano annuale di risk management, in particolare per misurazione della adesione alle buone pratiche e allo sviluppo degli audit clinici ed organizzativi specifici per argomento e per gli eventi avversi rilevanti. Si prevede inoltre di individuare per ogni ASST un referente unico in ambito di AMR e di attribuire alla Direzione Sanitaria la realizzazione delle attività secondo un modello organizzativo di antimicrobial stewardship scelto autonomamente in base al contesto locale (es. tipologia di posti letto, specialità presenti, epidemiologia locale) ma che preveda le seguenti caratteristiche: · coordinamento, integrazione, trasversalità come descritto per i Comitati per il Controllo delle ICA. · competenze nell'utilizzo degli antibiotici garantite tramite la presenza di uno specialista infettivologo o un internista con dimostrata esperienza nell'ambito MDR. Funzioni · Adozione di linee guida locali di profilassi e terapia; · monitoraggio del consumo di antibiotici e dell'epidemiologia locale delle resistenze microbiche, con l'uso di opportuni indicatori, e produzione di feedback informativi periodici ai reparti e di un report complessivo annuale; · promozione dell'uso appropriato degli antibiotici attraverso la predisposizione di un programma di antimicrobial stewardship (la cui organizzazione dipende dal contesto locale: tipologia di posti letto, specialità presenti, epidemiologia locale delle resistenze); · attività di orientamento e collaborazione sull'uso degli antibiotici a livello territoriale con le strutture con cui sono in essere i rapporti continuativi in termini di accettazione e dimissione dei pazienti (es. degenze di comunità, RSA); · formazione e aggiornamento degli operatori sanitari (tra cui medici, infermieri, farmacisti) sulla prevenzione delle ICA e sull'uso appropriato degli antibiotici, con organizzazione di almeno un evento formativo annuale.
INDICATORE 13 PP10_OS01_IS13	**Promozione dell'applicazione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario (a) (AZIONE 7)**
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
AZIONE 7	PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ FORMATIVE PER GLI ADDETTI AL CONTROLLO UFFICIALE IN TEMA DI USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI (ambito veterinario)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 7	**RAZIONALE - STATO DELL'ARTE** La crescente consapevolezza della problematica dell'AMR ha portato ad una profonda revisione dei controlli di farmacosorveglianza in ambito veterinario. Al fine di migliorarne l'efficacia e l'appropriatezza, a partire dall'anno 2019, l'attività di controllo non si è concentrata solo sulla verifica della tracciabilità del farmaco, ma è entrata nel merito delle modalità di impiego degli antimicrobici accertando che vengano prescritti e somministrati seguendo le indicazioni delle linee guida internazionali, nazionali e regionali e secondo le più aggiornate conoscenze scientifiche. Questo è stato possibile anche grazie ad un manuale operativo condiviso con il Ministero della Salute, con cui sono state fornite ai Servizi Veterinari del territorio indicazioni per la valutazione di un utilizzo appropriato e consapevole del farmaco. L'"Approccio Integrato al Controllo dell'antimicrobicoresistenza" è un obiettivo strategico del Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2023 di cui alla DCR 522/2019 e prevede, tra gli interventi vincolanti per i Dipartimenti Veterinari delle ATS, il miglioramento dell'efficacia dei controlli ufficiali in materia di farmacosorveglianza con particolare attenzione all'utilizzo appropriato del farmaco. Nell'ambito dell'evoluzione dei sistemi REV e ClassyFarm, l'azione si svolgerà attraverso la programmazione (anche condivisa nel Tavolo tecnico intersettoriale descritto in azione specifica) e la realizzazione di percorsi formativi, incluse attività di shadowing, effettuati dalle ATS e diretti al personale addetto ai controlli ufficiali, anche con riguardo a: · Indicatori utilizzo antimicrobici critici/non critici; · Indicatore aziendale utilizzo complessivo antimicrobici; · Indicatori utilizzo antibiotici e valutazione del benessere; · verifica del corretto utilizzo delle prescrizioni in deroga di antimicrobici; · verifica del corretto utilizzo di protocolli terapeutici · aspetti generali sull'uso degli antibiotici e sull'AMR in ambito umano INDICATORI Formula: Offerta e realizzazione di iniziative, a livello di ATS, 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% ATS aderiscono alle iniziative entro il 2025 Fonte: Regione

INDICATORE 14 PP10_OS01_IS14	**Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (b): (AZIONE 10)**
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
AZIONE 10	PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DI INIZIATIVE PER GLI STAKEHOLDERS PER L'USO APPROPRIATO DI ANTIBIOTICI (ambito veterinario)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 10	**RAZIONALE - STATO DELL'ARTE** Con deliberazione n XI / 996 del 11/12/2018 recante "Ulteriori determinazioni in ordine allo sviluppo della strategia regionale per il contrasto all'antimicrobicoresistenza (AMR) nel settore veterinario - (di concerto con l'assessore Rolfi) e Decreto n. 10815 del 22/07/2019 "Protocollo operativo per l'attuazione delle misure di contrasto all'antimicrobicoresistenza" al fine di incentivare utilizzo consapevole farmaco è stato richiesto alle ATS, nell'ambito del piano Triennale di contrasto all'antibiotico resistenza 2019-2021, di adottare protocolli operativi per l' uso consapevole del farmaco negli allevamenti e la riduzione dello stesso, attraverso il coinvolgimento delle associazioni e dei portatori d'interesse. Nel corso del 2019 sono stati attivati 22 protocolli operativi tra le ATS e portatori di interesse quali caseifici, associazioni di allevatori, ordini provinciali di medici veterinari e allevamenti zootecnici. I protocolli prevedono una fase iniziale di formazione, attraverso la diffusione di materiale informativo e l'organizzazione di incontri formativi con allevatori, addetti alle pratiche zootecniche e veterinari, volti a sensibilizzare nei confronti della problematica dell'antimicrobicoresistenza e a promuovere un uso responsabile degli antibiotici, l'utilizzo di buone pratiche igienico sanitarie (sia nell'ambito zootecnico che delle strutture di cura degli animali d'affezione), l'applicazione della metodica dell'asciutta selettiva nelle bovine e a promuovere il benessere animale. La riduzione dell'uso degli antibiotici verrà monitorata attraverso il controllo di specifici indicatori e attraverso il sistema informativo di tracciabilità del farmaco veterinario. L'"Approccio Integrato al Controllo dell'Antimicrobicoresistenza" è un obiettivo strategico del Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2023 di cui alla DCR 522/2019 e prevede, tra gli interventi vincolanti per i Dipartimenti Veterinari delle ATS, il miglioramento dell'efficacia dei controlli ufficiali in materia di farmacosorveglianza con particolare attenzione all'utilizzo appropriato del farmaco. Tale obiettivo strategico prevede inoltre che i Dipartimenti Veterinari promuovano l'uso appropriato e consapevole degli antimicrobici, recepiscano le linee guida sull'utilizzo appropriato degli antimicrobici negli allevamenti, con il coinvolgimento dei Veterinari Liberi professionisti.

	Nell'ambito dell'evoluzione dei sistemi REV e ClassyFarm, l'azione si svolgerà attraverso la programmazione regionale (condivisa nel Tavolo tecnico intersettoriale descritto in azione specifica) con la collaborazione delle ATS di iniziative informative dirette ai portatori di interesse. **INDICATORI** 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
INDICATORE 15 PP10_OS01_IS15	**Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano (c): (AZIONI 1, 8)**
formula	Esistenza di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di Antimicrobial stewardship (AS) in tutte le Aziende sanitarie/Ospedali: (N Aziende sanitarie/Ospedali in cui è stato predisposto un programma di AS) / (N. totale Aziende sanitarieOspedali) x 100
Standard	100%, (entro il 2025)
Fonte	Regione
INDICATORE 16 PP10_OS01_IS16	**Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (a): (AZIONI 1, 8)**
formula	Esistenza di un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza in tutti gli ospedali pubblici: (N. ospedali che hanno attivato un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza) / (N. totale ospedali) x 100
Standard	100%, (entro il 2022)
Fonte	Regione
AZIONE 1	Aggiornamento degli indirizzi regionali in coerenza con le indicazioni nazionali e lo sviluppo del SSR lombardo
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 1	Aggiornamento degli indirizzi regionali in materia di uso di antimicrobici e AMR identificando e riorganizzando le competenze sia all'interno della DG Welfare sia in ambito ospedaliero e territoriale per implementare logiche di antimicrobial stewardship, in attuazione e ad integrazione di precedenti provvedimenti regionali. Realizzazione di specifici atti regionali per: – definire l'organizzazione nelle ASST della tematica ICA e AMR – stabilire modalità di monitoraggio della prescrizione di antimicrobici attraverso specifici indicatori – definire gli standard di formazione – diffondere linee guida evidence-based, raccomandazioni, protocolli operativi emanati dal tavolo tecnico regionale intersettoriale (vedi azione specifica), in accordo con il coordinamento interregionale

	– definire modelli di accreditamento per i laboratori, in accordo con le altre regioni (coordinamento interregionale)
AZIONE 8	Attivazione dei Comitati Per il Controllo delle ICA e sviluppo di programmi di Antimicrobial stewardship
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 8	Attivazione in tutte le ASST di un Comitato per il Controllo delle ICA, che svolge funzioni di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA. La realizzazione del Comitato è in capo alla Direzione Sanitaria e deve rispondere ai seguenti requisiti: · coordinamento, integrazione, trasversalità; in particolare devono essere integrate le competenze in ambito igienistico, microbiologico, farmaceutico, infettivologico, risk management, DPSSA, medico competente, RSPP. · presenza di figure infermieristiche formate nel rischio infettivo, in grado di garantire la gestione della prevenzione delle ICA e la gestione degli isolamenti. Funzioni · Definizione del rischio infettivo nel contesto operativo; · implementazione di misure di prevenzione e di controllo delle ICA definite da protocolli e procedure validati basati sulle evidenze scientifiche; · monitoraggio e sorveglianza del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani; · adozione di misure di sorveglianza adeguate al contesto organizzativo; · monitoraggio delle ICA e produzione di reportistica specifica a cadenza almeno annuale; · informazione, addestramento, formazione del personale addetto all'assistenza; · adesione alla sorveglianza microbiologica in ambito regionale delle ICA, secondo le indicazioni del Ministero della Salute (obbligatoriamente alla sorveglianza dei CRE) · collegamento delle attività di contrasto alle ICA con il piano annuale di risk management, in particolare per misurazione della adesione alle buone pratiche e allo sviluppo degli audit clinici ed organizzativi specifici per argomento e per gli eventi avversi rilevanti. Si prevede inoltre di individuare per ogni ASST un referente unico in ambito di AMR e di attribuire alla Direzione Sanitaria la realizzazione delle attività secondo un modello organizzativo di antimicrobial stewardship scelto autonomamente in base al contesto locale (es. tipologia di posti letto, specialità presenti, epidemiologia locale) ma che preveda le seguenti caratteristiche: · coordinamento, integrazione, trasversalità come descritto per i Comitati per il Controllo delle ICA. · competenze nell'utilizzo degli antibiotici garantite tramite la presenza di uno specialista infettivologo o un internista con dimostrata esperienza nell'ambito MDR. Funzioni · Adozione di linee guida locali di profilassi e terapia; · monitoraggio del consumo di antibiotici e dell'epidemiologia locale

	delle resistenze microbiche, con l'uso di opportuni indicatori, e produzione di feedback informativi periodici ai reparti e di un report complessivo annuale; · promozione dell'uso appropriato degli antibiotici attraverso la predisposizione di un programma di antimicrobial stewardship (la cui organizzazione dipende dal contesto locale: tipologia di posti letto, specialità presenti, epidemiologia locale delle resistenze); · attività di orientamento e collaborazione sull'uso degli antibiotici a livello territoriale con le strutture con cui sono in essere i rapporti continuativi in termini di accettazione e dimissione dei pazienti (es. degenze di comunità, RSA); · formazione e aggiornamento degli operatori sanitari (tra cui medici, infermieri, farmacisti) sulla prevenzione delle ICA e sull'uso appropriato degli antibiotici, con organizzazione di almeno un evento formativo annuale.
INDICATORE 17 PP10_OS01_IS17	**Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (b): (AZIONE 8)**
formula	Istituzione di un sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani: (N. ospedali che dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica) / (N. totale di ospedali della Regione) x100
Standard	100% (entro 2024)
Fonte	Regione
AZIONE 8	Attivazione dei Comitati Per il Controllo delle ICA e sviluppo di programmi di Antimicrobial stewardship
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 8	Attivazione in tutte le ASST di un Comitato per il Controllo delle ICA, che svolge funzioni di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA. La realizzazione del Comitato è in capo alla Direzione Sanitaria e deve rispondere ai seguenti requisiti: · coordinamento, integrazione, trasversalità; in particolare devono essere integrate le competenze in ambito igienistico, microbiologico, farmaceutico, infettivologico, risk management, DPSSA, medico competente, RSPP. · presenza di figure infermieristiche formate nel rischio infettivo, in grado di garantire la gestione della prevenzione delle ICA e la gestione degli isolamenti. Funzioni · Definizione del rischio infettivo nel contesto operativo; · implementazione di misure di prevenzione e di controllo delle ICA definite da protocolli e procedure validati basati sulle evidenze scientifiche; · monitoraggio e sorveglianza del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani; · adozione di misure di sorveglianza adeguate al contesto organizzativo; · monitoraggio delle ICA e produzione di reportistica specifica a cadenza almeno annuale;

	· informazione, addestramento, formazione del personale addetto all'assistenza; · adesione alla sorveglianza microbiologica in ambito regionale delle ICA, secondo le indicazioni del Ministero della Salute (obbligatoriamente alla sorveglianza dei CRE) · collegamento delle attività di contrasto alle ICA con il piano annuale di risk management, in particolare per misurazione della adesione alle buone pratiche e allo sviluppo degli audit clinici ed organizzativi specifici per argomento e per gli eventi avversi rilevanti. Si prevede inoltre di individuare per ogni ASST un referente unico in ambito di AMR e di attribuire alla Direzione Sanitaria la realizzazione delle attività secondo un modello organizzativo di antimicrobial stewardship scelto autonomamente in base al contesto locale (es. tipologia di posti letto, specialità presenti, epidemiologia locale) ma che preveda le seguenti caratteristiche: · coordinamento, integrazione, trasversalità come descritto per i Comitati per il Controllo delle ICA. · competenze nell'utilizzo degli antibiotici garantite tramite la presenza di uno specialista infettivologo o un internista con dimostrata esperienza nell'ambito MDR. Funzioni · Adozione di linee guida locali di profilassi e terapia; · monitoraggio del consumo di antibiotici e dell'epidemiologia locale delle resistenze microbiche, con l'uso di opportuni indicatori, e produzione di feedback informativi periodici ai reparti e di un report complessivo annuale; · promozione dell'uso appropriato degli antibiotici attraverso la predisposizione di un programma di antimicrobial stewardship (la cui organizzazione dipende dal contesto locale: tipologia di posti letto, specialità presenti, epidemiologia locale delle resistenze); · attività di orientamento e collaborazione sull'uso degli antibiotici a livello territoriale con le strutture con cui sono in essere i rapporti continuativi in termini di accettazione e dimissione dei pazienti (es. degenze di comunità, RSA); · formazione e aggiornamento degli operatori sanitari (tra cui medici, infermieri, farmacisti) sulla prevenzione delle ICA e sull'uso appropriato degli antibiotici, con organizzazione di almeno un evento formativo annuale.
INDICATORE 19 PP10_OS01_IS19	**Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA (AZIONI 1, 8, 9)**
formula	% di Aziende che hanno inserito negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, per medici, veterinari e farmacisti sul buon uso degli antibiotici e per tutti gli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA: (N.Aziende sanitarie in cui è stato predisposto almeno un corso di formazione all'anno) / (N. totale Aziende sanitarie) x 100
Standard	100% (entro 2024)
Fonte	Regione
AZIONE 1	Aggiornamento degli indirizzi regionali in coerenza con le indicazioni nazionali e lo sviluppo del SSR lombardo
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP

SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 1	Aggiornamento degli indirizzi regionali in materia di uso di antimicrobici e AMR identificando e riorganizzando le competenze sia all'interno della DG Welfare sia in ambito ospedaliero e territoriale per implementare logiche di antimicrobial stewardship, in attuazione e ad integrazione di precedenti provvedimenti regionali. Realizzazione di specifici atti regionali per: – definire l'organizzazione nelle ASST della tematica ICA e AMR – stabilire modalità di monitoraggio della prescrizione di antimicrobici attraverso specifici indicatori – definire gli standard di formazione – diffondere linee guida evidence-based, raccomandazioni, protocolli operativi emanati dal tavolo tecnico regionale intersettoriale (vedi azione specifica), in accordo con il coordinamento interregionale – definire modelli di accreditamento per i laboratori, in accordo con le altre regioni (coordinamento interregionale)
AZIONE 8	Attivazione dei Comitati Per il Controllo delle ICA e sviluppo di programmi di Antimicrobial stewardship
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 8	Attivazione in tutte le ASST di un Comitato per il Controllo delle ICA, che svolge funzioni di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA. La realizzazione del Comitato è in capo alla Direzione Sanitaria e deve rispondere ai seguenti requisiti: · coordinamento, integrazione, trasversalità; in particolare devono essere integrate le competenze in ambito igienistico, microbiologico, farmaceutico, infettivologico, risk management, DPSSA, medico competente, RSPP. · presenza di figure infermieristiche formate nel rischio infettivo, in grado di garantire la gestione della prevenzione delle ICA e la gestione degli isolamenti. Funzioni · Definizione del rischio infettivo nel contesto operativo; · implementazione di misure di prevenzione e di controllo delle ICA definite da protocolli e procedure validati basati sulle evidenze scientifiche; · monitoraggio e sorveglianza del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani; · adozione di misure di sorveglianza adeguate al contesto organizzativo; · monitoraggio delle ICA e produzione di reportistica specifica a cadenza almeno annuale; · informazione, addestramento, formazione del personale addetto all'assistenza; · adesione alla sorveglianza microbiologica in ambito regionale delle ICA, secondo le indicazioni del Ministero della Salute (obbligatoriamente alla sorveglianza dei CRE) · collegamento delle attività di contrasto alle ICA con il piano

	annuale di risk management, in particolare per misurazione della adesione alle buone pratiche e allo sviluppo degli audit clinici ed organizzativi specifici per argomento e per gli eventi avversi rilevanti. Si prevede inoltre di individuare per ogni ASST un referente unico in ambito di AMR e di attribuire alla Direzione Sanitaria la realizzazione delle attività secondo un modello organizzativo di antimicrobial stewardship scelto autonomamente in base al contesto locale (es. tipologia di posti letto, specialità presenti, epidemiologia locale) ma che preveda le seguenti caratteristiche: · coordinamento, integrazione, trasversalità come descritto per i Comitati per il Controllo delle ICA. · competenze nell'utilizzo degli antibiotici garantite tramite la presenza di uno specialista infettivologo o un internista con dimostrata esperienza nell'ambito MDR. Funzioni · Adozione di linee guida locali di profilassi e terapia; · monitoraggio del consumo di antibiotici e dell'epidemiologia locale delle resistenze microbiche, con l'uso di opportuni indicatori, e produzione di feedback informativi periodici ai reparti e di un report complessivo annuale; · promozione dell'uso appropriato degli antibiotici attraverso la predisposizione di un programma di antimicrobial stewardship (la cui organizzazione dipende dal contesto locale: tipologia di posti letto, specialità presenti, epidemiologia locale delle resistenze); · attività di orientamento e collaborazione sull'uso degli antibiotici a livello territoriale con le strutture con cui sono in essere i rapporti continuativi in termini di accettazione e dimissione dei pazienti (es. degenze di comunità, RSA); · formazione e aggiornamento degli operatori sanitari (tra cui medici, infermieri, farmacisti) sulla prevenzione delle ICA e sull'uso appropriato degli antibiotici, con organizzazione di almeno un evento formativo annuale.
AZIONE 9	Attivazione di percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori sanitari (ospedale e territorio)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 9	Implementare linee guida evidence-based, raccomandazioni, procedure operative sull'uso appropriato degli antibiotici sia sul territorio che in ambito ospedaliero, attraverso attività di formazione annuali in materia di AMR e ICA, associate ad audit e feed-back dei dati, e con successiva valutazione dell'impatto sulle prescrizioni di antibiotici sulla base dei flussi informativi correnti. Le competenze di riferimento per l'area ICA e AMR per le quali si attende che gli operatori ospedalieri/territoriali siano formati sono: · corretti comportamenti per la prevenzione di ICA e AMR · modalità di segnalazione · appropriatezza prescrittiva degli antimicrobici · capacità di lettura epidemiologica del contesto locale · controlli e campionamenti in materia di farmacosorveglianza

CAPITOLO 4 - Programmi Liberi

4.1 PL19 Conoscenze e strumenti per la programmazione e la prevenzione

Quadro logico regionale

CODICE	PL19
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Maria Gramegna
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti MO3 Incidenti domestici e stradali MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali MO5 Ambiente, Clima e Salute MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	MO1-07 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale MO1-11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva MO1-14 Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti 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 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 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 MO2-07 Sensibilizzare sui rischi, le problematiche e le patologie correlate a uso/abuso di sostanze

	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 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 MO4-06 Favorire nei giovani l'acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL 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 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 MO5-01 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, MO5-10 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 MO6-02 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile MO6-03 Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi) MO6-04 Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti) in particolare con riferimento all'integrazione vaccino HPV screening. MO6-05 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) MO6-06 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole MO6-07 Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive MO6-08 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C) MO6-12 Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da vettori e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti (ivi compresi i servizi SIAN, SIAOA e ospedalieri) MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti

	MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano MO6-16 Monitorare i punti d'entrata ad alto rischio di nuove specie invasive di vettori. MO6-17 Monitorare l'insorgenza di resistenze agli insetticidi nei vettori MO6-18 Consolidamento dei sistemi di sorveglianza: - sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta (PFA) - sorveglianza ambientale MO6-21 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 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
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	MO1LSl 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 MO2LSd Miglioramento dell'integrazione e del coordinamento intersettoriale tra programmi e azioni per la riduzione della domanda e dell'offerta di sostanze psicotrope 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 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 MO4LSa Perfezionamento dei sistemi e degli strumenti di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, anche attraverso lo sviluppo del SINP

	MO4LSb Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la pianificazione degli interventi di prevenzione MO4LSc Sviluppare l'interoperabilità dei sistemi informativi esistenti a favore dello scambio trans-istituzionale di informazioni a livello nazionale e territoriale e finalizzate al dialogo tra le varie banche dati 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) 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 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 MO5LSl Partecipazione a Tavoli tecnici inter istituzionali sulle tematiche dell'Urban health e promozione delle Urban health Strategies MO5LSn Partecipazione e supporto alla definizione dei piani urbani di mobilità sostenibile (PUMS), ponendo particolare attenzione alla promozione della pedonabilità e la ciclabilità per un'utenza allargata MO5LSo Promozione di interventi per incrementare la walkability dell'ambiente urbano e promuovere la mobilità attiva nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro MO5LSq Definizione/adozione di buone pratiche sanitarie e ambientali integrate per una corretta progettazione, gestione e manutenzione del verde e blu urbani e periurbani 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

	MO5LSbb Accordi inter-istituzionali per interventi di valutazione dello stato salute della popolazione residente nelle aree interessate da elevate pressioni ambientali MO5LSdd Rafforzare i processi di comunicazione e partecipazione attraverso iniziative di promozione della salute e di sensibilizzazione sulla corretta gestione dei rifiuti e sull'impatto sanitario dei diversi impianti di trattamento, nell'ottica dell'economia circolare, della sostenibilità ambientale MO5LSee 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) MO5LSff Rafforzamento della sorveglianza e prevenzione degli effetti legati a eventi climatici estremi (es. ondate di calore), con focus sui sottogruppi a maggior rischio, preventivamente individuati MO5LSii Interventi volti a migliorare la capacità del sistema sanitario, in particolare dei servizi di prevenzione e ospedalieri, di rispondere ai cambiamenti e alla variabilità del clima MO6LSb Coordinamento e integrazione tra diversi livelli istituzionali nella attuazione di interventi di prevenzione, nel periodico ritorno informativo a tutti i livelli e nel monitoraggio sistematico MO6LSe Rafforzamento della capacità di risposta alle emergenze infettive MO6LSr Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e di laboratorio e integrazione delle fonti MO6LSv Promozione dei protocolli gestionali multidisciplinari specifici attraverso gli strumenti e i canali ritenuti idonei MO6LSd Comunicazione del rischio per la popolazione generale e specifici sottogruppi MO5LSll rafforzamento delle attività di sorveglianza sanitaria tramite l'approccio "One Health" valorizzando il ruolo dei servizi veterinari 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 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
LEA	A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive A05 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva B05 Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni B06 Promozione della sicurezza stradale B10 Tutela della popolazione dal rischio "amianto" B15 Tutela della collettività dal rischio radon C01 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro C04 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro C06 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine D01 Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali D06 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffusive animali E06 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04 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 F04 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica F08 Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale F09 Prevenzione delle dipendenze

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Il PL, come già evidenziato nella parte descrittiva, rappresenta un programma peculiare all'interno del PRP lombardo.
In un contesto evoluto, assai ricco nel campo della ricerca e della conoscenza, questo PL punta, infatti, a definire in modo partecipato, sperimentare e implementare un Sistema condiviso della Conoscenza, per orientare e accompagnare il miglioramento dell'azione preventiva regionale, e più complessivamente delle scelte di salute in prospettiva "One health" e intersettoriale ("Salute in tutte le politiche"), sostenendo lo sviluppo di programmi di intervento efficaci (efficacy ed effectiveness). Questa visione, adottando un approccio che riconosce la complessità epistemologica delle questioni in gioco, fa si che il PL - pur collocato nella cornice organizzativa della cd Prevenzione sanitaria, oggetto del mandato specifico in capo ai Dipartimenti di Prevenzione e Igiene sanitaria – assuma un rilevante significato nella direzione di favorire l'effettiva collaborazione e integrazione – nelle più ampie funzioni di governance e integrazione intersettoriale proprie del mandato di DG Weflare e delle Agenzie di Tutela della Salute - fra l'ambito sanitario, sociosanitario e sociale, e tra questi e tutti i diversi settori delle politiche che rilevano sullo stato di salute, di benessere, di coesione sociale e di sostenibilità a livello regionale e locale.
Il perseguimento di questi obiettivi rende il PL di fatto l'azione di sistema volta a favorire Equità nelle scelte programmatorie dei diversi Attori e stakeholder ai differenti livelli della scala territoriale e istituzionale, determinando/rinforzando la complessiva capacità dei soggetti in gioco di discriminare, e orientare le scelte di programmazione e l'allocazione delle risorse secondo priorità in termini di salute pubblica fondati su elementi di conoscenza oggettivi e non autoreferenziali.
Da ciò deriva l'atipicità della struttura e dei contenuti di questo Profilo di Salute e di Equità che introduce e orienta il PL stesso.
In Lombardia, come d'altronde nel resto di Italia, la disponibilità di dati/informazioni organizzati e integrati, utilizzabili per mettere in pratica approcci come quello descritto è scarsa: non sono previste indagini campionarie che raccolgano dati con dettaglio maggiore di quello regionale/provinciale né tantomeno un archivio secondario di dati socio-sanitari da fonti amministrative (es. ASL, Comuni, ecc.) organizzato a livello regionale. Il sistema informativo Istat "Health for All", la fonte informativa in tema di salute più ricca in Italia, non va oltre il

dettaglio provinciale per la maggior parte degli indicatori disponibili, rendendo impossibile una valutazione accurata della distribuzione dei determinanti di salute anche al solo livello comunale aggregato. D'altra parte, ad es. attraverso i flussi sanitari regionali è possibile ricavare un'ingente mole di informazioni di carattere socio-sanitario a livello individuale, geo-referenziabili a diverse unità territoriali, utilizzabili e utilizzate per creare indicatori volti a valutare principalmente esiti di salute e performance delle strutture sanitarie. Tuttavia i flussi sanitari non contengono attualmente informazioni relativa ai fattori di rischio, alle abitudini voluttuarie, alle caratteristiche delle persone. Anche i dati amministrativi contengono informazioni solo su persone che si sono ammalate o che hanno sviluppato bisogni di tipo socio-sanitario e che hanno avuto accesso ai Servizi, escludendo potenzialmente l'ampia quota di popolazione che non esprime domanda di aiuto/cura. L'impossibilità di una conoscenza puntuale (se non teorica, nel migliore dei casi basata su letteratura) dei fattori di rischio per la salute e di come essi varino in funzione delle caratteristiche della struttura urbanistica, territoriale, socioeconomica e socioculturale dei differenti contesti di vita, depotenzia l'azione realmente preventiva che il SSR e più in generale le politiche pubbliche potrebbero mettere in campo per la promozione della salute dei singoli e della popolazione in una prospettiva effettivamente mirata a contrastare le diseguaglianze.

Le informazioni utili a questo scopo sono desunte, a livello epidemiologico, dalla prevalenza di patologie altamente correlate a specifici fattori di rischio (es. alta percentuale di fumatori in corrispondenza di una concentrazione di malattie dell'apparato respiratorio; alti valori di BMI e inattività fisica in corrispondenza di una concentrazione di casi di diabete mellito di tipo 2, ecc.). Tuttavia, l'utilizzo di indicatori biomedici come proxy dei fattori di rischio è soggetto a diverse limitazioni. In primis, una patologia o condizione clinica può essere associata a più di un fattore di rischio, rendendo impossibile – in mancanza di informazioni specifiche – discernere con esattezza quali tra questi sia il determinante principale della condizione in esame (es. alta prevalenza in quartiere di malattie respiratorie come conseguenza di abitudine al fumo, qualità dell'aria o esposizione ad agenti tossici sul luogo di lavoro?). Il problema si ripropone anche in direzione inversa, nella misura in cui diversi fattori di rischio agiscono possono favorire l'insorgenza di più di una patologia (es. BMI, inattività fisica e sedentarietà espongono tanto al rischio di malattie cardiovascolari quanto di diabete mellito di tipo 2).

Regione Lombardia e DG Welfare in particolare, nei suoi indirizzi programmatori in campo sociosanitario e sociale, e in questa cornice, nell'area della promozione della salute e della prevenzione enfatizza fin dal precedente PRP la necessità che la programmazione di settore ponga attenzione e dimostri approcci Equity oriented nelle scelte dei decisori; nonostante questo, e malgrado gli indubbi progressi registrati grazie alla messa in campo in questi anni di ingenti sforzi sul versante della formazione dell'aggiornamento professionale di dirigenti e operatori in campo, l'analisi degli strumenti programmatori di settore (ad es. Piani Integrati locali per la promozione della salute e Piani di Zona) evidenzia tuttora un approccio più orientato alla risposta alla domanda di classi specifiche di destinatari che non a una corretta e mirata risposta agli effettivi bisogni (di salute e non solo) della popolazione, adeguatamente stratificata per complessità e rilevanza.

Le priorità, salvo casi particolari … , sono individuate secondo criteri o in applicazione di mandati specifici definiti da chi finanzia/orienta l'erogazione delle specifiche attività più che a seguito di un articolato e coerente processo decisionale; in modo altrettanto "distorto" specifiche urgenze o situazioni "emergenziali" chiamano in causa i Servizi di prevenzione nell'affrontare questo o quel "problema prioritario" a scapito di bisogni assai più rilevanti in termini di sanità pubblica (ad es. prevenzione degli incidenti correlati all'abuso di alcol nelle notti del we vs prevenzione morti e danni permanenti derivanti da incidentalità stradale nella popolazione in età lavorativa; interventi, ad es. nei setting collettivi "a domanda" piuttosto che a seguito di individuazione di specifici indicatori di rischio e di diseguaglianza a livello territoriale).

In questo quadro, come emerge anche dalle analisi di contesto che accompagnano molteplici dei Programmi previsti in questo PRP, relativamente ad alcune dimensioni di salute individuate come prioritarie dalla letteratura, non sono addirittura neppure disponibili dati o quadri descrittivi dei singoli e specifici ambiti /contesti (es. caratteristiche quali - quantitative dello stato di salute e stratificazione del bisogno nella popolazione detenuta, tossicodipendente, stratificazione del bisogno in segmenti specifici della popolazione, come i caregiver ecc.).
D'altro canto, a maggior ragione a seguito dall'impatto della Pandemia da Covd-19, per i decisori nel SSR e in tutti gli altri ambiti delle politiche, è indispensabile e urgente poter disporre di strumenti in grado di leggere e graduare la priorità delle sfide rappresentate da fenomeni complessi che condizionano la salute e il livello di benessere dei singoli e delle comunità, specie in una contingenza in cui è sempre più evidente la sproporzione fra le risorse disponibili e i bisogni sanitari, sociosanitari e sociali che interessano segmenti sempre più ampi dell'intera popolazione.
Strategicamente, il PL, per concretizzare i principi di Equità nell'attuazione di tutti i programmi del PRP, poggia su due linee di azione, in linea con la visione del PNP.
Da una parte punta, individuando come strategico la disponibilità open e la fruibilità dei dati e di quadri informativi specificati a livello locale da parte degli attori istituzionali, dei professionisti e degli stessi cittadini, a "consolidare l'attenzione alla centralità della persona, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l'Health Literacy (alfabetizzazione sanitaria) e ad accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività (empowerment) e di interagire con il sistema sanitario (engagement) attraverso relazioni basate sulla fiducia" e che "la promozione della salute è chiamata a caratterizzare le politiche sanitarie non solo nell'obiettivo di prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche, ma anche a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza e capacità di controllo (empowerment) che mantenga o migliori il capitale di salute" (Ministero della Salute, 2020). L'health literacy, in questa cornice, è considerabile come strategia generale di salute pubblica (Paakkari & Okan, 2020; Sentell, Vamos & Okan, 2020; che enfatizza la responsabilità di governi e figure istituzionali nel gestire l'informazione e l'orientamento dei cittadini (Sentell, Vamos & Okan, 2020; Van Den Broucke, 2020). Analizzare e comprendere il livello di alfabetizzazione della popolazione in relazione alle politiche (Hu, Qin, & Xu, 2019) è il primo passo per provare a far fronte ad uno dei problemi più diffusi in molti interventi di promozione di health literacy: concentrarsi solo su coloro che già accedono ai servizi sanitari e che, quindi, probabilmente posseggono livelli sufficienti di consapevolezza sulle informazioni di salute. Ciò permette di ridurre il rischio di non includere coloro che, a causa di un basso livello di istruzione o di un basso livello socioeconomico, si confrontano con forti ostacoli nell'accesso alle informazioni, pagando il prezzo di maggiori disuguaglianze sociali (Batterham et al., 2016).
Si tratta di elementi non secondari per l'effettiva affermazione di tutti gli obiettivi del PRP. La letteratura, infatti, mostra come, già in epoca pre-covid, si riscontrassero difficoltà rispetto alla gestione delle informazioni di salute in diversi continenti (Duong et al., 2017). Una indagine europea, condotta tramite strumenti validati (hls-eu), ha mostrato come il 50% degli adulti riporti livelli problematici o inadeguati di health literacy (Sorensen et al., 2015). Per quanto riguarda la popolazione in età giovanile (11-17 anni), lo studio multicentrico hbsc (Health Behaviour in School-aged Children), condotto tra il 2017 e il 2018 in dieci paesi europei, ha evidenziato come il 13,3% degli alunni intervistati presenti un basso livello di health literacy, il 67,2% ha un livello moderato e il 19,5% un livello alto. Anche una recentissima indagine post-covid ha evidenziato come il 50,1% del campione coinvolto abbia mostrato un livello problematico (15,2%) o inadeguato (34,9%) nella gestione delle informazioni connesse con l'epidemia (Okan et al., 2020). Queste difficoltà sembrano essere state accentuate dal proliferare di informazioni, dati e pareri connessi alla pandemia: accanto alla scarsa chiarezza o fruibilità

delle informazioni, si è sviluppato un fenomeno di infodemia (Sentell, Vamos & Okan, 2020), ovvero di diffusione di informazioni errate, fuorvianti, talvolta pericolose, derivanti da fonti inaffidabili.
Proprio alla luce del riconoscimento della complessità delle questioni in gioco, il PL mira anche a dare corpo a un approccio di sanità pubblica equity oriented, fondato sul concetto di public health literacy (PHL), ovvero accrescendo "il livello di competenza delle persone e delle comunità nell'ottenere, gestire, comprendere, valutare le informazioni e trarne conseguenze per l'azione necessaria ad assicurare beneficio alla comunità con decisioni di sanità pubblica (Freedman et al.)", tenendo conto che la competenza dei singoli e delle comunità a individuare soluzioni di salute (health seeking behaviour) è fortemente condizionata da fattori sociali, ambientali e culturali.
Si tratta di un approccio strategico intersettoriale e partecipativo. Infatti, la possibilità che i decisori pubblici instaurino, promuovano e rafforzino la costruzione di reti intersettoriali, permette prima di tutto la costituzione di linguaggi ed informazioni comuni e condivise. La costruzione di relazioni con i diversi attori delle comunità locali (come Istituti scolastici, aziende, associazioni e organizzazione del Terzo Settore, stakeholders, enti e imprese private), inoltre, permette l'organizzazione partecipata di momenti informativi e formativi, finalizzati alla diffusione di conoscenze, alla condivisione di esperienze e saperi e alla realizzazione di interventi sulle tematiche di promozione della salute. Instaurare partnership solide con le organizzazioni locali è particolarmente importante anche per la tradizione di diffusione delle informazioni che caratterizza molte comunità, dove spesso le interazioni personali sono il primo e il più efficace canale di comunicazione (Willis et al., 2014).
In Regione Lombardia attualmente non esiste una struttura informativa che permetta la valutazione di un profilo di salute di popolazione finalizzata allo sviluppo di processi di equity audit.

Nel corso degli anni il sistema informativo sociosanitario si è via via arricchito, anche grazie all'impulso generato dal programma Progetto Mattoni coordinato dal Ministero della Salute, passando dai flussi relativi all'erogato degli ospedali (ricoveri e pronto soccorso) alla valutazione delle attività erogative di prestazioni ambulatoriali e farmaceutiche nonché a tutte le attività erogative del mondo sociosanitario (ADI, Cure Palliative, RSA). Lo sviluppo dei flussi che governano l'ambito della prevenzione (vaccinazioni, malattie infettive, infortuni sul lavoro, screening programmati e attività integrate di promozione della salute) ha permesso di completare tale quadro arricchendo ulteriormente il sistema dei flussi di Regione Lombardia.

Regione Lombardia può quindi contare su un sistema di fonti informative non integrate in un reale sistema di datawarehouse regionale ma sicuramente con una potenzialità molto elevata di integrazione basata sulla definizione di chiavi di record linkage, oltre che su di una attività molto importante condotta sulla anagrafe unica di riferimento degli assistiti che ne permette una lettura con un livello molto elevato di profondità.

Ulteriore elemento da considerare è che i sistemi di raccolta di informazioni delle attività di supporto sociale sviluppate a livello comunale sono anche essi assai sviluppati, e offrono potenzialmente molte possibilità di sviluppare una lettura integrata con altre informazioni proprie delle anagrafi comunali.

Il punto di raccordo tra i vari sistemi informativi già attivi è rappresentato dalla sincronizzazione tra l'anagrafe degli assistiti e le anagrafi comunali da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze che, per i Comuni che aderiscono a questa piattaforma, allinea quotidianamente in modo asincrono i due sistemi.

Grazie a questa ricchezza di fonti informative ad elevata standardizzazione e controllo di qualità sono state prodotte molteplici attività di integrazione dei vari sistemi finalizzate a indirizzare programmi o attività di sanità pubblica.

Un esempio importante è rappresentato dalla definizione di un set di algoritmi utili a classificare le condizioni cliniche preesistenti. Si tratta di strumenti conoscitivi che - anche se non sono stati ancora sottoposti ad una validazione formale - rappresentano uno strumento importante di stratificazione della domanda della popolazione.

Un altro esempi specifico è rappresentato dai sistemi di sorveglianza per la prevenzione degli effetti delle alte temperature in popolazione che integra informazioni sanitarie (patologie specifiche o l'assunzione di farmaci selezionati) con informazioni sociali e di contesto (ad es. vivere da solo o avere minore possibilità ad affrontare situazioni emergenziali), permettendo di creare matrici di valutazione utili a indirizzare interventi mirati di contenimento degli effetti su popolazioni ad alto rischio.

Durante l'epidemia COVID, inoltre, sono stati sviluppati sistemi per l'integrazione di informazioni cliniche relative alla sintomatologia all'esordio, combinate con informazioni sulle condizioni cliniche preesistenti che hanno permesso la definizione di specifici programmi di sorveglianza del caso.

Alle fonti informative correnti si aggiungono tutte le informazioni che sono derivabili dalle indagini campionarie dell'ISTAT e dall'ultimo Censimento della Popolazione del 2011, che in particolare permette di disporre di informazioni aggregate a livello di sezione di censimento. Tutte queste informazioni sono integrabili e utilizzabili per migliorare la descrizione e la lettura delle condizioni di salute del contesto mediante indicatori validati in grado di descrivere anche lo stato socioeconomico in termini di istruzione, professione e di indicatori di deprivazione.

Tuttavia, costruire, aggiornare e analizzare i Profili di salute delle comunità in modo utile alla programmazione e alla valutazione in ottica equity delle politiche, dei programmi e degli interventi, necessita della possibilità di poter disporre di sistemi di georeferenziazione della popolazione che si aggiornano in tempo reale e che descrivono la popolazione per ambiti elementari, con una informatività riconoscibile e accessibile dalla popolazione e dagli attori di sistema.

D'altro canto, descrivere il Profilo di comunità di un Comune di grandi dimensioni (come ad es. il Comune di Milano) se da un lato permette una informatività elevata, dall'altro richiede di poter avere informazioni e dati organizzati e rappresentabili per quartieri, in modo da offrire agli stakeholder elementi di valutazione contestualizzati e mirati a supportare processi decisionali e di governo delle azioni orientate al cambiamento delle condizioni che determinano lo stato di salute della popolazione, compresi i cambiamenti della struttura urbana e dei servizi.

In questa prospettiva è cruciale la definizione di quale sia l'elemento informativo riconoscibile più vicino alla popolazione e da rappresentare nella valutazione dei profili di salute delle comunità.

Va da sé che una progettazione territoriale con obiettivi di riprogettazione del contesto urbano, volta a rispondere in maniera concreta ai bisogni di salute della popolazione, non può essere implementata efficacemente prescindendo da una conoscenza puntuale dei bisogni stessi.

E' quindi evidente l'importanza di disporre di dati e informazioni dettagliate e affidabili sulle condizioni di salute, i fattori di rischio, la struttura e la percezione dell'ambiente di vita, tali da consentire una valutazione accurata dei determinanti di interesse tenendo conto dell'eterogeneità territoriale presente a livello regionale nei diversi ambiti territoriali (ATS, ASST,

Distretti, Ambiti sociali di Zona, singolo Comune) e, nel caso di Comuni di grandi dimensioni, anche all'interno del medesimo contesto urbano (ad es. Municipio, NIL).

La lettura quali-quantitativa complessiva dei punti di forza e di debolezza del patrimonio informativo a disposizione a livello regionale e territoriale, evidenzia quindi quanto sia ricca la componente relativa alla presenza di flussi verticali che raccolgono informazioni sulle specifiche attività sanitarie rivolte alla popolazione e la possibilità di mettere in campo importanti attività di integrazione per tutti questi flussi.

D'altro canto, il limite è rappresentato dalla struttura stessa dell'attuale sistema che attiva specifiche integrazioni sulla base di bisogni di valutazione solo con un orizzonte temporale limitato.

A fronte di tutto questo, gli indirizzi regionali 2021 per la definizione dei programmi di sviluppo dei piani di zona, che rappresentano il reale punto progettuale di convergenza del sistema sociosanitario con il sistema sociale per il prossimo triennio, sottolineano la necessità della presenza di sistemi che permettano la lettura puntuale dei bisogni della popolazione e quindi la definizione di programmi coerenti di intervento finalizzati in modo puntuale e orientati anche alla riduzione delle disuguaglianze. In questo specifico contesto è indispensabile una struttura permanentemente aggiornata di indicatori che permetta in modo coerente e omogeneo a livello regionale e territoriale di descrivere e analizzare da un lato la situazione (contesto demografico e sociale, domanda di servizi, bisogni di salute, offerta sociosanitaria e sociale) del singolo contesto, e dall'altro che permetta di restituire una lettura integrata e fruibile a tutti gli attori del sistema, rispettosa delle differenti visuali istituzionali e mission che li caratterizzano, così da indirizzare e supportare la costruzione di gerarchie di priorità e modelli di intervento finalizzati alla creazione di un sistema di equity audit, in primis – ma non solo – in area preventiva.

Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il DPCM 12.01.17, nell'area F "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale", prevede l'elaborazione del Profilo di Salute (relazione sullo stato di salute della comunità e sui problemi di salute prioritari), strumento di "informazione e comunicazione per Istituzioni, cittadini e operatori sanitari".

Il Profilo di Salute della comunità (d'ora in poi PdSC) rappresenta la sintesi delle informazioni disponibili tratte dai sistemi informativi e di sorveglianza (malattie infettive, malattie croniche e incidenti stradali, domestici e infortuni, stili di vita, percezione dello stato di salute, ricorso ai servizi sanitari ecc.), da rilevazioni che coinvolgono la comunità; permette di identificare i bisogni, individuare gli eccessi di rischio presenti nella popolazione dovuti alle esposizioni più rilevanti; consente di incrementare lo stato di salute e valutare l'efficacia degli interventi sanitari, ambientali e sociali effettuati al fine di ripristinare lo stato di salute di popolazioni svantaggiate (equità).

L'articolazione del PdSC richiede la condivisione da parte dei diversi attori degli attesi di salute e dei determinanti da considerare: vista la varietà di mandati e ruoli in gioco, il processo che si intende sviluppare si differenzierà a seconda del soggetto chiamato in causa: SSR (DG Welfare e ATS in primis), mondo accademico e della ricerca, stakeholders, fino ai rappresentanti delle diverse categorie e alla stessa popolazione.

La sfida è la costruzione di PdSC su scala regionale e territoriale, esito di processi di sanità pubblica, multistakeholder e multilivello, organizzati e dinamicamente aggiornati, parte di un solido sistema informativo e di elaborazione dei dati, capace di descrivere, comparare, prevedere, orientare, sostenere – permettendone la valutazione - le scelte via via adottate.

Si tratta di una operazione complessa sia sul fronte della raccolta e sistematizzazione delle informazioni e dei dati (per cui sono indispensabili partnership e alleanze intersettoriali tra soggetti istituzionali, sociali, mondo della ricerca ecc.) sia sul versante della loro organizzazione e articolazione in veri e propri "tool" utili a:

- descrivere/stratificare le problematiche di salute a livello comunitario/territoriale
- identificare i contesti territoriali con evidenze di svantaggio mediante attività di benchmark scalabili (locale, regionale nazionale, internazionale)
- attivare processi di equity audit
- graduare (ranking) le scelte di intervento secondo priorità/rilevanza in ottica di salute pubblica
- orientare e supportare le scelte dei decisori
- supportare l'implementazione locale delle scelte programmatorie sociosanitarie
- valutare politiche e programmi realizzati

In un contesto evoluto come quello lombardo, assai ricco nel campo della ricerca e della conoscenza, questo PL punta a definire in modo partecipato, sperimentare e implementare un Sistema condiviso della Conoscenza, per orientare e accompagnare il miglioramento dell'azione preventiva regionale, e più complessivamente delle scelte di salute in prospettiva "One health" e intersettoriale ("Salute in tutte le politiche"), sostenendo lo sviluppo di programmi di intervento efficaci (efficacy ed effectiveness).

La collaborazione fra mondo della ricerca scientifica, della conoscenza empirica, della comunicazione e del marketing sociale, renderà il SSR in grado di approntare e mettere a disposizione – direttamente o grazie all'alleanza con altri soggetti – programmi preventivi efficaci e strategie di promozione della salute appropriate. Per questo è cruciale lo sviluppo di un Sistema integrato di relazioni, che rafforzi la consapevolezza e della partecipazione della popolazione e dei diversi attori e stakeholder, favorire la comunicazione dei dati raccolti e organizzati e la promozione del "valore Salute" in tutte le politiche e negli strumenti di regolazione (advocacy, health literacy). La costruzione partecipata del PdSC e la possibilità di accesso open a diverse delle fonti informative da parte degli stessi cittadini rafforzeranno (empowerment individuale e di comunità) le competenze diffuse verso scelte di salute.

La scelta regionale è di supportare l'attuazione complessiva del PRP con questo PL, promosso in stretta collaborazione fra UO Prevenzione e UO Osservatorio Epidemiologico regionale di DG Welfare e coordinato operativamente dalla UOC Epidemiologia dell'ATS della Città Metropolitana di Milano[1], prevedendo un dispositivo di governance articolato che permetta

- di sviluppare collaborazioni interistituzionali e intersettoriali (in primis con il mondo Universitario lombardo, ma anche con centri di riferimento nazionali e internazionali) per la condivisione e l'integrazione delle fonti informative, anche mediante la formalizzazione di un Comitato di Programma di alto livello e ampia rappresentanza (istituzionale e disciplinare)
- di garantire raccordi e collaborazione fra tutte le Strutture e gli attori di Regione Lombardia a diverso titolo coinvolti nella raccolta e costruzione di informazioni e conoscenze;
- di favorire la massima collaborazione e sinergia fra le Agenzie di Tutela della Salute mediante la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari finalizzati a garantire la

valorizzazione del know how già maturato e a concretizzare i processi di integrazione circolare con il territorio
- di promuovere e favorire l'attivazione e il contributo nelle diverse fasi di processo di Università e Centri di formazione attivi a livello territoriale, regionale, nazionale, al fine di favorire il costante e concreto aggiornamento tecnico dei diversi soggetti in campo (professionisti del SSR attuali/futuri, MMG, Policymaker, Amministratori ecc.)
- di condividere la costruzione di azioni di marketing sociale che valorizzino il valore della conoscenza per la salute pubblica

---

L'attuale nuovo scenario impone infatti un nuovo approccio, che recuperi le esperienze e il know how già acquisiti, per implementarli.

Conoscere per prevenire

Per affrontare in modo efficace le sfide poste dai bisogni di salute emergenti, è necessario disporre di conoscenze puntali sui fenomeni di interesse, sulle loro caratteristiche peculiari, sugli specifici fattori di rischio modificabili, ma anche sui trend e le prospettive evolutive che è possibile prevedere in merito a questi stessi fattori.

Assume un ruolo cruciale la capacità del sistema di avere e di mettere a diposizione dei decisori ai diversi livelli (politico, tecnico, organizzativo) set quanto più possibile completi di lettura e analisi delle situazioni e delle prospettive possibili di intervento.

Oltre ad aggiornare le "carte geografiche" per leggere la situazione (ricerche epidemiologiche su fattori e comportamenti a rischio, domanda espressa e consumi di salute; dati relativi ai costi a carico dei diversi attori in gioco ecc.) la complessità delle questioni in gioco impone di ri-definire i quadri concettuali che sostengono la lettura stessa dei fenomeni che si vogliono contrastare, orientando in modo efficace le strategie preventive, indirizzando opportunamente i programmi e gli interventi, ingaggiando in modo differente ma sinergico i diversi attori chiamati in causa (ad es. lasciando al sistema dei servizi l'attuazione di azioni preventive di "secondo livello" e stimolando tutte le agenzie educative, culturali e sociali del territorio a farsi carico di quelle di base).

Accanto a una ridefinizione del sistema di lettura e analisi dei dati epidemiologici e delle informazioni disponibili a livello regionale, è fondamentale che il sistema si doti di meccanismi di coordinamento multilivello (tenendo conto della molteplicità dei piani in gioco nella definizione delle strategie e delle priorità politiche) e di efficaci ed efficienti strumenti di governance, che permettano la contestualizzazione e l'implementazione delle politiche a livello locale. In questo sarà evidentemente cruciale il ruolo attribuito (mission) ma soprattutto interpretato (vision) dalle ATS.

Un'azione di pianificazione di questo genere non è però possibile senza il supporto di un sistema informativo adeguato, in grado di supportare opportunamente le decisioni. La ridefinizione dei paradigmi con cui la realtà viene approcciata, ha importanti ricadute anche sui metodi di indagine utilizzati per conoscerne le caratteristiche, con una inevitabile, crescente attenzione ai metodi qualitativi, mutuati dalle scienze sociali, etnografiche e antropologiche, e alla loro integrazione con le tecniche quantitative proprie dell'approccio epidemiologico.

La questione è complessa; per riuscire a comprenderla utilmente è necessario dotarsi di strumenti che, andando oltre il mero dato statistico, siano in grado di accoglierne la

multidimensionalità e la dinamicità. I dati e le informazioni devono, poi, poter essere trattati sapientemente, così da permettere di evidenziare implicazioni di tutti i fattori ambientali ed individuali in gioco (Quinn, Samet, 2010).

In questo senso è utile riprendere i concetti alla base dell'epidemiologia postmoderna di Pearce (1996) che, per comprendere come i fenomeni si manifestano in una data popolazione, mette al centro il contesto storico e culturale e i fattori socio-economici, applicando anche in questo campo la teoria della complessità (Pearce, 2006).

L'approccio dell'epidemiologia sociale rivaluta gli approcci metodologici che tengono conto degli effetti contestuali e intersettoriali che condizionano lo stato di salute, sulla base della riaffermazione che importanti fattori di rischio operano a un livello genuinamente di popolazione, essendo caratteristiche proprie della società o della comunità di appartenenza (Susser, 1994; Diez-Roux, 1998; Pearce, 2000).

Prevedere per programmare in un contesto complesso e per prevenire in modo appropriato ed equo

La dinamicità e la variabilità del contesto chiamano la funzione programmatoria preventiva a dotarsi di strumenti di visione e di pre-visione in grado di abbreviare i ritardi che classicamente caratterizzano l'implementazione delle politiche e degli interventi. D'altro canto, è fondamentale la disponibilità di strumenti di monitoraggio e di valutazione dei costi e dei benefici (Goetzel, Ozminkoski, 2008) degli interventi messi in campo, in grado di permettere l'efficiente allocazione delle risorse (WHO, 2009/a; WHO 2009/b). Per orientare efficacemente il sistema di intervento e la rete degli attori è cruciale la lettura integrata dei epidemiologici, sociali, demografici, culturali, economici che caratterizzano il contesto.

L'esistenza a supporto della funzione programmatoria regionale di un Sistema integrato in grado di "profilare" le condizioni di salute della popolazione e della/e Comunità per l'Equità nella Prevenzione e nella Promozione della Salute rappresenterà un esito di particolare rilievo per l'intero SSR sotto diversi punti di vista. Questo perché a differenza di "osservatori" classici renderà disponibili quadri evolutivi del contesto, strutturalmente orientato alla programmazione e al governo della presa in carico dei bisogni della popolazione, alla promozione della salute e alla prevenzione, così come allo sviluppo e al supporto delle strategie e dei processi formativi e di aggiornamento di chi opera ai diversi livelli del SSR.

Attraverso l'attuazione di questo PL, il SSR e tutti gli attori della Prevenzione (e non solo)

- avranno la possibilità di beneficiare di informazioni e dati utili alla programmazione di settore (con riferimento specifico all'Analisi e governo della Domanda – con un forte orientamento preventivo – e al governo dell'Offerta – elementi conoscitivi e di scenario utili per organizzazione e articolazione Servizi e rete delle unità di offerta socio-sanitarie e sociali)
- condivideranno e metteranno a disposizione della Programmazione Regionale e delle altre DDGG informazioni di scenario utili a supportare/indirizzare la programmazione intersettoriale e di settore (Salute, Formazione e Istruzione, Giovani, Territorio, Sicurezza ecc.)
- il SSR avrà possibilità di integrare le fonti classiche di informazioni e dati che supportano la programmazione e l'organizzazione del sistema delle risposte (non solo a livello di Servizi) con una serie di ipotesi di "scenario" realistiche e sostenibili
- i diversi attori potranno disporre di informazioni utili a migliorare programmazione e implementazione di piani e programmi, mirando la ricaduta su singoli territori/aree di particolare rischio-criticità

In generale, per gli operatori del settore salute (SSR, Scuola, Formazione, Sicurezza ecc.) le informazioni e i dati raccolti (fin dalle diverse linee di ricerca), l'approccio metodologico del lavoro di analisi (inter e meta-disciplinare) nonché i prodotti di sintesi anche previsionale, non saranno solo utili strumenti informativi, ma anche elementi di aggiornamento tecnico-professionale e di formazione (anche grazie alle collaborazioni fra i settori della Ricerca e della Formazione interni al Sistema Regionale e l'intero Sistema Universitario Lombardo, utilmente coinvolgibile sul duplice fronte della ricerca e della formazione di base, specialistica e di Alto livello).

Gli Amministratori locali e i cittadini potranno, infine, beneficiare di elementi di conoscenza organizzati e fruibili "su misura" dei rispettivi mandati e interessi, all'interno di una strategia complessiva volta al rafforzamento dell'Health Literacy della popolazione e di processi di advocacy sui temi di salute, coerentemente fondati su dati e priorità oggettive.

ATS Milano da anni ha sviluppato un portale open source, in via di implementazione, che in modalità open mette a disposizione in modo facilmente fruibile un articolato set di dati e informazioni utili alla descrizione dello stato di salute della popolazione e della comunità, che sarà la base concettuale e tecnologica su cui si fonderà l'impianto complessivo di questo PL.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Ackoff, R. L. (1974). *Redesigning the future: A systems approach to societal problems*. New York: Wiley.Adler, N. E., & Newman, K. (2002). Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies. *Health Affairs*, *20*(2), 60–76.

Batterham R.W – Hawkins M. – Collins P.A. – Buchbinder R. – Osborne R.H. (2016), Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities, in «Public Health», n. 132, pp. 3-12.

Baum F, Lawless A, Delany T, MacDougall C, Williams C, Broderick D, Wildgoose D, Harris E, McDermott D, Kickbusch I, Popay J and Marmot M (2014) *Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application*, Health Promotion International, 29:1.

Baum F.E., Ziersch A.M. (2003), "Social Capital", in *Journal Epidemiology Community Health,* n. 57, pp. 320-323.

Beckfield J., Krieger N. (2009), "Epi+Demos+Cracy: Linking Political Systems and Priorities to the Magnitude of Health Iniquities-Evidence, Gaps, and a Research Agenda", in *Epidemiologic Reviews,* n. 31, pp. 152-177.

Ben-Shlomo Y., Kuh D. (2003), "A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives", in *International Journal of Epidemiology,* n. 31, pp. 285-293.

Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011 Jul 19;155(2):97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005. PMID: 21768583.

Coleman C. – Kurtz-Rossi S. – McKinney J. – Pleasant A. – Rootman I. – Shohet L. (2011), Calgary Charter on Health Literacy.

Cyril S. – Smith B. J. – Renzaho A. M. (2016), Systematic review of empowerment measures in health promotion, in «Health promotion international», n. 31(4), pp. 809-826. Diez-Roux A.V. (1998), "Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis", in *Journal of Public Health,* n. 88, pp. 216-222.

Duong T.V. et al. (2017), Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool, in «Asian countries Journal of Epidemiology», n. 27(6), pp. 80-86.

Economou M. et al. (2019), Problem Gambling in Greece: Prevalence and Risk Factors During the Financial Crisis, in «Journal of Gambling Studies», 35.

Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. Am J Prev Med 2009;36: 446-51

Goetzel R.Z., Ozminkoski R.J. (2008), "The Health and Cost Benefits of Work site Health-Promotion Programs", in *Annual Review on Public Health*, n. 29, pp. 303-323.

Hu Z. – Qin L. – Xu H. (2019), Association between diabetes-specific health literacy and health-related quality of life among elderly individuals with pre-diabetes in rural Hunan Province, China: A cross-sectional study, in «BMJ Open».

Kickbusch I. – Maag D (2005). Health Literacy: towards active health citizenship, in «Public Health in Osterreich und Europa».

Kuh D., Ben-Shlomo Y., Lynch J., Hallqvist J., Cower C. (2003), "Life course epidemiology", in *Journal Epidemiology Community Health,* n. 57, pp. 778-783.

Mackenbach JP, Kulhánová I, Artnik B, Bopp M, Borrell C, Clemens T, Costa G, Dibben C, Kalediene R, Lundberg O, Martikainen P, Menvielle G, Östergren O, Prochorskas R, Rodríguez-Sanz M, Strand BH, Looman CW, de Gelder R. Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. BMJ. 2016 Apr 11;353:i1732.

Ministero della Salute (2020), Piano nazionale della Prevenzione 2020-2025.

Okan O. – Bollweg T.M. – Berens E.M. – Hurrelman, K. – Bauer U. – Schaeffer D. (2020), Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany, in «International Journal of Environmental Research and Public Health», n. 17(15).

Olason D. T. – Hayer, T. – Brosowski T. – Meyer G. (2015), Gambling in the mist of economic crisis: Results from three national prevalence studies from Iceland, in «Journal of Gambling Studies», n. 31(3), pp.759-774.

Orford J. – Wardle H. – Griffiths M. (2013), What proportion of gambling is problem gambling? Estimates from the 2010 British Gambling Prevalence Survey, in «International Gambling Studies», n. 13(1), pp. 4–18.

Paakkari L. – Okan O. (2020), COVID-19: health literacy is an underestimated problem, in «The Lancet Public Health», n. 5(5), pp. 249-250.

Pearce N. (1996), "Traditional Epidemiology, modern epidemiology and Public Health", in *American Journal of Public Health,* n. 86, pp. 678-683.

Pearce N. (2000), "The ecological fallacy strikes back", in *Journal Epidemiology Community Health,* n. 54, pp. 326-327.

Pearce N., Merletti F. (2006), "Complexity, simplicity and epidemiology", in *International Journal of Epidemiology,* n. 35, pp. 515-519.

Quinn T.C., Samet J.M. (2010), "Epidemiologic Approaches to Global Health", in *Epidemiologic Reviews,* n. 32, pp. 1-4.

Sentell T. – Vamos S. – Okan O. (2020), Interdisciplinary Perspectives on Health Literacy Research Around the World: More Important Than Ever in a Time of COVID-19, in «International Journal of Environmental Research and Public Health», n. 17, pp. 1-13.

Smith J. A. – Judd J. (2020), COVID-19: vulnerability and the power of privilege in a pandemic, in «Health Promotion Journal of Australia», n. 33, pp. 1–3.

Spring H. (2020), Health literacy and COVID-19, in «Health information and libraries journal», n. 37(3), pp. 171–172.

Svendsen M. T. et al. (2020), Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults, in «BMC public health», n. 20(1), p. 565.

Susser M. (1994), "The logic in ecological: I. the logic of analysis", in *Journal of Public Health,* n. 86, pp. 674-677.

Susser M., Susser E. (1996), "Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese box and eco-epidemiology", in *American Journal of Public Health,* n. 86, pp. 674-677.

Vamos S. – Okan O. – Sentell T. – Rootman I. (2020), Making a Case for "Education for Health Literacy": An International Perspective, in «International journal of environmental research and public health», n. 17(4), p. 1436.

Van Den Broucke S. (2020), Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa, in «Health Promotion International», n. 35, pp. 181–186.

Van der Maas M. (2016), Problem gambling, anxiety and poverty: an examination of the relationship between poor mental health and gambling problems across socio-economic status, in «International Gambling Studies», n. 16(2), pp. 281-295.

Vineis P. (2004), "Se la scienza dimentica l'ermeneutica precipita nella pubblicità", in *Janus,* n. 13, pp. 133-6.

Willis C.D. – Saul J.E. – Bitz J. – Pompu K. – Best A. – Jackson B. (2014), Improving organizational capacity to address health literacy in public health: a rapid realist review, in «Public Health», n. 128(6), pp. 515-524.

WHO - World Health Organization Regional Office for Europe (2009/a), *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*, Copenhagen.

WHO - Regional Office for Europe (2009/b), *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*, Copenhagen.

WHO, World Health Organization & Government of South Australia. (2010). *Adelaide Statement on Health in All Policies: Moving towards a shared governance for health and well-being: Report from the International Meeting on Health in All Policies, Adelaide 2010*. Geneva, Switzerland: WHO. Scaricato da: http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf (verificato il 25.03.17).

WHO, World Health Organization (2009) Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences, Geneva.

WHO, World Health Organization Europe (2006) Gaining health The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Scaricato da:http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/gaining-health.-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases

WHO, World Health Organization, The WHO Centre for Health Development. (2011). *Intersectoral action on health: A path for policy-makers to implement effective and sustainable action health*. Kobe, Japan: Author. Scaricato da: http://www.who.int/entity/kobe_centre/publications/ISA-booklet_WKC-AUG2011.pdf (verificato il 25.03.17).

Zenarolla A. (2007), *Costruire qualità sociale. Indicazioni teoriche e operative per lo sviluppo della qualità nei servizi*, FrancoAngeli, Milano.

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 **PL19_OT02**	**Definizione, formalizzazione e sviluppo di accordi per la condivisione interna al SIREG e tra DG Welfare e altri Stakeholder, Università, Enti di ricerca, Istituzioni pubbliche e private per la raccolta, la reciproca messa a disposizione e la condivisione di dati in formato strutturato finalizzati a descrivere la situazione socio-sanitaria e a esplorare potenziali situazioni di disequità di salute nella popolazione**
INDICATORE 1 **PL19_OT02_IT02**	**Accordi intersettoriali**
formula	Presenza di accordi con soggetti esterni alla DG Welfare - Presenza di un Comitato di indirizzo - Presenza di Tavoli tecnici (di cui almeno 1 con il coinvolgimento delle ATS)
Standard	Formalizzazione primi Accordi entro il 2022 Formalizzazione Comitato entro il 2022 Costituzione almeno 1 Tavolo tecnico entro il 2022 Aggiornamento Accordi entro il 2025
Fonte	REGIONE

AZIONE 1	Formalizzazione Accordi fra le diverse DDGG regionali per la fruizione condivisa delle informazioni disponibili nel SIREG
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 1	Formalizzazione Accordi fra le diverse DDGG regionali per la fruizione condivisa delle informazioni disponibili nel SIREG

AZIONE 2	Formalizzazione Accordi fra DG Welfare e altri Stakeholder (Università, enti di ricerca, istituzioni pubbliche e private deputate alla raccolta e alla messa a disposizione di dati)
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 2	Formalizzazione Accordi fra DG Welfare e altri Stakeholder (Università, enti di ricerca, istituzioni pubbliche e private deputate alla raccolta e alla messa a disposizione di dati) per ottimizzare la

	condivisione dei dati, la raccolta e la trasmissione tra stakeholder interessati (ad esempio trasmissione dati dai CAV verso l'ISS e viceversa)

AZIONE 3	Costituzione e formalizzazione del Comitato di Indirizzo del Programma
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 3	Costituzione e formalizzazione del Comitato di Indirizzo del Programma (ATS Milano + altre ATS, Osservatorio Epidemiologico Regionale ecc.)

AZIONE 4	Costituzione e formalizzazione di Tavoli Tecnici
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 4	Costituzione e formalizzazione di Tavoli Tecnici (con il coinvolgimento delle ATS)

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 **PL19_OT03**	**Rafforzare le competenze del personale SSR, dei diversi Attori e Stakeholder relativamente a:** **• esperienze validate per la condivisione in contesti istituzionali e mixed di informazioni e dati** **• metodologie per il trattamento di informazioni e dati in processi di equity audit** **• tecnologie e strumenti per lo sviluppo di framework concettuali nella condivisione dei dati** **• metodi statistici ed epidemiologici**
INDICATORE 2 **PL19_OT03_IT03**	**Integrazione nei piani formativi regionali - Offerta formativa dedicata**
formula	presenza di integrazione nei piani formativi regionali - presenza di offerta formativa
Standard	Definizione e articolazione contenuti del programma formativo entro il 2022 Almeno una azione formativa dedicata per ogni anno entro il 2023
Fonte	Regione

AZIONE 5	Realizzazione di azioni strutturate di advocacy rivolte ai diversi attori del sistema
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.10 Formazione per lo sviluppo e il consolidamento di reti collaborative
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 5	Definizione e articolazione nell'ambito del Programma Formativo Regionale di percorsi/offerta rivolta a target specifici integrata con i Programmi formativi già attivati (MMG, PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità, Formazione manageriale, Amministratori, Formazione policy maker ecc.) in tema di: · esperienze validate per la condivisione in contesti istituzionali e mixed di informazioni e dati · metodologie per il trattamento di informazioni e dati in processi di equity audit · tecnologie e strumenti per lo sviluppo di framework concettuali nella condivisione dei dati · metodi statistici ed epidemiologici

AZIONE 6	Definizione e articolazione nell'ambito del Programma Formativo Regionale di percorsi/offerta rivolta a target specifici integrata con i Programmi formativi già attivati
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 6	Definizione e articolazione nell'ambito del Programma Formativo Regionale di percorsi/offerta rivolta a target specifici integrata con i Programmi formativi già attivati (MMG, PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità, Formazione manageriale, Amministratori, Formazione policy maker ecc.) in tema di: · esperienze validate per la condivisione in contesti istituzionali e mixed di informazioni e dati · metodologie per il trattamento di informazioni e dati in processi di equity audit · tecnologie e strumenti per lo sviluppo di framework concettuali nella condivisione dei dati · metodi statistici ed epidemiologici

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 3 **PL19_OT04**	**Attuazione di processi di advocacy ed health literacy multilivello e multi stakeholder per rafforzare la cultura della condivisione dei dati e delle informazioni disponibili nell'orientamento delle scelte di sanità pubblica (con particolare riguardo alla prevenzione e alla promozione della salute) equity oriented**

INDICATORE 3 **PL19_OT04_IT04**	**Campagna / iniziative di advocacy ed health literacy finalizzate**
formula	presenza di campagna/iniziative
Standard	Definizione e Avvio campagna/iniziative entro il 2022
Fonte	Regione

AZIONE 7	**Definizione e realizzazione di campagne informative multi target e multicanale**
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.6 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 7	Definizione e realizzazione di campagne informative multi target e multicanale finalizzate a mostrare per: · Rafforzare internamente al SSR la cultura della condivisione dei dati e delle informazioni disponibili nell'orientamento delle scelte di sanità pubblica equity oriented (con particolare riguardo alla prevenzione e alla promozione della salute) · Promuovere il Valore della conoscenza integrata per il miglioramento della Qualità del sistema dell'offerta socio-sanitaria

OBIETTIVO 4 **PL19_OT05**	**Disseminazione degli strumenti per la fruizione da parte dei diversi Stakeholder del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi**
INDICATORE 4 **PL19_OT05_IT05**	**Disponibilità di un set di strumenti per la fruizione degli open data**
formula	Presenza di disponibilità di un set di strumenti per la fruizione degli open data
Standard	Predisposizione del documento tecnico e della versione prototipale del set di applicativi entro il 2022
	Diffusione del documento tecnico e della versione prototipale del set di applicativi entro il 2023
	Rilascio del set di applicativi entro il 2024
Fonte	Regione

AZIONE 8	Identificazione di specifici applicativi per la messa a disposizione dei diversi Stakeholder degli output del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi utili alla individuazione di profili di diseguaglianza a livello territoriale
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

CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 8	Identificazione di specifici applicativi per la messa a disposizione dei diversi Stakeholder degli output del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi utili a permettere la descrizione di profili di salute di comunità, la comparazione a livello territoriale delle informazioni disponibili e l'individuazione/presenza di aree/condizioni di diseguaglianza

EQUITÀ

OBIETTIVO 5 **PL19_OT01**	**Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**

INDICATORE 5 **PL19_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

AZIONE 9 EQUITY	Identificazione di specifici applicativi per la messa a disposizione dei diversi Stakeholder degli output del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi utili alla individuazione di profili di diseguaglianza a livello territoriale
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 9 EQUITY	Identificazione di specifici applicativi per la messa a disposizione dei diversi Stakeholder degli output del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi utili a permettere la descrizione di profili di salute di comunità, la comparazione a livello territoriale delle informazioni disponibili e l'individuazione/presenza di aree/condizioni di diseguaglianza

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	**STRUMENTI PER UNA PROGRAMMAZIONE EQUA**
	- Predisposizione del documento tecnico e rilascio della versione prototipale del set di applicativi

STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	- Attivazione di un laboratorio partecipato con i decisori locali per il primo utilizzo dello strumento del PL Conoscenze in risposta ai bisogni dei programmatori locali - Individuazione attraverso gli strumenti dei contesti maggiormente critici in termini di iniquità a livello territoriale attraverso la raccolta di dati locali e analisi della letteratura di settore (2024) - Individuazione dei contesti maggiormente critici - Inserimento delle azioni di contrasto nei documenti di programmazione di settore relativi ai territori caratterizzati dalle maggiori criticità da parte dei decisori locali - Monitoraggio dell'implementazione e dell'impatto delle azioni di contrasto messe in campo a livello locale
ATTORI COINVOLTI	Interlocutori interni: Rappresentanti delle UUOO di PIPSS delle ATS, Rappresentanti delle UUOO di Promozione della salute delle ATS, Rappresentanti delle UUOO di Epidemiologia delle ATS, Rappresentanti delle ASST
	Interlocutori esterni: UdP, "referenti" DUP, PUMS, VAS
INDICATORE	**Inserimento delle azioni di contrasto nei documenti di programmazione di settore dei contesti individuati come maggiormente critici**
	Formula: Numero documenti di programmazione con riferimento alle raccomandazioni per il contrasto alle diseguaglianze
	Standard2025 almeno un documento di programmazione (es. PIL, PIL + PdZ) nel 100% delle ATS
	Fonte Documentazione Regionale
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	STRUMENTI PER UNA PROGRAMMAZIONE EQUA
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	· Predisposizione del documento tecnico e rilascio della versione prototipale del set di applicativi · Attivazione di un laboratorio partecipato con i decisori locali per il primo utilizzo dello strumento del PL Conoscenze in risposta ai bisogni dei programmatori locali · Individuazione attraverso gli strumenti dei contesti maggiormente critici in termini di iniquità a livello territoriale attraverso la raccolta di dati locali e analisi della letteratura di settore (2024) · Individuazione dei contesti maggiormente critici · Inserimento delle azioni di contrasto nei documenti di programmazione di settore relativi ai territori caratterizzati dalle maggiori criticità da parte dei decisori locali · Monitoraggio dell'implementazione e dell'impatto delle azioni di contrasto messe in campo a livello locale
ATTORI COINVOLTI	Interlocutori interni: Rappresentanti delle UUOO di PIPSS delle ATS, Rappresentanti delle UUOO di Promozione della salute delle ATS, Rappresentanti delle UUOO di Epidemiologia delle ATS, Rappresentanti delle ASST

	Interlocutori esterni: UdP, "referenti" DUP, PUMS, VAS
INDICATORE	**Individuazione delle diseguaglianze a livello territoriale attraverso il set di strumenti**
	Formula: Individuazione delle principali condizioni di diseguaglianza nel territorio regionale (almeno una per ATS)
	Standard: Individuazione delle diseguaglianze a livello territoriale attraverso il set di strumenti entro il 2024
	Fonte: Documentazione Regionale

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 6 **PL19_OS01**	**Definizione degli aspetti di governance del Programma e costituzione del Comitato scientifico.**
INDICATORE 6 **PL19_OS01_IS01**	**Presenza di accordi formalizzati regione - ATS**
formula	si/no
Standard	Definizione degli accordi entro il 2022
Fonte	Regione

AZIONE 10	Formalizzazione del Comitato Scientifico del programma
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 10	Formalizzazione del Comitato Scientifico previa definizione (DG Welfare - UO Prevenzione) delle Competenze tecniche e istituzionali da includere

OBIETTIVO 7 **PL19_OS02**	**Acquisizione delle esperienze e degli indicatori già sviluppati a livello nazionale/internazionale per l'implementazione di processi di equity audit**

INDICATORE 7 **PL19_OS02_IS12**	**Presenza di un report strutturato "Esperienze e Indicatori già sviluppati a livello nazionale/internazionale per l'implementazione di processi di equity audit"**
formula	si/no
Standard	Costituzione staff tecnico entro il 2022

	Rilascio di almeno 1 report strutturato entro il 2023
Fonte	Regione

AZIONE 11	Costituzione di uno staff tecnico multidisciplinare
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 11	Costituzione di uno staff tecnico multidisciplinare relativamente a "Esperienze e Indicatori già sviluppati a livello nazionale/internazionale per l'implementazione di processi di equity audit"

AZIONE 12	Identificazione della documentazione esistente livello nazionale/internazionale per l'implementazione di processi di equity audit e sistematizzazione degli elementi con il coinvolgimento del comitato di indirizzo di programma
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.7 Ricognizione, sistematizzazione e documentazione di "pratiche" locali – Produzione e disseminazione di Reportistiche. Sottomissione di "Pratiche" locali a sistemi validati di valutazioni terze di Buona Pratica
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 12	Identificazione della documentazione esistente livello nazionale/internazionale per l'implementazione di processi di equity audit e sistematizzazione degli elementi con il coinvolgimento del comitato di indirizzo di programma

AZIONE 13	Rilascio di un Report strutturato "Esperienze e Indicatori già sviluppati a livello nazionale/internazionale per l'implementazione di processi di equity audit"
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"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile

DESCRIZIONE AZIONE 13	Rilascio di un Report strutturato "Esperienze e Indicatori già sviluppati a livello nazionale/internazionale per l'implementazione di processi di equity audit"

OBIETTIVO 8 **PL19_OS03**	**Identificazione delle infrastrutture informative disponibili open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit**
INDICATORE 8 **PL19_OS03_IS07**	**Presenza di un report strutturato "Infrastrutture informative disponibili open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit"**
formula	si/no
Standard	Costituzione staff tecnico entro il 2022 Rilascio di almeno 1 report strutturato entro il 2023
Fonte	Regione

AZIONE 14	Costituzione di uno staff tecnico multidisciplinare
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 14	Costituzione di uno staff tecnico multidisciplinare relativamente a "Infrastrutture informative disponibili open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit"

AZIONE 15	ricognizione delle piattaforme disponibili presenti a livello internazionale e nazionale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.7 Ricognizione, sistematizzazione e documentazione di "pratiche" locali – Produzione e disseminazione di Reportistiche. Sottomissione di "Pratiche" locali a sistemi validati di valutazioni terze di Buona Pratica
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 15	Raccolta e sistematizzazione, con il coinvolgimento del comitato di indirizzo di programma, degli elementi emersi dalla ricognizione delle piattaforme disponibili presenti a livello internazionale e nazionale

AZIONE 16	Rilascio di un Report strutturato "Infrastrutture informative disponibili open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit"

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"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 16	Rilascio di un Report strutturato "Infrastrutture informative disponibili open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit"

OBIETTIVO 9 **PL19_OS04**	**Ricognizione e selezione delle fonti informative pubbliche/private disponibili a livello regionale/sovraregionale e identificazione delle infrastrutture informative open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit**
INDICATORE 9 **PL19_OS04_IS09**	**Presenza di un report strutturato ricognizione e selezione delle fonti informative pubbliche/private disponibili a livello regionale/sovraregionale e identificazione delle infrastrutture informative open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit"**
formula	si/no
Standard	Costituzione staff tecnico entro il 2022 Rilascio di almeno 1 report strutturato entro il 2023
Fonte	Regione

AZIONE 17	Costituzione di uno staff tecnico multidisciplinare
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 17	Costituzione di uno staff tecnico multidisciplinare relativamente a "ricognizione e selezione delle fonti informative pubbliche/private disponibili a livello regionale/sovraregionale e identificazione delle infrastrutture informative open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit"
AZIONE 18	identificazione delle piattaforme disponibili e sistematizzazione degli elementi
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP

SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.7 Ricognizione, sistematizzazione e documentazione di "pratiche" locali – Produzione e disseminazione di Reportistiche. Sottomissione di "Pratiche" locali a sistemi validati di valutazioni terze di Buona Pratica
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 18	identificazione delle piattaforme disponibili e sistematizzazione degli elementi con il coinvolgimento del comitato di indirizzo di programma

AZIONE 19	identificazione delle infrastrutture informative open source disponibili per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit" in prevenzione sulla base della ricognizione dell'esistente
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"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 19	identificazione delle infrastrutture informative open source disponibili per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit" sulla base di una ricognizione strutturata di quanto già disponibili a livello locale (ATS/provincia) Elaborazione di un Report strutturato "Ricognizione e selezione delle fonti informative pubbliche/private disponilbili/accessibili a livello regionale/territoriale"

OBIETTIVO 10 **PL19_OS05**	**Ricognizione e selezione delle fonti informative pubbliche/private disponibili a livello locale (ATS/provincia) e identificazione delle infrastrutture informative open source disponibili per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit**
INDICATORE 10 **PL19_OS05_IS04**	**Presenza di un report strutturato per ogni ATS Ricognizione e selezione delle fonti informative pubbliche/private disponibili a livello locale (ATS/provincia) e identificazione delle infrastrutture informative open source disponibili per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit"**
formula	si/no
Standard	Rilascio di un interim report per ogni ATS entro il 2022 Rilascio di un report per ogni ATS - Aggiornamento del catalogo dei flussi entro il 2023
Fonte	Regione

AZIONE 20	Sistematizzazione degli elementi con il coinvolgimento del comitato di indirizzo di programma
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.7 Ricognizione, sistematizzazione e documentazione di "pratiche" locali – Produzione e disseminazione di Reportistiche. Sottomissione di "Pratiche" locali a sistemi validati di valutazioni terze di Buona Pratica
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 20	Sistematizzazione degli elementi con il coinvolgimento del comitato di indirizzo di programma

AZIONE 21	Rilascio di report strutturato "ricognizione e selezione delle fonti informative pubbliche/private disponibili a livello regionale/sovraregionale e identificazione delle infrastrutture informative open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit"
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"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 21	Rilascio di report strutturato "ricognizione e selezione delle fonti informative pubbliche/private disponibili a livello regionale/sovraregionale e identificazione delle infrastrutture informative open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit"

OBIETTIVO 11 **PL19_OS06**	**Declinazione alla scala regionale del set di indicatori identificati a livello internazionale e integrazione dei flussi informativi carenti necessari alla implementazione del sistema**
INDICATORE 11 **PL19_OS06_IS13**	**Presenza di un report strutturato "Set di indicatori identificati a livello internazionale e integrazione dei flussi informativi carenti necessari alla implementazione del sistema"**
formula	si/no
Standard	Rilascio di un interim report entro il 2022 Rilascio di un report strutturato entro il 2023
Fonte	Regione

AZIONE 22	Applicazione dei set di indicatori per l'individuazione delle aree e degli ambiti di diseguaglianza
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 22	Calcolo dei set di indicatori identificati dalle attività del Comitato di Indirizzo e del Comitato scientifico con benchmarking rispetto agli standard esistenti a livello nazionale e internazionale con una sistematica verifica della completezza delle fonti e delle informazioni necessarie per la definizione degli indicatori specialmente di quelli con scostamenti importanti

AZIONE 23	Rilascio di report strutturato "Set di indicatori identificati a livello internazionale e integrazione dei flussi informativi carenti necessari alla implementazione del sistema"
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"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 23	Rilascio di report strutturato "Set di indicatori identificati a livello internazionale e integrazione dei flussi informativi carenti necessari alla implementazione del sistema"

OBIETTIVO 12 **PL19_OS07**	**Identificazione del modello organizzativo, della piattaforma informativa distribuita/diffusa e definizione delle modalità per integrare le informazioni disponibili sui vari livelli: internazionale/ nazionale/ regionale /locale di ATS-provincia**
INDICATORE 12 **PL19_OS07_IS02**	**Presenza di un report strutturato "Modello organizzativo, della piattaforma informativa distribuita/diffusa e definizione delle modalità per integrare le informazioni disponibili sui vari livelli: internazionale/ nazionale/ regionale /locale di ATS/Provincia"**
formula	si/no
Standard	Rilascio di un interim report entro il 2022 Rilascio del Documento tecnico entro il 2023
Fonte	Regione

AZIONE 24	Ricognizione delle piattaforme di open data esistenti e definizione del layout grafico
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.7 Ricognizione, sistematizzazione e documentazione di "pratiche" locali – Produzione e disseminazione di Reportistiche. Sottomissione di "Pratiche" locali a sistemi validati di valutazioni terze di Buona Pratica
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 24	Ricognizione delle piattaforme di open data esistenti e definizione del layout grafico con valutazione da parte del Comitato scientifico con identificazione di un gruppo di utilizzatori che ne valuti la fruibilità

AZIONE 25	Rilascio del Documento tecnico "Modello organizzativo, della piattaforma informativa distribuita/diffusa e definizione delle modalità per integrare le informazioni disponibili sui vari livelli: internazionale/ nazionale/ regionale /locale di ATS/Provincia"
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"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 25	Rilascio del Documento tecnico "Modello organizzativo, della piattaforma informativa distribuita/diffusa e definizione delle modalità per integrare le informazioni disponibili sui vari livelli: internazionale/ nazionale/ regionale /locale di ATS/Provincia"

OBIETTIVO 13 **PL19_OS08**	**Definizione dell'ambiente di sviluppo, della piattaforma hardware, sviluppo della piattaforma software e dei gestionali open source dedicati**
INDICATORE 13 **PL19_OS08_IS06**	**Acquisizione e avvio piattaforma hardware**
formula	si/no
Standard	Definizione dei capitolati tecnici e avvio procedure di acquisizione entro il 2022 Avvio della operatività, sviluppo e upgrade entro il 2023
Fonte	Regione

AZIONE 26	Stesura del capitolato tecnico per l'acquisizione dell'ambiente di sviluppo, della piattaforma hardware, sviluppo della piattaforma software e dei gestionali open source dedicati e Realizzazione gara per affidamento
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 26	Stesura del capitolato tecnico per l'acquisizione dell'ambiente di sviluppo, della piattaforma hardware, sviluppo della piattaforma software e dei gestionali open source dedicati e Realizzazione gara per affidamento

AZIONE 27	RILASCIO PIATTAFORMA HARDWARE E SOFTWARE E DEI GESTIONALI
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 27	Rilascio dell'ambiente di sviluppo, della piattaforma hardware, sviluppo della piattaforma software e dei gestionali open source dedicati

OBIETTIVO 14 **PL19_OS09**	**Identificazione degli elementi informativi irrinunciabili per lo sviluppo di processi di equity audit attraverso percorsi di formazione-ricerca con il coinvolgimento degli attori territoriali dell'area sanitaria, sociosanitaria e sociale (erogatori pubblici e privati accreditati, sindaci, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, associazioni di cittadini e di pazienti, ecc.)**
INDICATORE 14 **PL19_OS09_IS03**	**Miglioramento competenze degli attori del sistema attraverso percorsi partecipati**
formula	si/no
Standard	Definizione e articolazione contenuti del programma formativo entro il 2022 Sviluppo del percorso di ricerca sul campo e Rapporto di sintesi entro il 2023 Almeno una azione formativa dedicata per ogni anno a partire dal 2023
Fonte	Regione

AZIONE 28	Definizione e articolazione nell'ambito del Programma Formativo Regionale di percorsi/offerta rivolta a target specifici integrati con i Programmi formativi già attivati
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 28	Definizione e articolazione nell'ambito del Programma Formativo Regionale di percorsi/offerta rivolta a target specifici integrati con i Programmi formativi già attivati (MMG, PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità, Formazione manageriale, Accademia Polizia locale, Formazione policy maker ecc.), relativamente a elementi informativi per lo sviluppo di processi di equity audit

AZIONE 29	Realizzazione di Percorsi di ricerca sul campo (focus group, seminari tecnici) per l'individuazione e la condivisione del set di elementi informativi per lo sviluppo di processi di equity audit
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.8 Attività di "Ricerca-Azione" (per processi partecipati, ecc.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 29	Realizzazione di Percorsi di ricerca sul campo (focus group, seminari tecnici) per l'individuazione e la condivisione del set di elementi informativi per lo sviluppo di processi di equity audit, con il coinvolgimento di: · erogatori pubblici · erogatori privati accreditati · sindaci · medici di medicina generale e pediatri di libera scelta · associazioni di cittadini · associazioni di pazienti · consolati e rappresentanze comunità straniere

AZIONE 30	Individuazione e condivisione con le ATS e gli stakeholder del set di elementi informativi per lo sviluppo di processi di equity audit in prevenzione sulla base di percorsi di ricerca sul campo
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"

CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 30	Realizzazione di un Rapporto di sintesi degli elementi emersi nei Percorsi di ricerca sul campo (focus group, seminari tecnici) per l'individuazione e la condivisione del set di elementi informativi per lo sviluppo di processi di equity audit, con il coinvolgimento di: · erogatori pubblici · erogatori privati accreditati · sindaci · medici di medicina generale e pediatri di libera scelta · associazioni di cittadini · associazioni di pazienti · consolati e rappresentanze comunità straniere

AZIONE 31	Rilascio del set di elementi informativi per lo sviluppo di processi di equity audit
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"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 31	Definizione e rilascio del set di elementi informativi ad uso degli stakeholder per lo sviluppo di processi di equity audit in campo preventivo

OBIETTIVO 15 **PL19_OS10**	**Sviluppo di una piattaforma di open data contenente sistemi di indicatori elementari, aggregati e indicatori sintetici / compositi per il supporto delle decisioni nella identificazione degli interventi di equity oriented**
INDICATORE 15 **PL19_OS10_IS15**	**Sviluppo e definizione di una piattaforma open data**
formula	si/no
Standard	Realizzazione report tecnico entro il 2022 Validazione della metodologia attraverso pubblicazione su rivista peer reviewed entro il 2023
Fonte	Regione

AZIONE 32	Definizione dell'ambiente informatico e della metodologia statistica per la sintesi degli indicatori utili ad analizzare in modo integrato i diversi set informativi (misura sintetica complessiva)
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

CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 32	Definizione dell'ambiente informatico e della metodologia statistica per la sintesi degli indicatori utili ad analizzare in modo integrato i diversi set informativi (misura sintetica complessiva)

AZIONE 33	Validazione del modello informativo integrato mediante pubblicazione della metodologia su una rivista peer reviewed
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"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 33	Pubblicazione della metodologia su una rivista peer reviewed degli elementi costitutivi del sistema informativo integrato, del set di indicatori e del processo di definizione partecipato

AZIONE 34	Implementazione dell'infrastruttura informatica e della piattaforma open data
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 34	Implementazione dell'infrastruttura informatica e della piattaforma open data

OBIETTIVO 16 **PL19_OS11**	**Sviluppo di modelli finalizzati alla definizione di scenari evolutivi della popolazione e predizione dell'andamento di esposizioni, fattori di rischio e outcome sociosanitari utili alla individuazione di interventi appropriati di mitigazione**
INDICATORE 16 **PL19_OS11_IS11**	**Sviluppo di modelli finalizzati alla definizione di scenari evolutivi della popolazione e predizione dell'andamento di esposizioni, fattori di rischio e outcome sociosanitari utili alla individuazione di interventi appropriati di mitigazione**
formula	si/no
Standard	Definizione metodologia e rilascio report strutturato - Condivisione della metodologia e validazione dei processi con stakeholder entro il 2024
Fonte	Regione

AZIONE 35	Definizione di una metodologia statistica per valutare gli esiti di interventi mirati di modifica delle variabili che operano una pressione negativa sulla popolazione con finestre temporali mobili
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 35	Definizione di una metodologia statistica per valutare gli esiti di interventi mirati di modifica delle variabili che operano una pressione negativa sulla popolazione con finestre temporali mobili

AZIONE 36	Definizione di scenari evolutivi della popolazione e predizione dell'andamento di esposizioni, fattori di rischio e outcome sociosanitari
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"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 36	Rilascio di un report strutturato relativamente ai modelli informativi integrati finalizzati alla definizione di scenari evolutivi della popolazione e predizione dell'andamento di esposizioni, fattori di rischio e outcome sociosanitari utili alla individuazione di interventi appropriati di mitigazione

AZIONE 37	Condivisione della metodologia e validazione dei processi finalizzati ad operare interventi di mitigazione
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.7 Attività di "Ricerca –Azione" finalizzata a processi partecipati, HEA, ecc.
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 37	Condivisione della metodologia e validazione dei processi finalizzati ad operare interventi di mitigazione con: · erogatori pubblici · erogatori privati accreditati · sindaci · medici di medicina generale e pediatri di libera scelta · associazioni di cittadini · associazioni di pazienti · consolati e rappresentanze comunità straniere

OBIETTIVO 17 **PL19_OS12**	**Definizione di metodologie mirate per la valutazione dell'efficacia delle attività di prevenzione / promozione della salute messe in atto a livello regionale e territoriale**
INDICATORE 17 **PL19_OS12_IS05**	**Definizione di metodologie mirate per la valutazione dell'efficacia delle attività di prevenzione / promozione della salute messe in atto a livello regionale e territoriale**
formula	si/no
Standard	Rilascio della sezione "scenari previsionali" e della sezione "confronto scenari previsionali e scenari reali misurati entro il 2024
Fonte	Regione

AZIONE 38	Integrazione delle funzioni del portale con l'attivazione della sezione "scenari previsionali" e della sezione "confronto scenari previsionali e scenari reali misurati"
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 38	Integrazione delle funzioni del portale (piattaforma hardware, piattaforma software e gestionali open source dedicati) con l'attivazione della sezione "scenari previsionali" e della sezione "confronto scenari previsionali e scenari reali misurati" (valutazione in tempo reale dell'efficacia delle attività di prevenzione / promozione della salute messe in atto a livello regionale e territoriale)

OBIETTIVO 18 **PL19_OS13**	**Identificazione e formalizzazione dei profili professionali e del set di competenze necessarie alla implementazione del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi a livello regionale e locale**
INDICATORE 18 **PL19_OS13_IS10**	**Identificazione e formalizzazione dei profili professionali**
formula	si/no
Standard	Rilascio 1 report tecnico - Validazione regionale - Definizione e articolazione contenuti del programma formativo - Progettazione Corsi e ingaggio discenti entro il 2024 Realizzazione di almeno 1 edizione formativa in ogni ATS entro il 2025
Fonte	Regione

AZIONE 39	Identificazione e formalizzazione da parte del Comitato di Indirizzo e del Comitato scientifico dei profili professionali e del set competenze per l'implementazione del sistema
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.7 Attività di "Ricerca –Azione" finalizzata a processi partecipati, HEA, ecc.
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 39	Identificazione e formalizzazione da parte del Comitato di Indirizzo e del Comitato scientifico dei profili professionali e del set competenze per l'implementazione del sistema (pubblicazione report tecnico)

AZIONE 40	Identificazione delle risorse tecniche e professionali per l'implementazione del programma
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 40	Individuazione e validazione da parte del Gruppo di lavoro Inter-direzionale DG Welfare + DG Formazione + DG Famiglia + DG Politiche Sociali ecc. dei profili professionali e del set competenze che dovranno essere garantite dalle risorse tecniche e professionali che costituiranno i team regionali/territoriali che accompagneranno l'implementazione del sistema al fine il processo sia accompagnato da risorse tecniche e professionali adeguatamente formate e mixed, all'intero di team organizzati a livello regionale e locale (ATS). per questo è necessaria l

AZIONE 41	Progettazione, ingaggio discenti e realizzazione di Corsi di formazione specifici
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.9 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 41	Progettazione, ingaggio discenti e realizzazione di Corsi di formazione specifici
OBIETTIVO 19 **PL19_OS15**	**Accesso e fruizione da parte dei cittadini e di tutti gli Attori di sistema delle informazioni in formato open data sulla scala territoriale di interesse attraverso un sistema dedicato**
INDICATORE 19 **PL19_OS15_IS14**	**Accesso e fruizione da parte dei cittadini e di tutti gli Attori di sistema delle informazioni in formato open data**
formula	si/no

Standard	Avvio progettazione campagne informative multi target e multicanale entro il 2023 Identificazione di specifici applicativi per la messa a disposizione delle info ai cittadini e avvio di almeno 1 campagna informativa entro il 2024 Realizzazione delle campagne informative multi target e multicanale previste entro il 2025
Fonte	Regione

AZIONE 42	Definizione e realizzazione di campagne informative multi target e multicanale finalizzate a pubblicizzare funzioni, accessibilità e utilizzo di tutti gli strumenti informativi messi a disposizione
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.6 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 42	Definizione e realizzazione di campagne informative multi target e multicanale finalizzate a pubblicizzare funzioni, accessibilità e utilizzo di tutti gli strumenti informativi messi a disposizione

AZIONE 43	Identificazione di specifici applicativi per la messa a disposizione dei cittadini e dei diversi Stakeholder delle informazioni in formato open data sulla scala territoriale di interesse attraverso un sistema dedicato che faciliti l'aumento dell'health literacy nella popolazione
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 43	Identificazione di specifici applicativi per la messa a disposizione dei cittadini e dei diversi Stakeholder delle informazioni in formato open data sulla scala territoriale di interesse attraverso un sistema dedicato che faciliti l'aumento dell'health literacy nella popolazione

OBIETTIVO 20 **PL19_OS16**	**Utilizzo del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi nell'attuazione del PRP**
INDICATORE 20 **PL19_OS16_IS08**	**Utilizzo del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi nell'attuazione del PRP**
formula	si/no
Standard	Individuazione di almeno un Programma del PRP entro il 2023
Fonte	Regione

AZIONE 44	Implementazione e adattamento del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi in almeno uno dei Programmi del PRP
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 44	Implementazione e adattamento del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi in almeno uno dei Programmi del PRP

OBIETTIVO 21 **PL19_OS14**	**Produzione della documentazione tecnica per l'accesso al sistema informativo integrato, la fruizione della piattaforma, degli applicativi e degli strumenti operativi**
INDICATORE 21 **PL19_OS14_IS16**	**Produzione della documentazione tecnica per l'accesso al sistema informativo integrato, la fruizione della piattaforma, degli applicativi e degli strumenti operativi**
formula	si/no
Standard	Rilascio della documentazione tecnica in vari formati (cartaceo, web, social) e lingue entro il 2025
Fonte	Regione

AZIONE 45	Produzione della documentazione tecnica in vari formati e varie lingue relativa all'accesso al sistema informativo integrato, la fruizione della piattaforma, degli applicativi e degli strumenti operativi
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"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 45	Produzione della documentazione tecnica in vari formati e varie lingue relativa all'accesso al sistema informativo integrato, la fruizione della piattaforma, degli applicativi e degli strumenti operativi

4.2 PL14 Screening oncologici

Quadro logico regionale

CODICE	PL14
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Silvia Deandrea
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale - MO1-20 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	- 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

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

L'implementazione di programmi di screening organizzato su un territorio aumenta per definizione l'equità dell'offerta di diagnosi precoce oncologica, riducendo le diseguaglianze nell'accesso ai servizi. Ciò avviene tramite l'aumento della copertura che si ottiene con l'invito attivo, con l'offerta di percorsi diagnostico-terapeutici gratuiti e con l'implementazione di strategie di ingaggio mirate per popolazioni svantaggiate (Anttila, 2009). Tuttavia, livelli non ottimali di adesione e copertura possono ridurre, se non addirittura vanificare, l'effetto degli screening sull'equità e perpetuare diseguaglianze all'accesso se permangono sacche di popolazione non invitate come, ad esempio, le persone carcerate, le persone straniere non residenti e le persone prive di assistenza (Deandrea, 2016). Il progetto europeo EU-TOPIA (https://eu-topia.org/) ha individuato le categorie principali di soggetti il cui coinvolgimento sub-ottimale nel programmi contribuisce a determinare le diseguaglianze in ambito di screening, ma i ricercatori sono giunti alla conclusione che non esistono al momento indicatori condivisi per la misurazione del fenomeno. Di particolare interesse è l'introduzione da parte degli stessi ricercatori del concetto di over-screening (eccessivo uso di tecnologie di diagnosi precoce e del percorso conseguente) e della sua correlazione con le stesse dimensioni indagate per il sotto-uso dei programmi organizzati, con una relazione verosimilmente opposta (correlazione con situazioni di maggiore facilità nell'accesso ai servizi). Le dimensioni raccomandate per l'analisi di possibili diseguaglianze nell'accesso o più in generale nella fruizione dei programmi di screening, in sintesi, sono:

- Demografiche (genere, età, stato civile, etc.)
- Sociali (istruzione, stato socio-economico, reddito, occupazione, disabilità, altre forme di marginalizzazione)
- Culturali (etnia, nazionalità, religione, lingua, etc.)
- Geografiche (zona urbana/rurale, aree deprivate, etc.)

Strategie che possono ridurre le diseguaglianze associate ai programmi di screening includono (Deandrea, 2016):

- Analisi di contesto e ricerca sulle cause e dinamiche delle diseguaglianze all'accesso
- Strategie informative: campagne informative generali o con materiale adattato a specifiche sottocategorie di popolazione
- Miglioramenti dell'accessibilità al programma come: ampliamento o modifiche degli orari di accesso alle sedi, miglioramento dell'accessibilità alle sedi anche attraverso la messa a disposizione di unità mobili nelle aree rurali
- Meccanismi di partecipazione sociale ed empowerment

In base all'analisi di contesto dei determinanti dell'adesione ai programmi di screening in funzione delle dimensioni chiave dell'equità, l'azione equity-oriented del programma libero Screening oncologici include interventi rivolti a categorie svantaggiate per ragioni di tipo sociale e culturale e che prevedono strategie di tipo informativo e meccanismi di partecipazione sociale ed empowerment. Per quanto riguarda l'over-screening e i suoi determinanti socio-economici, è prevista un'azione specifica di razionalizzazione dell'offerta.

Bibliografia:

- Anttila A, von Karsa L, Aasmaa A, Fender M, Patnick J, Rebolj M, Nicula F, Vass L, Valerianova Z, Voti L, Sauvaget C, Ronco G. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. Eur J Cancer. 2009 Oct;45(15):2649-58.
- Deandrea S, Molina-Barceló A, Uluturk A, Moreno J, Neamtiu L, Peiró-Pérez R, Saz-Parkinson Z, Lopez-Alcalde J, Lerda D, Salas D. Presence, characteristics and equity of access to breast cancer screening programmes in 27 European countries in 2010 and 2014. Results from an international survey. Prev Med. 2016 Oct;91:250-263.
- https://eu-topia.org/download/d2-3-definition-of-equity/

Sono disponibili due report di profilazione della popolazione non aderenti agli screening oncologici in Regione Lombardia relativamente alle province di: Monza e Lecco (Allegato I), Cremona e Mantova (Guarda, 2019). Per quanto riguarda il primo territorio, in cui erano attivi screening mammografico e colorettale, non emerge una correlazione tra distanza tra il centro di invito e residenza (meno dell'1% delle donne sono invitate a più di 20 km dalla residenza), mentre emerge una correlazione con la mancata adesione rispetto alla nazionalità e allo stato di salute inteso come cronicità (soggetti con elevato stato di cronicità o nessuna cronicità aderiscono meno rispetto agli altri). Nel secondo territorio emerge una popolazione non aderente caratterizzata da patologie croniche gravi o condizioni assistenziali pesanti, patologie psichiatriche, dipendenze da sostanze, non abituale frequentazione di altri servizi sanitari e cittadinanza non italiana (solo per mammella e colon-retto).

Nel 2019 è stato effettuato un audit sui Centri Screening delle 8 ATS lombarde con il modello PRECEDE/PROCEED (Allegato II): una sezione specifica del questionario riguardava gli interventi di equità messi in atto dai programmi di screening. Se la raggiungibilità della struttura veniva garantita sempre o la maggior parte delle volte da tutte le ATS, per gli altri elementi oggetto dell'audit si riscontravano carenze da parte di uno o più territori: in particolare, erano assenti in metà o più ATS progetti specifici per il reclutamento della popolazione fragile, l'integrazione con la rete dei Comuni che promuovono salute e i progetti dedicati alla popolazione straniera.

Dalla lettura congiunta della profilazione della popolazione non aderenti e degli interventi già presenti sul territorio, emerge un profilo di soggetto non aderente straniero e fragile, a cui non corrispondono azioni di ingaggio specifiche da parte delle ATS. Il tema della prossimità territoriale non sembrerebbe essere un determinante della non adesione nel territorio in cui questo aspetto è stato indagato, nè una problematica attenzionata dalle ATS.

Per quanto riguarda l'over-screening e i suoi determinanti, uno studio effettuato dall'ATS di Milano nel territorio della città e della provincia (De Nard, 2021) sulla percezione del materiale comunicativo dello screening mammografico da parte della popolazione target suggerisce una possibile correlazione tra la residenza nel territorio metropolitano (più ricca e con maggiore offerta di servizi sanitari) e utilizzo inappropriato del percorso di diagnosi precoce (mammografia annuale sopra i 50 anni di età).

Bibliografia:

- Guarda L, Gatti L, Ricci P, et al. Individuazione del profilo del target "non aderenti" a programmi di screening per mammella, cervice uterina e colon-retto. XXXLIII Convegno Associazione Italiana di Epidemiologia https://www.epidemiologia.it/wp-content/uploads/2019/05/Libro-Abstract-master4dic2019.pdf
- De Nard F, Deandrea S, Bastiampillai AJ, et al. The development and testing of balanced communication material for a population-based breast cancer screening program. Front. Commun., 23 July 2021 https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.719555
- Cereda D, Federici A, Guarino A, Serantoni G; Gruppo PRECEDE-PROCEED, Coppola L, Lemma P, Rossi PG. 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

Scheda di programma

Descrizione dal PNP

I programmi di screening hanno l'obiettivo di diminuire la mortalità specifica e l'incidenza delle patologie tumorali di colon, mammella e cervice uterina. Hanno altresì l'obiettivo di facilitare l'accesso ad una prestazione di prevenzione a tutta la popolazione e gestire l'offerta delle prestazioni di prevenzione con criteri di appropriatezza.
Nei primi anni duemila hanno cominciato a strutturarsi sul territorio lombardo i primi programmi organizzati, in accordo con le linee di indirizzo regionale emanate nello stesso periodo (DDG 26954/2000, DDG 32012/2001 e DDG 25854/2004), aggiornate con raccomandazioni sulla qualità nel 2007 (DDG 7248/2007) e sull'organizzazione dei Centri Screening nel 2018 (DDG 13960/2017). I programmi di screening mammografico e colorettale possono considerarsi a regime sul territorio regionale a partire dal 2007, mentre per quanto riguarda la cervice uterina erano 5 (Brescia, Lodi, Mantova, Pavia e Vallecamonica Sebino) le ASL che storicamente avevano attivato un programma di popolazione con il pap test come test primario. Nel 2010 in ASL Vallecamonica Sebino è stato avviato, nell'ambito di uno studio pilota multicentrico del Ministero della Salute – CCM, lo screening cervicale con HPV-DNA come test primario per la prevenzione del tumore della cervice uterina. Nel 2015 si è dato inizio alla programmazione dell'implementazione del HPV-DNA test su tutto il territorio lombardo per la fascia di età 30 – 64 anni (DGR 3003/2015); nel 2017 le fascie di età per lo screening mammografico e colorettale sono state ampliate con l'inclusione dei soggetti in fascia di età compresa tra 70 e 74 anni (per entrambi) e 45 – 49 anni (per il solo mammografico, previsto a partire dal 2019) (DDG 3711/2017).

Nel 2019 indicatori di estensione e adesione all'invito per lo screening mammografico e colorettale vedevano risultati superiori allo standard atteso, e l'implementazione dello screening per il cervicocarcimona era in fase di avvio nelle ATS senza programma con pap test attivo, e in fase di conversione a test con HPV-DNA primario nelle altre. Nel 2020 i test di primo livello programmi organizzati sono stati interrotti nei mesi di marzo, aprile e maggio a protezione degli utenti e degli operatori sanitari in quanto non era possibile garantire percorsi covid-free; i test di approfondimento per le persone positive al primo livello sono sempre stati offerti. Si stima una riduzione dei test effettuati nel 2020 pari al 47% per lo screening mammografico, al 74% per lo screening colorettale e al 73% per lo screening cervicale.

Il presente programma punta in particolare a:

- incrementare la copertura di popolazione a cui è offerta la possibilità di effettuare il test di screening e sostenere l'adesione consapevole all'invito, completando l'estensione dell'invito attivo per lo screening mammografico nella fascia 45-49 anni e raggiungendo le fasce di popolazione di più difficile coinvolgimento per barriere linguistiche, culturali o assistenziali
- sviluppare la rendicontazione e comunicazione dei risultati dei programmi di screening attraverso iniziative regionali di valutazione dell'impatto degli screening e di condivisione dei principali indicatori di processo e risultato con modalità open data integrate nelle piattaforme regionali e attraverso lo strumento del bilancio sociale
- sostenere l'innovazione e l'aggiornamento continuo dei protocolli di screening, sulla base delle raccomandazioni delle Linee Guida Europee, della loro adozione attraverso le linee

guida italiane e delle indicazioni dell'Osservatorio Nazionale Screening e delle società scientifiche degli screening oncologici

- promuovere le competenze e l'ingaggio degli attori del sistema attraverso iniziative formative e accordi intersettoriali

Il Programma si collega al PP2 in riferimento all'Obiettivo Strategico MO1OS08 "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" e al PL19 in riferimento all'Obiettivo Strategico PL19_OS10 "Sviluppo di una piattaforma di open data contenente sistemi di indicatori elementari, aggregati e indicatori sintetici / compositi per il supporto delle decisioni nella identificazione degli interventi di equity oriented" e all'Obiettivo Strategico OL19_OS12 "Definizione di metodologie mirate per la valutazione dell'efficacia delle attività di prevenzione / promozione della salute messe in atto a livello regionale e territoriale".

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

I programmi di screening organizzato per la diagnosi precoce del cancro della mammella, del colon-retto e della cervice uterina riducono la mortalità causa-specifica con un profilo rischio-beneficio accettabile per la popolazione. I test e le fasce di età per cui si propongono i programmi di screening organizzati sulla base di questi presupposti sono:

- Cancro della mammella: screening con mammografia bilaterale nella fascia di età 45-74
- Cancro del colon-retto: screening con sangue occulto nelle feci nella fascia di età 50-74 (oppure rettosigmoidoscopia once-only a 58 anni)
- Cancro della cervice uterina: screening con pap test e HPV-dna primario (protocolli diversificati per età e stato vaccinale) nella fascia di età 25-64

Come definito per accordi degli Stati Membri nelle Raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea del 2003, la catena decisionale dello sviluppo dei percorsi di screening oncologico di popolazione è stata definita a parte dalle Linee Guida Europee, che poi vengono recepite ed adattate a livello nazionale e poi regionale; le linee di indirizzo regionali indicano le modalità operative di gestione diagnostica e clinica sul territorio attraverso la governance, che in Regione Lombardia è operata dalle Agenzie di Tutela della Salute (ATS). Le linee guida di riferimento per gli screening organizzati si possono riassumere come nella tabella seguente.

Linea di screening	Fonti comunitarie	Fonti nazionali
Mammella	Linee guida europee: European guidelines on breast cancer screening and diagnosis - ECIBC Schema europeo di assicurazione qualità per i programmi di screening e i centri di senologia: Manual for breast cancer services - ECIBC	Linee guida nazionale promossa da Osservatorio Nazionale Screening e Gruppo Italiano Screening Mammografico (GISMa) in Sistema Nazionale Linee Guida (in sviluppo) Manuale indicatori GISMa (2006)
Colon-retto	Linee guida europee: European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis (2010)	Guida per la determinazione del sangue occulto fecale: metodo immunochimico quantitativo (FIT-HB) nei programmi di screening per il carcinoma colorettale (2017) Manuale indicatori Gruppo Italiano Screening Colorettale (2007)
Cervice	Linee guida europee: European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition, Supplements (2015)	Test HPV validati per lo screening del carcinoma della cervice uterina. Documento ONS- Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma (GISCi) La citologia di triage nei programmi di screening con HPV come test primario: Indicazioni per l'Implementazione delle Linee Guida Europee 2015 (2019) Raccomandazioni sul test HR-HPV come test di screening primario (2017) Manuale indicatori GISCi (1999, 2017)

Bibliografia

Fonti comunitarie e nazionali

- Council of the European Union, 2003. Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening 2003/878/EC
- European Commission Iniative on Breast Cancer. European guidelines on breast cancer screening and diagnosis | ECIBC (europa.eu)
- European Commission Initiative on Breast Cancer. European quality assurance scheme manuals | ECIBC (europa.eu)
- Von Karsa L, Patnick J, Segnan N. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. 1st edn, 2010
- Anttila A, Arbyn A, De Vuyst H, et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition, Supplements. Luxembourg
- Giordano L, Giorgi D, Frigerio A, et al. Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro della mammella. Epidemiol Prev. 2006;2:Supplemento 1
- Zorzi M, Sassoli de' Bianchi P, Grazzini G, Senore C. Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening dei tumori colorettali. Epidemiol Prev. 2007;1:Supplemento
- Rubeca T, Rapi S, Deandrea S, et al. Guidance for faecal occult blood testing: quantitative immunochemical method (FIT-HB) in colorectal cancer screening programmes. Epidemiol Prev. 2017 Sep-Dec;41(5-6 (Suppl 1)):1-31.
- Ronco G, Zappa M, Naldoni C, et al. Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro del collo dell'utero: manuale operativo. Epidemiol Prev. 1999;4:Supplemento
- GISCi. La citologia di triage nei programmi di screening con HPV come test primario: Indicazioni per l'Implementazione delle Linee Guida Europee 2015. LA_CITOLOGIA_DI_TRIAGE_NEI_PROGRAMMI_DI_SCREENING-2020.pdf (gisci.it)
- GISCi. Raccomandazioni sul test HR-HPV come test di screening primario. Raccomandazioni_test_hr-hpv_2017.pdf (gisci.it)
- Zorzi M, Giorgi Rossi P. Indicatori per il monitoraggio dei programmi di screening con test HPV primario. Epidemiol Prev. 2017;1:Supplemento 1.

Riferimenti per l'azione equity-oriented

- Progetto CCM 2012 "Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e di contrasto". http://www.ccmnetwork.it/imgs/C_27_MAIN_progetto_378_listaFile_List11_itemName_0_file.pdf
- CPO Piemonte - Progetto P.I.O – Programma Integrato Oncologia - Interventi per ridurre le disuguaglianze nell'accesso allo screening, incrementare la partecipazione nella popolazione generale ed in sottogruppi specifici. https://www.cpo.it/workspace/files/progetto-pio_analisi-qualitati-575681678896e.pdf
- USL di Bologna - "Gli effetti delle disuguaglianze sociali nell'accesso agli screening oncologici" http://www.asmn.re.it/allegati/DITO/ConvegnoLoSviluppoIniziaQui/abstractprofessionisti/vivarelliabstract.pdf
- Deandrea S, Molina-Barceló A, Uluturk A, Moreno J, Neamtiu L, Peiró-Pérez R, Saz-Parkinson Z, Lopez-Alcalde J, Lerda D, Salas D. Presence, characteristics and equity of access to breast cancer screening programmes in 27 European countries in 2010 and 2014. Results from an international survey. Prev Med. 2016 Oct;91:250-263.

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 PL14_OT02	**Attivare la collaborazione con gli stakeholder dei programmi di screening (associazioni di cittadini/pazienti, società scientifiche, datori di lavoro, etc.) al fine di costruire alleanze a supporto dell'adesione consapevole all'invito dei programmi di screening**
INDICATORE 1 PL14_OT02_IT02	**Ingaggio degli stakeholder nei processi decisionali e nello sviluppo dei programmi di screening regionali**
formula	Formalizzazione del coinvolgimento degli stakeholder si/no
Standard	Coinvolgere gli stakeholder dei programmi di screening (società scientifiche, associazioni cittadini e pazienti, rappresentanti comunità straniere, datori di lavoro, etc.) a vari livelli nella definizione delle linee di sviluppo dei programmi di screening regionali
Fonte	Atti regionali
AZIONE 1	Istituzione del coordinamento multidisciplinare regionale screening oncologici
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 1	L'istituzione del coordinamento multidisciplinare screening oncologici è uno degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione. Stante la natura trasversale dei programmi di screening oncologici organizzati, che vedono nel concerto delle diverse "voci" (organizzazione, prevenzione, clinica, diagnostica, laboratorio, etc.) la costruzione del percorso del cittadino, la formalizzazione di un organo consultivo partecipato da tutte le discipline è lo strumento necessario all'integrazione delle evidenze scientifiche negli atti di indirizzo regionale e allo sviluppo di percorsi di innovazione e di appropriatezza. Secondo quanto indicato dall'ONS, gli obiettivi del coordinamento sono il monitoraggio, la garanzia di miglioramento continuo della qualità, la formazione specifica dei programmi di screening presenti sul territorio di competenza e l'adeguato conferimento dei dati per i debiti informativi nazionali.

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 PL14_OT03	**Sviluppare le conoscenze e le competenze degli attori del sistema screening oncologici (operatori SSR e stakeholder)**
INDICATORE 2 PL14_OT03_IT03	**Formazione**
formula	Non applicabile

Standard	Offerta agli operatori del SSR e agli altri stakeholder iniziative formative in presenza e FAD sugli screening oncologici organizzati
Fonte	POLIS Lombardia
AZIONE 2	Sviluppo linee di indirizzo regionali screening oncologici
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età adulta; terza età; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 2	I programmi di screening oncologici sono in continua evoluzione sulla base delle nuove evidenze scientifiche derivanti da trial clinici randomizzati e studi osservazionali e possono essere il veicolo di migliori pratiche professionali creando occasioni di confronto tra professionisti e valutazione tra pari. Le modifiche al protocollo di screening del cervicocarcinoma sono state indicate dal PNP 2015-2019 (tradotte dalla DGR 7013/2017) e dal PNP 2020-2025: un atto di indirizzo regionale modificherà il percorso di screening in funzione dell'ingresso delle coorti delle ragazze vaccinate per il virus HPV. Altri atti regionali saranno emanati per adottare le nuove raccomandazioni delle Linee Guida Europee per il cancro della mammella (attraverso le linee guida italiane corrispondenti in Sistema Nazionale Linee Guida) e dello Schema di Assicurazione Qualità associato e delle future Linee Guida Europee per il cancro colorettale. Gli sviluppi attesi vanno nella direzione della personalizzazione del percorso in funzione del rischio e nell'introduzione nei percorsi di nuove tecnologie (es. tomosintesi) e modalità organizzative (es. autoprelievo per HPV-DNA). In collaborazione con il coordinamento multidisciplinare regionale screening saranno organizzate iniziative formative annuali finalizzate allo sviluppo delle competenze e all'aggiornamento continuo degli operatori di screening del SSR (Centri Screening ed erogatori).

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 3 PL14_OT04	**Sviluppare una strategia di comunicazione regionale dei programmi di screening**
INDICATORE 3 PL14_OT04_IT04	**Campagna comunicativa regionale**
formula	Presenza iniziative comunicative si/no
Standard	Sviluppo e messa a sistema di una strategia di comunicazione del programma di screening a valenza regionale multitarget, multicanale e multilingue con un'unica identità visuale per tutta la regione
Fonte	Non applicabile
AZIONE 3	Sviluppo di una campagna comunicativa regionale multicanale, multilingue, multitarget
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI

SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione/marketing sociale
CICLO DI VITA	età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 3	Sarà sviluppata e messa a sistema una strategia di comunicazione del programma screening a valenza regionale multicanale, multilingue, multitarget, con un'unica identità visuale per tutta la Regione. La campagna includerà la predisposizione di materiale comunicativo standard dei programmi di screening regionali e ispirato a principi di marketing sociale. Lo sviluppo di materiale improntato alle strategie di comunicazione efficace è finalizzato all'incremento dell'adesione all'offerta dei programmi e alla riduzione delle diseguaglianze, all'accesso per barriere di tipo linguistico e culturale.

EQUITÀ

OBIETTIVO 4 EQUITY PL14_OT01	**Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**
INDICATORE 4 EQUITY PL14_OT01_IT01	**Lenti di equità**
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione
AZIONE 4 EQUITY	Ingaggio della popolazione fragile e straniera nei programmi di screening attraverso accordi intersettoriali
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.)
CICLO DI VITA	età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 4 EQUITY	Dall'analisi di contesto e dall'HEA sono due le tipologie di soggetti non aderenti ai programmi di screening su cui si vuole intervenire con il PRP: i soggetti fragili per patologia e i soggetti stranieri. L'ingaggio di queste popolazioni con gli strumenti standard dei programmi di screening non appare efficace a causa di barriere linguistiche, fisiche, culturali (etc.). Con questa azione si vogliono costruire le alleanze e le progettualità necessarie per raggiungere questi segmenti di popolazione. Il coinvolgimento della popolazione svantaggiata avverrà attraverso lo sviluppo di azioni concertate con gli interlocutori di riferimento: · Stranieri: consolati, associazioni/comunità straniere, gestori di centri di accoglienza · Fragili: Rete Comuni che promuovono salute, gestori di centri di accoglienza

	Saranno anche intraprese azioni per il coinvolgimento trasversale delle popolazioni non aderenti all'interno dei setting specifici dei luoghi di lavoro (raccordo con WHP) e carcere. Le progettualità coinvolgeranno moduli formativi anche con modalità FAD sull'offerta degli screening oncologici e la stipula di accordi quadro e protocolli d'intesa. Infine, verrà avviata una campagna comunicativa regionale multitarget, multicanale e multilingue ispirata ai principi del marketing sociale.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Riduzione del differenziale di adesione agli screening organizzati per cittadinanza
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Per incrementare l'adesione a questa fascia di popolazione è necessario mettere in atto delle iniziative di comunicazione targettizzata e di sensibilizzazione attraverso attori specifici per le comunità di riferimento o agendo nei setting in cui è possibile raggiungere la popolazione.
ATTORI COINVOLTI	Consolati, comunità locali, datori di lavoro
INDICATORE EQUITY	**Differenziale di adesione tra stranieri e italiani per screening mammografico nelle aree/contesti oggetto di progettualità previste dal piano** Formula:((Percentuale adesione corretta per italiane al baseline - Percentuale adesione corretta per straniere al baseline) - (Percentuale adesione corretta per italiane a fine PRP - Percentuale adesione corretta per straniere a fine PRP)/(Percentuale adesione corretta per italiane al baseline - Percentuale adesione corretta per straniere al baseline)) x 100 Standard: Riduzione >10% del differenziale Fonte: Sistema informativo screening oncologici
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Riduzione del differenziale di adesione agli screening organizzati per cittadinanza
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Per incrementare l'adesione a questa fascia di popolazione è necessario mettere in atto delle iniziative di comunicazione targettizzata e di sensibilizzazione attraverso attori specifici per le comunità di riferimento o agendo nei setting in cui è possibile raggiungere la popolazione.
ATTORI COINVOLTI	Consolati, comunità locali, datori di lavoro

INDICATORE EQUITY	**Numero accordi intersettoriali effettuati rispetto a quelli programmati**
	Formula: Numero accordi intersettoriali effettuati / Numero accordi intersettoriali programmati (%) Standard100% Fonte: Atti regionali
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Riduzione del differenziale di adesione agli screening organizzati per cittadinanza
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Per incrementare l'adesione a questa fascia di popolazione è necessario mettere in atto delle iniziative di comunicazione targettizzata e di sensibilizzazione attraverso attori specifici per le comunità di riferimento o agendo nei setting in cui è possibile raggiungere la popolazione.
ATTORI COINVOLTI	Consolati, comunità locali, datori di lavoro
INDICATORE EQUITY	**Differenziale di adesione tra stranieri e italiani per screening colorettale nelle aree/contesti oggetto di progettualità previste dal piano**
	Formula:((Percentuale adesione corretta per italiani al baseline - Percentuale adesione corretta per stranieri al baseline) - (Percentuale adesione corretta per italiani a fine PRP - Percentuale adesione corretta per stranieri a fine PRP)/(Percentuale adesione corretta per italiani al baseline - Percentuale adesione corretta per stranieri al baseline)) x 100 Standard: Riduzione del differenziale di adesione Fonte: Sistema informativo screening oncologici
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Report regionale sulle diseguaglianze di accesso e fruizione dei programmi di screening oncologici
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Verrà creato un gruppo di lavoro partecipato dai Centri Screening e dalle UUOO di Epidemiologia al fine di produrre un set di indicatori di diseguaglianze di accesso e fruizione dei programmi di screening, necessario a misurare le diseguaglianze a inizio PRP e a definire in modo più appropriato i target delle altre azioni finalizzate all'equità
ATTORI COINVOLTI	Coordinamento regionale screening oncologici e Rete degli Osservatori Epidemiologici

INDICATORE EQUITY	**Report regionale sulle diseguaglianze di accesso e fruizione dei programmi di screening oncologici reso disponibile al pubblico** Formula:Report disponibile al pubblico si/no StandardSì FonteAtti regionali e/o pubblicistica

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 5 PL14_OS01	**Offrire il programma organizzato di screening oncologico per il carcinoma della cervice uterina (con HPV-DNA), per la mammella e per il colon-retto**
INDICATORE 5.1 PL14_OS01_IS01	**Estensione degli inviti per lo screening del cancro della mammella**
formula	Percentuale residenti in fascia target 50-74, al netto delle esclusioni pre-invito e degli inviti inesitati, invitata alla partecipazione allo screening
Standard	Mantenere un'estensione superiore al 95%
Fonte	Survey ministeriali rendicontazione LEA
INDICATORE 5.2 PL14_OS01_IS02	**Estensione degli inviti per lo screening del carcinoma del colon-retto**
formula	Percentuale residenti in fascia target 50-74, al netto delle esclusioni pre-invito e degli inviti inesitati, invitata alla partecipazione allo screening
Standard	Mantenere un'estensione superiore al 95%
Fonte	Survey ministeriali rendicontazione LEA
INDICATORE 5.3 PL14_OS01_IS03	**Estensione degli inviti per lo screening del carcinoma della cervice uterina**
formula	Percentuale residenti in fascia target 25-64, al netto delle esclusioni pre-invito e degli inviti inesitati, invitata alla partecipazione allo screening con test primario come da protocollo regionale
Standard	Incrementare l'estensione fino a raggiungere un livello superiore al 95%
Fonte	Survey ministeriali rendicontazione LEA
INDICATORE 5.4 PL14_OS01_IS04	**Estensione degli inviti per lo screening del cancro della mammella nelle donne di età compresa tra 45 e 49 anni**
formula	Percentuale residenti in fascia target 50-74, al netto delle esclusioni pre-invito e degli inviti inesitati, invitata alla partecipazione allo screening
Standard	Incrementare l'estensione fino a raggiungere un livello superiore al 95%
Fonte	Survey ministeriali rendicontazione LEA
AZIONE 5	Sviluppo linee di indirizzo regionali screening oncologici

CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età adulta; terza età; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 5	I programmi di screening oncologici sono in continua evoluzione sulla base delle nuove evidenze scientifiche derivanti da trial clinici randomizzati e studi osservazionali e possono essere il veicolo di migliori pratiche professionali creando occasioni di confronto tra professionisti e valutazione tra pari. Le modifiche al protocollo di screening del cervicocarcinoma sono state indicate dal PNP 2015-2019 (tradotte dalla DGR 7013/2017) e dal PNP 2020-2025: un atto di indirizzo regionale modificherà il percorso di screening in funzione dell'ingresso delle coorti delle ragazze vaccinate per il virus HPV. Altri atti regionali saranno emanati per adottare le nuove raccomandazioni delle Linee Guida Europee per il cancro della mammella (attraverso le linee guida italiane corrispondenti in Sistema Nazionale Linee Guida) e dello Schema di Assicurazione Qualità associato e delle future Linee Guida Europee per il cancro colorettale. Gli sviluppi attesi vanno nella direzione della personalizzazione del percorso in funzione del rischio e nell'introduzione nei percorsi di nuove tecnologie (es. tomosintesi) e modalità organizzative (es. autoprelievo per HPV-DNA). In collaborazione con il coordinamento multidisciplinare regionale screening saranno organizzate iniziative formative annuali finalizzate allo sviluppo delle competenze e all'aggiornamento continuo degli operatori di screening del SSR (Centri Screening ed erogatori).
OBIETTIVO 6 PL14_OS02	**Implementare il coordinamento multidisciplinare regionale screening oncologici**
INDICATORE 6 PL14_OS02_IS05	**Istituzione del coordinamento multidisciplinare screening oncologici**
formula	Atto regionale di istituzione del coordinamento multidisciplinare screening oncologici si/no
Standard	Istituire un coordinamento multidisciplinare regionale screening oncologici presieduto dalla DG Welfare ed estensore delle linee di indirizzo per i tre screening oncologici
Fonte	Atti regionali
AZIONE 6.1	Istituzione del coordinamento multidisciplinare regionale screening oncologici
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile

DESCRIZIONE AZIONE 6.1	L'istituzione del coordinamento multidisciplinare screening oncologici è uno degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione. Stante la natura trasversale dei programmi di screening oncologici organizzati, che vedono nel concerto delle diverse "voci" (organizzazione, prevenzione, clinica, diagnostica, laboratorio, etc.) la costruzione del percorso del cittadino, la formalizzazione di un organo consultivo partecipato da tutte le discipline è lo strumento necessario all'integrazione delle evidenze scientifiche negli atti di indirizzo regionale e allo sviluppo di percorsi di innovazione e di appropriatezza. Secondo quanto indicato dall'ONS, gli obiettivi del coordinamento sono il monitoraggio, la garanzia di miglioramento continuo della qualità, la formazione specifica dei programmi di screening presenti sul territorio di competenza e l'adeguato conferimento dei dati per i debiti informativi nazionali.
AZIONE 6.2	Sviluppo linee di indirizzo regionali screening oncologici
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età adulta; terza età; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 6.2	I programmi di screening oncologici sono in continua evoluzione sulla base delle nuove evidenze scientifiche derivanti da trial clinici randomizzati e studi osservazionali e possono essere il veicolo di migliori pratiche professionali creando occasioni di confronto tra professionisti e valutazione tra pari. Le modifiche al protocollo di screening del cervicocarcinoma sono state indicate dal PNP 2015-2019 (tradotte dalla DGR 7013/2017) e dal PNP 2020-2025: un atto di indirizzo regionale modificherà il percorso di screening in funzione dell'ingresso delle coorti delle ragazze vaccinate per il virus HPV. Altri atti regionali saranno emanati per adottare le nuove raccomandazioni delle Linee Guida Europee per il cancro della mammella (attraverso le linee guida italiane corrispondenti in Sistema Nazionale Linee Guida) e dello Schema di Assicurazione Qualità associato e delle future Linee Guida Europee per il cancro colorettale. Gli sviluppi attesi vanno nella direzione della personalizzazione del percorso in funzione del rischio e nell'introduzione nei percorsi di nuove tecnologie (es. tomosintesi) e modalità organizzative (es. autoprelievo per HPV-DNA). In collaborazione con il coordinamento multidisciplinare regionale screening saranno organizzate iniziative formative annuali finalizzate allo sviluppo delle competenze e all'aggiornamento continuo degli operatori di screening del SSR (Centri Screening ed erogatori).
OBIETTIVO 7 PL14_OS03	**Implementare percorso diagnostico-terapeutici integrati con i programmi di screening in essere per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2**

INDICATORE 7 PL14_OS03_IS06	**Piano diagnostico-terapeutico di rete breast unit per il percorso alto rischio genetico integrato con il programma di screening mammografico organizzato**
formula	Implementazione piano diagnostico-terapeutico di rete breast unit per il percorso alto rischio genetico integrato con il programma di screening mammografico organizzato
Standard	Disegnare, formalizzare e valutare percorsi di gestione dell'alto rischio integrati con i programmi di screening
Fonte	Atti regionali
AZIONE 7	Sviluppo linee di indirizzo regionali screening oncologici
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età adulta; terza età; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 7	I programmi di screening oncologici sono in continua evoluzione sulla base delle nuove evidenze scientifiche derivanti da trial clinici randomizzati e studi osservazionali e possono essere il veicolo di migliori pratiche professionali creando occasioni di confronto tra professionisti e valutazione tra pari. Le modifiche al protocollo di screening del cervicocarcinoma sono state indicate dal PNP 2015-2019 (tradotte dalla DGR 7013/2017) e dal PNP 2020-2025: un atto di indirizzo regionale modificherà il percorso di screening in funzione dell'ingresso delle coorti delle ragazze vaccinate per il virus HPV. Altri atti regionali saranno emanati per adottare le nuove raccomandazioni delle Linee Guida Europee per il cancro della mammella (attraverso le linee guida italiane corrispondenti in Sistema Nazionale Linee Guida) e dello Schema di Assicurazione Qualità associato e delle future Linee Guida Europee per il cancro colorettale. Gli sviluppi attesi vanno nella direzione della personalizzazione del percorso in funzione del rischio e nell'introduzione nei percorsi di nuove tecnologie (es. tomosintesi) e modalità organizzative (es. autoprelievo per HPV-DNA). In collaborazione con il coordinamento multidisciplinare regionale screening saranno organizzate iniziative formative annuali finalizzate allo sviluppo delle competenze e all'aggiornamento continuo degli operatori di screening del SSR (Centri Screening ed erogatori).
OBIETTIVO 8 PL14_OS04	**Rendere disponibili ai cittadini, ai portatori di interesse e alla comunità scientifica evidenze di risultato dei programmi di screening oncologici**
INDICATORE 8.1 PL14_OS04_IS07	**Esposizione di dati ed analisi dal sistema informativo regionale screening oncologici**
formula	Non applicabile
Standard	Integrazione in piattaforma open data degli indicatori degli screening oncologici e pubblicazione delle valutazioni di impatto per gli screening mammografico, colorettale e cervicale

Fonte	Sistema informativo screening oncologici
INDICATORE 8.2 PL14_OS04_IS11	**Bilancio sociale dei programmi di screening oncologici**
formula	Percentuale di programmi di screening (ATS) con bilancio sociale disponibile per il pubblico
Standard	Disponibilità del bilancio sociale per tutte le ATS per almeno una linea di screening
Fonte	Non applicabile
AZIONE 8	Costruzione sistema regionale di gestione, monitoraggio e valutazione screening oncologici
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
CICLO DI VITA	età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 8	I programmi di screening oncologici organizzati necessitano di un sistema informativo adeguato alla gestione operativa del percorso della persona (gestione inviti, richiami, etc), il quale costituisce anche una fonte ricca di dati per tracciare i percorsi di cura e valutarne gli esiti e l'impatto anche a livello di popolazione, grazie all'integrazione con le informazioni presenti in altre banche dati (es. Registro Tumori). Lo stato dell'arte nel 2021 è che ciascun Centro Screening di ATS è dotato di un proprio applicativo gestionale a partire dal quale un tracciato record individuale viene inviato a DG Welfare tre volte all'anno; le attività di monitoraggio e valutazione sono limitate alle schede LEA e alla rendicontazione dei cancri di intervallo in collaborazione con gli Osservatori Epidemiologici secondo quanto indicato nel documento regionale "Analisi e monitoraggio dei cancri di intervallo nei programmi di screening oncologici organizzati. Indirizzi metodologici". Lo schema di assicurazione qualità dei programmi di screening della European Commission Initiative on Breast Cancer richiede che i programmi monitorino e riportino periodicamente un set standard di 20 indicatori di performance; indicazioni del progetti europei CANCON e EUROCOURSE raccomandano che i database di screening e quelli dei registri tumori siano integrati e una linea di indirizzo nazionale definirà i requisiti operativi minimi e ottimali dei software di screening. La costruzione di un sistema regionale di informazione, monitoraggio e valutazione screening oncologici, all'interno del più ampio sistema informativo della prevenzione, prenderà come riferimento gli indirizzi comunitari e nazionali sopra citati e includerà la costruzione di un unico sistema informativo regionale, la messa a disposizione su base continua degli indicatori di processo degli screening attraverso le piattaforme regionali open data e il disegno e la conduzione di studi di valutazione di impatto delle linee di screening presenti sul territorio. Sarà esplorata la possibilità di un unico gestionale regionale, che verrà implementato nell'ambito della stessa azione in caso di esito favorevole dello studio di fattibilità. Verrà anche esplorato insieme alle società scientifiche e ai

	responsabili dei programmi di screening locali rappresentati nel coordinamento multidisciplinare regionale la possibilità di tracciare le performance individuali dei professionisti (es. radiologi, endoscopisti, etc.) attraverso il sistema informativo regionale screening ai fini dell'audit e valutazione personale delle performance.
OBIETTIVO 9 PL14_OS05	**Implementare un progetto pilota di screening del cervicocarcinoma con HPV-DNA test primario con autoprelievo**
INDICATORE 9 PL14_OS05_IS08	**Progetto pilota sperimentazione organizzativa screening del cervicocarcinoma con HPV-DNA test primario con autoprelievo**
formula	Progetto pilota effettuato si/no
Standard	Disegno, conduzione, valutazione ed eventuale roll-out dello screening del cervicocarcinoma con HPV-DNA test primario con autoprelievo
Fonte	Raccolta dati ad hoc
AZIONE 9	Sviluppo progetti pilota di sperimentazione organizzativa screening oncologici
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
CICLO DI VITA	età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 9	L'evoluzione degli screening oncologici verso percorsi personalizzati ed evidence-based basati sul rischio non può prescindere da una valutazione delle migliori modalità organizzative e dell'impatto sui percorsi nel territorio. I nuovi standard dello schema di assicurazione qualità dei programmi di screening sviluppato dalla European Commission Initiative on Breast Cancer richiedono anche che i programmi di screening partecipino attivamente a progetti di ricerca. Quindi, al fine di testare la fattibilità, l'accettabilità e l'impatto dei nuovi percorsi di screening saranno effettuati progetti pilota su base locale, regionale o in collaborazione all'interno di progetti osservazionali o di intervento nazionali o internazionali con priorità sui seguenti temi: personalizzazione screening mammografico (protocollo 45-49, introduzione tomosintesi, utilizzo del dato di densità mammaria, etc.), personalizzazione screening colorettale (personalizzazione dell'intervallo di invito sulla base degli esiti del FIT o altri algoritmi, introduzione di tecnologie di triage alla colonscopia, etc.), modifiche organizzative screening cervicocarcinoma (autoprelievo, triage per oncotipo, etc.), introduzione tecnologie di intelligenza artificiale e machine learning

	nei programmi di screening, programma di screening organizzato per il tumore del polmone su soggetti a rischio.
OBIETTIVO 10 PL14_OS06	**Implementare un applicativo gestionale e sistema informativo regionale degli screening oncologici**
INDICATORE 10 PL14_OS06_IS09	**Percentuale popolazione target inclusa nell'applicativo regionale**
formula	Percentuale popolazione target la cui storia di screening è registrata nell'applicativo regionale
Standard	Implementazione dell'applicativo sistema informativo regionale su tutto il territorio
Fonte	Sistema informativo regionale
AZIONE 10	Costruzione sistema regionale di gestione, monitoraggio e valutazione screening oncologici
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
CICLO DI VITA	età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 10	I programmi di screening oncologici organizzati necessitano di un sistema informativo adeguato alla gestione operativa del percorso della persona (gestione inviti, richiami, etc), il quale costituisce anche una fonte ricca di dati per tracciare i percorsi di cura e valutarne gli esiti e l'impatto anche a livello di popolazione, grazie all'integrazione con le informazioni presenti in altre banche dati (es. Registro Tumori). Lo stato dell'arte nel 2021 è che ciascun Centro Screening di ATS è dotato di un proprio applicativo gestionale a partire dal quale un tracciato record individuale viene inviato a DG Welfare tre volte all'anno; le attività di monitoraggio e valutazione sono limitate alle schede LEA e alla rendicontazione dei cancri di intervallo in collaborazione con gli Osservatori Epidemiologici secondo quanto indicato nel documento regionale "Analisi e monitoraggio dei cancri di intervallo nei programmi di screening oncologici organizzati. Indirizzi metodologici". Lo schema di assicurazione qualità dei programmi di screening della European Commission Initiative on Breast Cancer richiede che i programmi monitorino e riportino periodicamente un set standard di 20 indicatori di performance; indicazioni del progetti europei CANCON e EUROCOURSE raccomandano che i database di screening e quelli dei registri tumori siano integrati e una linea di indirizzo nazionale definirà i requisiti operativi minimi e ottimali dei software di screening. La costruzione di un sistema regionale di informazione, monitoraggio e valutazione screening oncologici, all'interno del più ampio sistema informativo della prevenzione, prenderà come riferimento gli indirizzi comunitari e nazionali sopra citati e includerà la costruzione di un unico sistema informativo regionale, la messa a disposizione su base continua degli indicatori di processo degli screening attraverso le piattaforme regionali open data e il disegno e

	la conduzione di studi di valutazione di impatto delle linee di screening presenti sul territorio. Sarà esplorata la possibilità di un unico gestionale regionale, che verrà implementato nell'ambito della stessa azione in caso di esito favorevole dello studio di fattibilità. Verrà anche esplorato insieme alle società scientifiche e ai responsabili dei programmi di screening locali rappresentati nel coordinamento multidisciplinare regionale la possibilità di tracciare le performance individuali dei professionisti (es. radiologi, endoscopisti, etc.) attraverso il sistema informativo regionale screening ai fini dell'audit e valutazione personale delle performance.
OBIETTIVO 11 PL14_OS07	**Reingegnerizzare e riorientare gli interventi di diagnosi precoce del cancro della mammella, del colon-retto e della cervice uterina effettuati al di fuori dei programmi organizzati**
INDICATORE 11 PL14_OS07_IS10	**Rapporto tra esami di screening effettuati al di fuori dei programmi e all'interno dei programmi nelle fasce di età target**
formula	Numero esami di screening effettuati al di fuori dei programmi nelle fasce di età target / Numero esami di screening effettuati all'interno dei programmi nelle fasce di età target
Standard	Ridurre il rapporto tra esami effettuati al di fuori dei programmi ed esami effettuati nei programmi riconducendo i test effettuati fuori dai programmi nel percorso organizzato
Fonte	Sistema informativo screening oncologici, flusso ambulatoriale 28/SAN, survey ad hoc presso erogatori privati e del volontariato
AZIONE 11	Reingegnerizzazione dell'offerta spontanea
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
CICLO DI VITA	età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 11	Al fine di migliorare la copertura per test della popolazione ed evitare duplicazioni e incoerenza nell'offerta di servizi, come anche raccomandato dall'Osservatorio Nazionale Screening e già richiesto nel Piano Nazionale della Prevenzione 2015-2019, è necessario reindirizzare l'attività di screening spontaneo nel percorso dei programmi organizzati attraverso una reingegnerizzazione delle modalità organizzative. Questo fine sarà perseguito sulla base dell'analisi dei percorsi spontanei tracciati dai sistemi informativi e individuati con analisi ad hoc, attraverso l'emanazione di disposizioni normative e di protocolli specifici per regolare la riconversione delle richieste spontanee.

4.3 PL12 Nutrire la Salute

Quadro logico regionale

CODICE	PL12
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Emanuela Ammoni
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO1 Malattie croniche non trasmissibili
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO1-11 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 - 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
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: a. contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina, contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol, riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà, contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile, riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato, aumento del consumo di frutta e verdura, b. prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) - MO1LSe Sviluppo di conoscenze e competenze (empowerment - life skill) di tutti i componenti della ristorazione collettiva (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholders (famiglie, lavoratori, pazienti, etc) sull'importanza della sana alimentazione per prevenire le complicanze di numerose patologie croniche, ridurre lo spreco alimentare e ridurre l'impatto ambientale correlato all'alimentazione

	- MO1LSf Implementazione di programmi di controllo ufficiale degli alimenti, con specifiche previsioni: per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti, per il controllo della disponibilità di sale iodato punti vendita e ristorazione collettiva, per la verifica delle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari - MO1LSh Implementazione e sviluppo di programmi di formazione degli addetti alla preparazione/distribuzione di alimenti - MO1LSi Implementazione di programmi regionali di formazione delle Autorità competenti per favorire l'attuazione dei Reg. 1924/2006 e 1169/2011 per quanto riguarda le indicazioni nutrizionali e salutistiche fornite sui prodotti alimentari - MO1LSj Attivazione di un gruppo di coordinamento regionale e aziendale per il raccordo con le attività del TaSiN (Tavolo sicurezza Nutrizionale), con funzione di osservatorio relativamente all'acquisizione di informazioni sullo stato di nutrizione della popolazione con particolare riferimento alla malnutrizione per eccesso e per difetto
LEA	- E06 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04 - F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione - F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Nel contesto della popolazione dei paesi ad alto reddito la letteratura scientifica evidenza l'impatto dello stato socioeconomico sullo stato di salute nutrizionale. Infatti, anche nei paesi economicamente sviluppati le fasce di popolazione a minor reddito, in condizioni sociali svantaggiate o più vulnerabili, risultano quelle più a rischio di malnutrizione. Come malnutrizione si intende uno stato di nutrizione nel quale una carenza, eccesso o squilibrio energetico, proteico e di altri nutrienti, causa effetti avversi misurabili a livello di tessuti/corporatura (forma/taglia e composizione corporea), funzionamento ed esito clinico[1].

Analizzando diversi contesti sociali, la popolazione anziana risulta essere più predisposta a sviluppare una malnutrizione per difetto. Si è osservato che, nell'ambito degli anziani residenti in RSA, una valutazione costante associata ad interventi precoci ed indicazioni nutrizionali appropriate, è in grado di migliorare l'aspettativa e la qualità di vita dei soggetti istituzionalizzati[2]. Nonché sembra prevenire l'insorgere di demenza nei più anziani[6].

I dati nazionali evidenziano che il 5-10% degli anziani che vivono a casa, il 25-50% degli anziani istituzionalizzati ed il 50% degli anziani ospedalizzati è malnutrito.

Nel contesto carcerario si osserva che il background di provenienza, lo stile di vita poco attivo (a causa degli spazi limitati e della scarsa libertà di movimento) e il frequente uso di farmaci e psicofarmaci (spesso assunti a causa delle comorbidità antecedenti alla reclusione) portano la popolazione carceraria, tendenzialmente sottopeso all'inizio della detenzione, ad essere poi suscettibile all'aumento di peso durante il periodo di incarcerazione. Altri cofattori di malnutrizione tipici di questa popolazione sono la carenza delle vitamine D e C a causa della scarsa attività all'aperto e del cibo preparato con largo anticipo[3,4].

Prendendo in considerazione la popolazione in generale si nota una correlazione tra lo stato economico e il BMI (Body Max Index). Apparentemente sia le scelte alimentari, sia le risposte adattative ad episodiche carenze di cibo seguite da iperalimentazione in coincidenza dell'arrivo dello stipendio, partecipano a causare un aumento della massa grassa. L'associazione fra BMI e povertà risulta essere direttamente proporzionale e correla anche con il livello di educazione[5].

Il raggiungimento della sicurezza alimentare, intesa come miglioramento dello status nutrizionale della popolazione mondiale e, più ampiamente, come raggiungimento di uno sviluppo socioeconomico equilibrato, costituisce uno dei Target richiamati nel Goal 2 dell'Agenda ONU 2030 e della Strategia Nazionale di Sviluppo Sostenibile.

Il Rapporto ONU - FAO sull'alimentazione 2020[7] denuncia che la malnutrizione globale è in aumento e lancia anche un allarme relativo alla pandemia di COVID-19, prevedendo che di qui alla fine dell'anno altri 130 milioni di abitanti del pianeta cadranno nella morsa della malnutrizione cronica per le conseguenze dell'emergenza coronavirus.

Porre fine alla fame e alla malnutrizione in tutte le sue forme (tra cui sottonutrizione, carenze di micronutrienti, sovrappeso e obesità) non significa semplicemente assicurare cibo a sufficienza per garantire la sopravvivenza: il cibo che ingeriamo dev'essere anche nutriente, soprattutto nel caso dei bambini. Un ostacolo determinante, tuttavia, è rappresentato dall'elevato costo degli alimenti nutrienti e dalla difficoltà di accedere a un'alimentazione sana per un elevato numero di famiglie. Il rapporto dimostra che una dieta sana è di gran lunga più costosa di 1,90 dollari USA al giorno, ossia la cifra fissata come soglia di povertà a livello internazionale.

Secondo lo studio, anche la dieta sana più economica costa cinque volte di più di una dieta ad alto contenuto di amidi. I gruppi di alimenti più dispendiosi a livello mondiale sono quelli che assicurano un rilevante apporto di nutrienti, come i latticini, la frutta, gli ortaggi, nonché i cibi ad alto contenuto proteico di origine sia vegetale che animale. Le più recenti stime rivelano che la sconcertante cifra di 3 miliardi di individui o più non può permettersi un'alimentazione sana. Nell'Africa subsahariana e nell'Asia meridionale, il 57% della popolazione versa in questa condizione, ma il fenomeno non risparmia alcuna regione, comprese America settentrionale ed Europa. Dal rapporto si evince che nel 2019 un numero compreso tra un quarto e un terzo di bambini di età inferiore ai cinque anni (191 milioni) era sottosviluppato o denutrito, ossia presentava ritardi nella crescita o eccessiva magrezza, mentre altri 38 milioni di bambini al di sotto dei cinque anni erano in sovrappeso. Tra gli adulti, nel frattempo, l'obesità è diventata una vera e propria pandemia.

In Italia, il Rapporto ISTAT[8] appena uscito evidenzia che, nel 2020, sono in condizione di povertà assoluta poco più di due milioni di famiglie (7,7% del totale da 6,4% del 2019) e oltre 5,6 milioni di individui (9,4% da 7,7%). Dopo il miglioramento del 2019, nell'anno della pandemia la povertà assoluta aumenta raggiungendo il livello più elevato dal 2005 (inizio delle serie storiche).

Nel 2020, l'incidenza delle famiglie in povertà assoluta si conferma più alta nel Mezzogiorno (9,4%, da 8,6%), ma la crescita più ampia si registra nel Nord dove la povertà familiare sale al 7,6% dal 5,8% del 2019. Tale dinamica fa sì che, se nel 2019 le famiglie povere del nostro Paese erano distribuite quasi in egual misura al Nord (43,4%) e nel Mezzogiorno (42,2%), nel 2020 arrivano al 47% al Nord contro il 38,6% del Mezzogiorno, con una differenza in valore assoluto di 167mila famiglie.

Anche in termini di individui è il Nord a registrare il peggioramento più marcato, con l'incidenza di povertà assoluta che passa dal 6,8% al 9,3% (10,1% nel Nord-ovest, 8,2% nel Nord-est). Sono così oltre 2 milioni 500mila i poveri assoluti residenti nelle regioni del Nord (45,6% del totale, distribuiti nel 63% al Nord-ovest e nel 37% nel Nord-est) contro 2 milioni 259 mila nel Mezzogiorno (40,3% del totale, di cui il 72% al Sud e il 28% nelle Isole). In quest'ultima

ripartizione l'incidenza di povertà individuale sale all'11,1% (11,7% nel Sud, 9,8% nelle Isole) dal 10,1% del 2019; nel Centro è pari invece al 6,6% (dal 5,6% del 2019).

Per classe di età, l'incidenza di povertà assoluta raggiunge l'11,3% (oltre 1 milione 127mila individui) fra i giovani (18-34 anni); rimane su un livello elevato, al 9,2%, anche per la classe di età 35-64 anni (oltre 2 milioni 394 mila individui), mentre si mantiene su valori inferiori alla media nazionale per gli over 65 (5,4%, oltre 742mila persone).

Rispetto al 2019 la quota di famiglie povere cresce a livello nazionale in tutte le tipologie di comune, sebbene con alcune differenze a livello ripartizionale: al Nord aumenta - da 6,1% a 7,8% - nei comuni fino a 50mila abitanti (diversi dai comuni periferia area metropolitana) e nei comuni periferia delle aree metropolitane e comuni da 50.001 abitanti (dal 4,8% al 7,0%). Nel Centro a peggiorare sono le condizioni delle famiglie residenti nei centri area metropolitana, con un'incidenza che passa dal 2,0% al 3,7% mentre nel Sud l'incidenza di povertà cresce, dal 7,6% al 9,2%, nei comuni fino a 50mila abitanti (diversi dai comuni periferia area metropolitana).

I dati presentati periodicamente nel Bilancio Sociale di Banco Alimentare[9] indicano che una quota considerevole di persone in Lombardia si trova in condizione di povertà/insicurezza alimentare, come dimostrato dal numero di persone bisognose che ha fatto ricorso ai pasti forniti (circa 105.000 nel 2018). Alla luce dei dati sulla percentuale di individui sottopeso (passati dal 3,4 al 5,1% tra 2014 e 2018) e delle persone che faticano a raggiungere una soglia di spesa alimentare accettabile sul piano nutrizionale (i dati Istat sulla povertà relativa mostrano un incremento del 65% tra 2014 e 2018), un target da fissare nel lungo periodo dovrebbe riguardare anche la lotta alla nutrizione insufficiente e povera.

Nell'ultimo rapporto della Caritas Ambrosiana "La povertà nella Diocesi ambrosiana"[10], presentato l'ottobre scorso, infine, emerge che sono quasi 9mila gli impoveriti da Covid che si sono rivolti ai centri di ascolto della Caritas Ambrosiana nelle diocesi di Milano nei tre mesi del lockdown. Sono per lo più donne, immigrati, hanno un'età compresa tra i 35 e i 54 anni e una bassa scolarità. Un terzo di loro non è stato in grado di assolvere alle necessità familiari più elementari, dalla spesa alimentare al pagamento di bollette e affitti, anche se ha avuto diritto alla cassa integrazione. Infatti i disoccupati rappresentano il 50%, gli occupati il 34%. Proprio quest'ultimo dato è il più rilevante. A pagare il prezzo più alto al lockdown sono stati i più poveri: quasi una persona su due (il 42,3%) tra le persone che sono ricorse ai centri di ascolto nei tre mesi della quarantena ha sofferto le conseguenze del blocco delle attività economiche. I lavoratori più colpiti sono stati quelli impiegati nei settori della ristorazione (lavapiatti, camerieri), ospitalità (custodi, cameriera ai piani) e della cura alla persona (colf e badanti).

Le politiche di Regione Lombardia

All'interno della Strategia regionale per lo sviluppo sostenibile[11], Regione Lombardia agisce sul fronte dell'educazione alimentare soprattutto per le famiglie meno abbienti che tendono ad optare per prodotti di scarsa qualità e in generale per i soggetti che per ragioni lavorative o culturali fanno spesso ricorso ad alimenti altamente nutritivi, che rischiano di generare scompensi calorici.

L'obiettivo è di integrare salubrità, sicurezza e sostenibilità dell'alimentazione, aspetti strettamente connessi al tema degli stili di vita salutari e della riduzione dei fattori di rischio per la salute. La necessità di migliorare la salubrità degli alimenti e dei regimi alimentari, la lotta all'obesità infantile e ai quadri patologici collegati ad errate scelte dietetiche, sono priorità negli approcci di prevenzione, da sostenere con politiche rivolte alla distribuzione, alla ristorazione e ai consumatori.

Altrettanto prioritario per Regione Lombardia è la lotta agli sprechi alimentari (in riferimento al Goal 2 sulla sicurezza alimentare e al Goal 12 sull'economia circolare).

In Regione Lombardia il concetto di «diritto al cibo» viene riconosciuto formalmente con la legge regionale 25/2006 «Politiche regionali di intervento contro la povertà attraverso la promozione dell'attività di recupero e distribuzione dei prodotti alimentari ai fini della solidarietà sociale»[12] e la legge regionale 34/2015 «Legge di riconoscimento, tutela e promozione del diritto al cibo»[13], che contribuiscono alla tutela del diritto al cibo e al contrasto alla povertà in modo da garantire che tutti abbiano pieno accesso ai mezzi di sostentamento alimentare e/o optino per uno stile alimentare più sostenibile da un punto di vista ambientale, sociale ed economico. Per questa ragione, sono previste misure di lotta allo spreco alimentare, redistribuzione delle eccedenze alimentari, promozione di sistemi agroalimentari locali e sostenibili, programmi e corsi di educazione alimentare, di economia e di ecologia domestica, premialità per tutti gli operatori, pubblici e privati, che donano alimenti o cedono gratuitamente eccedenze alimentari.

In tale ottica si inserisce la costituzione della «Consulta regionale per la promozione al diritto al cibo», la quale contribuisce allo sforzo di individuare strategie di medio-lungo periodo volte alla tutela del diritto al cibo e dell'intera filiera agroalimentare lombarda, rafforzando la catena del valore alimentare regionale anche attraverso la distribuzione delle eccedenze agroalimentari. Con DGR XI/891 (2018)[14] Regione Lombardia ha definito ulteriori misure rivolte al contrasto della povertà alimentare, attraverso lo sviluppo di attività di recupero e di distribuzione dei prodotti alimentari. L'obiettivo è quello di creare un modello organizzativo per la gestione efficiente degli alimenti, con la creazione di una rete di raccolta e distribuzione capillare che preveda il coinvolgimento di piccoli e grandi operatori del settore.

I dati disponibili relativamente ad aspetti nutrizionali della popolazione lombarda sono poco numerosi e si focalizzano principalmente sull'adeguata alimentazione e sull'eccesso di peso:

Indicatore	Lombardia	Italia	Ultimo aggiornamento disponibile	Note	Fonte
Adeguata alimentazione	21,1	19,2	2017	Proporzione standardizzata con la popolazione europea al 2013 di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura sul totale delle persone di 3 anni e più	BES - Istat[15]
Eccesso di peso	42,1	44,8	2017	Proporzione standardizzata con la popolazione europea al 2013 di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più. L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dell'Indice di Massa corporea	BES - Istat[15]

Regione Lombardia raccoglie i dati relativi alla celiachia e alla disponibilità di sale iodato, messi a sistema nel precedente PRP 2014-2019.

Per quanto riguarda la celiachia, si riporta il numero dei celiaci divisi per sesso e per fascia di età, relativi all'anno 2020:

Lombardia	Maschi	Femmine	Totale
Totale	13.049	29.391	42.440

Lombardia	6 mesi-5 anni	6-9 anni	10-13 anni	14-17 anni	18-59 anni	>= 60	Totale
Totale	7 40	1.8 31	3.0 20	3.3 92	28.4 81	4.9 76	42.44 0

Per quanto riguarda invece la disponibilità di sale iodato nelle mense scolastiche, si riportano i dati dichiarati da Comuni/Direzioni Scolastiche per l'anno 2018:

ANNO 2018	Numeratore / Denominatore	ATS MILANO		ATS INSUBRIA		ATS MONTAGNA		ATS BRIANZA		ATS BERGAMO		ATS BRESCIA		ATS VAL PADANA		ATS PAVIA		REGIONE	
		Valori assoluti	Incidenza / indicatori	Valori assoluti	Incidenza / indicatori	Valori assoluti	Incidenza / indicatori	Valori assoluti	Incidenza / indicatori	Valori assoluti	Incidenza / indicatori	Valori assoluti	Incidenza / indicatori	Valori assoluti	Incidenza / indicatori	Valori assoluti	Incidenza / indicatori	Valori assoluti	Incidenza / indicatori
Offerta Sale Iodato	N° Scuole con capitolato mensa con sale iodato	1267	72,23%	625	62,00%	301	100,00%	619	83,99%	718	99,03%	509	70,79%	473	86,31%	341	93,94%	4853	**78,85%**
	N° Scuole con Mense	1754		1008		301		737		725		719		548		363		6155	

Infine, relativamente ai controlli ufficiali per la sicurezza alimentare, i dati sono raccolti dai Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione nei propri gestionali di ATS e rendicontati nel Database regionale della prevenzione Impres@BI. I controlli riguardanti l'etichettatura degli alimenti (Reg. CE 1169/2011) nel 2019 hanno dato i seguenti risultati:

ENTE CONTROLLORE	ELEMENTO	Num Controlli
321 - ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	etichettatura ESITO FAVOREVOLE	75
	etichettatura ESITO NON FAVOREVOLE	33
322 - ATS DELL'INSUBRIA	etichettatura ESITO FAVOREVOLE	238
	etichettatura ESITO NON FAVOREVOLE	13
323 - ATS DELLA MONTAGNA	etichettatura ESITO FAVOREVOLE	417
	etichettatura ESITO NON FAVOREVOLE	9
324 - ATS DELLA BRIANZA	etichettatura ESITO FAVOREVOLE	267
	etichettatura ESITO NON FAVOREVOLE	24
325 - ATS DI BERGAMO	etichettatura ESITO FAVOREVOLE	790
	etichettatura ESITO NON FAVOREVOLE	11
326 - ATS DI BRESCIA	etichettatura ESITO FAVOREVOLE	680
	etichettatura ESITO NON FAVOREVOLE	27
327 - ATS DELLA VAL PADANA	etichettatura ESITO FAVOREVOLE	299
	etichettatura ESITO NON FAVOREVOLE	28
328 - ATS DI PAVIA	etichettatura ESITO FAVOREVOLE	452
	etichettatura ESITO NON FAVOREVOLE	13

Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Salute e alimentazione sono strettamente correlati; le abitudini alimentari, la qualità e l'igiene degli alimenti, le allergie, le intolleranze e i disturbi dell'alimentazione incidono sulla qualità della vita, sullo sviluppo, sul rendimento, sulle condizioni psico-fisiche e sulla produttività delle persone. Le abitudini alimentari sono profondamente influenzate dai fattori socioeconomici, ambientali e culturali nonché dalle caratteristiche della rete sociale e della comunità. L'alimentazione non corretta è associata frequentemente al basso livello socioeconomico delle famiglie, al livello di istruzione, al costo degli alimenti e al marketing pubblicitario e incide sulla qualità della vita, nonché sulle condizioni psicofisiche della popolazione. È nota, tra l'altro, la stretta correlazione tra abitudini alimentari e sovrappeso/obesità, patologia che incide profondamente sullo stato di salute, poiché si accompagna ad importanti malattie quali il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia ischemica e altre condizioni morbose, che in varia misura peggiorano la qualità di vita e ne riducono la durata.

La presenza di allergeni negli alimenti assume particolare rilevanza, in considerazione sia della crescente diversificazione dell'offerta alimentare, sia della possibile introduzione inconsapevole degli allergeni stessi negli alimenti, durante il processo produttivo, ad esempio, a seguito di episodi di contaminazione crociata o attraverso l'utilizzo di additivi e aromi che contengono allergeni. Anche la carenza nutrizionale di alcuni micronutrienti, quali, per esempio, lo iodio può avere effetti negativi sulla salute in tutte le fasi della vita, particolarmente gravi in gravidanza, allattamento, infanzia.

E' evidente, quindi, che la conoscenza del numero e della tipologia di attività alimentari presenti sul territorio, con la conseguente messa in atto di interventi in campo nutrizionale, volti non soltanto alla valutazione dell'adeguatezza delle porzioni, per evitare eccedenze e squilibri alimentari di tipo qualitativo, ma anche al controllo della corretta informazione al consumatore, in particolare per quanto riguarda la presenza di allergeni e delle informazioni nutrizionali presenti in etichetta, alla corretta gestione delle allergie alimentari, nell'ambito della ristorazione sia pubblica che collettiva e interventi per ridurre l'entità dello spreco/scarto alimentare, contribuiscono a sensibilizzare la popolazione, sia in generale che per gruppi mirati, ad adottare comportamenti e scelte salutari, etiche e sociali.

Il secondo Rapporto Censis-Tendercapital sui Buoni Investimenti evidenzia che, a causa dell'emergenza sanitaria, 5 milioni di italiani hanno difficoltà a mettere in tavola pasti decorosi e 600mila persone si sono aggiunte ai poveri. Il Rapporto, che è stato presentato in Senato, dipinge una società in difficoltà, nella quale le disparità sociali sono sempre maggiori, acuite proprio dall'emergenza sanitaria. È chiaro che in questo scenario è prioritario tutelare le fasce più deboli, fare in modo che ci sia una sostenibilità sociale, intesa come l'equo accesso per tutti al benessere, e che la società sia guidata da un senso di coesione, che è alla base di un buon welfare. In questa ottica il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 indica come priorità trasversale la riduzione delle disuguaglianze sociali e geografiche.

In Regione Lombardia negli ultimi anni è mancato un coordinamento regionale delle attività nutrizionali svolte sul territorio, ad eccezione di quanto inserito nel PRP 2014-2019: formazione sugli allergeni e in particolare la celiachia e i controlli sulla disponibilità di sale iodato per i consumatori (nelle mense e nella vendita al dettaglio). I Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione - SIAN svolgono tuttavia numerose attività e progetti, sulle quali non vi è una banca dati strutturata a livello regionale.

E' stato quindi svolto in data 12 maggio 2021 un Focus Group con i SIAN (medici, dietiste, nutrizioniste del SIAN), per individuare i punti di forza e i punti di debolezza dell'attuale sistema di gestione, far emergere eventuali trend percepiti e raccogliere spunti per il miglioramento. Le principali attività nutrizionali attualmente svolte riguardano la verifica e la validazione dei capitolati delle mense scolastiche e delle RSA, effettuate su richiesta o in occasione di audit. Allo stesso modo le diete speciali vengono verificate su richiesta o durante i sopralluoghi. Durante i controlli viene verificata anche l'etichettatura degli alimenti confezionati. Vengono svolte attività di formazione, anche tramite FAD, di sensibilizzazione sul tema dello spreco alimentare e si collabora con la Promozione della Salute in numerosi progetti. Tra le principali criticità segnalate vi è il mancato coordinamento regionale, che raccolga i contributi di tutti, faccia sintesi, permetta la condivisione delle esperienze e delle migliori pratiche, promuova l'elaborazione di documenti di indirizzo condivisi. Viene segnalata come fondamentale la ricostruzione di una rete territoriale tra le ATS, le ASST, i consultori, le associazioni di categoria e dei consumatori, per lavorare insieme su progetti condivisi. Per quanto riguarda la formazione del personale sanitario, è stata individuata come necessaria la formazione su metodi e tipo di comunicazione, su comportamento alimentare e ambito socio-psico-sociale e su normativa e nutrizione in particolari ambiti, tra cui la ristorazione socio-assistenziale. Per la formazione degli operatori alimentari, viene sottolineata la necessità di integrare sicurezza alimentare e nutrizionale, di studiare percorsi formativi condivisi, che affrontino nutrizione e salute.

I percorsi formativi dovrebbero essere coordinati a livello regionale. Infine, gli interventi informativi e di comunicazioni ritenuti utili per i consumatori dovrebbero coinvolgere medici di base, pediatri e consultori, le scuole e dovrebbero riguardare poche informazioni semplici e corrette che vadano a contrastare fake news e false credenze che si trovano in gran numero specialmente nei social media. In conclusione, emerge che attualmente l'attività svolta è principalmente su richiesta: questo fa sì che non si affrontino le tematiche in modo organico e strutturato, con la conseguente difficoltà di individuare e ridurre le possibili diseguaglianze di salute della popolazione. (ALLEGATO)

I risultati del Focus Group mostrano quindi che c'è necessità di organizzare il lavoro, disporre di una banca dati comune, condividere le linee di indirizzo e le conseguenti azioni sul territorio.

L'attività dei prossimi anni sarà quindi indirizzata allo sviluppo dell'attività di coordinamento regionale, all'interno della quale verranno inserite tutte le azioni del PRP e altre di interesse regionale o proposte dal Tavolo Nazionale per la Sicurezza Nutrizionale (TaSiN).

I principali punti programmatici sono quindi:

1) aggiornare gli indirizzi regionali in coerenza con le indicazioni nazionali e lo sviluppo del SSR lombardo

2) implementare il database regionale Impres@BI con i dati relativi alla nutrizione

3) attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori del SSR

4) integrare le attività con altri ambiti del SSR

5) attivare percorsi di formazione e informazione degli Operatori del Settore Alimentare

6) aumentare il consumo di alimenti adeguati sotto l'aspetto nutrizionale da parte dei soggetti fragili (azione di equity)

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1. Todorovic V, Russell C, Elia M (Eds) (2003) The 'MUST' Explanatory Booklet. A Guide to the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for Adults. tinyurl. com/7vrjsyb (Last accessed: December 12 2013.)
2. Labossiere R, Bernard MA. Nutritional considerations in institutionalized elders. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2008 Jan;11(1):1-6. doi: 10.1097/MCO.0b013e3282f323e0. PMID: 18090650.
3. Choudhry K, Armstrong D, Dregan A. Systematic review into obesity and weight gain within male prisons. Obes Res Clin Pract. 2018 Jul-Aug;12(4):327-335. doi: 10.1016/j.orcp.2018.02.003. Epub 2018 Feb 23. PMID: 29478832.
4. Leach B, Goodwin S. Preventing malnutrition in prison. Nurs Stand. 2014 Jan 15-21;28(20):50-6; quiz 60. doi: 10.7748/ns2014.01.28.20.50.e7900. PMID: 24422845.
5. Olson CM. Nutrition and health outcomes associated with food insecurity and hunger. J Nutr. 1999 Feb;129(2S Suppl):521S-524S. doi: 10.1093/jn/129.2.521S. PMID: 10064322.
6. Nicoli C, Galbussera AA, Bosetti C, Franchi C, Gallus S, Mandelli S, Marcon G, Quadri P, Riso P, Riva E, Lucca U, Tettamanti M. The role of diet on the risk of dementia in the oldest old: The Monzino 80-plus population-based study. Clinical Nutrition 40 (2021) 4783e4791
7. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO "The State of Food Security and Nutrition in the World 2020"
8. ISTAT "Rapporto LE STATISTICHE DELL'ISTAT SULLA POVERTÀ - ANNO 2020"
9. Banco Alimentare Lombardia "Bilancio Sociale 2019"
10. Osservatorio centro Studi Caritas Ambrosiana "La povertà nella Diocesi ambrosiana - DATI 2019"
11. Regione Lombardia - D.g.r. n° XI / 4967 del 29/06/2021 "Approvazione della Strategia regionale per lo sviluppo sostenibile"
12. Regione Lombardia - Legge regionale 25/2006 "Politiche regionali di intervento contro la povertà attraverso la promozione dell'attività di recupero e distribuzione dei prodotti alimentari ai fini della solidarietà sociale"
13. Regione Lombardia - Legge regionale 34/2015 "Legge di riconoscimento, tutela e promozione del diritto al cibo"
14. Regione Lombardia - D.g.r. 26 novembre 2018 - n. XI/891 "Promozione delle attività di riconoscimento, tutela e promozione del diritto al cibo biennio 2019/2020. Determinazioni"
15. ISTAT "Rapporto BES 2020: il benessere equo e sostenibile in Italia"

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 PL12_OT02	**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**
INDICATORE 1 PL12_OT02_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

AZIONE 1	Formazione/informazione degli operatori del settore alimentare (1.12)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.7 Formazione operatori di altri Settori (es. OSA, Associazioni, RLSPP, ecc.)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 1	È fondamentale, nonché richiesto dalla normativa europea, che gli operatori del settore alimentare abbiano delle conoscenze in materia di sicurezza alimentare e nutrizione, al fine di tutelare la salute dei consumatori, applicando al meglio le norme. Regione Lombardia ha stabilito, con Legge regionale n. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), che gli operatori del settore alimentare provvedono alla formazione, addestramento e aggiornamento del proprio personale addetto a una o più fasi di produzione, trasformazione e distribuzione di prodotti alimentari, secondo quanto stabilito dal Regolamento CE 852/2004. I dipartimenti di prevenzione delle ATS, nell'ambito dell'attività di controllo ufficiale, verificano l'adeguatezza delle procedure formative, con particolare riferimento a comportamenti operativi degli addetti. Si prevede quindi di realizzare due accordi con altrettante associazioni di categoria (es. associazione pubblici esercizi, associazione industrie alimentari, associazione aziende di ristorazione collettiva, …) per la realizzazione di eventi formativi dedicati all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute.

OBIETTIVO 2 PL12_OT05	**Favorire la formazione di tutti i componenti della ristorazione collettiva scolastica, aziendale, ospedaliera e socio-assistenziale (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholder (famiglie, lavoratori, pazienti, etc)**

INDICATORE 2 PL12_OT05_IT03	**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

AZIONE 2	Formazione di tutti gli attori della ristorazione collettiva (1.13)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.7 Formazione operatori di altri Settori (es. OSA, Associazioni, RLSPP, ecc.)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 2	È fondamentale, nonché richiesto dalla normativa europea, che gli operatori del settore alimentare abbiano delle conoscenze in materia di sicurezza alimentare e nutrizione, al fine di tutelare la salute dei consumatori, applicando al meglio le norme. A maggior ragione queste conoscenze devono essere in possesso di coloro che operano nell'ambito della ristorazione collettiva (mense scolastiche, ospedaliere, socio-assistenziali, aziendali), a servizio spesso di un'utenza di soggetti fragili per svariati motivi. Si prevede quindi di realizzare due accordi con altrettante associazioni di categoria (es. associazioni di categoria della ristorazione collettiva, delle ditte di vending, ecc) per la realizzazione di eventi formativi dedicati all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute.

FORMAZIONE

OBIETTIVO 3 PL12_OT03	**Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti**
INDICATORE 3 PL12_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

AZIONE 3	Formazione degli operatori delle ATS per favorire l'attuazione dei Regg. (CE) 1924/2006 e 1169/2011 per quanto riguarda le indicazioni nutrizionali e salutistiche fornite sui prodotti alimentari (1.14)

CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 3	Al fine di aggiornare e migliorare le competenze del personale ATS addetto al controllo ufficiale e del personale che si occupa di nutrizione, per effettuare i controlli relativi all'etichettatura nutrizionale di cui al Reg. CE 1169/2011 e alle informazioni salutistiche - claims di cui al Reg. CE 1924/2006 viene definita una specifica attività di formazione, da effettuarsi annualmente. L'azione si esplica nei seguenti step: - redazione di indicazioni alle ATS per la progettazione e la realizzazione di interventi formativi, - realizzazione degli interventi formativi da parte di tutti i Dipartimenti aziendali

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 4 PL12_OT04	**Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione**
INDICATORE 4 PL12_OT04_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

AZIONE 4	Comunicazione e marketing nutrizionale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.6 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 4	La comunicazione è una attività trasversale e complementare alle altre azioni in materia di nutrizione: da un lato per favorire la conoscenza e i corretti comportamenti dei cittadini, dall'altro per contrastare le fake news e le pubblicità ingannevoli. D'altra parte, è importante conoscere le tecniche di comunicazione per comunicare in modo efficace: con la collaborazione di esperti si realizzano quindi

	strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale da diffondere tramite la GDO, i social media, i diversi attori del SSR.

EQUITÀ

OBIETTIVO 5 PL12_OT01	**Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**
INDICATORE 5 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

AZIONE 5 EQUITY	**Aumentare il consumo di alimenti adeguati sotto l'aspetto nutrizionale da parte dei soggetti fragili**
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 5 EQUITY	Come già discusso, dati recenti rinvenibili in letteratura indicano un aumento della povertà a seguito della pandemia da Covid19 anche in Regione Lombardia. Dopo la crisi economica del 2008, le cui conseguenze sono ancora visibili, questa nuova crisi sta mostrando l'estrema fragilità del nostro sistema economico e sociale, esasperando un contesto già caratterizzato da forti disuguaglianze. Un aspetto urgente da affrontare è la malnutrizione delle fasce più povere della popolazione (segmento in aumento anche a causa della pandemia da Covid-19), fornendo informazioni che aumentino le conoscenze e supporto alimentare adeguato, in collaborazione con le associazioni caritative. L'azione di equità si strutturerà quindi in iniziative mirate di formazione, informazione e comunicazione sugli aspetti nutrizionali per gruppi specifici di popolazione fragile, al fine di contrastare le diseguaglianze economiche e sociali. Si procederà quindi a definire un protocollo di lavoro con le ATS (anni 2022 - 23), coinvolgendo gli attori locali, le Associazioni di volontariato e i rappresentanti delle strutture interessate, definendo i contenuti minimi da erogare in diverse forme (formazione, informazione, comunicazione) e con modalità adeguate ai contesti (anni 2024 – 25). Tali contenuti affronteranno i temi della nutrizione (corretto apporto nutrizionale del pasto), degli allergeni e della lettura e comprensione delle etichette, operando così in modo trasversale sul tema della nutrizione in un'ottica di empowerment globale dei cittadini più fragili. Ci si concentrerà su mense dei poveri, strutture per soggetti fragili (es. RSA; case-famiglia per malati psichiatrici), carceri. In particolare, per le mense dei poveri, in collaborazione con le associazioni caritative attive sul territorio

	(es. Caritas e Banco Alimentare), si organizzeranno interventi formativi per gli addetti (volontari, addetti mensa …), al fine di definire le caratteristiche nutrizionali degli alimenti e le modalità per costruire una giornata alimentare equilibrata anche con la solidarietà alimentare. Per quanto riguarda la nutrizione adeguata degli anziani fragili, un ulteriore focus verrà fatto sui pasti forniti a domicilio dai Comuni. L'attività verrà valutata tramite una customer satisfaction di tutti gli attori coinvolti per individuare punti di forza e di debolezza, in modo da garantire, fatti gli eventuali opportuni aggiustamenti, la sua continuazione anche oltre la vigenza del PRP. L'obiettivo dell'azione di equità è quindi quello di aumentare il consumo di alimenti adeguati sotto l'aspetto nutrizionale da parte dei soggetti target. Obiettivi specifici: · Raggiungere le sacche di povertà e offrire aiuto alimentare attraverso il coinvolgimento delle associazione di volontariato · Aumentare il numero di soggetti fragili che consumano alimenti adeguati sotto l'aspetto nutrizionale, anche attraverso il coinvolgimento dei care givers · Aumentare la consapevolezza dei soggetti fragili sulla qualità nutrizionale degli alimenti consumati, anche attraverso il coinvolgimento dei care givers Obiettivi intermedi/strategici: 1. Associazioni di volontariato raggiunte che gestiscono le mense per i poveri 2. Menù RSA verificati dal punto di vista nutrizionale 3. Carceri coinvolte in progetti di formazione nutrizionale 4. GDO coinvolte in progetti di recupero di alimenti vegetali 5. Setting in cui vengono distribuite informazioni (brochure) sulle proprietà nutrizionali degli alimenti Azioni previste: 1. Realizzare interventi formativi per gli addetti delle associazioni caritative (volontari, addetti mensa …) al fine di definire le caratteristiche nutrizionali degli alimenti e le modalità per costruire una giornata alimentare equilibrata anche con la solidarietà alimentare 2. Verificare i menù delle RSA sulla base di un documento regionale di riferimento 3. Realizzare corsi di formazione nutrizionale per i detenuti 4. Sviluppare una brochure (multilingue) da consegnare alle famiglie con il pacco alimentare o attraverso iniziative apposite 5. Predisporre accordi con la GDO per l'acquisto agevolato di prodotti vegetali Per la valutazione dell'azione di equity è stato individuato il seguente indicatore: aumento del consumo di alimenti adeguati sotto l'aspetto nutrizionale da parte dei soggetti target, declinato in indicatori di processo e di esito.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Garantire l'aumento del consumo di alimenti adeguati sotto l'aspetto nutrizionale da parte dei soggetti target

STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	1. Realizzare un programma di formazione per gli addetti delle associazioni di volontariato 2. Predisporre documento regionale di riferimento per la verifica degli aspetti nutrizionali nelle RSA / strutture per soggetti fragili (valutazione dei menù, dello stato nutrizionale degli ospiti, dei pasti effettivamente consumati) 3. Realizzare un programma di formazione per i detenuti 4. Realizzare una brochure informativa multilingue 5. Formalizzare accordi con le GDO
ATTORI COINVOLTI	ATS, Enti locali, Associazioni di volontariato, RSA, strutture per soggetti fragili (es. case-famiglia per malati psichiatrici), carceri, GDO.
INDICATORE	**Interventi per aumentare il consumo di alimenti adeguati sotto l'aspetto nutrizionale da parte dei soggetti fragili** Formula: Realizzazione degli interventi pianificati / Interventi pianificati Standard: 1. Realizzare 1 programma di formazione per gli addetti delle associazioni di volontariato 2. Predisporre documento regionale di riferimento per la verifica dei menù delle RSA 3. Realizzare 1 programma di formazione per i detenuti 4. Realizzare la brochure informativa multilingue 5. Formalizzare accordi con le GDO Fonte: Regione
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Garantire l'aumento del consumo di alimenti adeguati sotto l'aspetto nutrizionale da parte dei soggetti target
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	1. Realizzare un programma di formazione per gli addetti delle associazioni di volontariato 2. Predisporre documento regionale di riferimento per la verifica degli aspetti nutrizionali nelle RSA / strutture per soggetti fragili (valutazione dei menù, dello stato nutrizionale degli ospiti, dei pasti effettivamente consumati) 3. Realizzare un programma di formazione per i detenuti 4. Realizzare una brochure informativa multilingue 5. Formalizzare accordi con le GDO
ATTORI COINVOLTI	ATS, Enti locali, Associazioni di volontariato, RSA, strutture per soggetti fragili (es. case-famiglia per malati psichiatrici), carceri, GDO.
INDICATORE	**Rilevazione dello stato nutrizionale dei soggetti fragili (per i diversi setting)** Formula: Predisposizione e somministrazione di un questionario per la rilevazione dello stato nutrizionale dei soggetti fragili nei diversi setting e valutazione dei risultati raggiunti

	Standard: Predisposizione di un questionario per la rilevazione dello stato nutrizionale dei soggetti fragili nei diversi setting, da somministrare attraverso il coinvolgimento degli operatori, per definire lo standard iniziale e misurare l'aumento del consumo di alimenti adeguati sotto l'aspetto nutrizionale da parte dei soggetti target Fonte: Regione

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 6 PL12_OS01	**Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva**
INDICATORE 6 PL12_OS01_IS01	**Percentuale di controlli ufficiali che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva**
formula	Controlli ufficiali che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva / controlli ufficiali effettuati in punti vendita e ristorazione collettiva x 100
Standard	Previsione di un flusso informativo per la raccolta e la rendicontazione dei controlli effettuati, redazione di indicazioni alle ATS per i controlli sulla presenza di sale iodato nei punti vendita e ristorazione collettiva, trasmissione dei dati raccolti con le modalità previste dal Ministero.
Fonte	Ministero della Salute

AZIONE 6	**Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva (1.11)**
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 6	È stato recentemente pubblicato dall'ISS il Rapporto ISTISAN "Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia - Dati 2015-2019" dal quale emerge che l'Italia ha raggiunto la iodosufficienza e il gozzo in età scolare è scomparso. L'indagine è stata condotta dall'Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia-OSNAMI dell'ISS in collaborazione con gli Osservatori Regionali per la Prevenzione del Gozzo. La Legge 55/2005 ha introdotto il programma nazionale di iodoprofilassi e regola la vendita e l'utilizzo del sale iodato: il risultato raggiunto rappresenta un importante traguardo per la salute pubblica, ma non esaurisce il compito della prevenzione. Ora si tratta di consolidare tale risultato, considerando anche la riduzione osservata del consumo di sale nella popolazione italiana, che deve andare di pari passo con un consumo possibilmente

	esclusivo di sale iodato, secondo lo slogan "poco sale, ma iodato". Si procede dunque a sistematizzare i controlli presso i punti vendita e la ristorazione collettiva, da effettuarsi nel corso dei controlli ufficiali per la sicurezza alimentare: viene quindi predisposto un apposito flusso informativo per la raccolta e la rendicontazione dei controlli effettuati e verrà redatto un documento di indirizzo per le ATS per uniformare i controlli sulla presenza di sale iodato nei punti vendita e ristorazione collettiva.

OBIETTIVO 7 PL12_OS02	**Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti**
INDICATORE 7 PL12_OS02_IS02	**Percentuale di controlli ufficiali degli alimenti, con specifiche previsioni per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti**
formula	Controlli ufficiali con specifiche previsioni per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti / controlli ufficiali programmati con specifiche previsioni per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti x 100
Standard	Previsione di un flusso informativo per la raccolta e la rendicontazione dei controlli effettuati, redazione di indicazioni alle ATS per i controlli con specifiche previsioni per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti, trasmissione dei dati raccolti con le modalità previste dal Ministero
Fonte	Ministero della Salute

AZIONE 7	**Messa a sistema dei controlli per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti (1.14)**
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 7	La tutela dei soggetti allergici e intolleranti è un'importante attività di prevenzione. L'etichettatura degli alimenti, in particolare, è uno degli strumenti che permettono di assicurare un'informazione chiara e corretta, in modo da non indurre il consumatore in errore sulle caratteristiche, le proprietà o gli effetti dei prodotti che acquistano. Il Regolamento (UE) 1169/2011 prevede l'obbligo di evidenziare nell'etichetta di un prodotto alimentare, nella lista degli ingredienti, gli allergeni presenti nei prodotti alimentari. Inoltre, le informazioni sulla presenza, di sostanze o prodotti che provocano allergie o intolleranze è obbligatoria anche per gli alimenti non preimballati, compresi quelli preparati e forniti da aziende di ristorazione o imballati sui luoghi di vendita su richiesta del consumatore o per la vendita diretta. A distanza di sette anni dall'applicazione del Regolamento, gli operatori del settore alimentare hanno ormai adeguato le etichette alla norma e i controlli ufficiali hanno tra i loro elementi imprescindibili la verifica dell'etichettatura e delle informazioni fornite ai consumatori sui vari supporti disponibili. L'obiettivo ora è quindi quello di sistematizzare tali controlli e di raccogliere in modo strutturato le relative informazioni: viene quindi

	predisposto un apposito flusso informativo per la raccolta e la rendicontazione dei controlli effettuati e viene redatto un documento di indirizzo per le ATS per uniformare i controlli con specifiche previsioni per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti.

OBIETTIVO 8 PL12_OS03	**Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione**
INDICATORE 8 PL12_OS03_IS03	**Percentuale di controllo ufficiale degli alimenti, con specifiche previsioni per la verifica delle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari**
formula	Controlli ufficiali che verificano le indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari / controlli ufficiali effettuati x 100
Standard	Previsione di un flusso informativo per la raccolta e la rendicontazione dei controlli effettuati, redazione di indicazioni alle ATS per i controlli sulle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari, trasmissione dei dati raccolti con le modalità previste dal Ministero
Fonte	Ministero della Salute

AZIONE 8	**Messa a sistema dei controlli per la verifica delle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari (1.15)**
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 8	Dal Focus Group Nutrizione è emerso che i SIAN effettuano controlli relativi alle etichette nutrizionali dei prodotti confezionati presenti nella ristorazione collettiva (Reg. CE 1169/2011), mentre non vi è evidenza di controlli sulle etichette nutrizionali in fase di produzione da parte degli operatori del controllo ufficiale e in generale non vi è evidenza di controlli sui claims (Reg. CE 1924/2006). La normativa, in particolare per quanto riguarda l'etichetta nutrizionale front of pack (FOP), è peraltro in evoluzione, con la recente introduzione della "Nutrinform Battery" (Decreto 19 Novembre 2020). Deve quindi essere effettuata specifica attività di formazione del personale ATS addetto al controllo ufficiale e del personale che si occupa di nutrizione, al fine di aggiornarne e aumentarne le competenze. Inoltre, al fine di migliorare e mettere a sistema i controlli ufficiali effettuati dalle ATS in merito alla dichiarazione nutrizionale e ai claims e raccogliere in modo strutturato le relative informazioni, viene predisposto un apposito flusso informativo per la raccolta e la rendicontazione dei controlli effettuati e viene redatto un documento di indirizzo per le ATS per uniformare i controlli sulle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari.

OBIETTIVO 9 PL12_OS04	**Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione**
INDICATORE 9 PL12_OS04_IS04	**Percentuale di attivazione dei gruppi di coordinamento regionale e aziendale per il raccordo con le attività del TaSiN (Tavolo sicurezza Nutrizionale), con funzione di osservatorio relativamente all'acquisizione di informazioni sullo stato di nutrizione della popolazione con particolare riferimento alla malnutrizione per eccesso e per difetto**
formula	n. gruppi di coordinamento regionale e aziendale attivati / n. gruppi di coordinamento regionale e aziendale da attivare x 100
Standard	Attivazione del Tavolo regionale di Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN), definizione del modello organizzativo aziendale, attivazione dei Tavoli aziendali e stesura di documenti in relazione alle indicazioni del Tavolo Nazionale
Fonte	Ministero della Salute

AZIONE 9	**Tavolo regionale di Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN) (1.16)**
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 9	Il Tavolo tecnico sulla sicurezza nutrizionale (TaSiN), che svolge le funzioni di osservatorio previste dall'Accordo del 24 novembre 2016 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le provincie autonome, è stato istituito nel 2017. Al TaSiN sono attribuite funzioni di coordinamento delle iniziative legate alla sorveglianza nutrizionale e di orientamento, quale punto di confluenza di una rete nazionale da implementare, allo scopo di: · favorire lo sviluppo di processi decisionali utili a favorire una sana alimentazione, sulla base di adeguate conoscenze della situazione esistente e delle evidenze scientifiche; · definire una metodologia preliminare alle scelte di governo in materia di alimentazione; · stabilire orientamenti educazionali e formativi; · elaborare proposte strategiche destinate al vertice istituzionale. Il TaSiN prevede al suo interno componenti di varie professionalità appartenenti alle Istituzioni centrali e regionali, alle Società scientifiche, al mondo accademico e al settore produttivo. A livello regionale è già stato individuato il referente, appartenente alla UO Prevenzione; entro la fine del 2021 verrà istituito formalmente il Tavolo regionale di Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN) di Regione Lombardia, del quale farà parte il referente di ognuna delle 8 ATS lombarde, appartenente al Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione. Al Tavolo regionale parteciperanno inoltre i rappresentanti dei Servizi di Promozione della Salute delle ATS, un rappresentante dell'Osservatorio epidemiologico regionale e un rappresentante del Servizio di nutrizione clinica . Altre figure di interesse potranno essere inserite nel Tavolo, in modo temporaneo o permanente, in base agli obiettivi indicati dal TaSiN.

	Nel corso del 2022 il Tavolo regionale predisporrà un documento di indirizzo per la predisposizione dei Tavoli aziendali, indicandone il modello organizzativo, gli obiettivi, il raccordo con il Tavolo regionale. Tali Tavoli aziendali verranno attivati negli anni 2023 e 2024, per poi contribuire ai lavori del Tavolo regionale. Il TaRSiN avrà come principali compiti, in raccordo con il livello nazionale e avvalendosi dei Tavoli aziendali: · l'acquisizione di informazioni attraverso piattaforme di rilevamento nutrizionale e l'effettuazione di analisi dei dati disponibili, al fine di individuare i bisogni prioritari da colmare; · l'effettuazione di un censimento di buone pratiche preventive e clinico-nutrizionali; · la promozione della corretta gestione nutrizionale dei soggetti fragili; · la realizzazione di iniziative di comunicazione istituzionale regionale, finalizzate al miglioramento delle conoscenze in ambito alimentare e nutrizionale; · la promozione di strategie per un più sicuro accesso alle informazioni di tipo nutrizionale in ambito clinico e preventivo.

4.4 PL16 La promozione della salute in gravidanza nei primi 1000 giorni

Quadro logico regionale

CODICE	PL16
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Maria Gramegna
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti MO3 Incidenti domestici e stradali MO5 Ambiente, Clima e Salute MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	MO1-01 Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale MO1-02 Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori MO1-03 Promuovere la salute nei primi 1000 giorni MO1-04 Promuovere interventi volti a favorire l'allattamento al seno MO1-05 Individuare precocemente le difficoltà dello sviluppo del bambino da 0 a 36 mesi MO1-06 Individuare precocemente i segnali a rischio per disagio infantile 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 MO1-14 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 MO2-07 Sensibilizzare sui rischi, le problematiche e le patologie correlate a uso/abuso di sostanze MO3-01 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani)

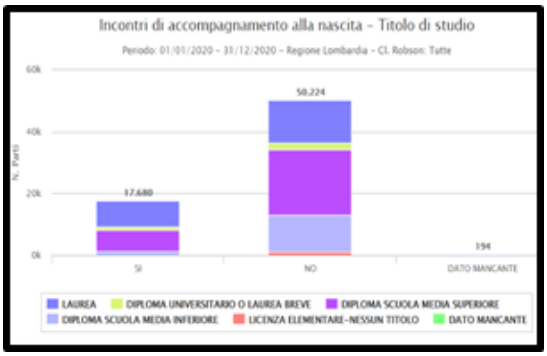
	MO3-02 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici MO3-03 Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno nella comunità MO5-01 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi 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 MO6-05 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) MO6-06 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST MO6-26 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	MO1LSa Sviluppo di programmi di promozione della salute riproduttiva e pre-concezionale e di prevenzione nei primi 1000 giorni, al fine di garantire le migliori condizioni di "partenza" ai nuovi nati MO1LSb Attivazione di percorsi di promozione della salute e sani stili di vita familiari per genitori di bambini 0-36 mesi MO3LSb Sviluppo di programmi per accrescere le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile MO6LSc Promozione della immunizzazione attiva MO6LSd Comunicazione del rischio per la popolazione generale e specifici sottogruppi
LEA	A03 Vaccinazioni 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 F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari F07 Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare

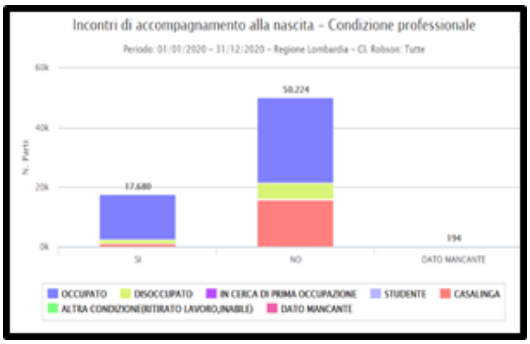
Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

L'individuazione dell'azione equity volta ad aumentare la partecipazione delle donne gravide agli incontri di accompagnamento alla nascita prende l'avvio dalla rilevazione che in Lombardia un quarto delle donne gravide non li frequenta. Si tratta di circa 17.000 donne che non beneficiano di un gruppo di sostegno professionale e tra pari, in una fase assai delicata della vita di una donna. L'accompagnamento alla nascita è l'occasione per condividere paure e dubbi, cercare rassicurazioni, raccogliere indicazioni aggiornate su pratiche salutari in gravidanza a vantaggio della salute e del benessere di mamma e bambino. La gravidanza rappresenta un momento potenzialmente molto favorevole per intervenire e sostenere il cambiamento dei comportamenti della madre, e in generale dei futuri genitori, in una direzione più sana, per esempio smettendo di fumare, riducendo il consumo di alcolici, adottando uno stile di vita più attivo e una dieta più equilibrata ecc.

Nonostante le ricerche confermino che ciò accade per una notevole parte delle future madri, i dati indicano però che ancora una buona porzione di donne non segue queste raccomandazioni.

Per esempio, a livello nazionale si rileva che oltre 70% delle donne smette di fumare durante la gestazione (63,4% nel 2000) e il 22,8% riduce le quantità. Il 3% però non modifica le proprie abitudini. Da segnalare che quasi il 90% delle donne più istruite smette di fumare contro il 65,2% di quelle che hanno al massimo la licenza di scuola media inferiore (Istat, 2017)[1][1].
Per quanto riguarda l'alcol, le stime disponibili evidenziano che il 50-60% delle donne italiane in gravidanza consuma bevande alcoliche (ISS) [2][2], mentre a Livello internazionale la prevalenza del consumo di alcolici durante la gravidanza è stimata pari al 9,8% (Popova, 2017)[3]. Inoltre, i risultati del primo studio pilota italiano[4] sulla Sindrome Alcolico Fetale (FAS) e disordini legati all'esposizione del feto all'alcol (2006) condotto nel Lazio hanno evidenziato che la FAS è presente in 7,4 bambini su 1.000 nati vivi, rispetto alla popolazione generale, in cui il dato è pari a 3,7 per mille nati vivi. Le percentuali salgono rispettivamente al 40,5 per mille e al 20,3 per mille se si prendono in considerazione tutte le patologie alcol correlate, comprese le forme minori (Fasd). I risultati presentano valori ben al di sopra delle medie degli altri Paesi occidentali.
Per quanto riguarda l'attività fisica i dati a disposizione sono assai frammentati; fra questi, colpiscono quelli di una ricerca[5] realizzata in Italia su 390 donne seguite dalla gravidanza alla dimissione dopo il parto da cui emerge che il 30% delle donne ha continuato a fare esercizio durante tutti i trimestri ma, includendo il tempo e l'intensità sportiva, solo il 4,6%, 6,4% e 4,6% di loro ha raggiunto i livelli di attività fisica raccomandati nel I, II e III trimestre. I fattori a favore della pratica dell'attività fisica sono la nazionalità italiana, il livello di istruzione superiore, il lavoro, l'IMC, la frequenza ai corsi di parto e l'attività prima della gravidanza. Tuttavia, anche senza controindicazioni, il 26% delle donne attive prima, ha interrotto l'esercizio in gravidanza.
Un'analisi più approfondita delle caratteristiche di chi non partecipa agli incontri di accompagnamento al parto in Lombardia, ha messo in rilievo che il rischio di non beneficiare di questa opportunità ricade proprio sulle donne che appartengono alle categorie più vulnerabili. La stratificazione per titolo di studio e per professione evidenzia infatti che mentre le donne con un titolo medio alto (diploma e laurea) si distribuiscono equamente tra chi decide di frequentare gli incontri di accompagnamento alla nascita e chi no, le donne con un titolo di studio basso (diploma di scuola secondaria di I grado) sono presenti prevalentemente nel gruppo di chi non aderisce all'offerta. Anche stratificando per professione si rileva che chi si dichiara disoccupata e le casalinghe scelgono prevalentemente di non partecipare agli incontri di accompagnamento alla nascita.

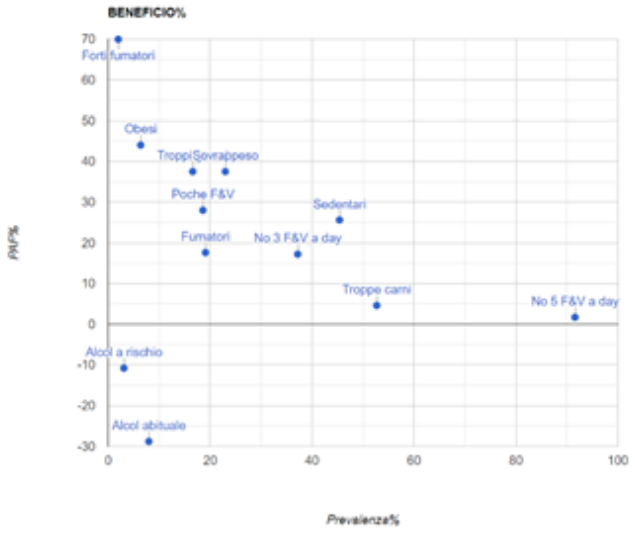




La banca dati COESDI che approfondisce il fenomeno delle disuguaglianze nelle regioni italiane, valutando quali fattori di rischio hanno maggior peso e quali di essi sono più influenzati dalle differenze socio-economiche, conferma che i principali fattori di rischio comportamentali nelle donne in età fertile (30-44) sono influenzati dal livello socio economico, eccetto il consumo di alcolici. Anzi, il consumo di alcolici è prevalente tra gli strati sociali più avvantaggiati. Ciò è evidente nel grafico successivo in quanto il valore del PAF (Population Attributable Fraction), che misura l'impatto sulle diseguaglianze, è negativo.

In questa fascia di popolazione (tutte le donne 30-44 anni, non solo le gravide), il fumo, benché abbia una prevalenza bassa è molto influenzato dal livello socio economico (soprattutto per le forti fumatrici).

Anche l'obesità e il sovrappeso, per quanto non siano tra i fattori di rischio più diffusi sono influenzati dalle disuguaglianze sociali. Questi elementi possono essere dipendere da una cattiva alimentazione e dalla mancanza di attività fisica. Infatti elevata è la prevalenza delle donne sedentarie (45,4%). Anche rispetto a questo comportamento pesa l'influenza del livello socio economico di appartenenza. Meno condizionata dal titolo di studio, ma molto diffusa, è l'assunzione di troppe carni (52,7%). Il 18,6% mangia poca frutta e verdura.



[1] La-salute-riproduttiva-della-donna-1.pdf (istat.it)

[2] Alcol e gravidanza: smettere di bere è il comportamento più sicuro (iss.it)

[3] Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis (thelancet.com)

[4] D. Fiorentino, G. Coriale, P. A. Spagnolo, A. Prastaro, M. L. Attilia, R. Mancinelli, M. Ceccanti, 2006, Fetal alcohol syndrome disorders: experience on the field. The Lazio study preliminary repor, Ann Ist Super Sanità, Vol. 42, No. 1: 53-57 STAMPA ANN. 8|06 Fioren-Cecc (iss.it)

[5] E Fioretti, L Palandri, G Fantuzzi, F Facchinetti, E Righi, Physical activity during pregnancy in Italy: prevalence, intensity and associated factors, *European Journal of Public Health*, Volume 30, Issue Supplement_5, September 2020, ckaa166.989, https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.989

Promuovere la salute precocemente, durante la gravidanza, in fase perinatale o nei primi anni dell'età evolutiva, riducendo i fattori di rischio e promuovendo quelli di protezione, può influenzare positivamente l'intero corso della vita (Kellam et al., 2008; Kitzman et al., 2010). Gli effetti ricadono su un'ampia gamma di fattori, tanto fisici e biologici quanto comportamentali ed emotivi. Gli interventi precoci si rivolgono spesso alla mamma, alla diade mamma-bambino e al nucleo familiare per creare le condizioni ideali di uno sviluppo armonico (Dishion et al., 2008; Fisher et al., 2011). Gli effetti positivi di un intervento precoce possono perdurare fino all'età adulta quando il destinatario finale delle azioni si prenderà cura, a sua volta, di un altro bambino, capitalizzando gli sforzi profusi e contribuendo a creare un contesto accogliente per il nuovo nato.

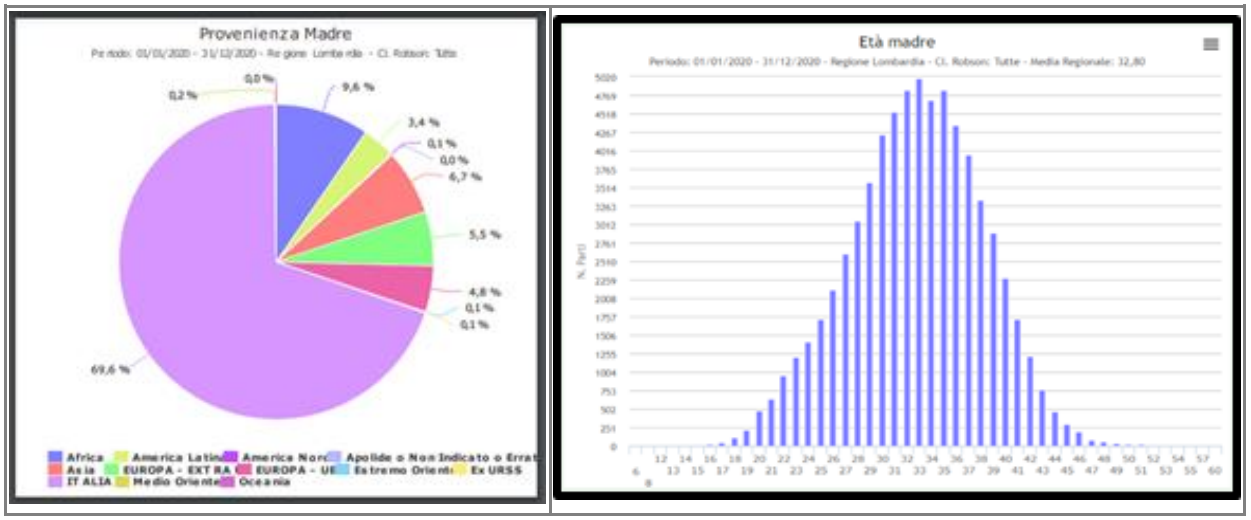
Di seguito sono riportati dati relativi alle strutture d'offerta presenti in Lombardia come informazione baseline per valutare le risorse disponibili a garantire l'accompagnamento al parto e alla nascita. Per programmare le attività e definire le priorità, il dato deve essere incrociato con il tasso di natalità in Lombardia e con le caratteristiche delle neomamme, evidenziando eventuali elementi di vulnerabilità. accanto ai servizi per la presa in carico delle donne con gravidanza fisiologica si intende attivare interventi mirati alla popolazione più fragile, evitando il rischio di aumentare ulteriormente il gap rispetto a chi ha meno capacità di usufruire dei servizi offerti. Per ottenere un quadro più completo della situazione è stata compiuta una ricognizione di quanto le donne adottino alcuni comportamenti preventivi e protettivi raccomandati in età fertile, in gravidanza e dopo il parto. È stato fatto anche un breve accenno alle principali iniziative di sostegno alla maternità e di promozione della salute (incontri di accompagnamento al parto, azioni per favorire l'allattamento al seno, Lettura ad alta voce) attive sul territorio indicando, quando possibile, la diffusione e l'impatto sulla popolazione target. I dati 2020 e 2021 sono tratti dalle Schede di Dimissione al Parto e dal flusso dati CEDAP di Regione Lombardia.

Strutture d'offerta

In Lombardia, su una popolazione di 10.000.000 abitanti, sono attivi 55 Punti Nascita: 45 pubblici di cui 2 IRCCS e 10 privati accreditati di cui 1 IRCCS (dati al 1° luglio 2021). Sono attivi 216 consultori familiari di cui 126 pubblici e 90 privati accreditati – a contratto. Le sedi secondarie sono 54 (dati al 1° Gennaio 2021).

Nascite

A livello nazionale nel 2020–si è assisto a un ulteriore calo del tasso di natalità. Anche in Lombardia nel 2020 il trend negativo, già registrato negli anni precedenti, è peggiorato. Nel corso del 2018, erano nati circa 76 mila bambini, 16 mila in meno rispetto a quelli nati nel corso del 2012 (Polis, 2019). Nel 2020 i parti registrati sono stati 68098. Sulla contrazione della natalità in Lombardia ha inciso anche la riduzione delle nascite da genitori stranieri, che si stanno adattando al modello riproduttivo degli italiani. Nel 2020 il tasso delle nascite da madri stranieri è pari al 30% del totale. L'età media delle partorienti è 32, 5 anni.

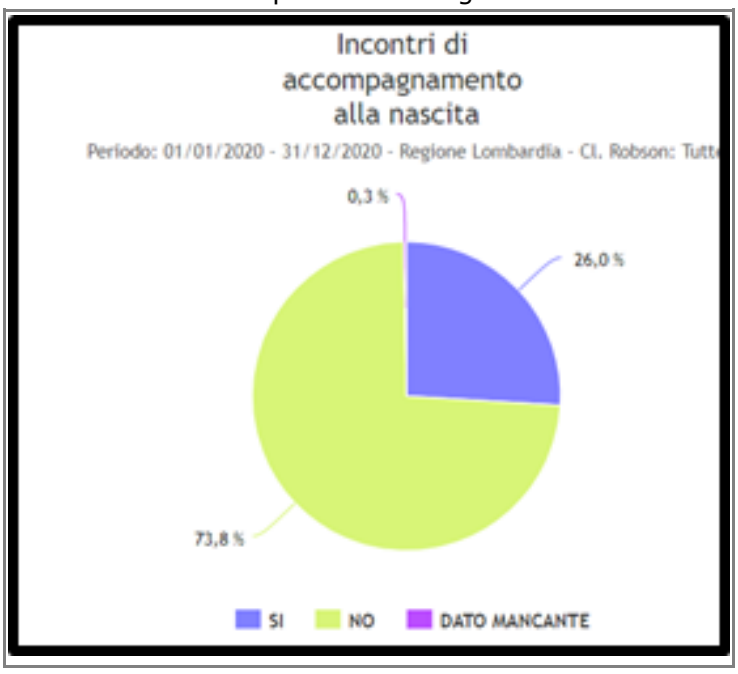


Di seguito sono riportati alcuni dati relativi all'offerta di azioni e politiche di tutela della salute del bambino e della mamma, la loro diffusione sul territorio regionale e la percentuale di adozione di comportamenti sani da parte delle donne in età fertile, in gravidanza e dopo il parto.

Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN)

In Lombardia strutture pubbliche e private (Consultori, Punti nascita, associazioni ecc.) offrono alle donne gravide percorsi di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità. I dati disponibili (Flusso corrente CeDAP, Regione Lombardia) indicano che solo il 26% delle quasi 70.000 donne che ha partorito nel 2020 ha frequentato gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita. Nel 2019, era il 33,2%. Le caratteristiche di chi non ha partecipato mettono in evidenza possibili target fragili. La stratificazione per titolo di studio e per professione evidenzia infatti che mentre le donne con un titolo medio alto (diploma e laurea) si distribuiscono equamente tra chi frequenta e chi no, le donne con un titolo di studio basso (scuola secondaria di I grado) sono presenti prevalentemente nel gruppo delle donne che non ha frequentato gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita.

Stratificando per professione, la prevalenza di chi non partecipa agli incontri di accompagnamento alla nascita è disoccupata e casalinga

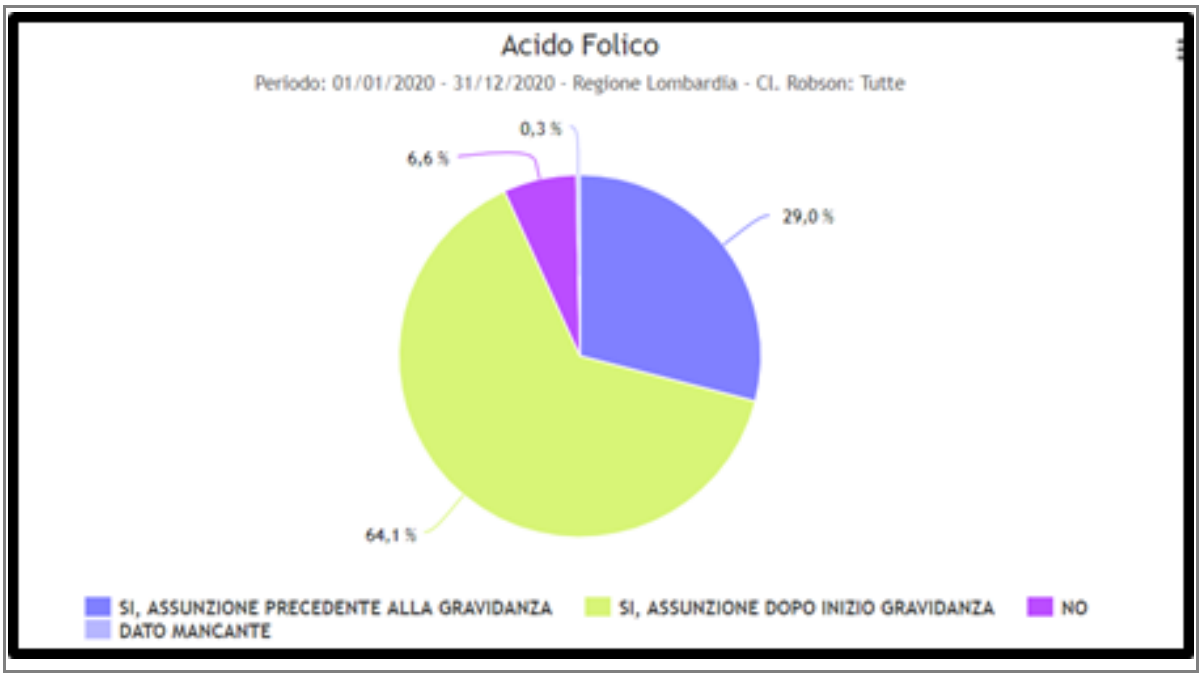




Acido folico

Tra le azioni raccomandate (raccomandazione.doc (salute.gov.it)) per uno sviluppo sano del feto c'è l'assunzione di acido folico. È fondamentale che l'assunzione inizi almeno un mese prima del concepimento e continui per tutto il primo trimestre di gravidanza. Acido folico e folati sono vitamine del gruppo B. Una loro carenza può determinare forme di anemia e aumentare il rischio di gravi malformazioni fetali. Numerosi studi hanno dimostrato che la supplementazione di acido folico prima e durante la gravidanza è efficace nella prevenzione primaria dei difetti del tubo neurale permettendo una riduzione del rischio anche fino al 70%. In Italia le malformazioni congenite del tubo neurale colpiscono circa 9 bambini ogni 10.000 nati.

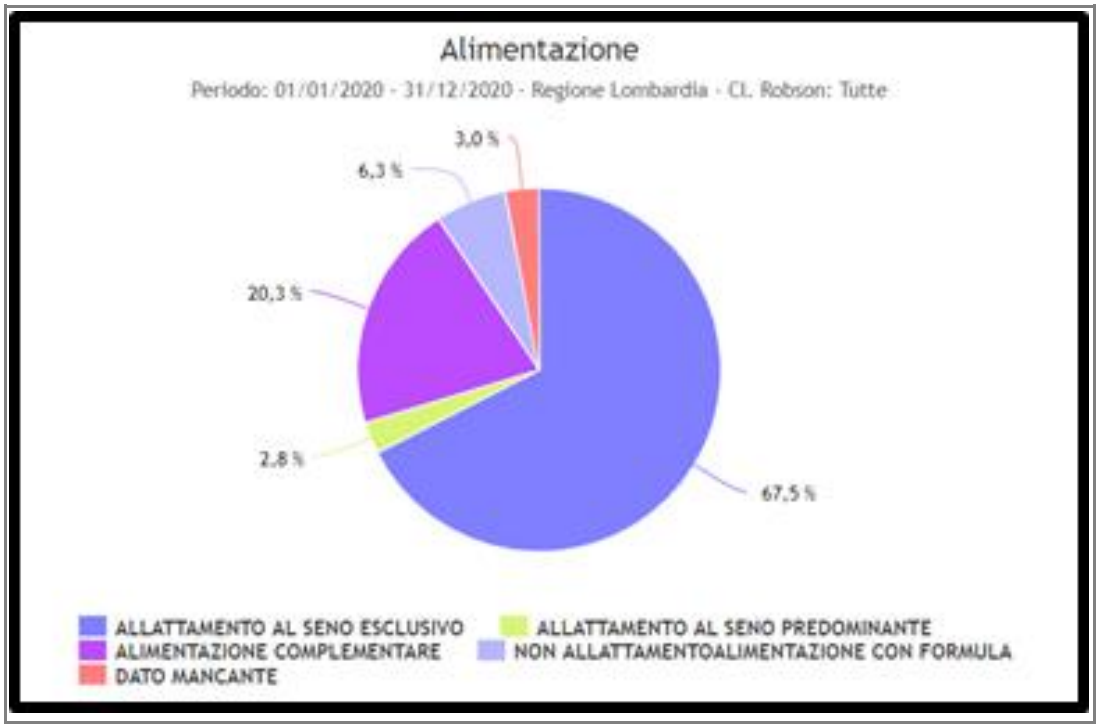
Secondo i dati raccolti nel 2020 in Lombardia, tramite Flusso CeDAP, si rileva che solo il 30% delle donne ha assunto l'acido folico prima del concepimento. Questo dato indica la necessità di aumentare ulteriormente gli sforzi per favorire l'adozione di questo comportamento in tutte le donne in età fertile.



Allattamento

L'allattamento rappresenta un investimento nella tutela della salute del neonato perché, grazie alle sue proprietà, il latte materno è in grado di favorire un corretto sviluppo del bambino e proteggerlo da molte malattie. L'allattamento è protettivo anche per la mamma: stimola la contrazione dell'utero riducendo il sanguinamento post partum e consentendo all'utero di tornare

alle dimensioni normali più velocemente, riduce il rischio di sviluppare osteoporosi, previene alcune forme di tumore al seno e all'ovaio.
I dati lombardi del 2012 (su campione, Regione Lombardia), indicano che alla dimissione dopo il parto, la percentuale di madri che allattano al seno è pari al 67,3% e che il 4,4% dei neonati sani è dimesso con alimentazione con formula. In alcuni territori l'ultimo dato è il doppio rispetto alla media regionale.
I dati al 31.12.2020 (Flusso continuo CeDAP, Regione Lombardia) indicano che la prevalenza di bambini allattati in modo esclusivo al seno durante la degenza in ospedale e rilevato a tutti i nati alla dimissione è pari al 67,5%, mentre con formula è pari al 6,3%.



I dati di prevalenza dell'allattamento al seno successivi alla dimissione dopo il parto sono disponibili solo per il 2012. Il monitoraggio è avvenuto in occasione della prima, seconda e terza vaccinazione, su un campione rappresentativo della popolazione.
Alla prima vaccinazione la prevalenza di allattamento al seno risulta sostanzialmente sovrapponibile al dato rilevato nel 2006 (67,5% vs. 67,8%). Stratificando per categoria di alimentazione (esclusivo, predominante, complementare, non al seno) si segnala un aumento del tasso di esclusività (38,4% vs. 47,3%) rispetto all'edizione precedente. Questo dato rappresenta un indice di salute e correla con la durata dell'allattamento.
Anche alla seconda vaccinazione si segnala un significativo aumento del tasso d'esclusività rispetto alla rilevazione 2006 (19,1% vs. 27,0%).
Alla terza vaccinazione la prevalenza dell'allattamento al seno mostra un lieve trend in aumento (30,3% vs. 32,2%). Resta pressoché stabile il tasso di allattamento complementato (29% vs. 30%), indice della necessità di rinforzare il messaggio sull'importanza di continuare ad allattare al seno dopo l'introduzione dell'alimentazione complementare e dopo la ripresa del lavoro.
Complessivamente si rileva che nel corso del 2012 un bambino su tre, a un anno riceve ancora latte materno.

Baby pit stop
Una delle strategie adottate in Lombardia per favorire l'allattamento al seno rientrano i Baby Pit Stop UNICEF (BPS): si tratta di ambienti protetti, dislocati su tutto il territorio regionale

(biblioteche, musei, uffici pubblici, negozi ecc.), in cui le mamme si possano sentire a proprio agio ad allattare il loro bambino. A tale proposito Regione Lombardia nel 2016, ha sottoscritto con il Centro per la Salute del Bambino e il Comitato Italiano per UNICEF un Protocollo d'Intesa.

Pensare positivo

Come anticipato nell'introduzione Regione Lombardia è impegnata in azioni di prevenzione indicata per offrire servizi mirati a chi mostra di avere particolari vulnerabilità. Gli interventi precoci possono ridurre i fattori di rischio e favorire uno sviluppo armonico del bambino. Secondo l'OMS, il 10% delle donne in gravidanza e il 13% delle donne che hanno appena partorito, soffrono di un disturbo mentale, principalmente depressione. In Lombardia è stimabile è di circa 6.000/7000 donne all'anno, dopo il parto, soffrano di depressione perinatale.

L'individuazione precoce dei fattori di rischio e l'attivazione di un tempestivo sostegno mirato rappresentano un investimento per la tutela della salute di mamma e bambino.

La caratteristica peculiare di questi progetti è individuabile nello screening dello stato emotivo ad ogni contatto in gravidanza (Wholleys) e nella forma domiciliare che permette di personalizzare l'intervento e raggiungere chi difficilmente frequenta i Servizi.

Nel novembre 2020, si è conclusa la sperimentazione del progetto regionale sulla depressione perinatale "Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum" secondo il modello psicoeducativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il focus riguarda la diade madre-bambino e la finalità è diretta a rafforzare la qualità della relazione quando le madri presentano un rischio depressivo. Nella fase sperimentale sono state formate circa 120 operatrici dei Consultori Familiari (in grande maggioranza Ostetriche) appartenenti a 10 ASST lombarde. Il gruppo di professionisti formato ha attivato progetti di home visiting per la prevenzione della depressione perinatale nei confronti di 50 neomamme (circa due terzi di quelle individuate a rischio a cui era stato proposto. L'adesione da parte delle mamme è volontaria). La maggior parte delle donne che hanno scelto di essere supportate in questa fase delicata del ciclo di vita era di nazionalità italiana (83.3%). Circa la metà (54.1%) aveva già sofferto di depressione o ansia in passato. Mediamente le donne hanno ricevuto cinque interventi di home visiting.

Nati per leggere

Nati per Leggere è un altro programma sostenuto da Regione Lombardia per promuovere la lettura in gravidanza e dalla nascita del bambino. Leggere ai bambini con una certa continuità ha una positiva influenza sullo sviluppo intellettivo, linguistico, emotivo e relazionale, con effetti significativi per tutta la vita adulta. Regione Lombardia nel 2016, ha sottoscritto con il Centro per la Salute del Bambino e il Comitato Italiano per UNICEF il già citato "Protocollo d'Intesa per la promozione delle competenze genitoriali attraverso la diffusione del programma "Nati per Leggere" e del progetto "Baby Pit Stop". Principali obiettivi del Protocollo sono lo sviluppo di "competenze per la salute" (health literacy) nei genitori, anche in riferimento a contesti di particolare fragilità e disagio sociale.

Le informazioni raccolte tramite la Survey 2018 (su dati 2017) di Regione Lombardia per monitorare il grado di disseminazione dell'iniziativa indicano che in tutte le 27 ASST lombarde sono state attivate azioni relative al sostegno e alla diffusione del programma "Nati per leggere", in collaborazione con le biblioteche locali. Nel dettaglio ciò è avvenuto in 89 consultori pubblici.

Vaccinazioni

Per le donne in età fertile è di grande importanza raccomandare le vaccinazioni in quanto alcune malattie possono incidere negativamente sulla fertilità o avere conseguenze sull'esito di una gravidanza. In previsione di una gravidanza, è necessario che le donne siano protette da almeno un mese nei confronti di morbillo-parotite-rosolia (MPR) e della varicella, dato l'elevato rischio per il nascituro, derivante dall'infezione materna durante la gravidanza.

Di grande rilievo in gravidanza sono le vaccinazioni anti - influenzale all'inizio della stagione epidemica e anti difterite-tetano-pertosse (dTpa). In particolare, la vaccinazione dTpa è

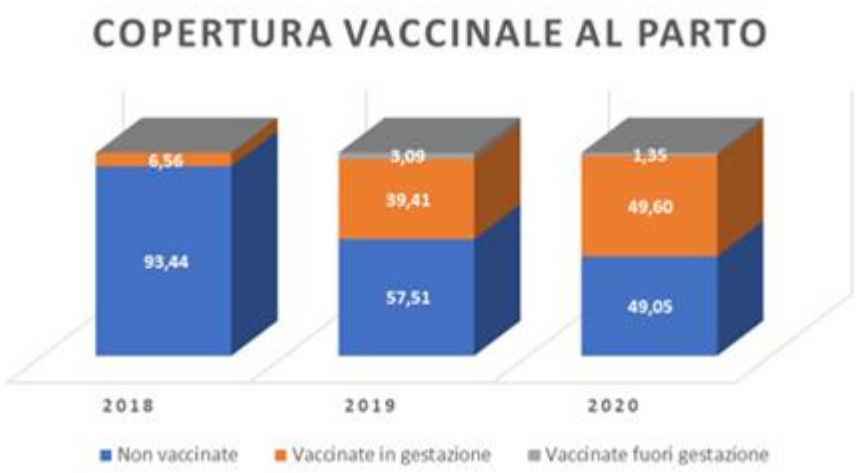
raccomandata nel corso di ogni gravidanza, indipendentemente se la donna è già stata vaccinata o è in regola con i richiami decennali o abbia anamnesi positiva per malattia. Infatti, la pertosse contratta dal neonato nei primi mesi di vita può essere molto grave o persino mortale e la fonte di infezione è frequentemente la madre. Il periodo raccomandato per effettuare la vaccinazione è dalla 27a alla 36a settimana di gestazione, idealmente intorno alla 28a settimana, al fine di consentire alla gestante la produzione di anticorpi sufficienti e il conseguente passaggio transplacentare. Il vaccino dTpa si è dimostrato sicuro sia per la donna in gravidanza sia per il feto. La vaccinazione dTpa è raccomandata anche in puerperio se la donna non è stata vaccinata durante la gravidanza.
In Lombardia si sta assistendo ad un trend positivo sia per le vaccinazioni dTpa fuori gestazione ed in gestazione.
In particolare, nel 2018, anno per il quale si dispone del solo dato delle vaccinazioni in gestazione, la percentuale di copertura era pari al 7% per poi aumentare in modo considerevole dall'anno successivo: 39% nel 2019 e 50% nel 2020 (copertura rilevante per il feto).
Al di sotto del 10% la copertura delle donne partorienti che hanno fatto un richiamo vaccinale prima della gestazione (richiamo decennale).

Valori assoluti

Anno Parto	*Non vaccinate*	*Vaccinate in gestazione*	*Vaccinate fuori gestazione*	*Totale*
2018	65.730	4.613		70.343
2019	41.263	28.277	2.214	71.754
2020	33.077	33.448	913	67.438

Valori %

Anno Parto	***Non vaccinate***	*Vaccinate in gestazione*	*Vaccinate fuori gestazione*	***Totale vaccinate***	*Totale*
2018	**93,44**	6,56	-	**6,56**	100,00
2019	**57,51**	39,41	3,09	**42,49**	100,00
2020	**49,05**	49,60	1,35	**50,95**	100,00



Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il Programma Libero (PL) "La promozione della salute in gravidanza e nei primi 1000" promuove l'adozione di programmi e attenzioni nella prospettiva della promozione della salute nei diversi ambiti del Sistema sanitario, socio sanitario e sociale lombardo che "incontrano" le donne, le mamme, i genitori ed i bambini nei (e non solo) primi anni di vita: Consultori, Punti nascita, Pediatria di famiglia, Servizi di prevenzione e altre offerte presenti a livello territoriale.
Il PL rappresenta inoltre un "ponte" tra le strategie di prevenzione e quelle di promozione della salute in comunità (in particolare nel setting scolastico e lavorativo).
La salute della donna, quella del bambino nei primi 1000 giorni di vita e quella nei soggetti in età evolutiva, secondo un approccio life-course e di genere, vedono nel Consultorio Familiare e nel Centro Vaccinale una risorsa fondamentale, in integrazione con gli ambiti educativi e sociali, con il coinvolgimento ed azioni integrate di MMG, PLS, Ginecologi, Neonatologi/Pediatri, Ostetriche di Famiglia e di Comunità, Psicologi, Assistenti Sociali, Educatori ed altre specialità, ove necessario.
Coerentemente con gli indirizzi strategici del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, il PL si colloca nella dimensione concettuale per cui "(…) la promozione della salute inizia dalla fase pre-concezionale, nei primi 1000 giorni di vita, durante l'età evolutiva investendo sulla promozione della salute delle donne e dei genitori (…)."
Il Programma si sviluppa in una serie di obiettivi generali e specifici, finalizzati a sviluppare proattivamente la Salute di genere, della donna, di bambini e bambine, degli adolescenti e della famiglia, privilegiando i setting di "prossimità".
Tale prospettiva è coerente con le seguenti indicazioni normative nazionali:

- Legge 29 luglio 1975, n. 405 - Istituzione dei Consultori Familiari
- Accordo 16.12.2010 tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente «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».
- Accordo Stato Regioni (2020) Investire Precocemente in salute: azioni e strategie nei primi 1000 giorni
- Accordo Stato Regioni (2015) Piano nazionale per la fertilità
- Accordo Stato Regioni (2017) tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente "Linee

di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrica-adolescenziale"

- Legge Regionale n.44/06.09.1976 Istituzione del servizio per l'educazione sessuale, per la procreazione libera e consapevole, per l'assistenza alla maternità, all'infanzia e alla famiglia;
- DGR XI/268 del 28.06.2018 Rete Regionale per l'assistenza Materno-Neonatale: Indirizzi per l'appropriatezza e Sicurezza del Percorso Nascita Fisiologico a gestione Ostetrica e decreti operativi: Decreto Direzione Generale Welfare n.14243 del 05.10.2018 Linee di Indirizzo del Percorso Nascita Fisiologico: definizione delle relative modalità operative di Programmazione e Attuazione, ai sensi della Dgr 268 del 28.6.2018 Allegato 1)
- Accordo Stato Regioni 19 gennaio 2017 Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019». (Rep. atti n. 10/CSR). (17A01195) (GU Serie Generale n.41 del 18-02-2017)
- Deliberazione N° X / 7629 Seduta del 28/12/2017 Determinazione in ordine alle vaccinazioni dell'età infantile e dell'adulto in Regione Lombardia: aggiornamenti alla luce del piano nazionale prevenzione vaccinale 2017- 2019

Il Programma si collega ai Programmi PP1, PP2, PP3 e PP5 in riferimento agli
MO1OS01 aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre – concezionale
MO1OS02 promuovere la salute riproduttiva e pre - concezionale della donna, della coppia, dei genitori
MO1OS03 promuovere la salute nei primi 1000 giorni
MO1OS04 promuovere interventi volti a favorire l'allattamento al seno
MO1OS05 individuare precocemente le difficoltà dello sviluppo del bambino da 0 a 36 mesi

Obiettivo generale

Il PL ha l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza e la ricaduta (oltre alla sostenibilità) degli interventi di promozione e di prevenzione della salute delle donne, nei primi 1000 giorni di vita del bambino e quella dei soggetti in età evolutiva, in tutti i setting e livelli di intervento (Consultorio familiare, Centro Vaccinale, domicilio, ambito educativo, sociale, sanitario e lavorativo) e di rispondere, in modo distintivo e con logiche di appropriatezza, all'implementazione delle "buone pratiche" ostetrico-neonatali e pediatriche individuate dal sistema socio-sanitario regionale.
Gli obiettivi puntano in particolare a:

- rafforzare e sviluppare il processo di integrazione tra i settori sanitario, sanitario e sociale e tra le diverse professionalità coinvolte;
- rafforzare e sviluppare la promozione delle buone pratiche ostetriche raccomandate e descritte nei documenti di Accordo Stato Regioni, in particolare la presa in carico della donna con gravidanza fisiologica a cura dell'Ostetrica di Famiglia e di Comunità in rete con MMG, PLS, Ginecologo, Psicologo, Assistente Sociale, Neonatologo/Pediatra, Educatore e altri specialisti ove necessario;
- aggiornare e ampliare le competenze dei professionisti della salute in area ostetrica-neonatale e pediatrica, con particolare attenzione a sviluppare interventi nei "primi 1000 giorni di vita" e nelle situazioni di fragilità e/o disagio sociale;
- rafforzare e sviluppare l'appropriatezza dei processi di comunicazione e di relazione con i Genitori, anche mediante la definizione di modelli e strumenti validati, per sostenere una genitorialità responsiva.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

La funzione riproduttiva e la fertilità hanno caratteristiche peculiari e complesse che coinvolgono numerosi fenomeni; si collocano all'interno della progettualità della vita umana e della promozione della salute.
Come sottolineato dalla Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016-2030[1], WHO Health 21 e dall'Accordo Stato Regioni 2019[2] è importante investire sulla salute nelle fasi precoci della vita. E' dimostrato che, in queste fasi di massima plasticità, gli stimoli e le informazioni che giungono al feto, attraverso la madre, e poi al lattante e al bambino determinano: nell'immediato il corretto sviluppo di organi e tessuti (in primis il cervello) e nel medio/lungo termine lo stato di salute del singolo e lo stato di salute delle generazioni future nella misura in cui modificano l'epigenoma dei gameti[2].
Sono necessarie azioni e strategie per promuovere la salute della donna e del partner nei 7 distinti periodi che compongono i primi 1000 giorni di vita, e per minimizzare i fattori di rischio. Le 11 aree tematiche di intervento in questi 7 periodi sono:

1. Conoscenze e competenze genitoriali,
2. alimentazione e nutrizione,
3. Stili di Vita,
4. Farmaci,
5. Patologie e screening/esami,
6. malattie genetiche,
7. salute mentale,
8. Infezioni e vaccinazioni,
9. Ruolo e Salute del padre,
10. Fattori ambientali,
11. Fattori Sociali e accesso ai Servizi.

A conferma, 8 sono le azioni rivolte ai genitori, per promuovere la salute dei bambini [3,4] nei 7 periodi:

1. Assumere acido folico a partire dall'epoca preconcezionale,
2. Non usare bevande alcoliche in gravidanza e allattamento,
3. Non fumare,
4. Allattare al seno,
5. Mettere il neonato a dormire a pancia in su,
6. Proteggere il neonato in auto e in casa,
7. Raccomandare le vaccinazioni,
8. Leggere un libro insieme al vostro bambino

Lo stesso Piano Nazionale per la Fertilità (2015)[5], ha sottolineato come il sistema riproduttivo risulta particolarmente sensibile alle interferenze (es. fumo in gravidanza, disagio emotivo/depressione materna ecc.), individualmente o in combinazione, in questi periodi critici.
Nel percorso nascita, il quadro di riferimento internazionale[6], nazionale[7,8] e regionale[9] raccomanda la presa in carico da parte dell'Ostetrica/o di Famiglia e di Comunità delle donne con decorso fisiologico della gravidanza in un modello a rete con MMG, PLS, Ginecologo, Psicologo, Assistente Sociale, Neonatologo/Pediatra, Educatore e altri specialisti ove necessario.
Il setting di erogazione privilegiato è il Consultorio Familiare primo anello e filtro della catena della prevenzione che, con le sue ramificazioni territoriali estese sino al domicilio è il vero servizio di prossimità, per tutti gli adolescenti, le donne e le coppie compreso per situazioni di contesto sanitario estemporaneo[10], sempre secondo un modello a rete dei professionisti con i setting Educativi, Sociali e di Lavoro. Raccomandare un'attenta valutazione dello stato immunitario di una donna prima del concepimento, informare gli adolescenti e le coppie sulla modalità di

trasmissione e di prevenzione delle principali infezioni sessualmente trasmissibili, promuovere una procreazione consapevole (l.r.44/06.09.1976), ridurre l'esitazione vaccinale in età fertile e in gravidanza, adottare uno screening per valutare eventuale disagio psichico perinatale ad ogni contatto in gravidanza, costituiscono alcune tra le azioni utili a minimizzare i fattori di rischio e a rafforzare i fattori di protezione nei primi 1000 giorni di vita. A tendere, queste azioni permettono di invertire i trend, ovunque e in crescita, delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT).
UNICEF ha identificato, in coerenza con OMS, i principali requisiti *"amici"* della salute per la protezione-promozione-mantenimento allattamento da acquisire sia negli ospedali[11] (10 standard) sia nelle comunità[12] (7 standard), sia nei Corsi di Laurea[13] (6 Standard), contestualmente raccomandando il rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno.

Un ulteriore quadro di riferimento per la salute di bambini e bambine, per promuovere la loro crescita e trasformare il futuro accrescendo il loro potenziale umano sono le "cure che nutrono" o "*nurturing care*"[14], i cui componenti confermano azioni e aree di intervento sopraelencate (alimentazione adeguata, genitorialità responsiva, protezione e sicurezza, opportunità di apprendimento precoce, buono stato di salute).
Infine, vi sono evidenze sull'importanza di interventi precoci a favore di donne e di bambini, soprattutto in condizioni a rischio[15], orientando l'approccio metodologico in favore di una genitorialità responsiva[16] (ovvero sostenere una modalità "calda", sensibile e positiva di entrare in relazione con il bambino) e di una *relationship based-care*[17,18,19]. I bambini che crescono in ambienti avversi dimostrano nel tempo maggiori difficoltà di comportamento, apprendimento e integrazione sociale: la povertà psicosociale ed educativa esperita nell'ambiente socio-familiare nei primi mesi/anni di vita è un forte predittore di disuguaglianze socioculturali e povertà economica.[2]
Interrompere il ciclo dello svantaggio sociale si può perseguire promuovendo attivamente la conoscenza e consapevolezza (*Health Literacy*) dell'offerta assistenziale dei servizi di salute alla maternità e ai bambini e bambine. Tutte le famiglie hanno bisogno di qualche forma di supporto universale (ad esempio *maternity blues*), ma alcune hanno bisogno di un supporto aggiuntivo su indicazione[14]. I programmi di visite domiciliari - *Home Visiting* [19,20] sono uno strumento di promozione della salute e di contrasto precoce delle disuguaglianze; si svolgono anche attraverso visite domiciliari[16] con impiego di strumenti validati e possono protrarsi nel tempo.

FONTI:

1. Survive, Thrive, Trasform – The Global Strategy for Women's , Children's and Adolescents' Health (2016-2030). New York: United Nations 2015; WHO, HEALTH 21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series; No. 5) 1998;
2. Accordo Stato Regioni, 2019: Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei prime 1000 giorni di vita
3. https://www.epicentro.iss.it/materno/genitori-piu
4. http://www.genitoripiu.it/
5. Ministero della Salute, Piano Nazionale per la Fertilita', 2015
6. The Lancet (2014) "Series Midwifery" [http://www.thelancet.com/series/midwifery]
7. Accordo 16.12.2010 tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente «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».
8. ISS-SNLG (2010, 2011) LG 20 "Gravidanza Fisiologica" https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf;
9. Regione Lombardia, DGR XI/268 del 28.06.2018 Rete Regionale per l'assistenza Materno-Neonatale: Indirizzi per l'appropriatezza e Sicurezza del Percorso Nascita Fisiologico a gestione Ostetrica e decreto operativo: Decreto Direzione Generale Welfare n.14243 del 05.10.2018 Linee di Indirizzo del Percorso Nascita Fisiologico: definizione delle relative modalità operative di Programmazione e Attuazione, ai sensi della Dgr 268 del 28.6.2018 Allegato 1);

10. Regione Lombardia, Decreto Direzione Generale Welfare n.6279/27.05.2020 "Infezione da SARS-CoV-2: indicazioni ad interim per gravida-partoriente, puerpera-neonato e allattamento"
11. http://www.unicef.it/doc/148/ospedali-amici-dei-bambini.htm
12. http://www.unicef.it/doc/5848/comunita-amiche-dei-bambini.htm
13. https://www.unicef.it/italia-amica-dei-bambini/insieme-per-allattamento/corsi-di-laurea-allattamento/
14. La Nurturing Care per lo Sviluppo Infantile Precoce" (NCF Nurting care framework, 2018) www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en 2018
15. Koloroutis M. Relationship-Based Care: A Model for Transforming Practice ed. Minneapolis, Minn: Creative Healthcare Management, Inc; 2004.
16. Alushaj A., Capra P., Di Pilato M., Tamburlini G, Promuovere lo sviluppo del bambino, prevenire le disuguaglianze, Centro per la Salute del Bambino-Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, Marzo 2021
17. Ammaniti M., Speranza A. M., Tambelli R., Muscetta S., Lucarelli L., Vismara L., Odorisio F. and Cimino S. (2006), A prevention and promotion intervention program in the field of mother–infant relationship. Infant Ment. Health J., 27: 70–90. doi: 10.1002/imhj.20081
18. Speranza A.M., Mattei E., Programmi di sostegno alla genitorialità: l'Home Visiting. Ed.Kappa, 2007
19. Egeland B., Deborah Jacobvitz and L. Alan Sroufe Breaking the Cycle of Abuse. Child Development Vol. 59, No. 4 (Aug., 1988), pp. 1080-1088
20. Avellar S.A., Supplee L. H., (2013) Effectiveness of Home Visiting in Improving Child Health and Reducing Child Maltreatment, Pediatrics, Supplement 2, pS90-S99
21. Home visiting: https://www.genitoripiu.it/sites/default/files/uploads/03_-_taamburlini_

ALTRE FONTI

- DoRS – Sintesi di Sintesi di studi/review https://www.dors.it/tipologie.php?tipocont=B04
- DPCM 04 Maggio 2007 Documento programmatico "Guadagnare salute".
- Organizzazione Mondiale della Sanità 2015 Thinking Healthy - A manual for psychosocial management of perinatal depression ("Pensare Positivo - Un manuale per la gestione psicosociale della depressione perinatale) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152936/WHO-MSD-MER-15.1-ita.pdf?ua=1
- Disuguaglianze di Salute – Primi anni di vita https://www.disuguaglianzedisalute.it/category/temi/primiannidivita/
- Epicentro - Salute Materno Infantile - Iniziative e progetti https://www.epicentro.iss.it/materno/iniziative-italia
- Regione Toscana - Buone pratiche per salute materno infantile
- http://www.ao-siena.toscana.it/index.php/aous/progetti-aziendali/buone-pratiche-per-salute-materno-infantile
- Le mutilazioni genitali femminili. Vademecum per operatori sanitari – sociosanitari e scolastici.
- Regione Lombardia https://www.polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/0b776cb6-7804-4a0a-bf34-
- cf691ce89bf9/VADEMECUM+MGF+PER+OPERATORI+2.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWOR
- KSPACE-0b776cb6-7804-4a0a-bf34-cf691ce89bf9-mmv1SyB
- "Mutilazioni genitali femminili - Comunicare, conoscere, contrastare un crudele abuso", a cura di Vincenzo Russo E Anna Re, 2015 Qanat Edizioni[10]
- "Verso le buone pratiche. Prima raccolta e analisi delle attività di promozione della salute in atto nella rete lombarda delle scuole che promuovono salute" All.to F "Educazione alla affettività – sessualità" https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/6750579d-46df-4447-95b2-f60a57eb9f59/Verso+le+Buone+pratiche.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=6750579d-46df-4447-95b2-f60a57eb9f59
- CEDAP (Link alla sezione di Epicentro dedicata alla documentazione regionale: https://www.epicentro.iss.it/percorso-nascita/documentazione-regioni)
- MacDonald NE; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. Vaccine. 2015 Aug 14;33(34):4161-4. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036. Epub 2015 Apr 17. PMID: 25896383
- Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino
    - HBSC
    - Studio nazionale fertilità (ISS) http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id= 3480
    - Le disuguaglianze di salute nei percorsi assistenziali https://www.disuguaglianzedisalute.it/download/percorsi-assistenziali/?wpdmdl=1504
    - Disuguaglianze d Salute – Buone Pratiche internazionali https://www.disuguaglianzedisalute.it/category/risorse/buonepratiche/internazionali
    - Disuguaglianze di Salute – Buone Pratiche nazionali https://www.disuguaglianzedisalute.it/category/risorse/buonepratiche/nazionali/

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 **PL16_OT02**	**Individuare e implementare, con il coinvolgimento dei diversi Stakeholder, azioni di accountability in tema di allattamento al seno**
INDICATORE 1 **PL16_OT02_IT02**	**Accordi con le Società Scientifiche, Associazioni, altri Stakeholder (per esempio Centri di riferimento), Terzo Settore, Gruppi A.M.A., Unicef, Leche League ecc.)**
formula	presenza
Standard	Avvio processo partecipato (Tavolo di lavoro intersettoriale) entro il 2022 Almeno un Accordo entro il 2023
Fonte	Documentazione regionale

AZIONE 1	Costituzione e formalizzazione di un tavolo di lavoro intersettoriale per favorire e sostenere l'allattamento al seno
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"
CICLO DI VITA	infanzia; età adulta; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Costituzione e formalizzazione di un tavolo di lavoro intersettoriale, coordinato Comitato percorso nascita e assistenza pediatrica adolescenziale regionale, finalizzato a individuare e attuare sinergie tra i diversi stakeholder per favorire e sostenere l'allattamento al seno, esplicitando il valore preventivo di questa pratica. Definizione e formalizzazione di Accordi

OBIETTIVO 2 **PL16_OT03**	**Definire il modello concettuale, organizzativo e operativo con il coinvolgimento dei diversi Stakeholder dell'Home visiting per promuovere la salute di mamma e bambino che si trovano in condizioni di vulnerabilità**
INDICATORE 2 **PL16_OT03_IT03**	**Documento tecnico del modello concettuale, organizzativo e operativo dell'Home visiting (condiviso con ostetrica di famiglia e di comunità, psicologo, PDL, MMG, Ginecologo, Neuropsichiatra infantile, Associazioni familiari e associazioni di utenti, ecc.) e formalizzazione della messa a sistema (Atto regionale**
formula	presenza
Standard	Documento tecnico del modello e formalizzazione della messa a sistema (atto di approvazione regionale) entro il 2025
Fonte	Documentazione regionale

AZIONE 2	Adattamento dell'Home visiting al contesto Lombardo
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"
CICLO DI VITA	infanzia; età adulta; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Costituzione e formalizzazione di un Gruppo di lavoro regionale e multidisciplinare finalizzato ad adattare il modello Home visiting al contesto Lombardo, individuando i principali fattori di rischio, le risorse disponibili, i ruoli e le sinergie tra gli stakeholder coinvolti

FORMAZIONE

OBIETTIVO 3 **PL16_OT04**	**Rafforzare le competenze del personale SSR (Ostetrica di famiglia e di comunità, Ginecologi, Educatori, Psicologi, MMG, PLS ecc), dei diversi Attori e Stakeholder relativamente a strumenti utili a favorire la promozione della salute nei Primi 1000 giorni di vita e fino a tre anni**
INDICATORE 3 **PL16_OT04_IT04**	**Integrazione dei Programmi Formativi Regionali rivolti a Ostetrica di famiglia e di comunità, Ginecologi, Educatori, Psicologi, MMG, PLS ecc.**
formula	Presenza Programma integrato per Formazione manageriale DIAS e DSC, Formazione policy maker
Standard	Programma integrato per Formazione manageriale DIAS e DSC, Formazione policy maker entro il 2023
Fonte	Documentazione regionale

AZIONE 4	Integrazione Offerta Programmi Formativi Regionali sulle tematiche primi 1000 giorni
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 4	Integrazione dei Programmi Formativi Regionali (MMG, PLS, Ginecologi, Ostetriche di Famiglia e di Comunità, Educatori professionali, Psicologi ecc. a partire dal personale dei CF) in tema di: · Primi 1000 giorni · Visite domiciliari · Allattamento al seno · Salute in gravidanza e in puerperio · ruolo del CF nelle strategie regionali di prevenzione promozione della salute · Vaccinazioni raccomandate in età fertile, in gravidanza e in puerperio · Visite domiciliari - Home visiting · Strategie di engagement dell'utenza

INDICATORE 4 **PL16_OT04_IT05**	**Integrazione dei Programmi di Formazione manageriale DIAS e DSC, Formazione policy maker**
formula	presenza piano formativo regionale integrato
Standard	piano formativo regionale integrato per i professionisti entro il 2023
Fonte	Documentazione regionale

AZIONE 3	Integrazione dei Programmi Formazione manageriali regionali e la valorizzazione del ruolo e della funzione preventiva delle politiche di intervento 0-3 anni
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 3	Integrazione dei Programmi Formazione manageriali regionali (DIAS e DSC, Formazione policy maker ecc.) per la valorizzazione del ruolo e della funzione preventiva delle politiche di intervento nei primi 1000 giorni e fino a 3 anni di vita in tema di: · Ruolo del CF nelle strategie regionali di prevenzione promozione della salute · Vaccinazioni raccomandate in età fertile, in gravidanza e in puerperio, nell'età evolutiva · Visite domiciliari - Home visiting a cura dell'ostetrica di famiglia e di comunità

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 4 **PL16_OT05**	**Definire strategia e strumenti di una campagna di comunicazione e (multilingue e multicanale) rivolta alla popolazione generale e in particolare alle donne in gravidanza in merito a:** • **all'offerta assistenziale in gravidanza e in puerperio (in particolare sull'assistenza ostetrica e sulle visite domiciliari cura dell'ostetrica di famiglia e di comunità) e ai relativi vantaggi di salute per mamma e bambino.** • **i vantaggi di salute per mamma e bambino effettuando le vaccinazioni in età fertile, gravidanza-puerperio e nella prima infanzia** • **Nati per leggere**
INDICATORE 5 **PL16_OT05_IT06**	**Strumenti di COMUNICAZIONE (multilingue) sull'offerta assistenziale in gravidanza e nei primi 1000 giorni**
formula	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali di comunicazione rivolti alla popolazione generale e alle donne in gravidanza in merito (multilingue) sull'offerta assistenziale in gravidanza e nei primi 1000 giorni
Standard	Progettazione della Campagna e produzione di materiali comunicativi multilingue entro il 2022 Realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione regionale con declinazione a livello territoriale (punti vaccinazione locali) entro il 2023

Fonte	Documentazione regionale

AZIONE 5	Sviluppo accordo di partnership e collaborazioni intersettoriali
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.6 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 5	Sviluppo accordo di partnership e collaborazioni intersettoriali

INDICATORE 6 **PL16_OT05_IT07**	**Strumenti di comunicazione (multilingue) sui vantaggi dei vaccini in età fertile, gravidanza-puerperio e nella prima infanzia**
Formula	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali di comunicazione rivolti alla popolazione generale e alle donne in gravidanza in merito (multilingue) ai vantaggi dei vaccini in gravidanza e nella prima infanzia
Standard	Progettazione della Campagna e produzione di materiali comunicativi multilingue entro il 2022
	Realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione regionale con declinazione a livello territoriale entro il 2023
Fonte	REGIONE

AZIONE 6	Progettazione e pubblicazione di materiali divulgativi
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.1 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", ecc.
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 6	Progettazione e pubblicazione di materiali divulgativi su: · vantaggi delle vaccinazioni in età fertile, in gravidanza-puerperio e nell'infanzia · offerta dell'assistenza ostetrica in gravidanza e nei primi 1000 giorni · offerta di servizi territoriali (Consultori Familiari) e delle visite domiciliari a cura dell'ostetrica di famiglia e di comunità in particolare, presso la popolazione target e tutti gli stakeholder, mediante iniziative di marketing sociale

EQUITÀ

OBIETTIVO 5 **PL16_OT01**	**Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**

INDICATORE 7 PL16_OT01_IT01	Lenti di equità
Formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

AZIONE EQUITY	
PROGRAMMA	PL16
AZIONE 7	promozione della salute mediante adesione all'offerta di percorsi di Accompagnamento alla Nascita
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"
CICLO DI VITA	infanzia; età adulta; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE EQUITY	Elaborazione di un documento di indirizzo regionale sulle tematiche di promozione della salute da affrontare negli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (astensione da fumo e alcol, uso dispositivi di ritenzione in auto ecc. Approvazione e formalizzazione indirizzi regionali, avvio implementazione offerta e messa a sistema dell'offerta

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Incontri di accompagnamento alla nascita e fasce svantaggiate
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	- Costituzione del gruppo attraverso la finalizzazione di gruppi già esistenti - Individuazione dei territori dove la partecipazione delle donne con basso livello socioculturale è minore - Individuazione dei processi di facilitazione sulla base delle evidenze di letteratura e delle buone pratiche esistenti - Sperimentazione delle azioni individuate nei territori di riferimento - Valutazione dell'efficacia e delle fattibilità delle azioni realizzate e della loro diffusione - Produzione di un documento tecnico - Disseminazione delle buone pratiche attraverso l'adozione del documento negli atti di programmazione
ATTORI COINVOLTI	Interlocutori interni: DG Famiglia, Cure primarie, ASST (con particolare attenzione al coinvolgimento dei Consultori), UUOO PIPPS, UUOO Promozione salute

	Interlocutori esterni: EELL, consultori privati, associazionismo locale, opinion leader locali
INDICATORE	**Produzione di un documento tecnico**
	Formula: Presenza di un documento di indirizzo
	Standard: Presenza di un documento di indirizzo entro il 2024
	Fonte Documentazione Regionale
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Incontri di accompagnamento alla nascita e fasce svantaggiate
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	- Costituzione del gruppo attraverso la finalizzazione di gruppi già esistenti
	- Individuazione dei territori dove la partecipazione delle donne con basso livello socioculturale è minore
	- Individuazione dei processi di facilitazione sulla base delle evidenze di letteratura e delle buone pratiche esistenti
	- Sperimentazione delle azioni individuate nei territori di riferimento
	- Valutazione dell'efficacia e delle fattibilità delle azioni realizzate e della loro diffusione
	- Produzione di un documento tecnico
	- Disseminazione delle buone pratiche attraverso l'adozione del documento negli atti di programmazione
ATTORI COINVOLTI	Interlocutori interni: DG Famiglia, Cure primarie, ASST (con particolare attenzione al coinvolgimento dei Consultori), UUOO PIPPS, UUOO Promozione salute
	Interlocutori esterni: EELL, consultori privati, associazionismo locale, opinion leader locali
INDICATORE	**Recepimento delle raccomandazioni per facilitare la partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita**
	Formula: Numero documenti di programmazione con riferimento alle raccomandazioni
	Standard: Orientare i documenti di programmazione affinché inseriscano raccomandazioni per facilitare la partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita entro il 2025
	Fonte: Documentazione Regionale

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 6 **PL16_OS01**	**Rafforzare le funzioni di promozione e tutela della salute di mamma e bambino sia in termini di supporto universale (visite domiciliari entro le prime 8 settimane dal parto) sia di supporto dedicato con un'attenzione specifica a situazioni di fragilità attraverso la messa a sistema degli esiti del programma Pensare Positivo (rivolto alle donne con disagio emotivo perinatale post partum) e con la strutturazione dell'offerta di Home visiting (rivolta a mamme-bambini vulnerabili)**
INDICATORE 8 **PL16_OS01_**	**Documento di indirizzo esito della sperimentazione modello metodologico e organizzativo Home visiting**
Formula	Presenza
Standard	Formalizzazione del Documento Tecnico del modello concettuale, organizzativo e operativo dell'Home visiting entro il 2022 Sperimentazione del modello in almeno una ASST per ogni ATS entro il 2023 Prima Revisione del Documento Tecnico del modello alla luce della prima sperimentazione e formalizzazione della messa a sistema (atto di approvazione regionale) entro il 2025
Fonte	Documentazione regionale

AZIONE 8	Stratificazione del bisogno finalizzata a orientare l'offerta di supporto post- partum e Home Visiting
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; età adulta; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 8	Stratificazione del bisogno finalizzata a orientare l'offerta di supporto post- partum e Home Visiting

AZIONE 9	Sperimentazione del modello Home visiting
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; età lavorativa; donne in età fertile

DESCRIZIONE AZIONE 9	Sperimentazione del modello Home visiting su almeno una unità d'offerta (consultorio) per ogni territorio ATS

AZIONE 10	Revisione del documento tecnico sull'home visiting in Lombardia alla luce della prima sperimentazione e formalizzazione della messa a sistema del programma
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"
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 10	Revisione del documento tecnico "Home visiting in Lombardia" alla luce della prima sperimentazione e formalizzazione della messa a sistema del programma.

AZIONE 11	Definizione del modello lombardo di Home visiting
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"
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 11	Definizione e formalizzazione del modello lombardo *Home visiting (visite domiciliari)* mediante l'elaborazione di un documento tecnico e organizzativo

INDICATORE 9 **PL16_OS01_IS01**	**Percentuale di unità d'offerta (Consultori Familiari) che hanno formato i propri operatori sulle visite a domicilio, sul programma Pensare positivo e sull'home visiting/ totale operatori dei CF**
Formula	Percentuale di unità d'offerta (Consultori Familiari) che hanno formato i propri operatori sulle visite a domicilio
Standard	Formalizzazione del Documento Tecnico della sperimentazione in favore delle donne con depressione perinatale entro il 2022 Costituzione e formazione dei formatori (professionisti in ruolo nei CF) per la disseminazione del programma Pensare positivo sulla base del modello sperimentato entro il 2022 Formazione di Ostetriche e Psicologi per l'implementazione per l'implementazione locale del programma Pensare positivo di almeno il 20% dei consultori entro il 2023 Formazione del personale per l'implementazione locale del programma Pensare positivo di almeno il 60% dei consultori entro il 2024

Fonte	Documentazione regionale

AZIONE 12	Messa a sistema degli esiti del progetto Pensare positivo (WHO)
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
CICLO DI VITA	infanzia; età adulta; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 12	Messa a sistema degli esiti del progetto Pensare positivo (WHO): · Costituzione di un panel dedicato e Formalizzazione delle misure in favore delle donne con depressione perinatale alla luce della sperimentazione · Stratificazione del bisogno finalizzata a orientare l'offerta di supporto dedicato in puerperio · Formazione dei Formatori interni al sistema (individuati tra gli operatori di ruolo (Ostetrica di famiglia e di comunità e psicologo dei consultori) che hanno partecipato alla sperimentazione) · Programmazione e realizzazione percorsi formativi dedicati ad Ostetriche e Psicologi del CF · Disseminazione del programma delle visite a domicilio e Pensare Positivo dell'offerta di Pen al target mirato

OBIETTIVO 7 **PL16_OS02**	**Migliorare la funzione degli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN/CAN) integrando nei contenuti la funzione preventiva di promozione della salute**
INDICATORE 10 **PL16_OS02_**	**Predisposizione di un documento tecnico sulle tematiche preventive/di promozione della salute per l'integrazione dei contenuti degli incontri di Accompagnamento alla Nascita**
Formula	Presenza
Standard	Elaborazione del documento tecnico entro il 2023 Approvazione indirizzi regionali entro il 2023 Avvio implementazione offerta entro il 2024 Messa a sistema dell'offerta entro il 2025
Fonte	Documentazione regionale

OBIETTIVO 8 **PL16_OS03**	**Attivazione del monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno fino al sesto mese (180 giorni di vita coerente al modello raccomandato da WHO UNICEF)**
INDICATORE 11 **PL16_OS03_IS02**	**Messa a sistema regionale di un programma informatizzato per il monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno fino al sesto mese**

Formula	presenza
Standard	Elaborazione e formalizzazione di linee indirizzo e correlati ad indicatori entro il 2022
	Rilascio criteri per la Classificazione "Alimentazione del neonato/lattante e raccolta dati informatizzata entro il 2022
Fonte	REGIONE

AZIONE 13	Attuazione linee guida regionali per favorire e sostenere l'allattamento al seno
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
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 13	Stesura e attuazione di linee di indirizzo ed indicatori per proteggere-promuovere-mantenere l'allattamento al seno, coerenti al modello WHO Unicef

AZIONE 14	Sviluppo e messa a sistema di un sistema di monitoraggio del tasso di allattamento al seno alla dimissione e sino al 6° mese di vita
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
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 14	Sviluppo e messa a sistema regionale di un programma informatizzato per il monitoraggio del tasso di allattamento al seno alla dimissione e sino al 6° mese di vita, durante le sedute vaccinazioni) (PL conoscenza)

INDICATORE 12 PL16_OS03_IS03	**Attivazione sistema di monitoraggio**
Formula	Attivazione sistema di monitoraggio
Standard	Formazione degli operatori entro il 2022 Attivazione sistema di monitoraggio per la rilevazione dei dati entro il 2022
Fonte	REGIONE

AZIONE 15	Offerta formativa mirata agli operatori sulla classificazione OMS-UNICEF in tema di alimentazione del neonato/lattante
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	età adulta; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 15	Formazione agli operatori sulla classificazione OMS-UNICEF in tema di alimentazione del neonato/lattante

AZIONE 16	Integrazione dell'indicatore "Tasso allattamento" sul Portale di Governo Clinico-Area Materno Infantile.
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
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 16	Integrazione dell'indicatore "Tasso allattamento" sul Portale di Governo Clinico-Area Materno Infantile.

OBIETTIVO 9 **PL16_OS04**	**Monitoraggio del percorso diagnostico- terapeutico e sistema di sorveglianza dello screening audiologico e oculistico**
INDICATORE 13 **PL16_OS04_IS04**	**Messa a sistema di uno strumento di monitoraggio del percorso diagnostico- terapeutico e sistema di sorveglianza dello screening audiologico - oculistico, e di comunicazione tra gli operatori dei differenti livelli operativo come previsto dai documenti tecnici regionali.**
Formula	presenza percorsi e attivazione formazione
Standard	Attivazione del percorso audiologico entro il 2022 Formazione degli operatori in tema di percorso "audiologico" entro il 2022 Attivazione del percorso oculistico entro il 2023 Formazione degli operatori in tema di percorso "oculistico" entro il 2023
Fonte	REGIONE

AZIONE 17	Integrazione degli Indicatori previsti dai documenti tecnici regionali sul Portale di Governo Clinico-Area Materno Infantile
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
CICLO DI VITA	età lavorativa

DESCRIZIONE AZIONE 17	Integrazione degli Indicatori previsti dai documenti tecnici regionali sul Portale di Governo Clinico-Area Materno Infantile

AZIONE 18	Elaborazione di un documento di indirizzo tecnico e organizzativo per l'effettuazione di screening audiologico e screening oftalmologico neonatale
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"
CICLO DI VITA	infanzia; età adulta; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 18	Elaborazione di un documento di indirizzo tecnico e organizzativo per l'effettuazione di screening audiologico e screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita

AZIONE 19	Offerta Formativa mirata agli operatori del percorso diagnostico-terapeutico e sistema di sorveglianza dello screening audiologico e oculistico
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 19	Formazione agli operatori del percorso diagnostico- terapeutico e sistema di sorveglianza dello screening audiologico e oculistico

AZIONE 20	Sviluppo e messa a sistema di un sistema di monitoraggio dello screening audiologico e oculistico
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
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 20	Sviluppo e messa a sistema regionale di un programma informatizzato del percorso diagnostico- terapeutico e sistema di sorveglianza dello screening audiologico e oculistico.

OBIETTIVO 10 **PL16_OS05**	**Messa a sistema diagnosi precoce autismo**
INDICATORE 14 **PL16_OS05_IS10**	**indirizzi regionali messa a sistema screening**
Formula	presenza
Standard	presenza al 2023

Fonte	Regione

OBIETTIVO 11 **PL16_OS06**	**Adozione di strumenti informativi per la raccolta di informazioni utili a monitorare l'adozione di stili di vita sani in età infantile**
INDICATORE 15 **PL16_OS06_IS05**	**Definizione set di indicatori e set di strumenti informativi per la raccolta di informazioni utili a monitorare l'adozione di stili di vita sani in età infantile**
Formula	presenza
Standard	Rilascio set di indicatori e set di strumenti informativi e formalizzazione indicazioni per la raccolta dati entro il 2023
Fonte	REGIONE

AZIONE 21	Messa a sistema informazione degli stili di vita dei genitori durante i bilanci di salute a cura dei pediatri
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
CICLO DI VITA	infanzia; età adulta; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 21	Messa a sistema informazione degli stili di vita sani in età infantile durante i bilanci di salute a cura dei pediatri di Libera Scelta

OBIETTIVO 12 **PL16_OS07**	**Implementazione del programma Nati per leggere con attivazione del sistema informativo per il monitoraggio regionale**
INDICATORE 16 **PL16_OS07_IS06**	**Definizione del sistema informativo per il monitoraggio regionale relativamente al programma Nati per leggere**
Formula	presenza
Standard	Rilascio set di indicatori e set di strumenti informativi e formalizzazione indicazioni per la raccolta dati entro il 2022
Fonte	REGIONE

OBIETTIVO 13 **PL16_OS08**	**Vaccinazioni donne in gravidanza ed in età fertile nei punti nascita e nei consultori ASST della Lombardia attivare l'offerta sistematica di vaccinazione:** **(a) in gravidanza anti DTP, antinfluenzale; (b) in età fertile vaccinazione anti MPRV**
INDICATORE 17 **PL16_OS08_IS07**	**Evidenza della capacità di offerta delle vaccinazioni nelle donne in gravidanza ed in età fertile**
Formula	Presenza di evidenze

Standard	Presenza di un documento di mappatura dell'offerta entro il 2021 Attivazione percorsi di formazione e verifica entro il 2022 Evidenza nel 100% delle ASST della presenza attiva dell'offerta nei punti nascita delle vaccinazioni per la gravidanza e per l'età fertile entro il 2023 Evidenza nel 100% delle ASST della presenza attiva dell'offerta nei consultori delle vaccinazioni per la gravidanza e per l'età fertile entro il 2024 Evidenza di un documento di sintesi del percorso entro il 2025
Fonte	REGIONE

AZIONE 22	Mappatura dell'offerta di vaccinazione nelle donne in gravidanza ed in età fertile
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.7 Ricognizione, sistematizzazione e documentazione di "pratiche" locali – Produzione e disseminazione di Reportistiche. Sottomissione di "Pratiche" locali a sistemi validati di valutazioni terze di Buona Pratica
CICLO DI VITA	età adulta; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 22	È fondamentale, anche al fine di garantire equità nell'accesso alle procedure di vaccinazione in gravidanza e in età fertile, conoscere la geolocalizzazione e quindi l'ubicazione dei centri disponibili per effettuare tale pratica medica preventiva. Per tale motivo, è importante implementare un sistema di mappatura dell'intera offerta vaccinale lombarda per poter quindi rafforzare quelle aree in cui potrebbe risultare carente. Tale sistema di mappatura andrebbe successivamente standardizzato, semplificato e dotato di una reportistica specifica, costante e continuativa nel tempo (o di un sistema di aggiornamento in tempo reale), accessibile a tutti per, da un lato, monitorare attivamente l'omogeneità della distribuzione dell'offerta vaccinale sul territorio, dall'altro lato invece informare la popolazione su quale sia il centro vaccinale più vicino alla propria posizione geografica.

AZIONE 23	Offerta formativa mirata agli operatori dell'area della ginecologia ed ostetricia (pubblica e privata)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 23	Corsi di formazione dedicati all'area della ginecologia ed ostetricia (pubblica e privata)

AZIONE 24	Verifica e mappatura dei processi organizzativi e delle skill degli operatori dei punti nascita
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP

SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.7 Ricognizione, sistematizzazione e documentazione di "pratiche" locali – Produzione e disseminazione di Reportistiche. Sottomissione di "Pratiche" locali a sistemi validati di valutazioni terze di Buona Pratica
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 24	Esattamente com'è importante conoscere la localizzazione dei centri vaccinali, lo è anche la conoscenza di dove sono situati i punti nascita. Per tale motivo, verrà strutturato un sistema di mappatura accessibile e di facile comprensione, che serva dapprima al cittadino che ha bisogno di sapere dove è possibile partorire, ma successivamente anche a coloro, operatori sanitari, amministrativi e governativi, che avranno il compito, eventualmente, di prendere in considerazione la possibilità di implementare i punti nascita e rafforzare le aree lombarde qualora risultassero carenti. L'elevato numero, in atto e potenziale, dei punti nascita pone l'attenzione sulla necessità di organizzare un sistema di valutazione e verifica degli stessi, passando in rassegna i processi organizzativi e la loro attuazione, oltre che le capacità e competenze dei singoli operatori. Esiste successivamente la possibilità di attivare anche per questa valutazione un sistema di reportistica che non solo renda consapevole il cittadino su quale punto nascita sia il più adatto a sé, ma anche può, in maniera indiretta, avviare un sistema di competizione virtuoso dove il punto nascita cerca di ottenere il massimo del punteggio valutativo. Al fine di garantire la formazione e l'aggiornamento degli operatori dei punti nascita, si potranno attivare dei corsi, in presenza a distanza, in accordo con la situazione epidemiologica del momento.

AZIONE 25	Verifica e mappatura dei processi organizzativi e delle skill degli operatori dei consultori
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.7 Ricognizione, sistematizzazione e documentazione di "pratiche" locali – Produzione e disseminazione di Reportistiche. Sottomissione di "Pratiche" locali a sistemi validati di valutazioni terze di Buona Pratica
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 25	Così come è importante la valutazione, l'aggiornamento e la mappatura dei centri vaccinali e dei punti nascita, lo è anche quella dei consultori. In quest'ottica, però, potrebbe risultare utile ai fini della scelta del cittadino implementare un sistema di valutazione che derivi anche dall'esperienza diretta di coloro che hanno usufruito in passato del consultorio in oggetto.

AZIONE 26	Analisi del fenomeno dell'esitazione vaccinale a livello regionale
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.)

CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 26	Nel corso della gravidanza per quanto riguarda la madre e nelle prime fasi della vita per quanto riguarda il bambino, le vaccinazioni svolgono un ruolo fondamentale nella protezione dell'integrità della propria persona e della comunità tutta. Per quanto riguarda il periodo della gravidanza, in particolare, di grande rilievo è la vaccinazione contro l'influenza durante il periodo epidemico e anti difterite-tetano-pertosse. Quest'ultima è in particolare raccomandata in ogni gravidanza, a prescindere dallo stato immunitario della donna. Il periodo ideale per l'attuazione di questa vaccinazione si aggira intorno alla 28esima settimana. Nonostante in Lombardia si stia assistendo ad un trend positivo sia per le vaccinazioni dTpa fuori gestazione che per quelle in gestazione, e nonostante la percentuale di copertura delle donne in gravidanza sia passata dal 7% (2018) al 50% (2020), è utile continuare a monitorare l'andamento dell'adesione alle campagne vaccinali a causa del crescente, e sempre più evidente, fenomeno dell'esitazione vaccinale. L'esitazione vaccinale è un fenomeno che fa riferimento al ritardo nell'accettazione di una procedura di vaccinazione o addirittura al suo completo rifiuto. È una condizione complessa che dipende in larga misura dal contesto socio-culturale di riferimento (MacDonald 2015) e dal livello di istruzione. Come insegna anche l'attuale situazione epidemiologica da COVID19, l'aderenza alle campagne vaccinali è fondamentale per garantire la protezione degli individui e, nel caso delle vaccinazioni in gravidanza e nei primi anni dello sviluppo, del nascituro, neonato o bambino. Il monitoraggio quindi, attraverso un sistema di reportistica completo e continuativo nel tempo, dell'aderenza vaccinale e del suo contrario, l'esitazione vaccinale, deve essere effettuato al fine di conoscere quanto, quando e come intervenire con ulteriori campagne informative.

AZIONE 27	Standardizzazione delle modalità operative di offerta (processi di lavoro) e verifica delle skill necessarie agli operatori per attivare l'offerta della vaccinazione
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"
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 27	Standardizzazione delle modalità operative di offerta (processi di lavoro) e verifica delle skill necessarie agli operatori per attivare l'offerta della vaccinazione mediante la realizzazione di un documento regionale in materiale e l'attivazione di gruppi di lavoro.

OBIETTIVO 14 **PL16_OS09**	**Raccordo con i Pediatri di Libera Scelta**
INDICATORE 18 **PL16_OS09_IS08**	**Evidenza dell'integrazione dell'offerta d sanità pubblica con i PLS**
Formula	presenza

Standard	Presenza di un documento di mappatura dei bisogni e delle opportunità da parte dei PLS entro il 2022 Evidenza nel 100% delle ASST della presenza attiva dell'offerta nei punti nascita delle vaccinazioni per la gravidanza e per l'età fertile entro il 2023 Disponibilità (tramite modalità informatiche con aggiornamenti almeno mensili) dell'informazione sullo stato vaccinale dei propri assistiti e alert per i richiami ad almeno il 20% a PLS entro il 2024 Disponibilità (tramite modalità informatiche con aggiornamenti almeno mensili) dell'informazione sullo stato vaccinale dei propri assistiti e alert per i richiami ad almeno il 50% dei PLS entro il 2025
Fonte	REGIONE

AZIONE 28	Aggiornamento del software vaccinale per garantire maggiore fruibilità ai PLS
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
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 28	Il miglioramento ed il continuo aggiornamento dei sistemi informativi sono fondamentali al fine di garantire una migliore integrazione tra le informazioni. Per questa ragione, soprattutto per poter facilitare la comunicazione tra i diversi sistemi informativi, si provvederà ad aggiornare e migliorare il software vaccinale per garantire migliore fruibilità ai PLS, per poter meglio integrare le informazioni derivanti dallo stato clinico di madre e bambino nei primi 1000 giorni.

AZIONE 29	Attivazione di una analisi locale per l'identificazione di differenze tra PLS nella copertura vaccinale; attivazione di tavoli locali per raccogliere i fabbisogni e disponibilità di collaborazione dei PLS in tema di vaccinazioni
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
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 29	Attivazione di una analisi locale per l'identificazione di differenze tra PLS nella copertura vaccinale; attivazione di tavoli locali per raccogliere i fabbisogni e disponibilità di collaborazione dei PLS in tema di vaccinazioni

AZIONE 30	Studio e successiva implementazione di modalità di integrazione delle informazioni relative alle vaccinazioni nei software utilizzati dai PLS
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
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 30	Studio e successiva implementazione di modalità di integrazione delle informazioni relative alle vaccinazioni nei software utilizzati dai Pediatri di Libera Scelta (PLS). Al fine di avere un controllo, o comunque una visione d'insieme, su quali vaccinazioni sono state fatte dalla madre in corso di gravidanza, dal momento che alcune infezioni potrebbero avere un impatto anche sulla salute del neonato, è utile fare in modo che in pochi sistemi informativi siano contenute tutte le informazioni necessarie per la gestione clinica dei pazienti dei PLS. Sarà quindi di primaria importanza studiare, anche basando lo sviluppo sui software attualmente presenti, un sistema informativo che sia in grado di integrare, alle informazioni relative allo stato di salute del neonato prima e del bambino poi, anche le informazioni relative all'andamento della gravidanza e allo stato di salute, almeno, della madre. Per fare ciò, e garantire l'uniformità delle conoscenze e delle informazioni in merito ai sistemi informativi da adoperare e a come interpretarne i dati, sarà necessario svolgere dei corsi, in presenza o a distanza, in accordo con la situazione pandemica del momento, per aggiornare i medici e gli operatori sanitari primariamente coinvolti in questa possibile azione.

AZIONE 31	Attivazione di modalità collaborative di richiamo alla vaccinazione
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
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 31	Attivazione di modalità collaborative di richiamo alla vaccinazione

OBIETTIVO 15 **PL16_OS10**	**Monitoraggio continuo del fenomeno Vaccine Hesitancy**
INDICATORE 19 **PL16_OS10_IS09**	**Analizzare in maniera continua il fenomeno della non adesione ai vaccini nell'età infantile**
Formula	presenza report

Standard	Definizione di percorsi di analisi del fenomeno dell'esitazione vaccinale; primo report entro il 2022 Report 2023 sulla Vaccine Hesitancy entro il 2023 Report 2024 sulla Hesitancy entro il 2024 Report 2025 sulla Vaccine Hesitancy entro il 2025
Fonte	REGIONE

AZIONE 32	Rafforzamento delle competenze degli operatori dei servizi in tema di Vaccine Hesitancy
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"
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 32	Attivazione collaborazioni e gruppo di lavoro per rafforzare la capacità del SSR di contrasto della Vaccine Hesitancy. L'esitazione vaccinale è un fenomeno che fa riferimento al ritardo nell'accettazione di una procedura di vaccinazione o addirittura al suo completo rifiuto. È una condizione complessa che dipende in larga misura dal contesto socio-culturale di riferimento (MacDonald 2015) e dal livello di istruzione. Ad oggi, l'aderenza alla vaccinazione nelle donne in gravidanza è di circa il 50% (dati del 2020). L'esitazione vaccinale aumenta quando si fa riferimento soprattutto alle vaccinazioni della prima infanzia, e questo pone a rischio, oltre che il singolo soggetto, anche l'intera collettività. Per far fronte alla crescente esitazione vaccinale, a cui si sta assistendo anche nell'ambito della vaccinazione anti-COVID19, è necessario uno sforzo collettivo e una collaborazione tra le diverse entità sanitarie che prendono parte a tutto il processo vaccinale, dalla campagna informativa all'inoculazione stessa del vaccino. Per questo motivo, è nata la necessità di istituire un vero e proprio gruppo di lavoro che si occupi, primariamente, di fronteggiare la ridotta aderenza alle campagne vaccinali.

AZIONE 33	Attuazione protocollo di rilevazione della non adesione all'offerta vaccinale in età infantile
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	5.14 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 33	Definizione del protocollo di analisi (analizzare in maniera continua il fenomeno della non adesione ai vaccini nell'età infantile)

4.5 PL20 Prevenzione della Cronicità

Quadro logico regionale

CODICE	PL20
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Corrado Celata
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	MO1 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	• MO1 Malattie croniche non trasmissibili • MO2 Dipendenze da sostanze e comportamenti • MO3 Incidenti domestici e stradali • MO5 Ambiente, Clima e Salute • MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• MO1-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale • MO1-09 Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT • MO1-10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia • MO1-11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva • 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 • 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 • 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

	• MO3-01 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 • 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, • MO6-05 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) • MO6-06 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole • MO6-12 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) • MO6-19 Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST (es. Clamidia, Gonorrea, etc.) sulla popolazione • MO6-21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST • 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
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	• MO1LSd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: – contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina, contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol, riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà, contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile, riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato, aumento del consumo di frutta e verdura, – prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) • MO1LSe Sviluppo di conoscenze e competenze (empowerment - life skill) di tutti i componenti della ristorazione collettiva (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholders (famiglie, lavoratori,

	pazienti, etc) sull'importanza della sana alimentazione per prevenire le complicanze di numerose patologie croniche, ridurre lo spreco alimentare e ridurre l'impatto ambientale correlato all'alimentazione • MO1LSf Implementazione di programmi di controllo ufficiale degli alimenti, con specifiche previsioni: per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti, per il controllo della disponibilità di sale iodato punti vendita e ristorazione collettiva, per la verifica delle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari • MO1LSk Sviluppo di programmi finalizzati alla riduzione del rischio per MCNT e alla presa in carico delle persone affette da patologia, per una gestione integrata e sistemica della cronicità, attraverso: interventi volti a promuovere competenze e comportamenti salutari nelle persone sane e malate e loro caregiver (health literacy, empowerment ed engagement),offerta di counseling individuale anche in contesti opportunistici, per il contrasto del tabagismo e del consumo rischioso e dannoso di alcol e la promozione di sana alimentazione e attività fisica, attivazione di interventi strutturati di esercizio fisico, attivazione di procedure e percorsi preventivi e terapeutico-assistenziali integrati con interventi per le persone già affette da patologia, anche considerando le situazioni di multipatologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura • 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.) • 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 • 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 • MO3LSa Sviluppo di programmi per la promozione di corretti stili vita con particolare riguardo all'attività fisica e al corretto utilizzo dei farmaci nell'anziano • MO3LSc Attivazione di percorsi di formazione sulla sicurezza domestica rivolti ai collaboratori familiari, agli insegnanti, agli operatori sanitari e socio-sanitari, a MMG e PLS • MO3LSd Implementazione di percorsi di interoperabilità fra i servizi coinvolti • MO6LSc Promozione della immunizzazione attiva • MO6LSd Comunicazione del rischio per la popolazione generale e specifici sottogruppi • 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	• A03 Vaccinazioni • 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 • art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

In Italia, nel 2019, circa un terzo degli over 75 presentava una grave limitazione dell'autonomia e per un anziano su 10 questa incideva sia sulle le attività quotidiane di cura personale che su quelle della vita domestica (8,5%). Attualmente in Lombardia le persone affette da malattie croniche sono 3,5 milioni, pari a circa il 30% della popolazione, una proporzione destinata ad aumentare nei prossimi anni e che quindi accrescerà ulteriormente la richiesta di assistenza (ISTAT 2021, dati 2019).

Il progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento dell'incidenza delle malattie croniche, a maggior ragione nel caso di quelle debilitanti come la demenza, sta facendo crescere la necessità di assistenza di lungo periodo. Questo bisogno ha determinato e determina l'articolazione di un insieme variegato dal punto di vista dell'offerta assistenziale che, con caratteristiche particolari in Italia e in Lombardia, si concretizza attraverso la disponibilità di strutture residenziali/semiresidenziali mirate alle specifiche categorie di destinatari, a cui si affianca il ruolo delle famiglie sia attraverso l'assunzione di figure dedicate (caregiver professionali, cd badanti) sia con l'individuazione all'interno delle famiglie stesse di familiari dedicati all'assistenza che assumono il ruolo di caregiver familiari.

I dati a disposizione indicano che il lavoro di caregiver familiare/professionale, per il carico emotivo, la tipologia di mansione e il monte ore richiesto rappresenta un'attività particolarmente stressante e che può minare la salute fisica e la salute mentale. In generale, i caregiver tendono a sottovalutare e a non trattare adeguatamente i propri problemi di salute con effetti molto negativi sul lungo periodo (Quaderni Ministero della Salute, n., 26, 2016).

La maggior parte dei caregiver familiari/professionali sono donne. A titolo esemplificativo, nel caso delle persone con Alzheimer, il 60-70% di chi se ne occupa è rappresentato dal genere femminile e in tutti i Paesi è presente la generale aspettativa che sia una donna a farsi carico di questo ruolo. Molte delle ricerche sull'argomento sembrano dare per scontato la questione di genere, a conferma di una evidente distorsione culturale sull'argomento (Quaderni ministero della salute, n., 26, 2016)., accentuando così un ulteriore svantaggio di salute per il genere femminile. I dati indicano che, nella popolazione over 75, a eccezione delle malattie croniche gravi, più diffuse tra gli uomini (46,0% contro 41,1% delle donne), le donne hanno condizioni peggiori per tutti gli altri indicatori di salute (ISTAT, 2021). Tale svantaggio si rileva anche nella

terza età: il 55,4% vive da sola contro il 26,4% degli uomini. Nella maggioranza dei casi gli uomini vivono in coppia (52,5%), a conferma che la partner, più spesso di quanto non accada per gli uomini, si trova a ricoprire il ruolo di caregiver principale (ISTAT, 2021, dati 2019)
Le caregiver professionali, oltre a essere donne, sono generalmente straniere e appartengono a fasce socio economiche basse. Se si tiene conto del fenomeno del "gradiente sociale di salute" per cui le condizioni di salute peggiorano al diminuire del livello socio economico, questa categoria risulta particolarmente svantaggiata.
Tutte queste argomentazioni, documentate in seguito, hanno indotto a investire risorse a tutela della salute del caregiver al fine di ridurre le diseguaglianze di salute.

Caregiver familiari/professionali: una questione di genere

Quanti sono e chi sono i caregiver familiari

L'attività di sostegno è prestata in larghissima maggioranza da un membro della stretta cerchia familiare ma in Italia non si ha un dato ufficiale sul loro numero. Un'indagine multiscopo ISTAT del 2011, ha riportato una percentuale pari a circa l'8% della popolazione nazionale. Secondo una ricerca Censis (2017). Le caregiver assistono in primis i figli (54,8%), un fratello o una sorella (19,1%), il partner/coniuge (11,5%) o un nipote (1,9%). Nel 76,0% dei casi le caregiver convivono con il malato.
Come nel resto del mondo, anche in Italia è la donna la principale caregiver familiare (fino a circa il 75% del totale). Di solito ha un'età compresa tra 45 e 64 anni, e spesso svolge anche un lavoro fuori casa o ha abbandonato la propria attività per dedicarsi a tempo pieno alla cura, nel contesto familiare, di chi non è autonomo (ISTAT, 2011). Le donne che lavorano e svolgono contemporaneamente il ruolo di caregiver hanno minori risorse e maggior peso assistenziale rispetto alla controparte maschile; in alcuni casi sono ancora coinvolte nella cura dei figli con un carico familiare molto rilevante; vengono a definire la cosiddetta "generazione sandwich" stretta tra la richiesta assistenziale dei genitori anziani e dei figli (Quaderni ministero della salute, n. 26, 2016).
Altri dati che contribuiscono a descrivere il quadro della situazione italiana in quest'ambito derivano dall'analisi dell'assistenza offerta ai malati di Alzheimer: il 70% delle persone con demenza è assistito a domicilio, con un'assistenza informale erogata nel 70% dei casi da donne. In generale, il peso assistenziale, in termini di tempo giornaliero e di durata globale negli anni, è maggiore per le donne che per gli uomini che svolgono gli stessi compiti (Quaderni Ministero della Salute, n. 26, 2016).

Quanti sono e chi sono i caregiver professionali

I lavoratori domestici regolarmente assunti dalle famiglie italiane sono circa 849.000 (si stima che gli irregolari siano oltre 1.000.000), con una lieve prevalenza di colf (52%) rispetto alle caregiver professionali (48%). Le caregiver professionali sono 407.000 (nel periodo 2012-2019 sono cresciute dell'11,5%). In Lombardia le caregiver professionali sono 63.476. Nel biennio 2018-2019 sono cresciute del 3%.



Fonte: Osservatorio Nazionale Domina (2020)

Le donne sono in netta maggioranza (88,7%) rispetto agli uomini. L'età media del lavoratore domestico è 48 anni. Per quanto riguarda la nazionalità dei lavoratori domestici, gli stranieri rappresentano il 70,3% del totale. La componente più significativa è quella dell'Est Europa (43,8% del totale). (Osservatorio Nazionale Domina, Rapporto annuale sul lavoro domestico, 2020).
Secondo la ricerca "Le trasformazioni del lavoro domestico nella vita quotidiana tra qualità del lavoro e riconoscimento delle competenze" (2014) ha intervistato un campione di 837 caregiver professionali, residenti in 177 comuni rilevando che:

- La quasi totalità delle caregiver professionali è donna (94%),
- 58% di età compresa tra i 45 e i 64 anni, mentre le giovani (under35) sono l'11,7% del totale.
- tre su quattro non hanno legami matrimoniali
- il 51,3% delle intervistate fa la caregiver professionali da più di 5 anni.
- le donne dell'est-europee sono il 64,8% del campione, le intervistate che vengono dall'America Latina il 14,1%,
- nel 60% dei casi la lavoratrice coabita con la persona che assiste.
- in media l'orario di lavoro copre nove ore al giorno per sei giorni alla settimana
- sono assistite principalmente più persone non autosufficienti dal punto di vista fisico e mentale (42,4%)
- il 60% delle lavoratrici afferma di occuparsi dell'assistenza quale unica figura su cui grava questo compito.

Caregiver familiari/professionali: questioni di salute

L'attività di caregiving può generare stress cronico soprattutto quando l'assistenza è di lunga durata, quando ci si prende cura di persone con malattie gravi o disabili, quando la patologia della persona che si assiste è caratterizzata da ampia imprevedibilità e richiede alti livelli vigilanza, quando manca un supporto (informale e formale). Un elevato numero di ore settimanali di assistenza informale è associato a un rischio maggiore di malattie cardiovascolari. Negli studi sui caregiver di pazienti affetti da demenza, è stato osservato un rischio cardiovascolare più elevato associato a livelli aumentati di biomarcatori di infiammazione e livelli più elevati di cortisolo mattutino [16], con predisposizione a conseguenze negative sulla salute. In particolare, sia gli uomini che le donne caregiver avevano livelli di colesterolo più alti rispetto ai non-caregiver e, tra le donne, coloro che prestavano cure intensive avevano anche livelli di trigliceridi più elevati e livelli di colesterolo lipoproteico ad alta densità più bassi (ISS, 2019).
Il 68,6% delle caregiver professionali italiane intervistate (Iref/Acli, 2014) dichiara che da quando svolge questo lavoro soffre di mal di schiena, il 40,6% riferisce di altri dolori fisici. Dal punto di vista psicologico: il 39,4% soffre di insonnia, il 33,9% di ansia o depressione. Inoltre una caregiver professionista su tre, nell'ultimo anno, non è mai andata da un medico a controllare il proprio stato di salute, tra le under35 il dato sale al 44,2% (Iref/Acli, 2014).
In particolare il caregiver del paziente con demenza presenta un maggiore rischio per il proprio benessere psichico e fisico; è maggiormente esposto a depressione, insonnia e disturbo d'ansia (Quaderni ministero della salute, n. 26, 2016).

La salute mentale: un focus prioritario

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stabilisce il ruolo essenziale della salute mentale per la realizzazione sociale dell'individuo e del suo stato di salute complessivo. I disturbi mentali, già oggi una delle principali fonti di sofferenza e disabilità nel mondo, sono in progressivo aumento (www.iss.it).
Per la loro complessa eziopatogenesi che coinvolge oltre a quello nervoso altri sistemi fisiologici e la loro cronicità, i disturbi mentali richiedono un approccio multidisciplinare che affianchi alla

ricerca clinica l'indagine sui fattori biologici e psicosociali che concorrono alla vulnerabilità e alla capacità di un individuo di far fronte (resilienza) a tali patologie. Come riportato precedentemente, una categoria particolarmente sofferente da questo punto di vista è rappresentata dai caregiver. Le condizioni e le malattie studiate includono i disturbi del neurosviluppo, la depressione, le sindromi ansiose, i disturbi ossessivo-compulsivi, emozionali, cognitivi, mnemonici e psicosomatici, anche correlati allo stress (www.iss.it).
Gli ultimi dati Passi riportano che in Italia tra le categorie che soffrono di sintomi depressivi si annoverano le persone di età più avanzata (sfiora l'8% fra i 50-69enni), le donne (poco meno dell'8%), le classi socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche (14% fra chi riferisce molte difficoltà economiche) o per istruzione, chi vive da solo (8%) (epicentro, 2018). Si rileva quindi come alcune di queste categorie siano sovrapponibili a chi è più frequentemente ricopre il ruolo di caregiver familiare/professionali.
Confermano ciò i dati sugli assistiti dai servizi specialistici psichiatrici nel corso del 2019 (826.465 unità): nel 54,3% dei casi sono di sesso femminile mentre la composizione per età riflette l'invecchiamento della popolazione generale, con un'ampia percentuale di pazienti al di sopra dei 45 anni (68,7%). In Italia la patologia più frequente è la depressione (15,1 casi su 10.000 ab.) seguita dalle sindromi nevrotiche e somatoformi. Le femmine presentano tassi significativamente più alti dei maschi per la depressione (maschi 11,2; femmine 18,6) e per le sindromi nevrotiche e somatoformi (maschi 8,2; femmine 10,8) (SISM, 2019).

Bibliografia

- C_17_pubblicazioni_3081_allegato.pdf (salute.gov.it)
- C_17_pubblicazioni_2490_allegato.pdf (quadernidellasalute.it)
- Il profilo dei caregiver | CENSIS
- Osservatorio Lavoro Domestico | Dati, statistiche, Dossier
- Petrini, M., Cirulli, F., D'Amore, A., Masella, R., Venerosi, A., & Venerosi, A. (2019). Health issues and informal caregiving in Europe and Italy. Annali dell'Istituto superiore di sanita, 55(1), 41-50.
- Report-anziani-2019.pdf (istat.it)
- Salute mentale epidemiologia in Italia (iss.it)

Come evidenziato nel profilo di salute regionale, in Lombardia come in Italia, la principale causa di morte sono le malattie croniche, maggiori responsabili della perdita di anni in buona salute oltre che del consumo di risorse sanitarie. Sono determinate da fattori genetici, non modificabili, e da fattori comportamentali, modificabili, attraverso la promozione di stili di vita salutari.
Come riferisce il Piano Nazionale Cronicità, i dati indicano che all'avanzare dell'età le malattie croniche diventano la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità.
Negli ultimi anni la prevalenza di soggetti affetti da patologie croniche (Banca Dati Assistiti RL) è aumentata dal 30,4% del 2010 al 34,7% del 2019; la prevalenza è associata all'età degli assistiti: oltre i 65 anni raggiunge il 74% e oltre gli 80 anni supera l'85%.
Le principali patologie croniche sono ipertensione arteriosa (22,7% dei soggetti cronici), diabete mellito di tipo 2 (8,5%), ipercolesterolemie (6,2%), neoplasia in fase attiva (5,5%), cardiopatia ischemica (5,2%).
La complessità della domanda di salute della popolazione lombarda, caratterizzata per alti livelli di fragilità e cronicità, ha richiesto di intervenire complessivamente sul SSR (DGR 6551/2017 e 6164/2017) per superare la frammentazione dei processi erogativi: la presa in carico del soggetto con fragilità e/o con patologie croniche ha un ruolo prioritario nella programmazione degli interventi sociosanitari, per le caratteristiche cliniche, psicologiche e sociali, focalizzandosi sulla valutazione globale e multi disciplinare dei bisogni, promuovendo la qualità della vita e la salute nelle sue diverse dimensioni. L'attuale modello lombardo di presa in carico della cronicità

struttura le risposte ai differenti livelli di domanda, e quindi fabbisogni, definiti nei set assistenziali attraverso cluster omogenei di bisogno, basati su patologia cronica, eventuali comorbilità e fragilità sociosanitarie associate a patologie croniche.
I dati della AVQ (ISTAT, 2019) mostrano che ogni 100 persone, in Lombardia, 70,3 godono di buona salute, 41 hanno almeno una malattia cronica, 18,6 almeno due; tuttavia, il 48,4 pur avendo malattie croniche, godono di buona salute.

Aspetti della vita quotidiana : *Stato di salute - regioni e tipo di comune*

Personalizza | Esporta | La tua interrogazione

Misura: per 100 persone con le stesse caratteristiche

Seleziona periodo	Territorio	persone in buona salute	persone con almeno una malattia cronica	persone con almeno due malattie croniche	persone con malattie croniche in buona salute	malati cronici - affetti da diabete	malati cronici - affetti da ipertensione	malati cronici - affetti da bronchite cronica	malati cronici - affetti da artrosi, artrite	malati cronici - affetti da osteoporosi	malati cronici - affetti da malattie del cuore	malati cronici - affetti da malattie allergiche	malati cronici - affetti da disturbi nervosi	malati cronici - affetti da ulcera gastrica o duodenale
2019	Italia	68.8	40.9	21.1	43.1	5.8	17.9	6.1	16	8.1	4.2	11.4	4.8	2.6
	Lombardia	70.3	41	18.6	48.4	5.1	15.9	5.6	13.5	6.5	4.1	12.7	3.9	2.1

Nello specifico, lo stato di salute e l'insorgenza di malattie croniche peggiora all'aumentare dell'età. Rispetto ai cluster di malattia si nota come:

- al di sotto dei 25 anni, è maggiore l'incidenza di malattie allergiche, cresce l'incidenza della bronchite cronica.
- a partire dai 25 anni, decresce la presenza di malattie allergiche, aumenta l'incidenza della bronchite cronica
- a partire dai 45 anni aumentano ipertensione, artrosi e artrite, osteoporosi
- sopra i 50 anni aumenta l'incidenza delle altre malattie croniche: diabete, malattie legate al cuore o ulcera gastrica e duodenale.

Aspetti della vita quotidiana : *Stato di salute - età dettaglio*

Personalizza | Esporta | La tua interrogazione

Misura: per 100 persone con le stesse caratteristiche

Sesso: totale

Seleziona periodo	Classe di età	persone in buona salute	persone con almeno una malattia cronica	persone con almeno due malattie croniche	persone con malattie croniche in buona salute	malati cronici - affetti da diabete	malati cronici - affetti da ipertensione	malati cronici - affetti da bronchite cronica	malati cronici - affetti da artrosi, artrite	malati cronici - affetti da osteoporosi	malati cronici - affetti da malattie del cuore	malati cronici - affetti da malattie allergiche	malati cronici - affetti da disturbi nervosi	malati cronici - affetti da ulcera gastrica o duodenale
2019	0-14 anni	95.9	8.9	1.7	85.1	0.4	0.1	2	0.4 (0)	..	0.5	7.1	0.9 (0)	..
	15-17 anni	91.6	16	3.2	82.7	0.9	0	3.7	1	0.7	1.3	12.7	2.2	0.9
	18-19 anni	89.7	16.5	3.3	80.2	1.2	0	3.7	1.2	1	1	12.8	2.8	1.1
	20-24 anni	89	20.4	4.3	78.8	0.5	0.8	4.2	0.8	0.5	0.8	16.1	1.9	0.6
	25-34 anni	87.3	21.2	4.8	71	0.7	1.5	4.1	1.5	0.4	0.5	14.8	2.7	1.3
	35-44 anni	78.6	24.1	7.5	56	1.5	4.3	3.3	3.7	1	0.9	13	3.2	1.9
	45-54 anni	68.8	38.7	14	49.9	3.2	13.7	4.5	10.5	3.5	2.4	12.8	4.4	2.4
	55-59 anni	60.3	54.1	25	44.5	6.2	25.1	5.2	19.4	8.9	3.3	12.1	5.4	3
	60-64 anni	54.9	63	33.8	42.9	8.9	32.1	7.5	26.5	11.9	6.2	11.6	6	4.2
	65-74 anni	43.7	74.7	48	35.2	14.4	43.7	10.1	37.9	19.1	9.6	9.6	7.3	5.1
	75 anni e più	27.5	85.4	64.4	22.2	20	53.6	16.4	53.9	32.9	15.4	7.5	12.6	5.7

CAUSE DI RICOVERO
I ricoveri nel 2019 sono complessivamente 1.052.807, con una diminuzione degli stessi rispetto alla annualità precedente (1.097.297). In tabella le principali cause di ricovero.

DRG	2019			2018	
	Casi	Tassi grezzi	% tot	Casi	Tassi grezzi
Neonato normale	59.563	5,92	5,7	61.855	6,17
Parto vaginale senza cc	48.007	4,77	4,6	49.929	4,98
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto di arti inferiori	29.402	2,92	2,8	27.893	2,78
Insufficienza cardiaca e shock	27.694	2,75	2,6	27.349	2,73
Altre diagnosi sist. muscoloscheletrico e connettivo	21.646	2,15	2,1	21.495	2,15
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	17.200	1,71	1,6	16.462	1,64
Parto cesareo senza cc	17.106	1,70	1,6	17.597	1,76
Malattie degenerative sist. nervoso	16.798	1,67	1,6	17.502	1,75
Polmonite semplice e pleurite, età >17 anni con cc	16.237	1,61	1,5	15.453	1,54
Interventi per via transureterale senza cc	14.566	1,45	1,4	14.252	1,42
Interventi utero e annessi (non per tumore maligno) senza cc	14.552	1,45	1,4	14.985	1,50
Colecistectomia laparoscopica senza cc	13.215	1,31	1,3	13.542	1,35
Emorragia intracranica o infarto cerebrale	12.596	1,25	1,2	13.188	1,32
Psicosi	12.579	1,25	1,2	12.535	1,25
Interventi spalla, gomito (escluso interv. maggiori su articolazioni) senza cc	12.151	1,21	1,2	12.605	1,26
Interventi sistema cardiovascolare via percutanea	11.438	1,14	1,1	10.676	1,07
Interventi sistema cardiovascolare via percutanea con stent medicato	10.825	1,08	1,0	10.442	1,04
Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	10.717	1,07	1,0	10.239	1,02
Malattie cardiovascolari (no IMA)	10.664	1,06	1,0	10.450	1,04
Malattia polmonare cronico-ostruttiva	9.416	0,94	0,9	10.583	1,06
Totale	**1.052.807**	**104,65**		**1.097.297**	**109,52**

Tasso di ricovero per DRG in strutture lombarde (per 1000 residenti) – primi 20 DRG anno 2019 e confronto con il 2018 (fonte flusso SDO Regione Lombardia)

Nel 2020, nei mesi fra marzo e maggio 2020, la sospensione dell'attività elettiva (salvo interventi urgenti, salvavita e oncologici) causata dall'impatto pandemico Covid-19, ha comportato effetti sull'erogazione delle prestazioni assistenziali.
Elaborazioni di Agenas per conto del Ministero della Salute evidenziano che in Lombardia nel 2020 i ricoveri si sono ridotti del -23,8% rispetto al 2019 (-345.528 ricoveri, passando da 1.453.039 a 1.107.511), con un dato di poco superiore al -21,5% complessivo in Italia. Considerando le variazioni 2010/2019 per trimestre, la maggiore riduzione si registra nel periodo marzo-giugno (-40,1%), seguita dal -26% tra ottobre-dicembre (-26%) e dal -11,9% tra luglio-settembre.
Rispetto alle prestazioni ambulatoriali di controllo, la riduzione 2020/2019 è del 32,9% (range tra le Regioni -20,1% e -66,7%).

Agenas e il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa - hanno elaborato un "Sistema di valutazione della capacità di resilienza del Sistema Sanitario Nazionale", che ha monitorato l'erogazione dei servizi nelle regioni durante la pandemia. L'indagine ha evidenziato buone performance della Lombardia relativamente a ricoveri, urgenti ricoveri con diagnosi psichiatriche (il SSR si è collocato tra quelli delle Regioni resilienti, riuscendo a garantire prestazioni nonostante una maggiore incidenza del virus). Anche rispetto agli "Indicatori di qualità" ospedalieri si registra una buona risposta del SSR. Emergono, invece, criticità relativamente a prestazioni di screening e interventi chirurgici oncologici nell'ambito del set di "Indicatori non procrastinabili" ospedalieri (screening, interventi T ecc.).

MORTALITÀ
Per effetto della Pandemia Covid-19, il dato relativo alla mortalità è passato in Lombardia da 1,01% del 2019 a 1,36%, mentre la natalità ha confermato il trend negativo (0,75% nel 2018), passando da 0,72% del 2019 a 0,69% (dato nazionale 0,70%).

Nel periodo pandemico, l'eccesso di mortalità per tutte le cause rappresenta un importante indicatore dell'impatto complessivo dell'epidemia, comprendendo sia i decessi attribuiti direttamente a Covid-19 sia quelli non diagnosticati o indirettamente collegati alla pandemia per ritardato o mancato trattamento per sistema sovraccarico.
Rispetto al 2019, l'eccesso di mortalità regionale è pari al 24,7% (dato nazionale 13,2%) e risulta più elevato nelle province di Bergamo, Cremona e Lodi. L'eccesso di mortalità rispetto alla media del quinquennio precedente (2015-2019) è più rilevante nella prima ondata rispetto alla seconda; ad esso contribuiscono in particolare gli over 80 e la fascia tra 70-79. Nei soggetti di età inferiore ai 50 anni si osserva una minore mortalità rispetto al quinquennio precedente, per la minore letalità dell'epidemia e per la riduzione della mortalità per alcune delle principali cause in questa fascia di popolazione (es. incidentalità grazie al cd. effetto lockdown con blocco della mobilità e attività produttive).
L'approfondimento ISTAT, Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità (luglio 2020) riporta che nel contesto nazionale:

- Il COVID-19 è responsabile della morte nell'89% dei decessi di persone positive al test SARS-CoV-2, mentre per il restante 11% le cause di decesso sono malattie cardiovascolari (4,6%), tumori (2,4%), malattie del sistema respiratorio (1%), diabete (0,6%), demenze (0,6%) e malattie dell'apparato digerente (0,5%).
- I deceduti in cui COVID-19 è la causa direttamente responsabile della morte varia per età, raggiungendo il valore massimo del 92% nella classe 60-69 anni e il minimo (82%) nelle persone di età inferiore ai 50 anni.
- Il COVID-19 può essere una malattia fatale anche in assenza di concause. Il 28,2% dei decessi analizzati non riporta concause di morte preesistenti.
- Il 71,8% dei decessi di persone positive al test SARS-CoV-2 ha almeno una concausa: il 31,3% ne ha una, il 26,8% due e il 13,7% tre o più. Le concause più frequenti sono cardiopatie ipertensive (18% dei decessi), diabete mellito (16%), cardiopatie ischemiche (13%), tumori (12%). Con frequenze inferiori al 10% vi sono malattie croniche delle basse vie respiratorie, malattie cerebrovascolari, demenze o malattia di Alzheimer e l'obesità.
- Le principali complicanze di COVID-19 che portano al decesso sono principalmente polmonite (79% dei casi) e insufficienza respiratoria (55%).

IMPATTO ECONOMICO DELLE MALATTIE CRONICHE SUL SISTEMA SANITARIO

Come riferisce il Piano Nazionale Cronicità 2016, si stima che il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale è speso per la gestione delle MCNT. Nella regione europea dell'OMS, malattie come scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, disturbi del sonno, diabete, obesità, depressione, demenza, ipertensione, colpiscono l'80% delle persone over 65 e spesso si verificano contemporaneamente. Le proiezioni al 2060 prevedono che gli Europei over 65 aumenteranno da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia dei 15enni. La cronicità, infine, è associata al declino di aspetti della vita come autonomia, mobilità, capacità funzionale e vita relazionale con conseguente aumento di stress psicologico, ospedalizzazioni, uso di risorse (sanitarie, sociali, assistenziali) e mortalità. In Europa le malattie croniche sarebbero responsabili dell'86% dei decessi totali e di una spesa sanitaria valutabile di 700 miliardi di Euro annui.
Secondo i dati riportati nella DGR 4662/2015, nel 2015 i pazienti cronici erano circa 3,5 milioni, pari al 30% della popolazione. I costi connessi alla loro presa in carico da parte del SSR corrispondevano al 75% della spesa sanitaria regionale e si rilevava un aumento della prevalenza in particolare con poli-patologia e/o poli-trattati.

Diffusione dei fattori di rischio individuale di tipo comportamentale

- **SOVRAPPESO/OBESITÀ**

I dati ISTAT (ISTAT, Rapporto BES 2019) mostrano come nel 2018 gli over 18 in sovrappeso o obesa in Lombardia è minore della media nazionale (40,0 % vs 44,8%). Nel 2019 l'indice di massa corporea della popolazione over 18, mostra che 32,1 persone sono in sovrappeso, 20 sono obesi (35,4 e 10,9 a livello nazionale).

Aspetti della vita quotidiana - Persone : *Indice di massa corporea - regioni e tipo di comune*

Personalizza | Esporta | La tua interrogazione

Misura	per 100 persone con le stesse caratteristiche			
Sesso	totale			
	persone di 18 anni e più per indice di massa corporea			
Tipo dato	sottopeso	normopeso	sovrappeso	obesi
Seleziona periodo / Territorio				
2019 / Italia	3	50.6	35.4	10.9
Lombardia	4	53.8	32.1	10

Il 42,1% della popolazione adulta è in sovrappeso.

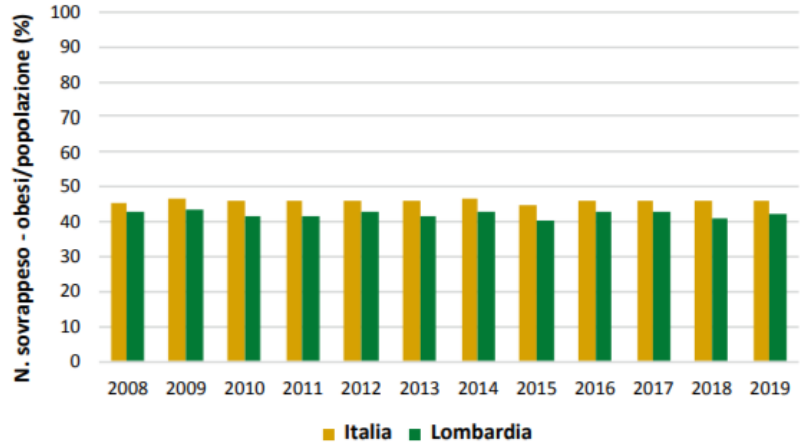


Figura 2.1 Eccesso di peso o obesità tra gli adulti (18 anni e più). Lombardia e Italia, anni 2008-2019 (% sul totale di popolazione adulta).

Fonte: elaborazioni PoliS-Lombardia su dati ISTAT.

Il 20% dei minorenni (6-17 anni) ha un eccesso di peso. Segue dettaglio.

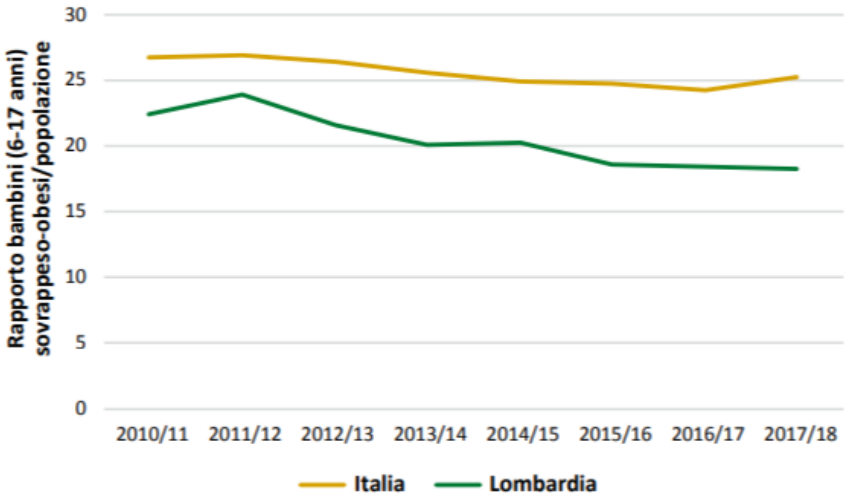


Figura 2.2 Eccesso di peso tra i minori di età compresa tra i 6 e i 17 anni. Lombardia e Italia, anni 2010-2017 (% su totale minori 6-17 anni).

Fonte: elaborazioni PoliS-Lombardia su dati ISTAT.

I dati della Sorveglianza nazionale OKkio (2019) riportano che il 22,3% dei bambini di 8 anni presenta un eccesso ponderale (25% nel 2016).

I dati della Sorveglianza nazionale HBSC (11-15 anni) riportano che l'82,7% degli studenti è normopeso, il 12,5% sovrappeso/obeso e il 2,96% sottopeso. La percentuale di obesità diminuisce all'aumentare dell'età (2,33% degli undicenni, 1,6 % di tredicenni, 1,52% dei quindicenni).

- **SEDENTARIETÀ**

Il 27,1% dei lombardi dichiara di non praticare sport (Rapporto Lombardia, 2020). Rispetto al contesto nazionale (ISTAT, 2019) la Lombardia ha tassi di adesione sportiva superiori: 32 soggetti su 100 praticano sport in modo continuativo, 10,7 in modo saltuario, 32,2 fanno "solo qualche attività fisica", 25 non praticano sport né attività fisica. Nella tabella seguente i dati di confronto.

Aspetti della vita quotidiana : *Sport - regioni e tipo di comune*

Personalizza | Esporta | La tua interrogazione

Misura	per 100 persone con le stesse caratteristiche			
Tipo dato	persone di 3 anni e più che svolgono / non svolgono pratica sportiva			
	praticano sport			non praticano sport, né attività fisica
	in modo continuativo	in modo saltuario	solo qualche attività fisica	
Seleziona periodo / Territorio				
2019 – Italia	26.6	8.4	29.4	35.6
Lombardia	32	10.7	32.2	25

I dati OKkio (2019) riportano che in Lombardia sono molto diffuse le abitudini sedentarie (ex. guardare la TV, giocare ai videogiochi) specialmente durante il fine settimana (l'80% trascorre più di 3ore in attività sedentarie). Il 62,4% dei bambini trascorre meno di 2 ore al giorno di TV o videogiochi/tablet/cellulare durante i giorni di scuola.
I dati HBSC riferiscono che il 9% del campione pratica 60 minuti di attività fisica al giorno, il 56,5% tra le 2 e le 4 volte a settimana. La pratica dell'attività fisica diminuisce con l'età e i maschi si muovono di più. Il 68,9% del campione svolge attività intensa (3 volte a settimana). Anche l'attività fisica vigorosa, prevalentemente maschile, diminuisce con l'età.

- **ALIMENTAZIONE**

L'indagine AVQ (ISTAT, 2019) riporta che la Lombardia, riporta valori simili rispetto al contesto nazionale. Rispetto ai maggiori di 3 anni che consumano verdure, ortaggi o frutta, il 17,6% consuma uno tra gli alimenti in questione, il 75% da due a quattro porzioni, 7,1% 5 o più porzioni.

Aspetti della vita quotidiana - Persone : *Verdure, ortaggi e frutta - regioni e tipo di comune*

Personalizza | Esporta | La tua interrogazione

Misura	per 100 persone con le stesse caratteristiche						
	persone di 3 anni e più per consumo di alcuni cibi				persone di 3 anni e più per porzioni di verdure, ortaggi o frutta consumate al giorno		
Tipo dato	verdure almeno una volta al giorno	ortaggi almeno una volta al giorno	frutta almeno una volta al giorno	verdure, ortaggi o frutta almeno una volta al giorno	1 porzione	da 2 a 4 porzioni	5 e più porzioni
Seleziona periodo / Territorio							
2019 – Italia	49.5	43.2	73.8	80.3	16.5	77.7	5.8
Lombardia	51	43.9	71.8	79.1	17.6	75.2	7.1

L'indagine OKkio riporta che in Lombardia oltre il 90% degli intervistati ha fatto colazione il giorno della rilevazione. Anche HBSC evidenzia come oltre il 60% dei ragazzi intervistati dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola, consumo che diminuisce al crescere dell'età.
Rispetto al consumo di frutta, OKkio riporta che meno di un quarto dei bambini (22,3%) consuma frutta 2-3 volte al giorno e un quarto una volta al giorno. In HBSC la metà del campione mangia frutta quasi tutti i giorni (il 19% più volte al giorno).

- **FUMO**

L'abitudine al fumo per i lombardi over14 è circa uguale alla media nazionale (19,3% in Lombardia, 19,4% in Italia). Segue tabella di dettaglio.

Aspetti della vita quotidiana : *Abitudine al fumo - regione e tipo di comune*

Personalizza | Esporta | La tua interrogazione

Misura: per 100 persone con le stesse caratteristiche

Seleziona periodo	Territorio	persone di 14 anni e più per abitudine al fumo: fumatori	ex fumatori	non fumatori	persone di 14 anni e più fumatori che fumano sigarette	persone di 14 anni e più fumatori per sigarette fumate: fino a 5 sigarette	da 6 a 10 sigarette	da 11 a 20 sigarette	oltre 20 sigarette	numero medio di sigarette al giorno
2019	Italia	18.4	23	57.4	97.3	26.8	35.3	34.3	3.5	11.1
	Lombardia	17.2	24.8	57.1	97.4	27.7	37	31.4	3.8	11

I dati HBSC 2018 riportano che l'81% dei ragazzi dichiara di non aver mai fumato. Il numero di chi ha fumato almeno una sigaretta cresce con l'età: sono il 2,9% a 11 anni, il 18,5% a 13 e il 43,9% a 15 anni. Tale tendenza diminuisce rispetto al passato per i tredicenni e i quindicenni.

- **ALCOL**

Nel Rapporto Lombardia 2020, relativamente al consumo di alcol i valori per la Lombardia sono maggiori della media italiana (18,6% persone di 14 anni e più con almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol vs 16,7%). Se si considera la differenza di genere si osserva un gap sia per il consumo di alcol che per l'abitudine al fumo (alcol: 26,5% maschi verso 10,9% donne; fumo: 16,0% verso 22,7%), gli indicatori sono in decrescita nel tempo.
Rispetto al consumo di alcolici fuori pasto, la Lombardia riporta tassi di consumo superiori rispetto alla media nazionale. Segue tabella di dettaglio rispetto alla popolazione over11.

Aspetti della vita quotidiana - Persone : *Alcolici fuori pasto - regioni e tipo di comune*

Personalizza | Esporta | La tua interrogazione

Misura: per 100 persone con le stesse caratteristiche

Seleziona periodo	Territorio	persone di 11 anni e più che consumano alcolici fuori pasto	persone di 11 anni e più che consumano alcolici fuori pasto - meno di una volta a settimana	persone di 11 anni e più che non consumano vino, birra, alcolici fuori pasto
2019	Italia	30.6	77.1	33.6
	Lombardia	34.8	76.3	32.7

I dati HBSC 2018 riportano che la maggior parte dei ragazzi (il 64,4%) dichiara di non aver "mai" bevuto alcol nella vita. Tale percentuale si riduce all'aumentare dell'età` (85,4% undicenni, 65,4% tredicenni, 26,9% quindicenni). Inoltre, i maschi dichiarano di aver consumato più alcolici delle femmine (43% contro 39.1%). La stessa tendenza si conferma rispetto al consumo recente, crescendo con l'età e maggiormente per i maschi. Il fenomeno dell'ubriacatura e le ubriacature ripetute aumentano all'aumentare dell'età.

Scheda di programma

Descrizione dal PNP

E' ormai unanime l'accordo sul rilievo preventivo rappresentato dalla sfida alla cronicità, "sfida di sistema" che supera i limiti delle diverse istituzioni e i confini tra servizi sanitari e sociali, esigendo l'integrazione tra professionalità, enfatizzando la "centralità" della persona e del progetto di cura e di vita, nonché il ruolo fondamentale che giocano in un approccio di "sanità pubblica" le dimensioni educative, sociali, culturali nella promozione di stili di vita per prevenzione e contrasto del quadro epidemiologico delle MCNT (es. scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, disturbi del sonno, diabete, obesità, depressione, demenza, ipertensione), stante il progressivo invecchiamento della popolazione, specie nei contesti – come la Lombardia – socioeconomicamente più progrediti.

Entro il 2060 i cittadini over65enni raddoppieranno, doppiando gli over15 anni, ed è noto che le malattie croniche colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni, verificandosi contemporaneamente, associandosi al declino di molti aspetti della salute (qualità della vita, mobilità, capacità funzionale), con aumento di stress psicologico, ospedalizzazioni, uso delle risorse sanitarie e mortalità.

I costi sanitari, sociali, familiari ed economici derivanti dalla diffusione delle malattie croniche della popolazione sono stati resi più evidenti dal carico di mortalità associato registrato nella fase pandemica: secondo i dati ISS, molti deceduti per Covid nella prima ondata presentavano patologie croniche pregresse; cardiopatie (46%), diabete (30%), insufficienza renale (20%), malattie respiratorie (19%), tumori (16%), ictus/ischemie cerebrali (10%), malattie del fegato (4%). Inoltre, il 68% dei deceduti era iperteso, l'11% obeso.

D'altro canto, molti dei problemi causati dalle malattie croniche sono prevenibili agendo su fattori di rischio comuni, come tabacco, alcol, alimentazione e attività fisica, specie adottando un approccio fondato su promozione della salute ed empowerment individuale e comunitario. Ciò motiva un approccio preventivo e di sanità pubblica.

il numero dei potenziali destinatari, la complessità e la rilevanza dei fattori in gioco, richiedono la definizione – anche in campo preventivo – di una programmazione fondata su approcci e metodologie appropriate, caratterizzata per impatto e sostenibilità, orientata da un approccio equity-oriented, integrabile e implementabile nel medio-lungo periodo grazie ai prevedibili sviluppi dell'E-health e delle tecnologie applicate alla salute.

Questa visione è stata sottolineata nel 2017 a Vilnius (Lituania), durante il kick off meeting di ChrodisPlus, la Joint Action europea (2017-2020) che sostiene i Paesi UE nell'implementazione di buone pratiche e attività basate su prove d'efficacia per migliorare la qualità della prevenzione e cura delle malattie croniche e alla promozione dell'invecchiamento "in salute".

Diagnosi precoce e counseling motivazionale integrati in una strategia di Sanità Pubblica

La prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e intermedi può essere perseguita mediante la diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, per prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze gravi. Egualmente l'obiettivo finale è quello di mantenere il più a lungo possibile una buona qualità di vita attraverso un invecchiamento attivo e in buona salute. In questa prospettiva, l'utilizzo di tecniche di counselling motivazionale (individuale o di gruppo), indirizzando i soggetti identificati verso offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare…) o terapeutico specifici (es. "prescrizione" attività fisica), facilita il raggiungimento dell'obiettivo. Anche per tali fattori di rischio l'obiettivo finale è mantenere più a lungo possibile una buona qualità di vita attraverso invecchiamento attivo e in buona salute.

Parimenti, sul versante della cura, l'identificazione precoce dei soggetti con rischio aumentato per MCNT o che, in assenza di sintomatologia evidente, ne siano già affetti e la loro conseguente presa in carico da parte del SSR, rappresenta la strada prioritaria per la riduzione del rischio di mortalità e disabilità evitabili nel breve-medio termine. In questa prospettiva è da perseguire la definizione di programmi per la diagnosi precoce e l'attivazione di interventi mirati alla modificazione degli stili di vita, trasversali ai fattori di rischio, integrati con percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico.

Ciò premesso, il PL fa suoi – nella cornice preventiva del PRP- i principi del Piano Nazionale Cronicità, promuovendo unitarietà di approccio tra prevenzione, cure primarie e percorsi diagnostico-terapeutico multidisciplinare, con sguardo sui bisogni "globali" del paziente (alla sua responsabilizzazione ed engagement) con attenzione alla cronicità in età evolutiva e nella salute mentale.

Tutto ciò

- Promuovendo, con un approccio di popolazione, corretti stili di vita, monitoraggio delle condizioni di rischio e adozione di interventi che accompagnino e precedano la diagnosi precoce delle patologie croniche, educando il paziente (e famiglie) ad una autogestione consapevole della malattia, tenendo conto delle fragilità, disagio ed esclusione sociale
- Sviluppando reti territoriali integrate di sostegno (Prevenzione+Cure primarie), promuovendo l'integrazione fra settori delle politiche regionali: dalla salute ai servizi sociali, alle politiche abitative, ai trasporti e alla rimozione delle barriere che limitano la vita quotidiana delle persone con cronicità
- Potenziando raccolta e condivisione delle informazioni utili a stratificazione e targeting della popolazione, grazie a una maggiore collaborazione e promuovendo processi di empowerment tra pazienti e professionisti.

Il Programma "Prevenzione della cronicità" si sviluppa nell'ambito dei contesti di prevenzione, assistenza e presa in cura del Sistema Sanitario e Socio Sanitario regionale (MMG/MMG in rete/di gruppo/Cooperative; Centri Socio Sanitari Territoriali e i Presidi Ospedalieri Territoriali, percorsi ospedalieri per pazienti cronici, RSA aperta, ambiti di prevenzione, contesti "opportunistici").

In questo quadro, servizi e programmi che promuovono stili di vita salutari e prevenzione nella comunità, e l'ambito di intervento delle cure primarie costituiscono un sistema integrato che persegue il duplice obiettivo di:

1. *contrastare nella popolazione e a livello individuale i fattori di rischio per la diffusione delle principali malattie croniche non trasmissibili,*
2. *favorire, secondo la promozione della salute, l'engagement del paziente cronico dall'avvio della sua presa in carico da parte dei Servizi di cura,*
3. *attivare risorse dell'individuo (empowerment, ability to cope, self-care ecc.) e della comunità (welfare di comunità), a vantaggio della presa in carico dei bisogni "globali" e di costruzione di una relazione empatica e sinergica fra soggetti impegnati nel prendersi cura della persona con cronicità (con un'attenzione ai Caregiver, alle associazioni di tutela dei malati e al volontariato organizzato), nel presupposto che pazienti consapevoli ed esperti gestiscano la propria qualità di vita al massimo delle loro potenzialità*

Con questi obiettivi, il PL prevede azioni mirate e coerenti con i livelli di bisogno di cui la comunità e i singoli sono portatori, coerentemente con quanto previsto dalle DGR X/7655 e X/6164 del 2017, come sintetizzato nel "Framework of positive policies" parte del Modello per la cura innovativa delle persone in condizione di cronicità", graduando coinvolgimento e attivazione degli attori del SSR, e degli attori sociali, educativi, culturali, assistenziali ecc., oltre a specificare linee operative secondo le peculiarità socio-territoriali del contesto lombardo, puntando all'attivazione di Percorsi Assistenziali "personalizzati" considerando le dimensioni sanitarie e sociali.

In continuità con quanto già sviluppato nel PRP 2014–2018, in riferimento alle strategie di prevenzione individuale delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) "La prevenzione dei

fattori di rischio comportamentali e intermedi può essere perseguita mediante la diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali, integrati con percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi", in tal senso il Programma "Cronicità" si sviluppa coerentemente con la l.r.23/15 che definisce il modello di presa in carico integrata della cronicità mediante "(…) l'attivazione di modalità organizzative innovative di presa in carico della persona cronica e fragile, in grado di integrare le risposte ai bisogni, garantendo continuità nell'accesso alla rete dei servizi e appropriatezza (…)".

Nella cornice del PRP il Programma è declinato su obiettivi specifici ed azioni che puntano a rafforzare, sviluppare:

- *integrazione di sistema (multisettorialità) tra modelli di Sanità Pubblica (promozione e prevenzione) e di Cure Primarie (diagnosi e trattamento)*
- *copertura di popolazione target (fattori di rischio/stadio iniziale MCNT) che fruisce dell'offerta di approccio comportamentale (counselling)*
- *appropriatezza, in termini di efficacia, sostenibilità, multiprofessionalità dell'offerta.*

La visione sistemica adottata punta a rafforzare la continuità nell'accesso ai servizi, nonché integrazione e raccordo nella presa in carico tra MMG, operatori territoriali, specialisti, mondo ospedaliero e servizi socio-sanitari e sociali, qualificando il PL quale "programma ponte" tra strategie di Sanità Pubblica e di Cure Primarie.

Il programma si caratterizza per l'approccio multisettoriale, cioè l'azione di integrazione culturale ed operativa tra modelli di Sanità Pubblica (promozione e prevenzione) e di Cure Primarie (diagnosi, trattamento, assistenza), in tale contesto sono quindi definibili portatori di interesse tutti gli operatori del sistema, nonché Società Scientifiche e Associazioni Professionali. Il carattere intersettoriale è determinato dal coinvolgimento di associazioni di pazienti e di cittadini impegnati sulle tematiche della partecipazione alle scelte di salute.

Il PL si articola in molteplici filoni di intervento

1. *valorizzazione in ottica preventiva delle azioni del SSR di stratificazione e targeting della popolazione*
2. *sviluppo di strategie di promozione della salute e programmi preventivi, in continuità con il PRP 2014-18, nella cornice della prevista riorganizzazione del SSR di rafforzamento del livello territoriale delle cure, e di attuazione del PNRR*
3. *orientamento dell'intero SSR e dei professionisti sociosanitari verso approcci orientati alla diagnosi precoce delle MCNT, patient engagement (per migliorare l'adesione alle indicazioni terapeutiche e per il corretto utilizzo dei farmaci) e counseling motivazionale (per promuovere il cambiamento degli stili di vita), anche in modalità E-health*
4. *messa a sistema degli esiti del Progetto CCM "Definizione e implementazione di un modello operativo innovativo di task shifting per promuovere l'engagement e la literacy alimentare nella prevenzione del Diabete Mellito e delle sue complicanze: il protocollo FooDia-Net*
5. *avvio di processi integrati per valorizzazione del nudging e del patient engagement verso stili di vita salutari in segmenti mirati della popolazione dei soggetti in carico a MMG o Servizi (es. area Salute mentale e dipendenze)*
6. *implementazione dell'offerta di counselling verso persone con fattori di rischio per MCNT nell'ambito delle azioni di sistema di prevenzione universale e selettiva e nella cura delle persone con malattie croniche in stadio iniziale, non complicate*
7. *attenzione alle diseguaglianze sociali, fragilità e/o vulnerabilità nella definizione dei programmi e dei target di intervento, con attenzione alla promozione della salute dei cargiver*
8. *promozione del benessere delle persone con cronicità, superando medicalizzazione del disagio e delle fragilità sociali, attraverso modelli di welfare di comunità e la promozione delle associazioni di pazienti* e familiari

Il PL Prevenzione della Cronicità

- persegue lo sviluppo di percorsi di prevenzione individuale e di comunità coerentemente alla analisi di contesto esito della stratificazione della domanda nei 5 livelli ex DGR 6164/2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015": livello 1 – soggetti con elevata fragilità clinica, patologia cronica associata ad almeno tre fattori di co-morbilità; livello 2 – soggetti con una patologia cronica associata a massimo tre fattori di co-morbilità, fragilità socio-sanitaria; livello 3 – soggetti con una patologia e cronicità in fase iniziale; livello 4 – Soggetti "non cronici" che usano i servizi sporadicamente; livello 5 – Soggetti che non usano servizi.
- declina l'offerta di prevenzione individuale della cronicità in particolare alle fasce di popolazione dei livelli 2 e 3, sviluppando indirizzi regionali in tema di "counselling motivazionale breve" nella promozione di stili di vita favorevoli alla salute, valorizzando il know how frutto delle attività realizzate a livello territoriale nell'ultimo quinquennio
- si raccorda con le linee operative degli altri Programmi di questo PRP: PP1 (incremento conoscenze sulle malattie croniche e sintomi iniziali, prevenzione sentimenti di diversità e condizioni di esclusione dei bambini con malattie croniche; migliore comunicazione Scuola-Servizi; contrasto a stereotipi e pregiudizi; attuazione ed estensione protocollo farmaci); PP2 (promozione del coinvolgimento dei pazienti nelle attività fisico-sportive scolastiche ed extra scolastiche; migliore inserimento dei pazienti nelle iniziative di settore); PP3 (corretta informazione per diffondere e migliorare le conoscenze sui corretti stili di vita e sulle malattie croniche, contrastando stereotipi e pregiudizi; *health ageing*; prevenzione sentimenti di diversità e condizioni di esclusione dei lavoratori affetti da patologie croniche; coinvolgimento delle aziende in azioni di sensibilizzazione) ; PP4 (promozione di engagement e health literacy nei servizi area Salute Mentale e Dipendenze; corretto utilizzo dei farmaci); PP5 (Prevenzione incidenti domestici e stradali); PL Screening (iniziative mirate per l'adesione); PL Conoscenza (Stratificazione del bisogno, targeting dei programmi e delle azioni, utilizzo dell'HEA; implementazione sistemi di sorveglianza).

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

BIBLIOGRAFIA

- American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity, Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians, J Am Geriatr Soc. 2012 October ; 60(10): E1–E25
- Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, et al. Frailty, an emerging research and clinical paradigm: issues and controversies. J Gerontol Biol Sci Med Sci. 2007;62A (7):731–37
- Berwick Donald M., Thomas W. Nolan and John Whittington (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. Health Affairs, 27, n.3 (2008):759-769.
- Bouillon et al., Measures of frailty in population-based studies: an overview, BMC Geriatrics 2013, 13:64
- Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità (a cura di), Malattie croniche – Informazioni generali, Disponibile all'indirizzo www.epicentro.iss.it/temi/croniche/croniche.asp
- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet 2009;374(9696):1196–2008
- Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC, Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. Journal of the American Geriatrics Society ,2012 Aug;60(8):1487-92
- Delibera Giunta Regionale 2 agosto 2016 - n. X/5513, Ulteriori determinazioni in ordine alle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della regione Lombardia e di AREU
- Delibera Giunta Regionale 23 dicembre 2015 - n. X/4662, Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016 – 2018, pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lombardia - Serie Ordinaria - lunedì 04 gennaio 2016
- Di Bari M, Rubbieri G. Comorbosità, disabilità, fragilità, G Ital Cardiol 2013;14(3 Suppl 1):6S-11S

- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G, Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care, The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences ,2004 Mar;59(3):255-63
- Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG, The relationship between intervening hospitalizations and transitions between frailty states. The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences, 2011 Nov; 66(11):1238-43
- Gill TM, Murphy TE, Gahbauer EA, Allore HG, The course of disability before and after a serious fall injury, JAMA Intern Med. 2013;173(19):1780-1786, disponibile al seguente indirizzo http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1729533#Results
- Gnjidic, D., Le Couteur, D.G., Pearson, S. et al., High risk prescribing in older adults: prevalence, clinical and economic implications and potential for intervention at the population level, BMC Public Health (2013) 13: 115 Reducing Inappropriate Polypharmacy, http://epublications.bond.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=2003&context=hsm_pubs
- Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT et al., In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts, J Am Med Dis Assoc 2010; 11:338-43
- Gobbens RJ, Van Assen MA, Luijkx KG, Schols JM, Testing an integral conceptual definition of frailty, Journal of Advanced Nursing 2012 – 68)9), 2047-2060
- Hilmer SN, Gnjidic D, The Effects of Polipharmacy in Older Adults, Received 19 August 2008; accepted 29 September 2008; advance online publication 26 November 2008. Disponibile al seguente indirizzo http://www.isdbweb.org/documents/file/1486_4.pdf
- Istat – Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi, 2015 - Disponibile al seguente link www.istat.it/it/archivio/165366
- Karunananthan et al., A multidisciplinary systematic literature review on frailty: Overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging. BMC Medical Research Methodology 2009, 9:68, Disponibile al seguente indirizzo:
- Kinsella K, Phillips DR. Global aging: the challenge of success. Popul Bull 2005
- Ministero della Salute, Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza del paziente complesso. Quaderni del Ministero della Salute n.23, settembre-ottobre 2013
- Regione Toscana. SNLG – Regioni - La Fragilità nell'anziano, 2013, ultimo aggiornamento 2015 – disponibile al seguente link: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Fragilita_anziano_2013.pdf
- Rockwood K, Bergman H, FRAILTY: A Report from the 3rd Joint Workshop of IAGG/WHO/SFGG, Athens, January 2012, Canadian Geriatrics Journal, Volume 15, Issue 2, June 2012
- Sorlini M, Perego L, Silva S, Marinoni G, Zucchi A, Barbaglio G, Azzi M, Il modello CReG (Chronical Related Group) di presa in carico territoriale della cronicità: esperienza pilota dell'ASL di Bergamo, Ig. Sanità Pubblica 2012, 68:841-861.
- Teufel, F., Seigle, J.A., Geldsetzer, P., Theilmann, M., Marcus, M.E., Ebert, C., Body-mass index and diabetes risk in 57 low-income and middle-income countries: a cross-sectional study of nationally representative, individual-level data in 685?616 adults, The Lancet, VOLUME 398, ISSUE 10296, P238-248, JULY 17, 2021
- Tragni E, Sala F, Casula M, Il paziente anziano complesso: dati epidemiologici e di consumo dei farmaci, Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione 2014; 6 (3): 5-16
- United Nations - Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Population Ageing – 2015. Disponibile al seguente link www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
- Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. J Clin Epidemiol 1998; 51:367-75
- World Health Organisation, Global Health and Aging. Disponibile all'indirizzo www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
- World Health Organisation, Regional Office for Europe. Integrated surveillance of Noncommunicable diseases (iNCD). http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/incd_en.pdf
- Zocchetti C., A quanto ammontano i consumi sanitari di una vita del singolo cittadino? Statistica & Società / Anno IV, N. 3 / Demografia, Istruzione, Welfare
- http://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-9-68

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO1 **PL20_OT02**	**implementare strategie preventive intersettoriali, con il coinvolgimento di portatori di interessi per la prevenzione di tabagismo, abuso di alcol, scorretta alimentazione, sedentarietà, sovrappeso/obesità**
Indicatore 1 **PL20_OT02_IT02**	**Accordi e protocolli intersettoriali**
formula	Presenza di Accordo regionale formalizzato - Adesione di Regione Lombardia ad almeno un Accordo promosso da altri soggetti - Presenza di un protocollo di collaborazione - Formalizzazione di almeno 1 accordo per avvio borse di studio
Standard	1 Accordo entro il 2023 - Adesione ad 1 accordo entro il 2023 - 1 Protocollo di collaborazione entro il 2024 - 1 accordo per avvio borse di studio entro il 2024
Fonte	Regione

AZIONE1	Formalizzazione di Alleanze e Partnership regionali (declinabili territorialmente) con stakeholder di settore
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	5.6 Formazione operatori di altri settori (settore educativo, Parti sociali, Associazionismo, terzo settore, ecc.))
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	
DESCRIZIONE AZIONE1	Attivazione di Alleanze e Partnership regionali (declinabili territorialmente) con stakeholder di settore Promozione dell'adesione regionale ad Alleanze e Partnership intersettoriali Definizione di standard minimi etici per la formalizzazione di Alleanze e Partnership intersettoriali che coinvolgano il SSR

OBIETTIVO 2 **PL20_OT03**	**Favorire la collaborazione del Servizio sanitario con le Università, le Società scientifiche, i Centri di riferimento nazionale e gli enti privati.**
Indicatore 2 **PL20_OT03_IT03**	**Accordi intersettoriali**
formula	Presenza di review delle linee di finanziamento dedicati/ di interesse a livello nazionale, UE e internazionale di potenziale interesse - Partecipazione regionale ad almeno a 1 call
Standard	Presenza di review entro il 2022 - Almeno a 1 call/anno entro il 2023
Fonte	Regione

AZIONE 2	Promuovere accordi di collaborazione scientifica e partnership

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	5.8 Sottoscrizione accordi di collaborazione con altri Settori (Associazioni di cittadini/pazienti, Società Scientifiche, ecc.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE	Promuovere accordi di collaborazione scientifica (ricerca e formazione) con Atenei Lombardi Implementare le collaborazioni già attive (ad es. P. Engagement UNICATT, ecc.) Promuovere borse di studio o progetti di ricerca mirata sul tema della prevenzione e promozione della salute sui temi di interesse del Programma Promuovere l'attivazione di partnership fra il SSR e altri Stakeholder per l'accesso a finanziamenti UE

OBIETTIVO 3 **PL20_OT04**	**Promuovere e formalizzare il coinvolgimento delle Associazioni (nazionali/regionali) di tutela delle persone con patologia cronica operanti sul territorio**
Indicatore 3 **PL20_OT04_IT04**	**Accordi intersettoriali (b)**
formula	Presenza di censimento organizzazioni/associazioni di rappresentanza - Indirizzi alle ATS per il coinvolgimento delle Associazioni in partnership nell'attuazione del PL- Realizzazione di 1 Eventi pubblico di confronto con Associazionismo e Stakeholder sul tema /anno
Standard	Censimento organizzazioni/associazioni di rappresentanza entro il 2022 - Indirizzi alle ATS per il coinvolgimento delle Associazioni in partnership nell'attuazione del PL entro il 2023 - Realizzazione di 1 Eventi pubblico di confronto con Associazionismo e Stakeholder sul tema /anno entro il 2023
Fonte	Regione

AZIONE 3	Attivazione di collaborazioni strutturate con le Associazioni dei Pazienti e stesura di indirizzi a livello 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	5.12 Attività di "Ricerca –Azione" finalizzata a processi partecipati, HEA, ecc.
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 3	Avviare forme di ascolto, coinvolgimento e collaborazione strutturate delle Associazioni (es. 1 Sessione annuale di punto della situazione)- Indirizzi a livello regionale per ATS e SSR per il coinvolgimento nella formulazione della programmazione locale (PIL) e per l'attuazione delle azioni previste dal PL - Promuovere la

	partecipazione locale delle Associazioni nella definizione dei percorsi di cura, nella collaborazione all'Empowerment dei pazienti e dei loro familiari nella gestione della malattia cronica e nella identificazione delle criticità dell'assistenza

FORMAZIONE

OBIETTIVO 4 **PL20_OT05**	**Rilevare i bisogni formativi del personale coinvolto (sanitario e non sanitario)**
Indicatore 4 **PL20_OT05_IT05**	**Formazione operatori sanitari, sociosanitari e altri stakeholder**
formula	• Presenza di un report bisogni formativi con definizione elementi quali-quantitativi (numero professionisti/soggetti; • professioni; requisiti di ammissione ecc.) • Formalizzazione piano formativo e criteri per individuazione partecipanti • Avvio sessioni formative tematiche
Standard	• Presenza di un report bisogni formativi con definizione elementi quali-quantitativi (numero professionisti/soggetti; professioni; requisiti di ammissione ecc.) entro il 2022 • Formalizzazione piano formativo e criteri per individuazione partecipanti entro il 2022 • Avvio sessioni formative tematiche entro il 2023
Fonte	Regione

AZIONE 4	Definizione e inserimento delle tematiche nell'ambito del Programma Formativo Regionale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	
DESCRIZIONE AZIONE 4	Definizione e articolazione nell'ambito del Programma Formativo Regionale di percorsi/offerta rivolta a target specifici integrata con i Programmi formativi già attivati in tema di: 1. fisiopatologia delle malattie croniche 2. identificazione precoce delle persone a rischio 3. condizioni di disagio e/o vulnerabilità dei pazienti/famiglie e gestione casi in contesti sociali difficili 4. gestione integrata della salute della persona con patologie croniche, anche mediante l'utilizzo delle nuove tecnologie. 5. Patient Engagement per l'adesione a percorso e terapie 6. lavoro in team multiprofessionali 7. Coinvolgimento e partnership con Associazionismo familiare.

OBIETTIVO 5 **PL20_OT06**	**Migliorare le conoscenze e le competenze degli Operatori del SSR in collaborazione con le Associazioni di pazienti**
Indicatore 5 **PL20_OT06_IT06**	**Formazione operatori sanitari, sociosanitari e altri stakeholder**

formula	• Definizione e articolazione contenuti del programma formativo • Presenza di almeno un'azione formativa dedicata per ogni anno • Coinvolgimento nell'offerta formativa di professionisti del 100% delle ATS (almeno il 60% del fabbisogno previsto)
Standard	• Definizione e articolazione contenuti del programma formativo entro il 2022 • Almeno un'azione formativa dedicata per ogni anno a partire dal 2023
	• Coinvolgimento nell'offerta formativa di professionisti del 100% delle ATS (almeno il 60% del fabbisogno previsto) entro il 2025
Fonte	Regione

AZIONE 5	Offerta di formazione mirata sui temi di interesse nell'ambito del Programma Formativo Regionale
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 5	Definizione e articolazione nell'ambito del Programma Formativo Regionale di percorsi/offerta rivolta a target specifici integrata con i Programmi formativi già attivati in tema di: 1. fisiopatologia delle malattie croniche 2. identificazione precoce delle persone a rischio 3. condizioni di disagio e/o vulnerabilità dei pazienti/famiglie e gestione casi in contesti sociali difficili 4. gestione integrata della salute della persona con patologie croniche, anche mediante l'utilizzo delle nuove tecnologie. 5. Patient Engagement per l'adesione a percorso e terapie 6. lavoro in team multiprofessionali 7. Coinvolgimento e partnership con Associazionismo familiare.

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 6 **PL20_OT07**	**Realizzazione di un Piano di comunicazione regionale "Prevenzione della Cronicità" definito secondo i principi del marketing sociale e co-costruito attivamente con le associazioni di pazienti e con i diversi stakeholder regionali /locali ecc.**
Indicatore 6 **PL20_OT07_IT07**	**Piano di comunicazione regionale definito secondo i principi del marketing sociale e co-costruito attivamente con le associazioni di pazienti e con i diversi stakeholder regionali /locali ecc. per (1) Promuovere una corretta informazione rivolta alla popolazione generale e finalizzata a diffondere e migliorare le conoscenze sui corretti stili di vita e sulle malattie croniche, contrastando stereotipi e pregiudizi; (2) Favorire la conoscenza della rete dei Servizi/offerta preventiva di II° livello (Centri Trattamento Tabagismo, Alcool, Obesità)**
formula	Presenza di un Piano di comunicazione regionale "Prevenzione della Cronicità"

Standard	• Definizione dei messaggi oggetto della Campagna e dei contenuti informativi e ideazione format e pianificazione Campagna, definizione setting entro il 2023 • Formalizzazione accordi di partnership con Media entro il 2023 • Realizzazione della Campagna in almeno il 75% dei setting previsti entro il 2025
Fonte	Regione

AZIONE 6	Definizione di un Piano di comunicazione regionale mirato
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	5.11 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 6	Coinvolgimento attivo di tutti i soggetti che a vario titolo possono concorrere a sostenere il processo di sensibilizzazione della popolazione per l'adesione all'offerta (Associazioni di pazienti, Comuni, Università, Società scientifiche, Associazioni di cittadini, Centri di aggregazione, Associazioni di promozione sociale e sportiva, Associazioni professionali, ecc..) per: • ·Ideazione e Predisposizione di materiale di comunicazione regionale su competenze sulla gestione della patologia e su stili di vita raccomandati per ridurre rischio/aumentare salute • ·Pianificazione e disseminazione • ·Strumenti mirati per la sensibilizzazione e coinvolgimento attivo nel percorso di tutti i soggetti socio sanitari: ASST, gestori, RSA, MMG, farmacie

EQUITÀ

OBIETTIVO 7 **PL20_OT01**	**Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**
Indicatore 7 **PL20_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
AZIONE 7 EQUITY	MIGLIORARE LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA A SPECIFICHE TIPOLOGIE DI PAZIENTI CRONICI ATTRAVERSO LA DISSEMINAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DEGLI ESITI DEL PROGETTO CCM 2019 AZIONI CENTRALI A SUPPORTO DEL MINISTERO DELLA SALUTE
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.5 Formazione congiunta "operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori"
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile

DESCRIZIONE AZIONE 7 EQUITY	Miglioramento della qualità dell'assistenza a specifiche tipologie di pazienti cronici attraverso: disseminazione esiti Progetto CCM 2019 "Definizione e implementazione di un modello operativo innovativo di task shifting per promuovere l'engagement e la literacy alimentare nella prevenzione del Diabete Mellito e delle sue complicanze: il protocollo FooDia-Net" (pazienti affetti da Diabete Mellito) promozione dell'adozione di modelli e di percorsi di educazione terapeutica strutturata che coinvolgano il paziente cronico e i suoi Caregiver promozione dell'utilizzo di metodi per l'empowerment del paziente per formare e informare le persone con cronicità e tutti gli operatori sanitari e non sanitari coinvolti (es. modello Stanford) implementazione degli esiti e del set di strumenti/dispositivi esito del Progetto CCM 2019 a favore di altre categorie di pazienti cronici (ad es. in carico a Servizi Area Salute mentale)

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Prendersi cura di chi cura persone con patologie croniche: attenzione alla salute fisica e mentale dei caregiver familiari e professionali
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	1. Costituzione di un gruppo di lavoro intersettoriale e interdisciplinare 2. Sistematizzazione e analisi degli elementi conoscitivi disponibili in tema di diseguaglianze di salute di chi ricopre il ruolo di caregiver familiari/professionali 3. Raccolta di buone pratiche sul tema a livello regionale, nazionale, internazionale e ricognizione di azioni già in atto in Lombardia 4. Individuazione delle azioni di contrasto alle diseguaglianze e di sostegno nelle aree prioritarie individuate, differenziate rispetto al ruolo di cura (caregiver familiari/professionali) 5. Monitoraggio baseline delle condizioni di salute fisica e psicologica di caregiver familiari/professionali in Lombardia stratificate per caratteristiche socioeconomiche 6. Ricognizione delle risorse disponibili e delle pratiche efficaci che intercettano le categorie prioritarie di destinatari individuate 7. Documento con primi esiti di processo con revisione di letteratura, pratiche efficaci e/o azioni innovative 8. Sperimentazione delle azioni di contrasto alle diseguaglianze e di sostegno a caregiver familiari/professionali (per esempio percorsi formativi, gruppi di sostegno ecc.) 9. Verifica della fattibilità e della efficacia delle azioni di contrasto alle diseguaglianze 10. Monitoraggio delle condizioni delle condizioni di salute fisica e psicologica di caregiver familiari/professionali in Lombardia a seguito dell'applicazione delle azioni di contrasto alle diseguaglianze e di sostegno a caregiver familiari/professionali 11. Monitoraggio delle ricadute di salute sul paziente cronico in seguito alla messa in atto azioni di contrasto alle diseguaglianze e di sostegno a caregiver familiari/professionali

	12. Stesura documento di indirizzo con raccomandazioni in merito alle azioni di contrasto alle diseguaglianze e di sostegno Adozione e diffusione del documento nei documenti di programmazione locale delle ATS e degli EELL
ATTORI COINVOLTI	Interlocutori interni al sistema: Cure primarie, DG famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità, DG formazione e lavoro. Interlocutori esterni al sistema: Consolati, CAF/ACLI, Parrocchie, Centri d'ascolto, Centri per l'impiego, Associazioni di pazienti/familiari di pazienti, Associazioni per badanti, Gruppi di Auto Mutuo Aiuto , Farmacisti, EELL
INDICATORE	**Adozione degli indirizzi regionali per l'implementazione delle azioni di contrasto alle diseguaglianze di caregiver familiari/professionali** Formula: Numero Enti che hanno inserito nella programmazione annuale gli indirizzi regionali Standard: Individuazione del processo per contrastare le diseguaglianze e migliorare la salute di caregiver familiari/professionali e dei loro assistiti Fonte: Documentazione regionale
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Prendersi cura di chi cura persone con patologie croniche: attenzione alla salute fisica e mentale dei caregiver familiari e professionali
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	1. Costituzione di un gruppo di lavoro intersettoriale e interdisciplinare 2. Sistematizzazione e analisi degli elementi conoscitivi disponibili in tema di diseguaglianze di salute di chi ricopre il ruolo di caregiver familiari/professionali 3. Raccolta di buone pratiche sul tema a livello regionale, nazionale, internazionale e ricognizione di azioni già in atto in Lombardia 4. Individuazione delle azioni di contrasto alle diseguaglianze e di sostegno nelle aree prioritarie individuate, differenziate rispetto al ruolo di cura (caregiver familiari/professionali) 5. Monitoraggio baseline delle condizioni di salute fisica e psicologica di caregiver familiari/professionali in Lombardia stratificate per caratteristiche socioeconomiche 6. Ricognizione delle risorse disponibili e delle pratiche efficaci che intercettano le categorie prioritarie di destinatari individuate 7. Documento con primi esiti di processo con revisione di letteratura, pratiche efficaci e/o azioni innovative 8. Sperimentazione delle azioni di contrasto alle diseguaglianze e di sostegno a caregiver familiari/professionali (per esempio percorsi formativi, gruppi di sostegno ecc.) 9. Verifica della fattibilità e della efficacia delle azioni di contrasto alle diseguaglianze 10. Monitoraggio delle condizioni delle condizioni di salute fisica e psicologica di caregiver familiari/professionali in Lombardia a seguito dell'applicazione delle azioni di contrasto alle diseguaglianze e di sostegno a caregiver familiari/professionali

	11. Monitoraggio delle ricadute di salute sul paziente cronico in seguito alla messa in atto azioni di contrasto alle diseguaglianze e di sostegno a caregiver familiari/professionali 12. Stesura documento di indirizzo con raccomandazioni in merito alle azioni di contrasto alle diseguaglianze e di sostegno 13. Adozione e diffusione del documento nei documenti di programmazione locale delle ATS e degli EELL
ATTORI COINVOLTI	Interlocutori interni al sistema: Cure primarie, DG famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità, DG formazione e lavoro
	Interlocutori esterni al sistema: Consolati, CAF/ACLI, Parrocchie, Centri d'ascolto, Centri per l'impiego, Associazioni di pazienti/familiari di pazienti, Associazioni per badanti, Gruppi di Auto Mutuo Aiuto, Farmacisti, EELL
INDICATORE	**Elaborazione di un Documento di indirizzo regionale a seguito degli esiti della sperimentazione (valutazione sostenibilità e approvazione documento tecnico per messa a sistema)**
	Formula: Produzione del documento di indirizzo Standard: Disponibilità di un documento di indirizzo finalizzato alla implementazione delle azioni e alla messa a sistema dell'offerta con esiti delle ricadute di salute su caregiver familiari e professionali e i loro assistiti Fonte: Documentazione regionale

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 8 **PL20_OS01**	**Adeguamento dell'offerta di presa in carico sistemica rivolta ai soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT o con patologia già in atto, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari**
Indicatore 8 **PL20_OS01_IS03**	**Sperimentazione di un sistema di chiamata attiva**
formula	Avvio del sistema di chiamata attiva
Standard	Avvio della sperimentazione di un sistema di chiamata attiva in almeno 2 ATS entro il 2023 Avvio del sistema di chiamata attiva nel 100% delle ATS entro il 2024
Fonte	Regione

AZIONE 8	Implementazione e messa a sistema della Sotto stratificazione dei soggetti Livello 3 e 4 (DGR 6164) in relazione a presenza di fattori di rischio intermedi
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 8	• Implementazione e messa a sistema della Sotto stratificazione dei soggetti Livello 3 e 4 (dgr 6164) in relazione a presenza di fattori di rischio intermedi (ipertensione, glicemia elevata, dislipidemie, obesità/sovrappeso) e/o una cronicità non complicata per l'identificazione precoce • Identificazione di criteri per la Valutazione del rischio attraverso la rilevazione della presenza di fattori di rischio socio – economici, nella fascia di età 45-60 anni • Sperimentazione di un sistema chiamata attiva del target

OBIETTIVO 9 **PL20_OS02**	**Integrazione dell'offerta assistenziale del SSR con linee di attività orientate alla prevenzione, al counseling, all'engagement del paziente a partire dagli esiti del Progetto CCM FOODIA-NET**
Indicatore 9 **PL20_OS02_IS01**	**Indirizzi regionali al SSR per l'inserimento dell'Offerta formativa**
formula	Presenza Indirizzi regionali al SSR per l'inserimento dell'Offerta formativa (FAD) sul Counseling motivazionale secondo il modello Transteorico del cambiamento (esito del progetto CCM 2019 Azioni Centrali a supporto del Ministero della Salute) comprensivo di attesi quali-quantitativi e Avvio dell'offerta a livello regionale - Messa a sistema dell'offerta formativa nel 100% di ATS/ASST - Definizione di almeno 3 PDTA su patologie maggiormente ricorrenti

Standard	Indirizzi regionali al SSR per l'inserimento dell'Offerta formativa (FAD) sul Counseling motivazionale secondo il modello Transteorico del cambiamento (esito del progetto CCM 2019 Azioni Centrali a supporto del Ministero della Salute) comprensivo di attesi quali-quantitativi e avvio dell'offerta a livello regionale entro il 2022 Messa a sistema dell'offerta formativa nel 100% di ATS/ASST entro il 2023 Definizione di almeno 3 PDTA su patologie maggiormente ricorrenti entro il 2023
Fonte	Regione

AZIONE 9	Definizione di PDTA integrati in ottica preventiva per trattamento delle principali patologie croniche
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)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
SETTING	
DESCRIZIONE AZIONE 9	Modello regionale di PDTA integrati in ottica preventiva per trattamento delle principali patologie croniche • Educazione sanitaria/terapeutica individuale e di gruppo (individuo, famiglia, caregiver) (anche attraverso l'utilizzo di modalità peer) • invio a programmi di comunità di promozione dell'attività fisica (vedi punto 1.1.4) • invio a programmi di attività fisica individuale (vedi punto 1.1.4) • Invio a secondi livelli (alcol, fumo, obesità) • Rafforzare l'offerta di counseling motivazionale per il cambiamento di stili di vita rivolta a individui o gruppi di individui per la prevenzione di tabagismo, abuso di alcol, scorretta alimentazione, sedentarietà, sovrappeso/obesità, anche in modalità E-health. • Attuare iniziative di counselling motivazionale individuale o di gruppo, indirizzando i soggetti a rischio o già malati verso un'adeguata presa in carico, anche con offerte derivanti dai programmi di comunità (es. gruppi di cammino, gruppi per smettere di fumare, ecc.) o terapeutico-assistenziale

OBIETTIVO 10 **PL20_OS03**	**Favorire la diffusione e l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale omogenei per la definizione dei bisogni di assistenza socio-sanitaria del malato cronico**
Indicatore 10 **PL20_OS03_IS04**	**Formazione operatori sanitari, sociosanitari e altri stakeholder**
formula	Definizione e articolazione contenuti del programma formativo in coerenza con gli esiti del programma CCM 2018 FooDIa-Net

Standard	• Realizzazione Evento regionale di presentazione degli esiti, della metodologia, degli strumenti del programma CCM 2018 FooDIa-Net • Definizione e articolazione contenuti del programma formativo entro il 2022 • Presenza di almeno un'azione formativa dedicata per ogni anno e coinvolgimento nell'offerta formativa del 100% delle ATS (almeno il 60% del totale del personale previsto) entro il 2023 • Messa a sistema dell'offerta (sistema regionale di accesso alla Piattaforma FooDIa-Net, formazione, declinazione regionale strumenti ecc.) entro il 2024
Fonte	Regione
Per l'azione si veda l'azione 7 dell'obiettivo trasversale Equity	

OBIETTIVO 11 **PL20_OS04**	**Definire specifici percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone vulnerabili e/o in contesti sociali difficili. (minori, anziani, disabilità fisica e/o psichiatrica, svantaggio socio-culturale e/o economico, bisogni psico-sociali)**
Indicatore 11 **PL20_OS04_IS02**	**Percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali**
formula	• Presenza di atto di costituzione gruppo di progetto e avvio progetto implementazione; • formalizzazione Accordi/Partnership con Stakeholder e Società scientifiche (area salute mentale e dipendenze) • Presenza documenti con definizione e articolazione contenuti del programma formativo • Ideazione e prima sperimentazione dei Moduli implementati • Realizzazione Evento regionale di presentazione degli esiti, della metodologia, degli strumenti • Implementazione di almeno un'azione formativa dedicata per ogni anno • Coinvolgimento nell'offerta formativa di professionisti del 100% delle ATS (almeno il 60% del fabbisogno previsto) • Messa a sistema dell'offerta implementata (sistema regionale di accesso alla Piattaforma FooDIa-Net, formazione, declinazione regionale strumenti ecc.)
Standard	• Costituzione gruppo di progetto e avvio progetto implementazione; formalizzazione Accordi/Partnership con Stakeholder e Società scientifiche (area salute mentale e dipendenze) • Definizione e articolazione contenuti del programma formativo entro il 2022 • Ideazione e prima sperimentazione dei Moduli implementati • Realizzazione Evento regionale di presentazione degli esiti, della metodologia, degli strumenti • Implementazione di almeno una azione formativa dedicata per ogni anno entro il 2023 • Coinvolgimento nell'offerta formativa di professionisti del 100% delle ATS (almeno il 60% del fabbisogno previsto) – entro 2024 • Implementazione di almeno una azione formativa dedicata • Messa a sistema dell'offerta implementata (sistema regionale di accesso alla Piattaforma FooDIa-Net, formazione, declinazione regionale strumenti ecc.) entro il 2024 • Implementazione di almeno una azione formativa dedicata entro il 2025

Fonte	Regione

AZIONE 10	IMPLEMENTAZIONE STRUMENTI E DISPOSITIVI OPERATIVI ESITO DEL PROGETTO CCM 2019 "FOODIA-NET" A FAVORE DI PAZIENTI CON DIABETE TIPO 1 E PAZIENTI IN CARICO AI SERVIZI AREA SALUTE MENTALE
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 10	Implementazione degli esiti del progetto CCM 2019 "Definizione e implementazione di un modello operativo innovativo di task shifting per promuovere l'engagement e la literacy alimentare nella prevenzione del Diabete Mellito e delle sue complicanze: il protocollo FooDia-Net" • Integrazione set strumenti e piattaforma relativamente a Pz Diabete tipo 1 Pazienti in carico a Servizi Area Salute mentale • Sperimentare modalità di intervento che favoriscono lo sviluppo dell'*ability to cope* e lo sviluppo delle abilità di auto-cura.

4.6 PL17 EVOLUZIONE PROGRAMMA "Rating Audit Control (RAC) dell'Organisation for Economic Co-operation and Developement (OECD)"

Quadro logico regionale

CODICE	PL17
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Cornaggia Nicoletta
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- 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
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- 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
LEA	- C03 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Il PNP indica nel modello DPSEEA (Driving forces, Pressure, State, Exposure, Effect, Action) un metodo di analisi per gestire azioni complesse e orientare la progettualità delle azioni di prevenzione. Per l'analisi attuale, tra le driving forces si possono annoverare il sostegno al settore dell'edilizia fornito dal bonus ristrutturazioni e dal piano di finanziamento europeo, un inasprimento della normativa sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, una contrazione del personale di vigilanza, un incremento dell'immigrazione straniera occupata nel comparto.

Come elementi di pressione, si individuano un ruolo sempre più prominente dei sindacati interessati a garantire la sicurezza per i lavoratori, un aumento della competizione tra aziende per mantenere la posizione sul mercato accompagnata da una minore attenzione alla qualificazione delle stesse, l'aumento degli investimenti in edilizia pubblica e privata, e della

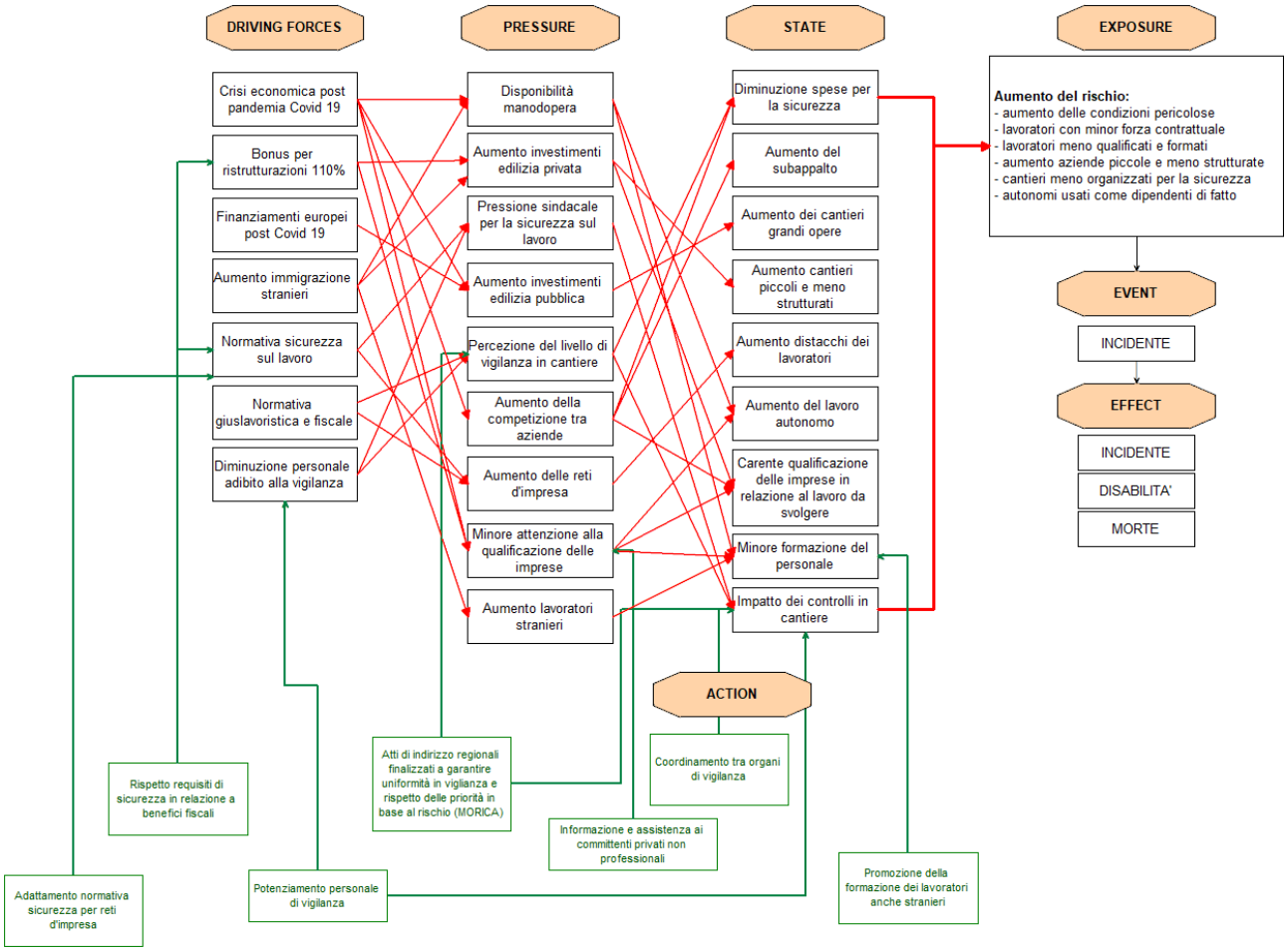
maggiore disponibilità di manodopera, anche grazie all'aumento del numero di lavoratori stranieri.

Questi elementi preliminari di contesto implicano in relazione ai controlli nei cantieri una serie di conseguenze che possono essere così esemplificate: un aumento di cantieri per grandi opere ma anche di cantieri piccoli e scarsamente strutturati; un ingresso nel mercato di imprese scarsamente qualificate in relazione al lavoro da svolgere; una diminuzione delle spese per la sicurezza e per la formazione del personale.

Gli eventi ed effetti di questa catena concettuale appena delineata sono quindi derivanti da un aumento dei rischi (Exposure) che derivano da:

- Un aumento delle condizioni pericolose
- Lavoratori meno qualificati e formati
- Un aumento di aziende piccole e meno strutturate
- Cantieri con carenze relative alla sicurezza
- Una presenza di lavoratori con minor forza contrattuale

Nella figura sottostante si riporta, il modello riferito agli infortuni in edilizia in funzione del contesto attuale.



Lo schema può essere utilizzato per individuare azioni di prevenzione sul committente, sui lavoratori autonomi utilizzati in modo improprio e sui lavoratori stranieri.

Health Equity Audit nei Piani regionali della prevenzione

In merito a questo inquadramento, il software Mo.Ri.Ca. si propone come uno strumento in grado di rendere più efficiente e efficace il sistema dei controlli sui cantieri che hanno avuto sul territorio una crescita esponenziale a fronte di una drastica riduzione del numero di ispettori a presidio della tutela dei lavoratori. Il software permette di identificare i cantieri a maggior rischio di accadimenti incidenti mortali o inabilitanti e di concentrare su di questi i controlli sulla base di un algoritmo che è stato sottoposto ad un'analisi approfondita da parte del team OECD.

Attraverso l'applicazione al dataset storico dei controlli di un'analisi basata sul Machine Learning/Intelligenza Artificiale, infatti, è stato possibile razionalizzare il sistema delle ispezioni sulla base del rischio e migliorare la capacità del sistema di "predire" la compliance e, su questa base, programmare i controlli.

L'analisi dei dati storici ha permesso di evidenziare quali degli indicatori che compongono l'algoritmo siano efficacemente predittivi del non adeguamento a previsioni normative. Ad esempio, è emerso che l'ispezione basata sull'indicatore relativo all'importo dei lavori e quello sul numero di cantieri seguiti in contemporanea dai coordinatori della sicurezza, non sono criteri efficaci per l'accertamento dei cantieri esposti a maggior rischio di incidenti.

In tal senso, il software Mo.Ri.Ca. rappresenta uno ottimo strumento che permette di calibrare verso l'equità le azioni di prevenzione e promozione della salute nell'ambito del setting di intervento sulla sicurezza sui luoghi di lavoro e orientare gli interventi di controllo su cantieri maggiormente soggetti a rischio incidenti in maniera oggettiva, scevra da distorsioni. In particolare, grazie al software, i cantieri da ispezionare non sono identificati in maniera casuale e soggetta ad un'eventuale discrezionalità ma sono prioritizzati sulla base di evidenze reali sui cantieri che presentano maggiori rischi. È evidente come la razionalizzazione dei controlli secondo criteri di oggettività ed efficienza favorisca la trasparenza delle procedure, accrescendo la fiducia da parte dei privati nei confronti della pubblica amministrazione e contribuendo a far aumentare la conformità volontaria.

Con il supporto del team OECD, si procederà ad una lettura critica dell'algoritmo, in modo da validare l'assunto che i criteri ottimali (quando individuati automaticamente da sistemi di AI) rispondano anche a requisiti di eticità e equità. In particolare, alcune prospettive che potrebbero essere sviluppate, fanno riferimento all'analisi dei dati storici estraibili da Mo.Ri.Ca. in combinazione con i dati relativi alla forza lavoro e derivanti da fonti differenti (ad esempio: INPS, INAIL, ITL per gli esiti dell'attività di vigilanza sia tecnica che amministrativa) al fine di analizzare le correlazioni tra questi e determinare i fattori predittivi relativi alle violazioni che interessano alcune particolari categorie di lavoratori.

Inoltre, l'analisi degli esiti dei controlli presenti nel tracciato "Provvedimenti" di I.M.Pre.S@ che raccoglie le violazioni irrogate dalle ATS consentirà di determinare i fattori di rischio relativi alle misure di tutela più disattese e con un maggiore impatto sulla salute e, in combinazione con i dati derivanti dalla composizione della forza lavoro, permetterà di focalizzare le attività ispettive in modo da garantire l'equità nell'esercizio delle stesse.

Di seguito si fornisce un sintetico quadro delle banche dati, le cui informazioni sono considerate dall'algoritmo Mo.Ri.Ca. al fine dell'individuazione della priorità di rischio.

La banca dati Flussi Informativi INAIL/Regioni fornisce le PAT con sede operativa in Regione Lombardia e gli addetti. Gli addetti sono stimati sulla base della massa salariale e possono

rappresentare un indicatore proxy di ore lavorate utile per esprimere l'esposizione al rischio rispetto al numero assoluto di lavoratori perchè tengono conto anche del lavoro straordinario e della cassa integrazione ma sono sempre aggiornati al biennio precedente.

ATECO F Costruzioni LOMBARDIA	2015	2016	2017	2018	2019
Numero PAT INAIL	134.998	131.645	125.832	120.521	
Numero totale addetti	297.356	297.036	290.163	280.996	
di cui dipendenti	173.983	176.371	173.914	169.754	
di cui artigiani	123.372	120.665	116.249	111.242	
Numero medio addetti per PAT	2,20	2,26	2,31	2,33	
Infortuni avvenuti in lombardia					
Infortuni in occassione di lavoro	5.328	4.957	4.950	4.572	4.296
di cui gravi T40	1.692	1.555	1.632	1.486	1.271
Percentuale di gravi T40	31,76%	31,37%	32,97%	32,50%	29,59%
Indicatori per Azienda					
Tasso grezzo di incidenza x 1000 addetti	18,3	17,4	17,7	16,8	
Tasso grezzo di incidenza gravi T40 x 1000 addetti	5,9	5,5	6,0	5,5	
Indicatori per Territorio					
Tasso grezzo di incidenza x 1000 addetti	17,9	16,7	17,1	16,3	
Tasso grezzo di incidenza gravi T40 x 1000 addetti	5,7	5,2	5,6	5,3	
Indicatori per Azienda Zona					
Tasso grezzo di incidenza x 1000 addetti	16,1	15,2	15,5	14,7	
Tasso grezzo di incidenza gravi T40 x 1000 addetti	5,1	4,7	5,1	4,7	

La tabella precedente mostra tre distinte modalità di calcolo del tasso di incidenza: per azienda, per territorio, per zona (rif. Documento "Uso dei dati correnti per le attività di prevenzione" gruppo di lavoro INAIL Regioni 2010). Nelle analisi riferite al settore edilizia ciò è necessario poiché la definizione di tasso di incidenza prevede che il numeratore contenga tutti e soltanto i casi che si verificano negli esposti rappresentati dal denominatore. Poichè ciò non è garantito da nessuna fonte di dati attualmente a disposizione, l'uso dei tre tassi agisce da "correttivo" minimizzando errori interpretativi.

Il confronto tra i diversi indicatori consente di individuare un range nel quale collocare il tasso effettivo e di pesare il ruolo di infortuni esportati ed importati.

La tabella seguente evidenzia che la Lombardia ha una esportazione di infortuni maggiore dell'importazione, verosimilmente in conseguenza del numero maggiore di operatori che svolgono l'attività fuori regione rispetto a quello dei lavoratori che da altre regioni operano in Lombardia e della maggiore dimensione media delle aziende Lombarde del settore rispetto all'Italia.

	2015	2016	2017	2018
Infortuni TOTALI avvenuti in Lombardia	5.328	4.957	4.950	4.572
Infortuni totali gravi T40 avvenuti in Lombardia	1.692	1.555	1.632	1.486
Infortuni ***esportati*** in altre regioni di aziende Lombardia	640	659	654	597
Infortuni ***esportati*** T40 in altre regioni di aziende Lombardia	233	223	242	219
Infortuni in Lombardia di aziende della Lombardia	4.801	4.501	4.486	4.132
Infortuni T40 in Lombardia di aziende della Lombardia	1.531	1.405	1.485	1.327
Infortuni ***importati*** in Lombardia di aziende fuori regione	527	456	464	440
Infortuni T40 ***importati*** in Lombardia di aziende fuori regione	161	150	147	159
Differenza importati - esportati Totale positivi	-113	-203	-190	-157
Differenza importati - esportati Gravi T40	-72	-73	-95	-60

Il quadro dei danni

Utilizzando informazioni della banca dati FLUSSI INAIL REGIONI è possibile calcolare un indicatore di danno che consente una valutazione uniforme tra infortuni e malattie professionali, con lo stesso criterio del DALY, e di ottenere i valori relativi alla regione e/o alle sue suddivisioni amministrative o al territorio di competenza delle ATS.

Nelle tabelle seguenti, per il settore in analisi, è riportato il tipo di deviazione.

	ANNO EVENTO					
Tipo Deviazione ESAW	2015	2016	2017	2018	2019	TOTALE
0 Nessuna informazione	28.901.650	95.752.870	142.238.200	178.030.600	1.026.522.000	1.471.445.000
1 Problema elettrico, esplosione, incendio	2.342.631	4.880.821	9.588.679	15.064.463	8.961.044	40.837.630
2 Traboccamento, rovesciamento, perdita, scorrimento, vaporizzazione, emanazione	6.686.214	18.598.786	27.882.735	38.510.738	29.669.133	121.347.614
3 Rottura, frattura, scoppio, scivolamento, caduta, crollo dell'agente materiale	32.519.242	71.594.438	124.783.451	148.352.165	114.560.637	491.809.946
4 Perdita di controllo di una macchina, di un mezzo di trasporto, di un utensile	81.051.519	215.622.818	339.090.010	471.078.931	348.096.314	1.454.939.547
5 Scivolamento o inciampamento – con caduta di persona	69.365.496	183.514.732	253.382.060	332.265.482	249.014.761	1.087.542.611
6 Movimento del corpo senza sforzo fisico	48.084.634	48.084.634	48.084.634	48.084.634	48.084.634	48.084.634
7 Movimento del corpo sotto sforzo fisico	33.233.760	85.802.760	255.229.400	337.736.000	248.666.000	960.667.900
8 Sorpresa, spavento, violenza, aggressione, minaccia, presenza	3.585.499	10.017.326	14.507.997	15.737.377	11.091.614	54.939.816
9 Altra deviazione non indicata nella presente nomenclatura	1.879.531	5.703.155	3.518.001	2.271.503	0	13.372.190

codice ESAW Agente	Agente Deviazione	2015	2016	2017	2018	2019	TOTALE
00	Non determinato	86.438.780	215.139.200	221.911.500	258.711.700	1.077.710.000	1.859.911.000
01	EDIFICI elementi e superfici	51.146.003	135.450.046	195.212.944	258.188.256	191.116.333	831.113.590
02	EDIFICI e parti in quota comprese scale portatili	27.860.748	90.788.674	154.351.545	208.338.962	161.493.719	642.833.603
03	EDIFICI parti in profondità	1.022.170	2.667.923	7.562.199	13.732.381	6.879.842	31.864.511
04	Impianti di distribuzione, canalizzazioni	5.169.590	13.185.903	27.003.701	39.735.083	23.839.364	108.933.641
05	Dispositivi trasmissione e stoccaggio energia	1.504.954	5.735.849	14.118.711	21.943.450	11.042.550	54.345.511
06	Utensili a mano	17.037.777	47.040.370	72.126.155	89.066.392	74.611.972	299.882.649
07	Utensili a mano meccanizzati	8.308.937	27.602.668	55.926.189	73.120.895	61.161.374	226.120.055
08	Altri utensili a mano senza precisazione di motorizzazione	1.929.751	5.015.277	21.163.700	38.111.171	27.596.443	93.816.340
09	Macchine e attrezzature portatili	2.462.671	7.614.546	12.926.480	15.091.410	10.972.670	49.067.782
10	Macchine e attrezzature fisse	5.672.614	14.489.580	19.657.290	28.260.988	20.451.131	88.531.596
11	Dispositivi di convogliamento	58.277.479	178.964.533	352.650.025	447.000.437	356.113.169	1.393.005.641
12 - 13	VEICOLI	24.957.493	77.353.390	147.044.818	191.523.918	154.789.844	595.669.469
14	Materiali	49.088.513	141.151.245	358.425.479	494.529.145	339.248.470	1.382.442.849
15	Sostanze chimiche	1.496.815	4.435.442	10.643.033	19.000.223	15.130.618	50.706.136
16	Dispositivi di sicurezza	5.028.554	14.215.278	5.124.302	2.835.646	1.002.873	28.206.653
17	Attrezzature per ufficio	2.274.420	6.674.458	10.250.384	13.140.883	13.127.316	45.467.456
18	Esseri viventi compresi esseri umani	4.852.961	12.484.696	22.738.582	14.907.499	12.789.633	67.773.373
19	Rifiuti	1.885.567	3.691.383	2.970.109	1.594.665	555.749	10.697.470
20	Fenomeni fisici naturali	497.077	897.464	4.506.484	5.573.268	5.798.173	17.272.466

Per quanto riguarda le malattie professionali, l'elemento predominante è rappresentato dalla patologia muscoloscheletrica. Sono presenti, inoltre, patologie neoplastiche (mesotelioma) correlate ad esposizione ad amianto e danni uditivi da rumore.

	GRUPPO CODICE SANITARIO ACCERTATO INAIL														
Raggruppamenti Ateco 2007	001 Malattie infettive	002 Neoplasie escluso mesotelioma	003 Mesotelioma Pleurico	006 Malattie psichiche	007 Sistema Nervoso centrale	008 Sistema Nervoso Periferico	009 Occhio	010 Orecchio	011 Cardio circolatorio	012 Infezioni respiratorie	013 Patologia respiratoria	016 Patologia cute	017 Muscoloscheletrica	xxx non definito	TOTALE
F41 Costruzione di edifici	0	116	104	0	0	58	0	334	25	0	15	16	1.887	0	2.555
F42 Ingegneria civile	0	7	0	0	0	1	0	45	0	0	0	3	114	0	170
F43 Lavori di costruzione specializzati	0	76	489	11	0	33	0	332	0	0	23	34	1.478	0	2.275
Totale	0	198	594	11	0	92	0	511	25	0	38	53	3.479	0	5.001

Premesso che il settore edile è caratterizzato dalla natura "temporanea e mobile" dei cantieri ove viene svolta l'attività lavorativa (di fatto, al di fuori della sede aziendale), i parametri che connotano il comparto ATECO F su base nazionale sono rappresentati nella tabella seguente.

ATECO F Costruzioni ITALIA	2015	2016	2017	2018	2019
Numero PAT INAIL	738.114	721.431	689.059	660.304	
Numero totale addetti	1.467.136	1.482.016	1.470.795	1.428.302	
di cui dipendenti	833.579	864.228	875.638	857.850	
di cui artigiani	633.557	617.788	595.158	570.452	
Numero medio addetti per PAT	1,99	2,05	2,13	2,16	
Infortuni in occassione di lavoro	32.611	31.686	30.620	28.923	27.115
di cui gravi T40	12.193	11.644	11.416	10.862	9.530
Percentuale di gravi T40	37,39%	36,75%	37,28%	37,55%	35,15%
Tasso grezzo di incidenza x 1000 addetti	22,2	21,4	20,8	20,2	
Tasso grezzo di incidenza gravi T40 x 1000 addetti	8,3	7,9	7,8	7,6	

Nel 2020 risultano inserite nel Registro Infocamere circa 131.000 imprese attive (inclusi i lavoratori autonomi) nel settore ATECO F (tabella seguente).

Anno 2020 - Unioncamere Lombardia su dati Infocamere	Imprese registrate	Attive
ATECO F Costruzioni	144.754	131.352

INPS, per settore del lavoro dipendente, pubblica i seguenti dati

INPS osservatori statistici	Anno				
	2015	2016	2017	2018	2019
Numero imprese (no autonomi)	28.829	27.760	27.218	26.846	26.623
Numero medio annuo posizioni lavorative dipendenti	140.367	139.400	139.375	141.583	146.074
Posizioni lavorative per impresa	4,87	5,02	5,12	5,27	5,49

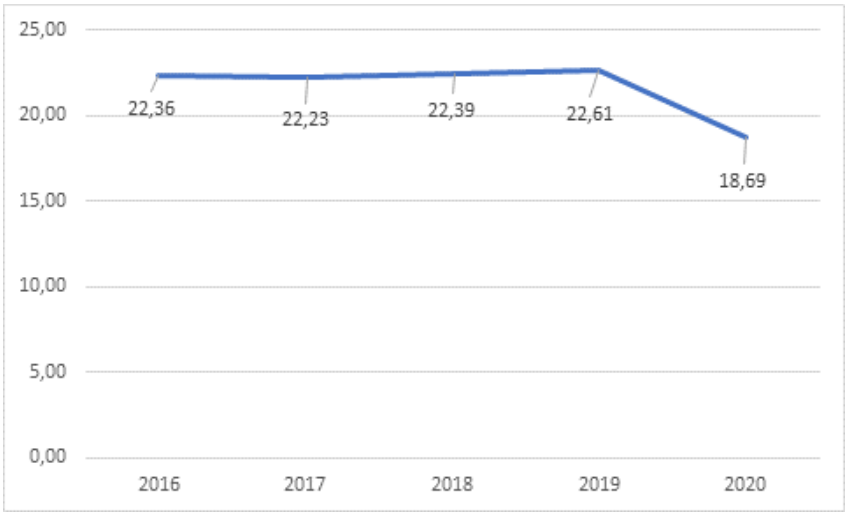
La banca dati Flussi Informativi INAIL Regioni fornisce le PAT INAIL con sede operativa in regione Lombardia e gli addetti INAIL. Gli addetti INAIL sono stimati sulla base della massa salariale e possono rappresentare un indicatore proxy di ore lavorate utile per esprimere l'esposizione al rischio rispetto al numero assoluto di lavoratori perchè tengono conto anche del lavoro straordinario e della cassa integrazione ma sono sempre aggiornati al biennio precedente.

ATECO F Costruzioni LOMBARDIA	2015	2016	2017	2018	2019
Numero PAT INAIL	134.998	131.645	125.832	120.521	
Numero totale addetti	297.356	297.036	290.163	280.996	
di cui dipendenti	173.983	176.371	173.914	169.754	
di cui artigiani	123.372	120.665	116.249	111.242	
Numero medio addetti per PAT	2,20	2,26	2,31	2,33	
Infortuni avvenuti in lombardia					
Infortuni in occassione di lavoro	5.328	4.957	4.950	4.572	4.296
di cui gravi T40	1.692	1.555	1.632	1.486	1.271
Percentuale di gravi T40	31,76%	31,37%	32,97%	32,50%	29,59%
Indicatori per Azienda					
Tasso grezzo di incidenza x 1000 addetti	18,3	17,4	17,7	16,8	
Tasso grezzo di incidenza gravi T40 x 1000 addetti	5,9	5,5	6,0	5,5	
Indicatori per Territorio					
Tasso grezzo di incidenza x 1000 addetti	17,9	16,7	17,1	16,3	
Tasso grezzo di incidenza gravi T40 x 1000 addetti	5,7	5,2	5,6	5,3	
Indicatori per Azienda Zona					
Tasso grezzo di incidenza x 1000 addetti	16,1	15,2	15,5	14,7	
Tasso grezzo di incidenza gravi T40 x 1000 addetti	5,1	4,7	5,1	4,7	

La tabella precedente mostra tre distinte modalità di calcolo del tasso di incidenza: per azienda, per territorio, per zona (rif. Documento "Uso dei dati correnti per le attività di prevenzione" gruppo di lavoro INAIL Regioni 2010). Nelle analisi riferite al settore edilizia ciò è necessario poiché la definizione di tasso di incidenza prevede che il numeratore contenga tutti e soltanto i casi che si verificano negli esposti rappresentati dal denominatore. Poichè ciò non è garantito da nessuna fonte di dati attualmente a disposizione, l'uso dei tre tassi agisce da "correttivo" minimizzando errori interpretativi.

In analogia all'indicatore portato al tavolo centrale per la definizione del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), ed in continuità con la formula standard utilizzata in Lombardia per monitorare l'andamento del fenomeno infortunistico (Risultati Attesi Regionali RAR), il tasso per il settore ATECO F costruzioni è calcolato pesando gli infortuni denunciati INAIL sugli occupati ISTAT al netto della Cassa Integrazione Guadagni INPS (non è possibile includere il tiraggio perchè la banca dati INPS non rende disponibile la disaggregazione per ATECO). il grafico mostra l'andamento sul periodo 2016-2020, evidenziando l'eccezionalità dell'anno 2020 connotato dall'emergenza pandemica.

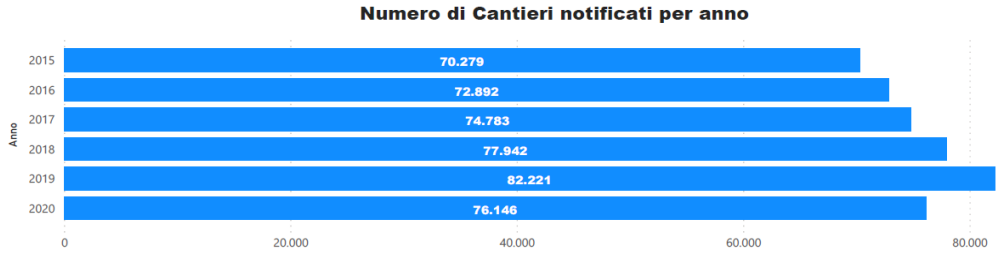
Grafico - Tasso di incidenza su 1000 occupati ISTAT al netto della CIG. Ateco F 41, F42 e F43 . Infortuni denunciati in occasione di lavoro INAIL.

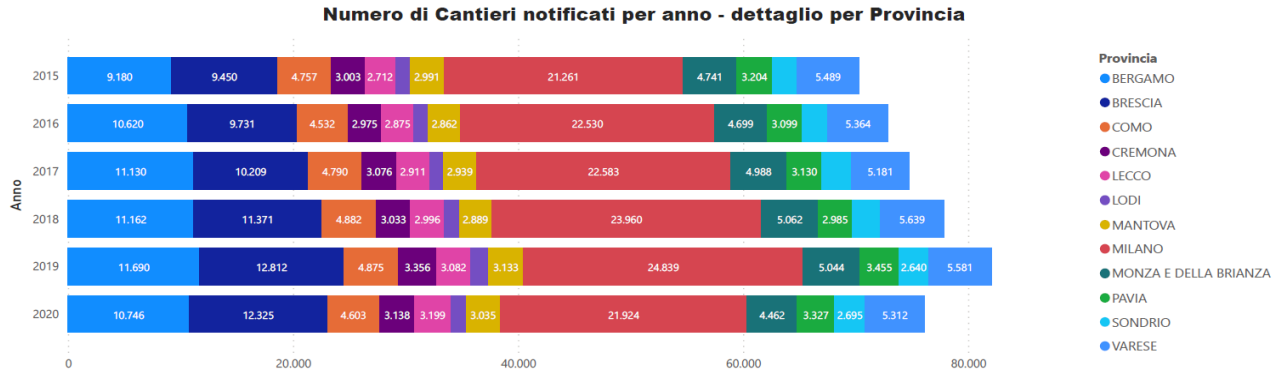


I CANTIERI

Poiché, come detto, l'attività del settore viene svolta in cantiere, ulteriori informazioni possono essere ricavate dalle notifiche preliminari che in Lombardia dal 2010 vengono trasmesse esclusivamente per via telematica attraverso il servizio Gestione Cantieri (Ge.Ca.). L'archivio generato da Ge.Ca. costituisce patrimonio anche per la selezione dei cantieri in base al rischio, con il supporto dell'applicativo Monitoraggio Rischio Cantieri (Mo.Ri.Ca).

Prima del 2020, anno in cui verosimilmente la pandemia Covid-19 ha ridotto l'attività, il numero di cantieri in regione risultava costantemente in crescita.





Tra le tipologia di lavori, prevaleva nettamente l'edilizia abitativa

	Tipo Attività						
anno comunicazione	01 - COSTRUZIONE	02 - MOLIZIONE	03 - RECUPERO	04 - RISTRUTTURAZIONE	05 - RESTAURO	06 - MANUTENZIONE ORDINARIA	07 - MANUTENZIONE STRAORDINARIA
2018	13906	862	590	9291	715	9046	58742
2019	14658	920	512	9866	829	9603	62745
2020	**13.273**	974	557	8590	864	8946	58904

In oltre il 25% dei casi, in cantiere si individua un'unica impresa esecutrice, mentre quelli con una o due esecutrici sono circa il 50%, dato certamente sottostimato per i successivi subappalti che non vengono comunicati; nel 63% circa di casi sono presenti da 3 a 5 lavoratori, dato che conferma quanto evidenziato in merito alla dimensione aziendale media; la durata dei lavori nella maggior parte dei casi non supera i 12 mesi e, in oltre il 50%, non supera i due mesi.

Si evidenzia la presenza nei cantieri di aziende con sede in altre province italiane; le imprese lombarde sono quasi il 90% di quelle che operano in cantieri della Lombardia. Le province con maggior numero di aziende coinvolte sono Milano, Bergamo e Brescia.

Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il presente Programma Libero "Evoluzione del Programma RAC- OECD" (di seguito PL RAC) punta a valorizzare/mettere a sistema la collaborazione avviata nel 2019 tra Regione Lombardia, per il tramite della DG Sviluppo Economico, e l'Organisation for Economic Co-operation ad Developement (OECD) in occasione della richiesta di partecipazione al progetto "RAC – Rating Audit Control Project construction of a model to rationalise and simplify controls on businesses".

Presupposto al programma era ed è a tutt'oggi che i controlli sono una delle attività che caratterizzano l'attività preventiva erogata dalla pubblica amministrazione a tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Poiché l'efficienza e l'efficacia dell'azione preventiva hanno forti ricadute sulle imprese e sui lavoratori, controlli frammentari, realizzati senza coordinamento tra tutte le autorità competenti, privilegiando un eccessivo formalismo, contribuiscono a ridurre la forza della normativa e la fiducia dei cittadini/lavoratori. Il progetto "RAC – Rating Audit Control Project construction of a model to rationalise and simplify controls on businesses" (di seguito RAC) mirava e mira a rafforzare l'efficienza e l'efficacia dei controlli promuovendo un approccio basato sul rischio che implichi una piena condivisione e gestione delle informazioni. Il cuore del progetto consiste nello sviluppo di un modello di "Valutazione – Audit – Controllo" (RAC) per fornire agli operatori dei Servizi del Dipartimento IPS (Servizio PSAL) uno strumento per pianificare e coordinare le ispezioni, nonché registrare ed analizzare i loro risultati.
Il progetto RAC, partito nel 2019, includeva una componente pilota nella Provincia Autonoma Trento e nelle Regioni Campania, Friuli Venezia Giulia e Lombardia, una componente di lavoro a livello nazionale per supportare le iniziative a livello regionale e per la successiva fase di diffusione degli esiti del Programma in altre regioni italiane.
Il risultato complessivo previsto del Progetto RAC è incrementare l'efficacia dei controlli, producendo, così, un complessivo miglioramento dell'ambiente di lavoro, un incentivo agli investimenti, un aumento della competitività ed una maggiore efficienza dell'uso dei fondi pubblici.
In Regione Lombardia il Progetto RAC, sulla scorta della valutazione complessiva del Sistema Informativo Regionale della Prevenzione che consente peraltro la geo-referenziazione delle unità locali, ha condotto un esame di approfondimento nell'ambito delle funzionalità relative al comparto delle costruzioni che si avvale di specifici servizi telematici ed algoritmi quali Mo.Ri.Ca. (acronimo di Monitoraggio Rischi Cantieri) il cui utilizzo da parte degli operatori delle ATS consente l'attribuzione di un indice di rischio e quindi la programmazione secondo priorità di intervento.

Mo.Ri.Ca. è algoritmo in grado di sistematizzare l'efficienza e l'efficacia delle azioni di vigilanza nei cantieri, strutturato originariamente da Regione Veneto nell'ambito del Piano Nazionale Costruzione 2010-2014 (sotto l'acronimo MaIC) e sviluppato in Lombardia, dal 2016 dal Servizio PSAL dell'ATS Valpadana, grazie alla disponibilità dell'anagrafica aggiornata dei cantieri edili implementata dal servizio telematico Ge.Ca.[1][1] per rispondere concretamente all'indicazione del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia che invitava allo sviluppo di modelli innovativi di controllo basati su un'azione preliminare di intelligence del territorio. L'algoritmo integra le informazioni delle notifiche preliminari con gli esiti delle attività di controllo sulle imprese edili e con l'archivio degli infortuni INAIL individuando i cantieri a maggior rischio, a vantaggio della programmazione efficiente ed efficace dell'attività di vigilanza nel settore. Mo.Ri.Ca. individua i cantieri carenti in sicurezza, permette di controllare il territorio orientando le ispezioni nei cantieri

in cui i lavoratori sono più esposti (ambito di disuguaglianza), migliora l'efficienza della vigilanza, consente di intervenire su obiettivi specifici e si integra con il Sistema Informativo della Prevenzione.

Il presente PL RAC si pone l'obiettivo di "strutturare" la collaborazione con OECD attorno all'utilizzo, alla verifica di efficacia ed all'evoluzione di Mo.Ri.Ca. per conseguire l'obiettivo di razionalizzare e semplificare l'attività di controllo nel settore delle Costruzioni, ad elevata frequenza infortunistica. Il PL RAC si avvale della collaborazione con l'Ispettorato Interregionale del Lavoro (ITL) che, quale altro organo di controllo nei cantieri, potrà adottarlo ed arricchirlo attraverso il link/l'importazione/la cooperazione con le proprie banche dati di esito dell'attività di vigilanza non solo tecnica, ma anche amministrativa (regolarità contrattuale). Il modello potrà essere esportato in altre realtà regionali, ma potenzialmente anche in altri settori produttivi oggetto di controllo ai fini della tutela della salute e sicurezza del lavoratore, contribuendo in tal modo alla riduzione del fenomeno infortunistico e tecnopatico.

Altresì, l'integrazione operativa tra ATS ed ITL diverrà occasione per strutturare il coordinamento dell'attività di controllo nei cantieri tra i due organi – per una piena attuazione delle disposizioni relative alla reiterazione di cui al D.Lgs 81/08 - attraverso l'utilizzo da parte di entrambi della specifica funzionalità presente in Mo.Ri.Ca.

Il Programma presidia, per il settore di attività considerato, gli obiettivi di contrasto alle disuguaglianze di salute, attraverso la messa a disposizione delle ATS del software Mo.Ri.Ca. che consente di pesare i diversi item della notifica preliminare art. 99 D.Lgs 81/08 presente in Ge.Ca., costruendo, a partire dal profilo delle imprese che lavorano in cantiere (in termini di esiti dell'attività di vigilanza condotta dagli SPSAL e di infortuni denunciati all'INAIL) il profilo di rischio del cantiere. Lo strumento indirizza le ispezioni nei cantieri in cui i lavoratori sono più esposti (ambito di disuguaglianza), quindi orienta gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza dei SPSAL sull'impatto, in termini di disuguaglianze di salute, delle loro prassi organizzative.

---

[1] Decreto del Direttore Generale Sanità n. 9056 del 14 settembre 2009 e Decreto del Direttore Regionale del Lavoro n. 117 del 23 settembre 2009. Indicazioni operative inerenti l'avvio dell'obbligo di trasmissione informatizzata della notifica preliminare di inizio lavori nei cantieri con il 1° gennaio 2010 -

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Settore EDILIZIA

1. *Intesa, ai sensi dell'art. 8 comma 6 L 5.6.2003, n. 131, sul documento recante "Indicazioni ai Comitati Regionali di Coordinamento per la definizione della programmazione per l'anno 2014" del Comitato per l'indirizzo delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia salute e sicurezza sul lavoro ex art. 5 D.lgs 81/08 (Rep. Atti 23 CU del 20 febbraio 2014)*
2. *Documento "Indirizzi 2013 del Comitato ex art. 5 D.lgs. 81/08 per la realizzazione nell'anno 2014 di Linee Comuni delle politiche nazionali e il coordinamento della vigilanza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" predisposto sulla base delle indicazioni espresse dai Comitati regionali di coordinamento presentato alla Commissione consultiva permanente nella seduta straordinaria del 6 novembre 2013 ed approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 20/02/2014.*
3. *Titolo IV del d. lgs. 81/2008 e relativi allegati*
4. *Piano Nazionale Edilizia 2014-2018*
5. *Linee di indirizzo per la vigilanza nei cantieri temporanei o mobili (Gruppo Tecnico Interregionale SSL*
6. *Liste di controllo nei cantieri edili (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)*
7. *Linee di indirizzo per la vigilanza nelle grandi opere (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)*
8. *Guida pratica all'applicazione del titolo IV del decreto legislativo 81/08 nei lavori pubblici e nei lavori privati (Regione Sicilia, edizione 2011)*

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 PL17_OT02	**Sviluppare la collaborazione con OECD e con ITL per attività di controllo cantieri edili**
INDICATORE 1 PL17_OT02_IT02	**Attuazione Accordo con OECD e con ITL**
formula	Definizione di uno schema di accordo con OECD e con ITL
Standard	Realizzazione di 1 accordo con OECD per il perfezionamento dell'algoritmo Mo.Ri.Ca.. Realizzazione di un accordo con IIL per la condivisione di banche dati funzionali all'utilizzo dell'algoritmo, in rapporto di collaborazione applicativa
Fonte	Regione

AZIONE 1.1	1.1 ACCORDI REGIONALI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.8 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 1.1	Formalizzazione della collaborazione tra DG Welfare, OECD e l'Ispettorato Interregionale del Lavoro (ITL) per l'evoluzione del progetto "Rating Audit Control: La costruzione di un modello per la razionalizzazione e la semplificazione dei controlli sulle imprese (RAC)". Obiettivo prioritario dell'Accordo è perfezionare il sistema Mo.Ri.Ca., strumento sviluppato in RL, funzionale alla classificazione dei cantieri sulla base di "fattori di rischio", attraverso la collaborazione di ITL per link/importazione/cooperazione applicativa con le proprie banche dati di esito dell'attività di vigilanza non solo tecnica, ma anche amministrativa (regolarità contrattuale). L'Accordo regionale si propone di mettere a sistema l'algoritmo avvalendosi delle competenze tecniche e del supporto istituzionale offerto dall'OECD nell'ambito della collaborazione con il Governo italiano.

AZIONE 1.2	1.2 MONITORAGGIO ACCORDI REGIONALI affidato al Comitato di coordinamento ex art. 7, D.Lgs 81/2008
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
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 1.2	Per il monitoraggio degli Accordi è istituito un tavolo, composto da rappresentanti della DG Welfare, dei responsabili del Progetto "RAC" per l'Italia, e da rappresentanti IIL al quale compete la supervisione delle attività previste nell'ambito dell'accordo. Al Comitato di coordinamento regionale ex art. 7 , D.Lgs 81/2008sono presentati gli avanzamenti e gli esiti dell'attività. Il Comitato di coordinamento regionale ex art. 7, D.Lgs 81/2008 monitora il grado di utilizzo di Mo.Ri.Ca. da parte delle ATS.

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 PL17_OT03	**Realizzare attività di formazione per operatori ATS**
INDICATORE 2 PL17_OT03_IT05	**Realizzazione di percorsi di formazione**
formula	Realizzazione di percorsi di formazione per target specifici (ATS/ITL quali Autorità di controllo con competenza nel settore delle costruzioni)
Standard	2022 - 2025: almeno 1 iniziative/incontri/seminari /convegni all'anno
Fonte	Regione

AZIONE 2	2. PERCORSI FORMATIVI
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 2	Per favorire l'utilizzo di Mo.Ri.Ca. da parte di tutte le ATS e degli operatori ITL si prevede la realizzazione di percorsi di formazione per target specifici (ATS/ITL quali Autorità di controllo con competenza nel settore delle costruzioni). La diffusione dello strumento di supporto per l'individuazione dei cantieri a maggior rischio e per un'efficace pianificazione dell'attività di controllo improntata al coordinamento tra operatori ATS e IIL, è funzionale ad una piena attuazione delle disposizioni relative alla reiterazione delle inosservanze ed alla sospensione delle attività di cantiere di cui al DLgs 81/08

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 3 PL17_OT05	**Realizzare campagne informative**
INDICATORE 3 PL17_OT05_IT04	**Realizzazione di campagne informative**
formula	Realizzazione di campagne informative a livello regionale e nazionale
Standard	Comunicazione e diffusione dei risultati in ordine all'approccio "sistemico" del rischio nell'ambito del settore cantieristico edile
Fonte	Regione

AZIONE 3	3. CAMPAGNA INFORMATIVA
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
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 3	Il Programma regionale prevede la realizzazione di eventi informativi a carattere:

	a) regionale/locale rivolto agli operatori del settore, b) nazionale per illustrare il progetto realizzato e diffonderne gli esiti.

EQUITÀ

OBIETTIVO EQUITY PL17_OT01	**Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**
INDICATORE EQUITY PL17_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

AZIONE EQUITY	1. APPROCCIO SISTEMICO AL RISCHIO
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.)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE EQUITY	Il perfezionamento del sistema Mo.Ri.Ca. è finalizzato a supportare la programmazione delle ispezioni nei cantieri attraverso la loro classificazione in base al livello di rischio. Il calcolo della potenziale "carenza di sicurezze" dell'individuo che lavora in cantiere, ovvero del rischio potenziale di incorrere in infortuni cui è esposto il lavoratore, effettuato con l'algoritmo (a partire dagli esiti delle attività di controllo su imprese edili e su coordinatori alla progettazione ed all'esecuzione, nonché gli infortuni occorsi alle stesse imprese) diventa strumento per orientare i controlli su obiettivi prioritari. Il sistema Mo.Ri.Ca. consente di applicare i principi di equità garantendo una ridistribuzione di risorse determinate dai bisogni espressi dai singoli territori. Il sistema Mo.Ri.Ca. è funzionale alla valutazione delle conseguenze e degli effetti del controllo effettuato dai servizi, misurando così il guadagno di salute della popolazione lavorativa del settore edile.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	**riduzione rischio infortunistico in edilizia**
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Si ritiene necessario orientare i controlli verso target maggiormente esposti a situazioni di potenziale rischio, supportando la programmazione con strumenti informativi quali l'algoritmo Mo.Ri.Ca. Attraverso il rafforzamento dell'attività di controllo, anche attivando specifici PMP, e l'avvio della formazione dedicata agli operatori si prevede di conseguire ulteriori risultati di riduzione degli infortuni in edilizia.

ATTORI COINVOLTI	ATS, figure della SSL presenti nei cantieri (CSE, CSP, RSPP, MC, DdL), associazioni di categoria
INDICATORE EQUITY	**tasso di frequenza infortunistica** Formula: tasso di frequenza infortunistica calcolato utilizzando al numeratore gli infortuni denunciati INAIL e al denominatore il numero di lavoratori occupati (fonte ISTAT) al netto del ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni (fonte: INPS) Standard: riduzione del tasso infortunistico FonteINAIL - ISTAT - INPS

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 4 PL17_OS01	**Promuovere in tutte le ATS l'uso dell'algoritmo Mo.Ri.Ca. per un'efficace/efficiente attività di vigilanza nei cantieri edili**
INDICATORE 4 PL17_OS01_IS01	**Report annuale sugli esiti dell'attività di vigilanza nei cantieri**
formula	Programmazione della vigilanza nei cantieri a maggior rischio, individuati attraverso l'algoritmo Mo.Ri.Ca.
Standard	Predisposizione del Report annuale dell'attività di vigilanza nei cantieri evidenziando il numero di: cantieri a maggior rischio ispezionati sul totale cantieri individuati con Mo.Ri.Ca.; cantieri oggetto di coordinamento con ITL; esito dell'attività di controllo
Fonte	Regione

AZIONE 4	REPORT ANNUALE ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI CANTIERI
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.)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 4	Per monitorare l'utilizzo dell'algoritmo Mo.Ri.Ca. da parte di tutte le ATS, nell'ordinarietà delle attività di controllo programmate dai Servizi nei cantieri, si prevede l'acquisizione annuale di un report. I report acquisiti ad inizio anno relativi all'attività svolta nell'anno precedente saranno portati all'attenzione ed al confronto nel Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7, D.Lgs 81/2008, chiedendo ai Servizi di fare altrettanto presso i Comitati locali.

4.7 PL15 Malattie infettive: quadro logico, preparedness e piano pandemico

Quadro logico regionale

CODICE	PL15
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Danilo Cereda
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO6 Malattie infettive prioritarie**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO6-02 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) - MO6-07 Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO6LSb Coordinamento e integrazione tra diversi livelli istituzionali nella attuazione di interventi di prevenzione, nel periodico ritorno informativo a tutti i livelli e nel monitoraggio sistematico - MO6LSe Rafforzamento della capacità di risposta alle emergenze infettive - 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
LEA	- A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

INTRODUZIONE EQUITA' E MALATTIE INFETTIVE

Le patologie infettive sono da sempre paradigma delle disuguaglianze in termini di salute, rivederle con la lente dell'equità nel contesto lombardo nel 2021 permette di leggere le diverse realtà della società lombarda. Il PRP lombardo affronta nello specifico le diverse tematiche con capitoli dedicati, ognuno dei quali riconduce ad alcune tipologie infettive:

- **i comportamenti** correlati principalmente alle Infezioni Sessualmente Trasmesse correlate e quindi alle possibilità di accesso alla prevenzione nonché a situazioni di stigma sociale ancora presenti **(PL21)**
- **l'ambiente naturale ed antropico** correlate alle patologie da vettori (zanzare) e la Legionella (vicinanza a luoghi a rischio) **(PL22)**
- **le condizioni di vita (abitative e di reddito)** correlate alla TBC e alle Epatiti **(PL23)**
- **l'accesso ai servizi di prevenzione e vaccinazione** correlate alle patologie prevenibili da vaccino e del viaggiatore e quindi sia all'efficienza dell'offerta del SSR sia alla capacità del SSR di combattere il fenomeno della Hesitancy a livello culturale **(PL18, PL16)**
- **il livello di controllo sugli alimenti garantito dal SSN/SSR** sugli alimenti correlato alle Malattie Trasmesse da Alimenti **(PL13)**
- **le condizioni di fragilità di salute della persona** correlate alle ICA e l'antibiotico Resistenza legata e quindi il tipo di assistenza sanitaria e sociosanitaria garantita **(PP10)**

Si rimanda ai Piani Liberi dedicati sopracitati e si approfondisce in questo capitolo la situazione in tema di equità rispetto all'epidemia Covid-19

1) IL COVID-19

I dati di analisi Covid sono evidenziati nell'apposito allegato: al fine di approfondire il significato dal punto di vista delle diseguaglianze si è attivata una ricerca di letteratura in grado di far emergere le differenze di salute.

Nel quadro logico sopra descritto sono stati indicati diversi determinanti di salute (l'accesso ai servizi, l'ambiente, i comportamenti) che trovano per molte malattie infettive dei nessi ormai consolidati in letteratura e nella pratica operativa. Tale paradigma (connessione tra malattia infettiva e alcuni determinati di salute) è stato esploso nella pandemia poiché molti dei determinanti di diseguaglianza hanno trovato una correlazione con il Covid19. In sintesi la pandemia ha fatto emergere la maggior parte delle diseguaglianze correlate alle malattie infettive.

In una analisi della ATS Milano (Consolazio 2021) si evidenzia la presenza di un pattern di disuguaglianze socioeconomiche nel contagio che necessita di essere preso in considerazione per mitigarne la diffusione e le disparità ad esso associate. Lo studio conclude segnalando che trascurare le differenze di classe nell'esposizione al rischio di contagio può favorire la circolazione del virus, con conseguenze che vanno oltre la generazione di disuguaglianze, contribuendo a una maggior diffusione della patologia nell'intera popolazione. Analogamente un progetto condotto da INMP (Rossi 2021) ha approfondito tale tematica nella popolazione straniera segnalando che i risultati mostrano un eccesso di rischio di positività al test tra gli stranieri e di ricovero e terapia intensiva tra le donne straniere, mentre il rischio di mortalità è inferiore tra gli stranieri, in particolare tra i maschi. La declinazione lombarda di tale studio (Magoni 2020), vista l'analisi di contesto in cui emerge che in Regione Lombardia sono presenti circa 10 milioni e 200 mila assistiti di cui il 12,4% stranieri regolari e almeno il 2,9% stranieri naturalizzati, ha evidenziato che al 30 aprile 2020 si sono registrati 74.227 casi di cui il 90,6% tra gli italiani, il 6,8% tra gli stranieri e il 2,6% tra i naturalizzati; si sono osservati, rispetto agli italiani, tassi grezzi più elevati per gli stranieri provenienti dalle Americhe e tassi più bassi per gli altri gruppi. Il rischio tra gli stranieri è diventato gradualmente simile a quello degli italiani, per tutte le regioni OMS, nelle fasi più avanzate, tranne che per la Regione del Pacifico Occ. L'eccesso di rischio tra gli stranieri della Regione Americana e il minor rischio per quelli della Regione del Pacifico Occ. suggeriscono un maggior rischio di contagio per i primi, spesso impiegati in mansioni lavorative legate alla cura degli anziani e una minor interazione con la comunità italiana per i secondi. Tassi di letalità simili possono essere spiegati dall'accesso universalistico al SSN dei cittadini iscritti,

indipendentemente dalla loro origine. Un'altra associazione legata alla tematica stranieri e lavoro è emersa in ATS Valpadana (Guarda 2021) in cui la maggiore incidenza negli stranieri nella prima ondata è probabilmente spiegabile con i focolai registratesi durante l'estate nelle aziende agricole e nei macelli del territorio, avvenuti a carico di lavoratori giovani e sani (a cui è seguito un effetto protettivo su ospedalizzazione e mortalità). Altre esperienze italiane hanno evidenziato le forti diseguaglianze tra quartieri residenziali ed industriali con siderurgia e trafficati (Gennaro 2021), come la mortalità per Covid-19 ha colpito soprattutto le fasce più anziane ed in particolare soggetti affetti da dislipidemie (Martini 201), nonché come le differenze nel livello di istruzione risultano associate a un diverso rischio di infezione da Covid-19, con una protezione dei più istruiti, particolarmente evidente nella terza fase dell'epidemia. Ulteriori analisi sono state condotte nell'ambito lavorativo sanitario evidenziando i profili sanitari più colpiti da Covid-19 (riabilitatori,,palliativisti etc) e pertanto la necessità di una competenza diffusa di gestione delle malattie infettive.

Le esperienze lombarde/italiane trovano raccordo con la letteratura internazionale: ad esempio in USA (Lee 2021) durante la pandemia, si sono visti effetti protettivi per i non ispanici, con istruzione superiore, livelli di formazione e reddito più elevato e proprietari di casa: gli indici di disparità mostrano tendenze crescenti nelle disparità razziali/etniche e relativi alla salute mentale durante la pandemia. In Israele si sono evidenziati alcuni fenomeni in cui differenze di salute hanno colpito nella seconda ondata le comunità emarginate caratterizzate da alta densità residenziale e status di minoranza (Birenbaum 2021). In uno studio giapponese Miyawaki (2021) è stato sottolineato che le disparità nell'uso della telemedicina per livello di istruzione e urbanità di residenza si sono ampliate durante la pandemia di COVID-19. Analogamente sono emersi i fattori di rischio geografici e residenziali come spiegazione del carico complessivo di COVID-19 e le sue disparità razziali/etniche e socioeconomiche (Juhn 2021). In particolare, l'ambiente costruito merita un'attenzione immediata per produrre strategie specifiche per il luogo per prevenire l'ulteriore diffusione del coronavirus. Una ricerca USA (Liu 2021) ha indicato che sebbene gli indicatori socioeconomici siano i fattori principali che influenzano il COVID-19, l'ambiente costruito ha influenzato i casi di COVID-19 sotto diversi aspetti. La densità dell'ambiente edificato è stata positivamente associata ai tassi di incidenza. In particolare, l'aumento dello spazio aperto ha contribuito a ridurre i tassi di incidenza. All'interno di ciascuna comunità, le famiglie sovraffollate hanno portato a un aumento dei tassi di incidenza.

Non mancano poi in letteratura evidenze della complessità del raccordo tra i vari determinati della diffusione della pandemia come ad esempio l'ambiente costruito, il livello culturale, attitudini e credenze. Uno studio in Israele (Arbel 2021) ha evidenziato un aumento significativo dell'infezione per ciascun livello di densità di popolazione ma tale aumento può essere spiegato non solo da una distribuzione spaziale non uniforme ma anche dalla differente diffusione di informazioni in diverse lingue, dai diversi livelli di infrastrutture mediche in diverse parti del paese, dai diversi livelli di conformità alle norme sul distanziamento sociale e dal rigoroso (limitato) rispetto delle regole di distanziamento sociale.

L'analisi dei principali determinati emersi dalla letteratura deve servire a strutturare un sistema di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive in grado di leggere rapidamente le correlazioni tra malattie infettive e determinati di salute come la pandemia covid ha messo in evidenza.

Alla luce di quanto delineato è chiaro che il rinnovamento del Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive e l'implementazione di piani di emergenza devono essere in grado di considerare prioritariamente le diseguaglianze di ogni territorio: la concezione di interventi volti

a contrastare i meccanismi che espongono le frange più vulnerabili della popolazione a un maggior rischio di infezione è di importanza fondamentale per contenere lo scoppio di epidemie virali e l'insorgenza di nuovi focolai e ondate.

- Angelici et al. Differenze nell'incidenza di infezione da SARS-CoV-2 per livello di istruzione nelle tre fasi dell'epidemia a Roma: primi risultati del progetto DeteCOVID. XLV Convegno AIE 2020-21 (2021) https://www.epidemiologia.it/wp-content/uploads/2020/09/Libro-degli-abstract.pdf (disponibile al 1-8-2021)
- Arbel Y, Fialkoff C, Kerner A, Kerner M. Do COVID19 infection rates change over time and space? Population density and socio-economic measures as regressors. Cities. 2021 Jul 28:103400. doi: 10.1016/j.cities.2021.103400. Epub ahead of print. PMID: 34334867; PMCID: PMC8316012.
- Birenbaum-Carmeli D, Chassida J. Health and socio-demographic implications of the Covid-19 second pandemic wave in Israel, compared with the first wave. Int J Equity Health. 2021 Jul 2;20(1):154. doi: 10.1186/s12939-021-01445-y. PMID: 34215274; PMCID: PMC8251689.
- Consolazio et al. L'impatto dello status socioeconomico territoriale nella pandemia COVID-19 nelle Province di Milano e Lodi . XLV Convegno AIE 2020-21 (2021) https://www.epidemiologia.it/wp-content/uploads/2020/09/Libro-degli-abstract.pdf (disponibile al 1-8-2021)
- Gennaro et. al. Referto Epidemiologico Comune (REC): raffronto della mortalità 2020 con il periodo pre COVID-19 (2009-2019) nelle circoscrizioni di Genova. XLV Convegno AIE 2020-21 (2021) https://www.epidemiologia.it/wp-content/uploads/2020/09/Libro-degli-abstract.pdf (disponibile al 1-8-2021)
- Guarda et al. Differenze nell'andamento dell'epidemia nella popolazione italiana e straniera resident. XLV Convegno AIE 2020-21 (2021) https://www.epidemiologia.it/wp-content/uploads/2020/09/Libro-degli-abstract.pdf (disponibile al 1-8-2021)
- Juhn YJ, Wheeler P, Wi CI, Bublitz J, Ryu E, Ristagno E, Patten C. Role of Geographic Risk Factors in COVID-19 Epidemiology: Longitudinal Geospatial Analysis. Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes. 2021 Jul 12. doi: 10.1016/j.mayocpiqo.2021.06.011. Epub ahead of print. PMID: 34308261; PMCID: PMC8272975.
- Lee H, Singh GK. Monthly Trends in Self-Reported Health Status and Depression by Race/Ethnicity and Socioeconomic Status During the COVID-19 Pandemic, United States, April 2020 - May 2021. Ann Epidemiol. 2021 Aug 3:S1047-2797(21)00230-1. doi: 10.1016/j.annepidem.2021.07.014. Epub ahead of print. PMID: 34358622.
- Liu Z, Liu C, Guan C. The impacts of the built environment on the incidence rate of COVID-19: A case study of King County, Washington. Sustain Cities Soc. 2021 Jul 10:103144. doi: 10.1016/j.scs.2021.103144. Epub ahead of print. PMID: 34306992; PMCID: PMC8271037.
- Magoni et al. Incidenza e letalità da covid-19 in regione lombardia: confronto tra italiani e stranieri nella prima fase dell'epidemia. XLIV Convegno AIE (2020) https://www.epidemiologia.it/wp-content/uploads/2020/09/Libro-degli-abstract.pdf (disponibile al 1-8-2021)
- Martini et al. Mortalità per COVID-19 e per altre cause nella provincia di Pistoia nel 2020. XLV Convegno AIE 2020-21 (2021) https://www.epidemiologia.it/wp-content/uploads/2020/09/Libro-degli-abstract.pdf (disponibile al 1-8-2021)
- Miyawaki A, Tabuchi T, Ong MK, Tsugawa Y. Age and Social Disparities in the Use of Telemedicine During the COVID-19 Pandemic in Japan: Cross-sectional Study. J Med Internet Res. 2021 Jul 23;23(7):e27982. doi: 10.2196/27982. PMID: 34259641.
- Poletti P, Tirani M, Cereda D, et al. Seroprevalence of and Risk Factors Associated With SARS-CoV-2 Infection in Health Care Workers During the Early COVID-19 Pandemic in Italy. JAMA Netw Open. 2021;4(7):e2115699. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.15699 https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2781622
- Rossi et al. Monitoraggio dell'epidemia da SARS-CoV-2 nella popolazione straniera in Italia: risultati preliminari di un progetto interregionale. XLV Convegno AIE 2020-21 (2021) https://www.epidemiologia.it/wp-content/uploads/2020/09/Libro-degli-abstract.pdf (disponibile al 1-8-2021)

ANALISI DI CONTESTO

La fonte dati è il Data WareHouse (DWH) regionale che è alimentato dal sistema gestionale delle malattie infettive regionale Mainf. Ove non esplicitato diversamente i dati sono elaborati per "data apertura pratica", si ricorda che ove presenti i tassi di incidenza tengono in considerazione soli i casi dei residenti lombardi.
Nel 2020, a causa della pandemia da Sars-Cov-2, si è verificata una drastica riduzione delle altre patologie infettive. Il fenomeno è da ricondurre alle restrizioni imposte per limitare la diffusione del virus e verosimilmente ad un accesso più difficile al sistema sanitario, soprattutto durante i periodi di picco epidemico.

Quadro d'insieme

Le patologie più frequenti notificate sono le malattie esantematiche infantili, in tabella 1 sono riportati i casi assoluti ed i tassi di incidenza per la popolazione residente in Lombardia mentre nella tabella 2 vengono presentati i casi ed i tassi di incidenza nelle fasce di età scolastiche. A completamento dei dati rappresentati in tabella 1 si segnalano in tabella 2 i casi notificati in Lombardia in pazienti residenti in altre regioni italiane o all'estero ed il loro impatto in termini percentuali sulle notifiche totali dell'anno di riferimento.

Si pone l'attenzione sui seguenti aspetti:

- Un trend in lenta ma costante crescita dei casi di mononucleosi infettiva, con i tassi di incidenza più alti nelle fasce di età 3-5 anni e 14-18 anni.
- Una importante riduzione dei casi di varicella nel 2019 in continuità con il trend degli ultimi anni. La fascia di età più colpita è quella dai 3 ai 5 anni.
- Nel 2019 si è verificato un picco di casi di morbillo dovuto ad un aumento marcato delle diagnosi nella fascia di età 19-44 anni e più modesto nelle fasce 0-2 anni e 45-64 anni, come mostrato dalla fig. 1

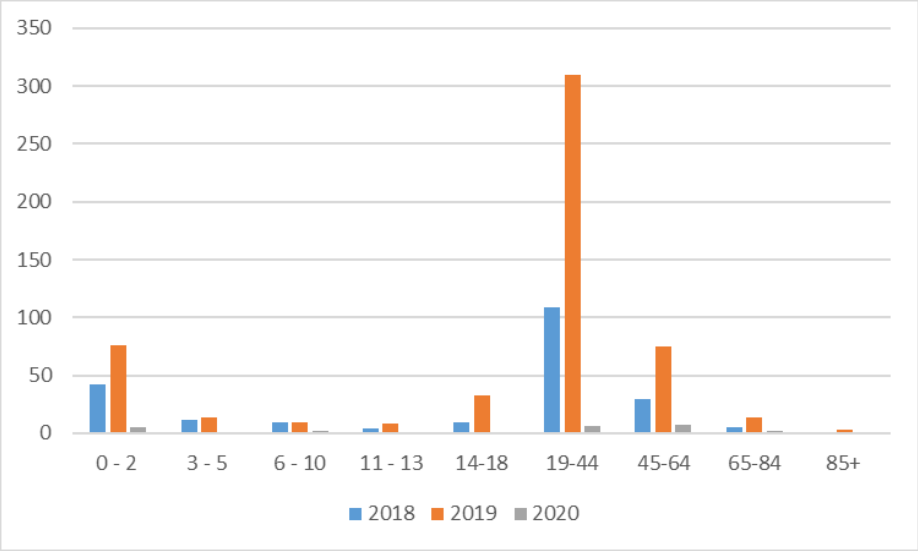


Figura 1. Casi di morbillo per fascia di età nel triennio 2018-2020

Tabella 1. Frequenza di casi notificati di malattie esantematiche per i residenti lombardi per il triennio (2018 – 2020)

		2018	2019	2020
MONONUCLEOSI INFETTIVA	N° casi	625	693	351
	Tasso per 100.000 ab.	6,2	6,9	3,5
MORBILLO	N° casi	220	542	24
	Tasso per 100.000 ab.	2,2	5,4	0,2
PAROTITE EPIDEMICA	N° casi	307	256	83

	Tasso per 100.000 ab.	3,1	2,6	0,8
PERTOSSE	N° casi	220	187	50
	Tasso per 100.000 ab.	2,2	1,9	0,5
ROSOLIA	N° casi	16	17	5
	Tasso per 100.000 ab.	0,2	0,2	0,05
SCARLATTINA	N° casi	4386	4537	1112
	Tasso per 100.000 ab.	43,7	45,2	11,1
VARICELLA	N° casi	19463	13478	2357
	Tasso per 100.000 ab.	193,9	134,3	23,5

Tabella 2. Casi notificati in Lombardia in pazienti residenti in altre regioni italiane o all'estero ed impatto sul totale dei casi notificati per anno

	2018	% sul tot	2019	% sul tot	2020	% sul tot
MONONUCLEOSI INFETTIVA	24	4%	27	4%	8	2%
MORBILLO	30	11%	51	8%	5	15%
PAROTITE EPIDEMICA	8	2%	8	3%	1	1%
PERTOSSE	6	3%	3	2%		0%
ROSOLIA	1	6%	1	5%		0%
SCARLATTINA	87	2%	65	1%	13	1%
VARICELLA	438	2%	247	2%	54	2%

Tabella 3. Frequenza di casi notificati per i residenti lombardi di malattie esantematiche per gli anni 2018-2019-2020 nelle fasce di età scolastiche

		2018					2019					2020				
		0 - 2	3 - 5	6 - 10	11 - 13	14-18	0 - 2	3 - 5	6 - 10	11 - 13	14-18	0 - 2	3 - 5	6 - 10	11 - 13	14-18
MONONUCLEOSI INFETTIVA	N° casi	72	117	101	64	150	80	112	115	64	196	43	54	56	30	89
	Tasso per 100.000 ab.	29,4	43,6	20,7	22,0	32,0	33,9	43,1	24,0	22,0	41,6	18,8	21,2	11,9	10,2	18,8
MORBILLO	N° casi	42	12	9	4	9	76	14	9	8	33	5	1	2		
	Tasso per 100.000 ab.	17,1	4,5	1,8	1,4	1,9	32,2	5,4	1,9	2,8	7,0	2,2	0,4	0,4	0,0	0,0
PAROTITE EPIDEMICA	N° casi	31	107	61	17	15	19	63	81	30	12	5	17	24	10	7
	Tasso per 100.000 ab.	12,6	39,9	12,5	5,9	3,2	8,0	24,2	16,9	10,3	2,5	2,2	6,7	5,1	3,4	1,5
PERTOSSE	N° casi	66	32	55	35	7	50	34	38	36	9	14	8	10	12	1
	Tasso per 100.000 ab.	26,9	11,9	11,3	12,1	1,5	21,2	13,1	7,9	12,4	1,9	6,1	3,1	2,1	4,1	0,2
ROSOLIA	N° casi	5	2	1			2	1			2					1
	Tasso per 100.000 ab.	2,0	0,7	0,20	0,0	0,0	0,85	0,4	0,0	0,00	0,4	0,0	0,00	0,0	0,0	0,21
SCARLATTINA	N° casi	845	2897	558	48	12	849	2930	640	50	16	182	743	158	10	7
	Tasso per 100.000 ab.	344,6	1080,8	114,3	16,5	2,6	359,6	1126,5	133,5	17,2	3,4	79,8	291,8	33,6	3,4	1,5
VARICELLA	N° casi	3600	11275	2976	249	143	1351	8474	2306	250	129	240	1159	570	68	37
	Tasso per 100.000 ab.	1468,1	4206,4	609,4	85,7	30,5	572,2	3258,1	480,9	86,0	27,4	105,2	455,2	121,2	23,1	7,8

La tabella 4 mostra i casi ed i tassi di incidenza per la popolazione residente in Lombardia per le patologie che interessano principalmente il tratto gastrointestinale. Le patologie più diffuse risultano le diarree infettive e le salmonellosi non tifoidee, in linea con l'andamento degli anni precedenti. Si segnala una lieve riduzione dei casi di diarrea infettiva, epatite A e giardiasi nel 2019.

Tabella 4. Frequenza casi di patologie ad interessamento prevalentemente gastrointestinale (residenti Lombardia)

		2018	2019	2020
DIARREA INFETTIVA	N° casi	4347	3716	2080
	Tasso per 100.000 ab.	43,3	37,1	20,7
EPATITE A	N° casi	242	161	26
	Tasso per 100.000 ab.	2,4	1,6	0,3
GIARDIASI	N° casi	102	33	20
	Tasso per 100.000 ab.	1,0	0,3	0,2
LISTERIOSI	N° casi	69	71	63
	Tasso per 100.000 ab.	0,7	0,7	0,6
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	N° casi	1134	1060	872
	Tasso per 100.000 ab.	11,3	10,6	8,70
SHIGELLOSI	N° casi	22	30	6
	Tasso per 100.000 ab.	0,2	0,3	0,1
INFEZIONI, TOSSINFEZIONI ED INTOSSICAZIONI ALIMENTARE	N° casi	374	491	90
	Tasso per 100.000 ab.	3,7	4,9	0,90

A completamento dei dati rappresentati in tabella 4 si segnalano in tabella 5 i casi notificati in Lombardia in pazienti residenti in altre regioni italiane o all'estero ed il loro impatto in termini percentuali sulle notifiche totali dell'anno di riferimento.

Tabella 5. Casi di patologie ad interessamento prevalentemente gastrointestinale (non residenti Lombardia)

	2018	% sul tot	2019	% sul tot	2020	% sul tot
DIARREA INFETTIVA	199	4%	156	4%	63	3%
EPATITE A	16	6%	6	4%	1	4%
GIARDIASI	3	3%	1	3%	2	9%
LISTERIOSI	1	1%	1	1%	2	3%
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	38	3%	37	3%	23	3%
SHIGELLOSI		0%	3	9%		0%
INFEZIONI, TOSSINFEZIONI ED INTOSSICAZIONI ALIMENTARE	58	13%	79	14%	2	2%

Nel triennio in analisi in media le diarree infettive sono state nel 76% dei casi di origine batterica e nel 21% dei casi di origine virale, come mostrato in dettaglio nella fig.2. I batteri identificati più frequentemente responsabili di diarrea infettiva sono stati clostridium difficile e campylobacter, come mostrato in dettaglio dalla fig.3 . I virus identificati più frequentemente, responsabili di diarrea infettiva, sono i rotavirus, adenovirus e norovirus.

Figura 2. Percentuale diarree batteriche e virali per anno (residenti)

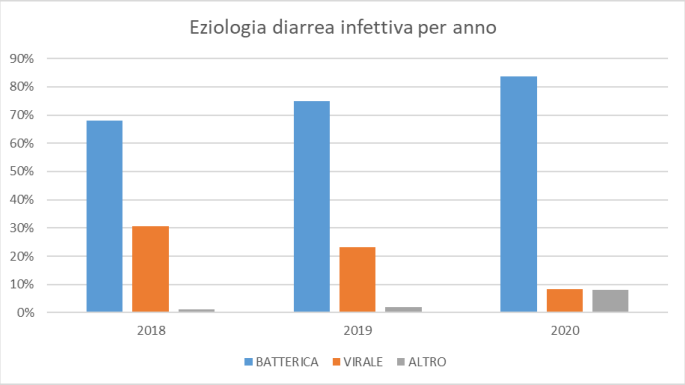


Figura 3. Batteri responsabili delle diarree infettive

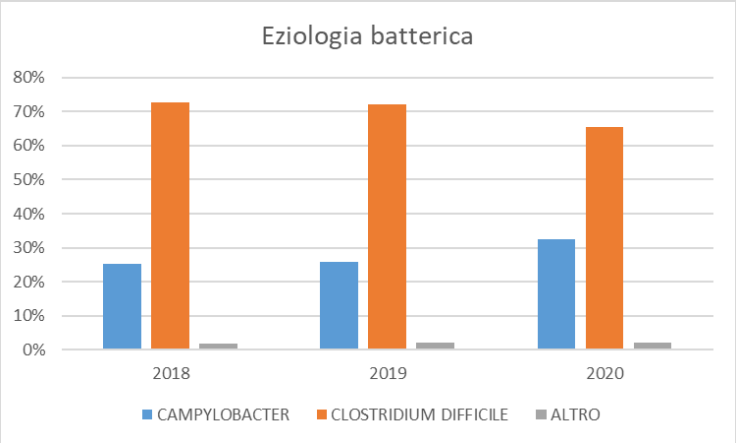
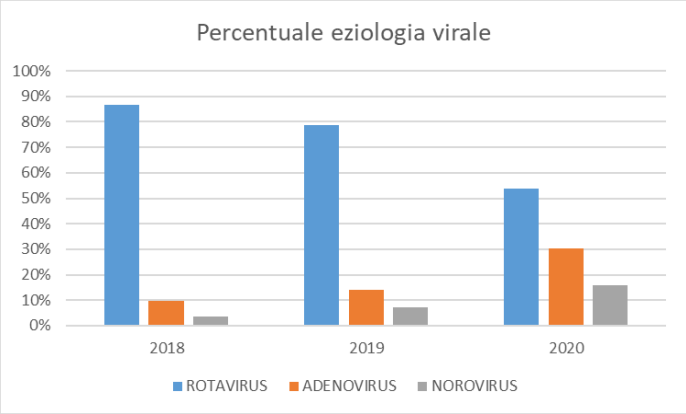


Fig 4. Virus responsabili delle diarree infettive



Le figure 5 e 6 mostrano i tassi di incidenza per fasce di età delle due infezioni più diffuse. I rotavirus colpiscono principalmente i bambini all'età di 0-1 anno ed i casi si riducono progressivamente con l'età. Il clostridium difficile presenta la massima incidenza nella fascia di età degli ultraottantacinquenni.

Fig. 5 Casi e tassi di incidenza nelle fasce di età più colpite da infezione da rotavirus e clostridium difficile

		2018			2019			2020		
		45-64	65-84	85+	45-64	65-84	85+	45-64	65-84	85+
CLOSTRIDIUM DIFFICILE	N° casi	229	1116	701	207	1045	629	127	580	355
	Tasso per 100.000 ab.	7,7	58,4	208,6	6,9	54,4	181,5	4,2	29,9	99,2

		2018			2019			2020		
		0 - 2	3 - 5	6 - 10	0 - 2	3 - 5	6 - 10	0 - 2	3 - 5	6 - 10
ROTAVIRUS	N° casi	798	222	66	409	151	13	52	10	12
	Tasso per 100.000 ab.	325,4	82,8	13,5	173,2	58,1	2,71	22,8	3,9	2,6

Fig. 6 Casi di infezione da rotavirus nella fascia di età 0 – 4 anni (2018 – 2020)

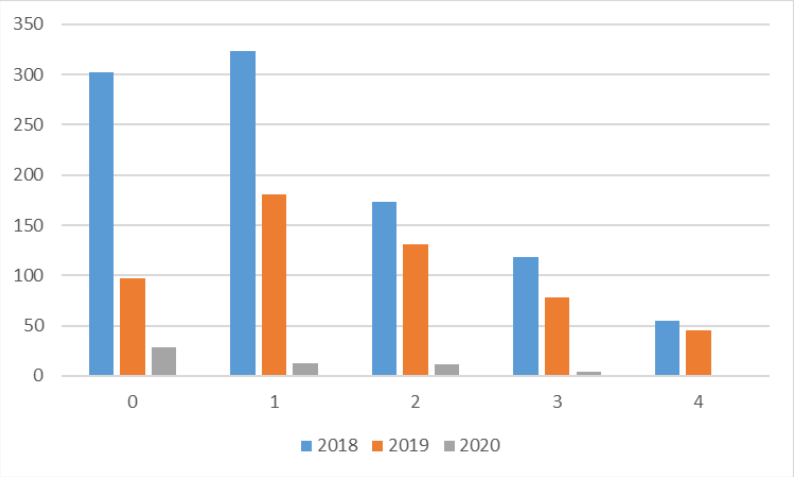


Tabella 6. Casi e tassi di incidenza delle patologia ad interesse gastrointestinale per fascia d'età ed anno (residenti Lombardia)

		2018									2019								
		0 - 2	3 - 5	6 - 10	11 - 13	14 18	19 44	45 64	65 84	85+	0 - 2	3 - 5	6 - 10	11 - 13	14 18	19 44	45 64	65 84	85+
DIARRE INFETTIVA	N° casi	1075	339	207	74	85	197	383	1284	753	712	270	152	75	100	199	315	1220	673
	Tasso per 100.000 ab.	438,4	126,5	42,4	25,5	18,1	6,4	11,2	67,2	224,1	301,6	103,8	31,7	25,8	21,2	6,6	10,5	63,5	194,2
EPATITE A	N° casi	1	18	39	31	21	79	39	8	6	4	25	28	10	12	48	18	14	1
	Tasso per 100.000 ab.	0,4	6,7	8,0	10,7	4,5	2,6	1,3	0,4	1,8	1,7	9,6	5,8	3,4	2,5	1,6	0,6	0,7	0,3
GIARDIASI	N° casi	7	7	15	11	5	33	20	4		2	4	1			12	9	4	1
	Tasso per 100.000 ab.	2,9	2,6	3,1	3,8	1,1	1,1	0,7	0,2	0,0	0,8	1,5	0,2	0,0	0,0	0,4	0,3	0,2	0,3
LISTERIOSI	N° casi	4					6	15	39	5	1					5	14	38	13
	Tasso per 100.000 ab.	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,5	2,0	1,5	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,5	2,0	3,8
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	N° casi	209	169	160	52	40	101	100	243	60	177	173	169	51	34	101	96	212	47
	Tasso per 100.000 ab.	85,2	63,0	32,77	17,9	8,5	3,3	3,4	12,7	17,9	74,97	66,5	35,2	17,54	7,2	3,4	3,2	11,0	13,6
SHIGELLOSI	N° casi	3	2	4			9	2	2		5	8	2	2	2	7	1	2	1
	Tasso per 100.000 ab.	1,2	0,7	0,8	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	2,1	3,1	0,4	0,7	0,4	0,2	0,0	0,1	0,3
INFEZIONI, TOSSINFEZIONI ED INTOSSICAZIONI ALIMENTARE	N° casi	4	3	36	19	21	176	97	17	1	3	8	37	32	50	237	77	27	20
	Tasso per 100.000 ab.	1,6	1,1	7,4	6,5	4,5	5,8	3,3	0,9	0,3	1,3	3,1	7,7	11,0	10,6	7,9	2,6	1,4	5,8

		2020								
		0 - 2	3 - 5	6 - 10	11 - 13	14 18	19 44	45 64	65 84	85+
DIARRE INFETTIVA	N° casi	244	84	149	72	92	113	193	730	403
	Tasso per 100.000 ab.	106,9	33,0	31,7	24,5	19,4	3,8	6,3	37,7	112,6
EPATITE A	N° casi			4	1		9	7	4	1
	Tasso per 100.000 ab.	0,0	0,0	0,9	0,3	0,0	0,3	0,2	0,2	0,3
GIARDIASI	N° casi	1	1	2			9	5	2	
	Tasso per 100.000 ab.	0,4	0,4	0,4	0,0	0,0	0,3	0,2	0,1	0,0
LISTERIOSI	N° casi	2					8	8	32	13
	Tasso per 100.000 ab.	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	1,7	3,6
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	N° casi	150	125	141	52	35	57	78	169	65
	Tasso per 100.000 ab.	65,7	49,09	30,0	17,7	7,40	1,9	2,6	8,7	18,2
SHIGELLOSI	N° casi		1	2			1	1	1	
	Tasso per 100.000 ab.	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
INFEZIONI, TOSSINFEZIONI ED INTOSSICAZIONI ALIMENTARE	N° casi		1		5	6	51	22	4	1
	Tasso per 100.000 ab.	0,0	0,4	0,0	1,7	1,3	1,7	0,7	0,2	0,3

La tabella 6 mostra i casi ed i tassi di incidenza per i residenti per alcune patologie di elevata gravità. Si può notare una elevata incidenza di legionellosi con una incidenza di circa 10 nel 2018-2019 vs una media nazionale nel 2017 di 3,3[1].

Si è verificato un picco nelle meningo encefaliti virali nel 2018 la cui eziologia non è specificata.

Si segnala inoltre un leggero incremento di casi di malattia invasiva pneumococcica rispetto agli anni precedenti 7, 1 (2018) vs 5,5 (2016).

Tabella. Casi e tassi di incidenza per patologie di elevata gravità (residenti Lombardia)

		2018	2019	2020
AIDS	N° casi	184	160	90
	Tasso per 100.000 ab.	1,8	1,6	0,9
EPATITE B	N° casi	85	72	33
	Tasso per 100.000 ab.	0,8	0,7	0,3
EPATITE C	N° casi	34	25	20
	Tasso per 100.000 ab.	0,3	0,2	0,2
LEGIONELLOSI	N° casi	1096	1051	806
	Tasso per 100.000 ab.	10,9	10,5	8,0
MALATTIA INVASIVA DA EMOFILO	N° casi	62	54	24
	Tasso per 100.000 ab.	0,6	0,5	0,24
MALATTIA INVASIVA MENINGOCOCCICA	N° casi	34	39	20
	Tasso per 100.000 ab.	0,3	0,4	0,2
MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA	N° casi	708	719	277
	Tasso per 100.000 ab.	7,1	7,2	2,8
MENINGITI BATTERICHE	N° casi	78	78	57
	Tasso per 100.000 ab.	0,8	0,8	0,6
MENINGO-ENCEFALITE VIRALE	N° casi	277	177	74
	Tasso per 100.000 ab.	2,8	1,8	0,7
TUBERCOLOSI	N° casi	945	857	586
	Tasso per 100.000 ab.	9,4	8,6	5,8

Tabella: Casi non residenti in Lombardia e percentuale sul totale dell'anno di riferimento

	2018	% sul tot	2019	% sul tot	2020	% sul tot
AIDS	18	9%	22	12%	4	4%
EPATITE B	4	4%		0%	3	8%
EPATITE C	4	11%	1	4%	1	5%
LEGIONELLOSI	64	6%	52	5%	29	3%
MALATTIA INVASIVA DA EMOFILO	4	6%	2	4%	2	8%
MALATTIA INVASIVA MENINGOCOCCICA	3	8%	2	5%	1	5%
MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA	27	4%	32	4%	9	3%
MENINGITI BATTERICHE	4	5%	7	8%	3	5%
MENINGO-ENCEFALITE VIRALE	10	3%	10	5%	5	6%
TUBERCOLOSI	166	15%	123	13%	72	11%

Tra le patologie ad interesse cutaneo le più frequenti sono state le dermatofitosi e la scabbia.

I casi di scabbia nella popolazione residente in Lombardia sono stati 1687 nel 2018, 2081 nel 2019 e 1295 nel 2020, con un tasso di incidenza nel 2019 di 20,8 x 100.000 abitanti, in aumento rispetto al trend degli anni precedenti.

I casi non residenti in Lombardia sono stati 192 nel 2018, 203 nel 2019 e 105 nel 2020.

Le dermatofitosi mostrano un trend decrescente rispetto agli anni precedenti, i casi nella popolazione residenti in Lombardia sono stati 385 nel 2018, 326 nel 2019 e 143 nel 2020 con un tasso di incidenza nel 2019 di 3,2 x 100.000 ab Vs 4,8 nel 2016.

Nel triennio di riferimento l'eziologia più comune è stata microsporum spp (62%) e trychophiton spp (17%) mentre nel 10% non è stata indicato l'agente eziologico. I casi per i non residenti in Lombardia sono stati 12 sia nel 2018 sia nel 2019 e 2 nel 2020.

Arbovirosi

I casi di arbovirosi per la popolazione residente e non residente sono stati nl 2020 Chikungunya 0, Dengue 26, West Nile 91, Zika 4; nel 2019 i casi furono Chikungunya 20, Dengue 97, West Nile 15, Zika 7. UI casi di west Nile sono autoctoni mentre per le altre patologie si tratta di casi importati

Per quanto riguarda le meningoencefaliti virali si sono verificati 287 casi nel 2018, 187 nel 2019 e 79 nel 2020.

Il tetano ha colpito 9 soggetti nel 2018, 12 nel 2019 e 7 nel 2020 mentre i casi di botulismo sono stati 6 per ogni anno.

Le infezioni da HIV sono state 776 nel 2018, 635 nel 2019 e 287 nel 2020, si conferma il trend in calo per il 2019 mentre la forte riduzione dei casi del 2020, considerata la storia naturale dell'infezione è probabilmente correlata ad un maggiore fenomeno di sottonotifica.

Malattie infettive nelle diverse età

I tassi per le patologie infettive più comuni nei diversi gruppi d'età sono riportati in tabella. Si può notare come le malattie infettive colpiscano maggiormente i bambini e gli anziani. Nei bambini varicella, diarree infettive e scarlattina costituiscono le patologie più frequenti. Nel giovane adulto e adulto, seppur con tassi di incidenza molto più bassi, varicella, scabbia, HIV, tubercolosi sono le infezioni maggiormente rappresentate. Nelle fasce di età più avanzate si assiste ad aumento dell'incidenza delle infezioni, ad un aumento delle diarree infettive ed alla comparsa di legionella, malattia invasiva pneumococcica e salmonellosi non tifoidee.

Tabella. Infezioni più frequenti per fascia di età.

2018		2019		2020	
Classe di età	Tassi età specifici x 100000	Classe di età	Tassi età specifici x 100000	Classe di età	Tassi età specifici x 100000
0 - 2 anni		0 - 2 anni		0 - 2 anni	
VARICELLA	1468	VARICELLA	572	DIARREA INFETTIVA	107
DIARREA INFETTIVA	438	SCARLATTINA	360	VARICELLA	105
SCARLATTINA	345	DIARREA INFETTIVA	302	SCARLATTINA	80
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	85	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	75	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	66
SCABBIA	52	SCABBIA	65	SCABBIA	44
3 - 5 anni		3 - 5 anni		3 - 5 anni	
VARICELLA	4206	VARICELLA	3258	VARICELLA	455
SCARLATTINA	1081	SCARLATTINA	1127	SCARLATTINA	292
DIARREA INFETTIVA	126	DIARREA INFETTIVA	104	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	49
PARASSITOSI INTESTINALE E NON	79	PARASSITOSI INTESTINALE E NON	90	PARASSITOSI INTESTINALE E NON	40
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	63	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	67	DIARREA INFETTIVA	33
6 - 10 anni		6 - 10 anni		6 - 10 anni	
VARICELLA	609	VARICELLA	481	VARICELLA	121
SCARLATTINA	114	SCARLATTINA	133	SCARLATTINA	34
SCABBIA	43	SCABBIA	53	DIARREA INFETTIVA	32
DIARREA INFETTIVA	42	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	35	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	30
PARASSITOSI INTESTINALE E NON	38	PARASSITOSI INTESTINALE E NON	35	SCABBIA	28
11 - 13 anni		11 - 13 anni		11 - 13 anni	
VARICELLA	86	VARICELLA	86	DIARREA INFETTIVA	24
SCABBIA	31	SCABBIA	37	SCABBIA	23
DIARREA INFETTIVA	25	DIARREA INFETTIVA	26	VARICELLA	23
MONONUCLEOSI INFETTIVA	22	MONONUCLEOSI INFETTIVA	22	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	18
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	18	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	18	MONONUCLEOSI INFETTIVA	10
14 - 18 anni		14 - 18 anni		14 - 18 anni	
MONONUCLEOSI INFETTIVA	32	MONONUCLEOSI INFETTIVA	42	SCABBIA	28
VARICELLA	31	SCABBIA	34	DIARREA INFETTIVA	19
SCABBIA	28	VARICELLA	27	MONONUCLEOSI INFETTIVA	19
DIARREA INFETTIVA	18	DIARREA INFETTIVA	21	VARICELLA	8
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	9	INFEZ.,TOSSINFEZIONI E INTOSS. ALIM.	11	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	7
19 - 44 anni		19 - 44 anni		19 - 44 anni	
VARICELLA	31	VARICELLA	24	SCABBIA	14
SCABBIA	21	SCABBIA	24	TUBERCOLOSI	9
TUBERCOLOSI	14	SIFILIDE	15	SIFILIDE	8
INFEZIONE DA HIV	13	TUBERCOLOSI	12	VARICELLA	7
SIFILIDE	10	INFEZIONE DA HIV	12	INFEZIONE DA HIV	6
45 - 64 anni		45 - 64 anni		45 - 64 anni	
LEGIONELLOSI	14	LEGIONELLOSI	13	LEGIONELLOSI	10
DIARREA INFETTIVA	11	SCABBIA	12	SCABBIA	7
TUBERCOLOSI	8	DIARREA INFETTIVA	10	DIARREA INFETTIVA	6
INFEZIONE DA HIV	8	TUBERCOLOSI	8	TUBERCOLOSI	5
SCABBIA	8	SIFILIDE	7	SIFILIDE	3
65 - 84 anni		65 - 84 anni		65 - 84 anni	
DIARREA INFETTIVA	67	DIARREA INFETTIVA	63	DIARREA INFETTIVA	38
LEGIONELLOSI	25	LEGIONELLOSI	25	LEGIONELLOSI	18
MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA	19	MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA	18	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	9
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	13	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	11	MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA	8
TUBERCOLOSI	9	TUBERCOLOSI	9	SCABBIA	6
Da 85 anni		Da 85 anni		Da 85 anni	
DIARREA INFETTIVA	224	DIARREA INFETTIVA	194	DIARREA INFETTIVA	113
LEGIONELLOSI	36	LEGIONELLOSI	32	LEGIONELLOSI	26
MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA	27	MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA	31	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	18
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	18	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	14	MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA	12
TUBERCOLOSI	13	SCABBIA	12	SCABBIA	6

[1]Rapporto annuale sulla legionellosi in Italia, Iss 2018

Scheda di programma

Descrizione dal PNP

La patologia infettiva rappresenta da sempre uno dei principali problemi di sanità pubblica: è fonte di malattia, disabilità e morte ed in alcuni casi, come l'emergenza Sars-Cov-2 ha dimostrato, potrebbe impattare sulla sostenibilità del sistema sanitario.

L'impatto della Pandemia da Covid 19 ha messo in evidenza quanto sia necessario adottare in campo preventivo, e non solo, un approccio "One Health", riconoscendo l'interdipendenza fra lo stato di salute dell'ambiente, degli animali e dell'uomo. D'altro canto, lo sforzo per contrastare l'impatto di una situazione emergenziale di così vasta portata ha messo bene in luce il valore di saper concretizzare la Strategia WHO "Salute in tutte le politiche". Tutto ciò richiede all'intera Struttura regionale, un nuovo modo di pensare e di agire per la salute individuale, collettiva, intesa come priorità strategica rilevante in tutti i settori, da perseguire attraverso nuove forme di collaborazione tra i policy maker dei diversi settori e fra i professionisti delle diverse discipline, anche all'interno di un singolo settore di intervento (nel caso della DG Welfare, ad esempio : medici, veterinari, scienziati ambientali, economisti, matematici e anche sociologi e psicologi) in coerenza con un approccio Global Health (Kaplan 2009). Tutto questo, a maggior ragione nella cornice di senso e di valore del PNRR che impegnerà l'intero sistema-paese e di conseguenza l'intero Sistema Regionale, assume ulteriore rilevanza strategica e culturale nel campo del management pubblico.

Nonostante le conoscenze sull'epidemiologia delle malattie infettive (potenziale epidemico, stagionalità e vie di trasmissione) e sulle strategie di prevenzione (vaccinazioni, misure di isolamento, IPC) siano ormai consolidate, si stanno presentando nuovi fattori di trasmissione quali i cambiamenti climatici, la globalizzazione, la frequenza e la velocità degli spostamenti di merci e persone.

In tale contesto è sempre più importante da un lato rafforzare il sistema di sorveglianza delle malattie infettive al fine di ridurre il rischio di introduzione e/o reintroduzione delle malattie infettive e dall'altro di migliorare la capacità del sistema sanitario a far fronte ad eventuali situazioni critiche.

Anche nell'ambito della prevenzione, della sorveglianza e del controllo delle malattie infettive l'informazione statistica costituisce uno strumento imprescindibile di conoscenza per la definizione e per la programmazione delle policy e pertanto il programma dovrà prevedere delle azioni per il miglioramento della completezza e della qualità delle segnalazioni, nonché una interoperabilità tra i vari sistemi informativi (es. sistema di segnalazione delle malattie infettive, anagrafe vaccinale e categorie a rischio).

Il sistema sanitario dovrà inoltre essere in grado di affrontare delle situazioni di criticità attraverso la predisposizione di specifico piano strategico-operativo di preparazione e risposta alle emergenze infettive nonché l'adozione di interventi atti a contrastare la diffusione di malattie infettive per le quali è già disponibile un vaccino.

I principali punti programmatici utili per tutte e patologie sono:

1) aggiornare gli indirizzi regionali in coerenza con le indicazioni nazionali e lo sviluppo del SSR lombardo

2) Sistema informativo della Sorveglianza delle Malattie Infettive

3) percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori

4) integrazione con altri ambiti del SSR e con la ricerca del Sistema di Segnalazione delle Malattie infettive

5) piani per l'emergenza infettiva con particolare attenzione al piano pandemico 2021-23 e relativo monitoraggio annuale

6) azioni dedicate alle patologie specifiche

7) Rete dei laboratori di riferimento dell'area della Sorveglianza delle Malattie Infettive

8) Rete delle Unità Operative ospedaliere di Malattie Infettive e Centro di Coordinamento delle Terapie Intensive

1) aggiornare gli indirizzi regionali in coerenza con le indicazioni nazionali e lo sviluppo del SSR lombardo

La Sorveglianza delle malattie infettive in regione Lombardia è coerente con quanto previsto dal Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive" aggiornato nell'ambito della Conferenza Stato Regioni "Sistema di Segnalazione delle Malattie Infettive (PREMAL)". I principali indirizzi regionali hanno origine dalla DGR 18853/2004 e sono stati principalmente rivisti in occasione dell'epidemia Covid con la DGR 3114/2020. Le principali novità della DGR del 2020 sono il maggior coinvolgimento della medicina di base e la regolamentazione dell'utilizzo in maniera sistematica degli esiti di esami di laboratorio come segnale di allerta come segnalazione .

Tali novità, unite all'esperienza del Covid-19 (riassunta nel paragrafo dedicato al profilo di salute) orientano il Sistema di Sorveglianza Regionale ad essere sempre più in grado di leggere i diversi segnali che arrivano dal territorio in maniera integrata. In sintesi anche il Sistema di Sorveglianza delle Malattie infettive deve riorientarsi in una logica olistica "One Heath"

Per tradurre tale modello in operatività è necessario rivedere gli indirizzi regionali per garantire che gli operatori sanitari abbiano a disposizione formazione continua, tecnologia adeguata e degli indirizzi operativi formali al fine di attivare le opportune attività di sanità pubblica. Tali indirizzi permetteranno agli operatori di gestire tutti i segnali di allerta in maniera uniforme ed in particolare: segnalazioni da parte di medici, esiti diagnostici, accessi agli ospedali (PS o ricovero), analisi delle acque, analisi integrata con la veterinaria. E' previsto inoltre lo sviluppo e la messa a sistema della sorveglianza sindromica in PS, e della sorveglianza per eventi (EBS).

Di particolare attenzione è il miglioramento della completezza e della qualità del dato nell'ambito dei sistemi di segnalazione delle malattie infettive attraverso il coordinamento e l'integrazione dei livelli istituzionali, la predisposizione e relativo aggiornamento di linee guida per la corretta compilazione delle segnalazioni / pratiche, una periodica formazione degli operatori sanitari (mmg, pls e medici ospedalieri), un periodico monitoraggio della qualità del dato, l'integrazione dei dati con fonti non sanitarie (es Zone censuarie, livello di istruzione etc.).

Nell'ambito degli indirizzi regionali sarà dato rilievo al ruolo centrale e di coordinamento del percorso di segnalazione da parte dei professionisti santari non medici nei percorsi di segnalazione delle malattie infettive con particolare attenzione agli Assistenti Sanitari, Infermieri e Tecnici della Prevenzione.

2) Sistema informativo della Sorveglianza delle Malattie Infettive

Il rinnovo del sistema di sorveglianza delle malattie infettive prevede:

- il rinnovo del sistema di segnalazione da parte del medico (MMG/PLS ospedaliero etc.)

- interoperabilità sistema informativo della sorveglianza delle malattie infettive con l'anagrafe vaccinale regionale e sorveglianza di laboratorio;
- acquisizione diretta dei dati di esito diagnostico, di ricovero o accesso a Pronto Soccorso, di residenza in strutture socio-sanitarie
- integrazione con altri fonti sanitarie (es. flusso mortalità, NAR, DWH regionale, banca dati assistito, osservatorio epidemiologico / categorie a rischio);
- integrazione con altri fonti Non sanitarie (es. reddito, condizione lavorativa, titolo di studio);
- analisi geo-spaziale sistematica dei dati
- la flessibilità per aggiungere altri fonti dati e per l'elaborazione e il download dei dati stessi
- implementazione di meccanismi di supporto decisionale automatico che evidenzino eventuali situazioni di criticità (circostanze causale o meno della diffusione della malattia infettiva);
- interoperabilità del sistema informativo regionale delle malattie infettive con un sistema informativo nazionale

3) percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori e di audit

Le nuove sfide legate ad un approccio "One Health" e "Global Health" necessitano di una continua formazione degli operatori attraverso:

- il confronto continuo tra pari in riunioni operative con cadenza ripetuta e costante (es. settimanali) tra referenti della sorveglianza;
- il confronto sistematico a livello locale e centrale tra discipline diverse;
- momenti di formazione formale anche tramite strumenti a distanza (FAD);
- formazione dedicata al nuovo Sistema Informativo delle Malattie Infettive;
- attivazione di un sistema regionale di verifica delle skill acquisite che sia indipendente dal percorso di formazione scelto ma che possa definire degli standard a cui gli operatori devono adeguarsi per garantire la corretta presa in carico da parte del cittadino;
- attivazione di un sistema di audit dedicato alla sorveglianza delle malattie infettive in collaborazione con il Centro regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente.

Sarà attivato un percorso per la creazione di link con i piani formativi dei medici sia nelle scuole di specializzazione , sia nei corsi per la medicina di famiglia, sia nei corsi di laurea . L'obiettivo è rendere la classe medica attenta alla prevenzione e al territorio. Per i corsi di malattie infettive e igiene, il focus è intraospedaliero.

Saranno tracciati link di raccordo con i percorsi di formazione degli Assitenti Sanitari e Tecnici della Prevenzione in quanto figura chiave nei percorsi di Sanità Pubblica.

4) integrazione con altri ambiti del SSR e con la ricerca del Sistema di Segnalazione delle Malattie infettive

L'esperienza del Covid-19 ha insegnato che la realtà sanitaria lombarda ha grande capacità di raccolta capillare di dati in grado non solo di fornire una fotografia completa della situazione

epidemiologica della Regione ma anche di rispondere a quesiti complessi circa, ad esempio, le caratteristiche epidemiologiche delle diverse varianti in circolazione. Tali dati sono una risorsa unica a livello nazionale, ma anche in una prospettiva internazionale, per fornire supporto empirico alle decisioni sulle politiche sanitarie della Regione. Tuttavia l'elaborazione e l'analisi di tali dati richiede competenze tecniche e scientifiche che solitamente risiedono in istituzioni (eg.; Università e Centri di Ricerca) esterne alla Regione, con le quali la condivisione del dato è al momento difficilmente percorribile – solitamente per motivi normativi di difficoltà allo scambio dati al fine di tutelare la privacy. Inoltre è necessario un lavoro di accuratezza per migliorare la qualità del dato che risponde a oggi a necessità di tipo gestionale e non sempre sufficiente a supportare la risposta ai quesiti della ricerca.

Durante la pandemia Covid-19 è stato importante poter usufruire (in regime di emergenza) di accordi con enti esterni per poter acquisire competenze utili alla gestione della pandemia (Fondazione Bruno Kessler, Università Bocconi, Università Bicocca, Università di Cambridge, Università degli Studi di MIlano, IRCCS San Matteo di Pavia; IRCCS Policlinico di Milano). Grazie a tali collaborazioni la Regione ha contribuito in maniera cruciale alla comprensione delle caratteristiche del virus e i risultati prodotti sono poi stati utilizzati a livello nazionale e internazionale per le previsioni sull'andamento dell'epidemia.

L'incredibile potenza di analisi ed elaborazione dati, nonché la presenza di competenze di altissimo livello nel territorio regionale e nazionale all'interno di Università e Centri di Ricerca non è tuttavia ancora integrata a pieno con le attività del SSR, dato che è ancora vincolata all'utilizzo esclusivo di dati open access che, per loro natura, non sono puntuali nella descrizione dei fenomeni dovendo mantenere alti requisiti di privacy. E' quindi necessario l'avvio di un percorso formale che, nel rispetto delle normative sulla privacy, garantisca la realizzazione di un "Data Center della Prevenzione" agile e rapido nell'attivare collaborazioni con istituzioni esterne, nella condivisione dei dati, e nell'attivazione di specifiche linee di ricerca strumentali alla definizione delle politiche sanitarie regionali.

In tal senso, ed in continuità con quanto in essere, si propone di attivare e formalizzare (ove non siano già formalizzati come ad esempio la Commissione AIDS per IST/HIV) dei gruppi di lavoro dedicati all'accompagnamento del PRP. Tali gruppi di lavoro composti da operatori sanitari (dell'area della prevenzione, clinici, laboratoristi, epidemiologi) e con l'ausilio dove necessario di esperti esterni, supporteranno direttamente la UO Prevenzione tramite la produzione di documenti, la partecipazione a riunioni o meeting scientifici, l'interazione diretta con istituzioni esterne competenti, l'analisi e l'elaborazione dei dati in modo da rendere - per periodi limitati e su obiettivi definiti - operatori esterni al SSR parte integrante della UO Prevenzione.

In tal senso con DGR 5068/2021 è stata proposta l'istituzione del "Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive" quale ente di diritto pubblico a supporto tecnico-scientifico della Regione e del sistema sanitario. Il nuovo centro, fermo restando che la parte programmatoria e di verifica è capo alla DG Welfare, non si occuperà della parte operativa attribuita da norma alle ATS e ASST che rimangono titolari della erogazione dei LEA . Il centro garantisce invece, di intesa con la DG Welfare e la UO Prevenzione, supporto tramite attività di ricerca scientifica ed epidemiologica con particolare attenzione a:

- preparazione ad eventuali emergenze sanitarie epidemiche;
- gestione delle emergenze epidemiche e pandemiche a livello clinico e diagnostico
- ricerca e monitoraggio nel campo della prevenzione, della diagnosi e della cura derivanti dalla diffusione di microorganismi;
- ricerca di nuove strategie terapeutiche;
- studio e controllo delle infezioni trasmissibili potenzialmente pericolose per la popolazione;

- ricerca e sviluppo di nuovi vaccini;
- sviluppo di programmi per il trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca
- gestione delle pratiche di politica sanitaria finalizzate al buon utilizzo dei farmaci antibiotici e al contrasto all'antibiotico-resistenza
- includere la funzione di valutazione di efficacia, efficienza (costo-efficacia) e sostenibilità degli interventi di prevenzione.
- In raccordo con il presente documento al Centro sono richiesti approfondimenti dedicati specificati in ogni capitolo, mentre per l'accompagnamento del PL 15 e del piano Pandemico si identificano le seguenti azioni:
- supporto per formalizzare le collaborazioni scientifiche esistenti e attivarne di nuove per lo sviluppo di modelli predittivi, di proiezione dell'andamento delle malattie infettive e di analisi epidemiologica complessiva; attivare all'interno di queste collaborazioni, delle modalità di condivisione dei dati agili e tempestive, nel rispetto della normativa sulla privacy e in supporto alle politiche regionali;
- supportare la DG Welfare nella scrittura e nel monitoraggio del Piano Pandemico in merito alle innovazioni necessarie in termini di ricerca;
- implementare nel sistema lombardo competenze e modelli organizzativi in merito alla comunicazione in emergenza ridisegnando ruoli e compiti nonché strumenti adeguati
- supportare dal punto di vista del design di modelli organizzativi e di strumenti lo sviluppo del Centro di Coordinamento delle Terapie Intensive e analogamente per creare modelli organizzativi ospedalieri della gestione dei reparti di malattie infettive.

Gli Enti Regionali competenti collaboreranno con le scuole di specializzazione in igiene e medicina preventiva delle università della Lombardia – anche attraverso la Consulta dei loro Direttori - per supporti alla realizzazione degli obiettivi previsti dal Piano, con particolare riferimento agli ambiti di ricerca e formazione.

5) verificare e attivare piani per l'emergenza infettiva con particolare attenzione al piano pandemico influenzale 2021-23 e relativo monitoraggio annuale

Nel 2021, in accordo con le indicazioni nazionali sarà redatto il Piano Pandemico Regionale 21-23 a cui si rimanda ; analogamente saranno definite a livello nazionale le modalità di monitoraggio del Piano Pandemico.

Alcuni elementi caratterizzanti del nuovo Piano sono:

- orientare la capacità di risposta per il rilevamento di sospetti focolai secondo il metodo 7-1-7 (Frieden 2021) cioè la capacità entro 7 giorni da una allerta di testare ed individuare tutti i casi e di attivare l'inchiesta epidemiologica e la presa in carico del paziente entro 1 giorno
- garantire l'attivazione di reti di laboratori dedicati che possano avere dei laboratori di riferimento primari (con livelli i sicurezza più elevati p3/p4) e laboratori di appoggio, con la logica di azzonamento dei laboratori per garantire sostenibilità nei tempi di analisi
- sviluppare la capacità di genotipizzazione e sequenziamento dei laboratori nonché lo sviluppo di laboratori con capacità di metagenomica per l'individuazione dei casi
- attivare meccanismi di comunicazione delle malattie infettive all'opinione pubblica che permettano una gestione continua (anche in periodo non pandemico) e competa delle informazioni relative alle malattie infettive, nonché l'attivazione di team dedicati in casi di emergenza

- pieno coinvolgimento di altre Direzioni Generali Regionali nella condivisione ne monitoraggio del piano
- attivare azioni di raccordo sistematico con le RSA per il monitoraggio dell'andamento delle malattie infettive

Inoltre in tema di sanità pubblica riveste un ruolo emergente e prioritario lo studio ed analisi del fenomeno dello spillover ovvero della possibilità, attraverso meccanismi evolutivi e di ricombinazione genica, della comparsa di nuovi agenti infettivi a partire dal mondo animale. In questo meccanismo, in un'ottica olistica e di approccio One Health, risulterà importante integrare la sorveglianza in campo umano con i dati derivanti da quella svolta in campo animale, con particolare attenzione al ruolo ricoperto dalla fauna selvatica.

6) azioni dedicate alle patologie specifiche

Sono di seguito descritti i principali obiettivi patologia specifica per cui si rimanda ai capitoli dedicati:

- rafforzare il percorso di eradicazione di morbillo e rosolia;
- garantire il 95% delle coperture dell'infanzia e dell'adolescenza
- aumentare la copertura vaccinale antinfluenzale in specifici target di popolazione: >= 60- , donne in gravidanza ed operatori sanitari;
- aumentare la copertura vaccinale per DTPA ed influenza nelle donne in gravidanza (in occasione delle visite periodiche);
- rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita, attraverso una campagna supplementare di vaccinazione per le coorti 1975-2000, ed una analisi della suscettibilità tra gli operatori sanitari con eventuale ricerca degli anticorpi (si potrebbe intervenire prioritariamente nelle ASST per le quali l'indagine ministeriale ha evidenziato le maggiori criticità),
- programmi di comunicazione per una corretta informazione sulle vaccinazioni e sulla prevenzione delle malattie infettive;
- promozione vaccino HVB alle persone con comportamenti a rischio;
- promozione test HCV, HBV e HIV alle persone con comportamenti a rischio;
- sorveglianza della PFA;
- monitoraggio e sorveglianza di nuove specie invasive di vettori.

7) Rete dei laboratori di riferimento dell'area della Sorveglianza delle Malattie Infettive

Si conferma il mantenimento dell'attività di alcuni laboratori specifica per alcune patologie con compiti di analisi laboratoristica (conferma, diagnostica clinica). supporto epidemiologico della sorveglianza, ricerca e preparedness sulle singole patologie

Arbovirosi febbre emorragica -- > ASST Fatebenefratelli Sacco Polo Universitario ; Fondazione IRCCS Policlinico "S. Matteo"

MIB --> Fondazione IRCCS CA' GRANDA - Ospedale Maggiore Policlinico

SEU --> Fondazione IRCCS CA' GRANDA - Ospedale Maggiore Policlinico

TUBERCOLOSI --> ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

morbillo-rosolia --> Fondazione IRCCS Policlinico "S. Matteo" ; UNIMI

epatite virale (A, B, C, D, E) --> UNIMI

salmonellosi non tifoidee e listeriosi --> UNIMI

poliomielite --> UNIMI

Influenza --> UNIMI, Fondazione IRCCS Policlinico "S. Matteo"

I laboratori sopracitati sono coordinati dalla UO Prevenzione in stretto raccordo il "Centro di Riferimento Regionale per il controllo della qualità di laboratorio"

Il gruppo di laboratoristi ha il compito di riferimento per l'analisi laboratoristica in merito al piano pandemico e più in generale alla preparedness complessiva regionale, indicando al Cresmel le principali tematiche su cui è necessario rinforzare la rete regionale dei laboratori

Per l'attività di diagnostica Covid (tampone e sierologico, immunità cellulo mediata) si prevede:

- per la diagnosi e la sierologia di base di SarsCov 2 strettamente legata alla attività ospedaliera è opportuno lasciare che i singoli centri siano autonomi fino alla presenza endemica del virus
- per la diagnosi e la sierologia di base di SarsCov 2 legata alla attività territoriale della sorveglianza è opportuno concentrare in alcuni centri l'attività liberando carichi di lavoro dai laboratori ospedalieri

E' inoltre prevista la realizzazione della rete regionale per la genotipizzaizone Sars Cov2 con il compito di evolvere le proprie conoscenze anche per gli altri patogeni e garantire a regione la presenza di una rete di sequenziamento in grado di soddisfare le diverse necessità.

8) Rete delle Unità Operative ospedaliere di Malattie Infettive e Centro di Coordinamento delle Terapie Intensive

L'ambito ospedaliero necessita una forte integrazione con l'area della Prevenzione in una logica di preparedness. In ambito delle malattie infettive la cura del singolo paziente deve essere vista come un momento di aumento della conoscenza di tutto il sistema lombardo che comprende:

- la segnalazione al sistema di sorveglianza che permette la visione dinamica dell'andamento epidemiologico delle malattie infettive in Lombardia
- la condivisione sulla cura del singolo che permettono una crescita complessiva sull'efficacia e l'efficienza dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali
- la conoscenza della gestione delle risorse dedicate alle malattie infettive (posti letto, ambulatori) al fine di riscontrare in maniera dinamica al variare delle esigenze epidemiologiche

Principali sviluppi del sistema ospedaliero lombardo in area Malattie Infettive sono identificati in:

- conferma del Centro di Coordinamento delle Terapie Intensive con funzioni di rete di Sorveglianza delle Malattie Infettive in Terapia intensiva attivata con DGR 3114/2020 e sviluppo di un sistema informatico dedicato che vada oltre quanto realizzato per i Covid ma permetta una continua visione dei posti letto (anche non covid) nonché un aggiornamento in tempo reale delle informazioni relative alle malattie infettive

- attivazione di un percorso di analisi organizzativa della gestione delle malattie infettive con lo sviluppo a rete che permetta di identificare strumenti di lavoro comuni; ad esempio: set di dati essenziali per la realizzazione di un patrimonio comune tra le diverse UUOO di Malattie Infettive Regionali per la definizione una "cartella unica" delle malattie infettive; la possibilità di un coordinamento e di strumenti informatici che permettano la visione dei posti letto (anche non covid) disponibili in Lombardia

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Definizione di One Health: è un approccio alla progettazione e all'attuazione di programmi, politiche, legislazione e ricerca in cui più settori comunicano e lavorano insieme per ottenere risultati migliori in materia di salute pubblica.

Le aree di lavoro in cui un approccio One Health è particolarmente rilevante includono la sicurezza alimentare, il controllo delle zoonosi (malattie che possono diffondersi tra animali e umani, come influenza, rabbia e febbre della Rift Valley), e la lotta alla resistenza agli antibiotici (quando i batteri cambiano dopo essere stati esposti ad antibiotici e diventano più difficili da trattare).

https://www.who.int/news-room/q-a-detail/one-health

Definizione di Global Health: la salute globale è un'area di studio, ricerca e pratica che pone una priorità sul miglioramento della salute e sul raggiungimento dell'equità nella salute per tutte le persone in tutto il mondo. La salute globale enfatizza i problemi, i determinanti e le soluzioni della salute transnazionale; coinvolge molte discipline all'interno e al di fuori delle scienze della salute e promuove la collaborazione interdisciplinare; ed è una sintesi della prevenzione basata sulla popolazione con l'assistenza clinica a livello individuale".

Koplan JP Bond TC Merson MH et al. Towards a common definition of global health. Lancet. 2009; 373: 1993-1995

1) aggiornare gli indirizzi regionali in coerenza con le indicazioni nazionali e lo sviluppo del SSR lombardo

- Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990 Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive
- DELIBERAZIONE N. VII/18853 del 30.9.2004 Oggetto: Sorveglianza, notifica, controllo delle malattie infettive: revisione e riordino degli interventi di prevenzione in Regione Lombardia
- DELIBERAZIONE N° XI / 3114 Seduta del 07/05/202 Determinazioni in merito alle attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia covid-19
- DGR 3114/2004
- Conferenza Stato Regioni Atto Rep. N. 169 8Ott2020 "Sistema di Segnalazione delle Malattie Infettive (PREMAL)" nella versione del 23 gennaio 2020, nonché sul correlato documento del 30 settembre 2020" denominato "Documento di integrazione con Web Service della Gestione Accoglienza Flussi"

2) rinnovare il Sistema informativo della Sorveglianza delle Malattie Infettive

In allegato documenti di riferimento per il rinnovamento del sistema informativo della sorveglianza delle malattie infettive

3) attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori e di audit

formazione

- Ministero della Salute, aprile 2013 documento "LA FORMAZIONE PER IL GOVERNO CLINICO" http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1983_allegato.pdf

- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento LA FORMAZIONE CONTINUA NEL SETTORE «SALUTE» del 2 febbraio 2017

audit

E' possibile definire un audit come una valutazione o un controllo di dati e/o procedure, e in tale senso ricorre normalmente nell'ambito della gestione aziendale nonché dell'informatica. Dal 2005 per l'Ente Nazionale Italiano di Unificazione (UNI), il termine audit sostituisce ufficialmente l'espressione "verifica ispettiva" secondo le norme ISO 9000:2005. Anche nella nuova versione ISO 9001:2015, l'audit è descritto come un'ispezione sistematica, documentata e indipendente che ha come scopo quello di verificare la conformità ai requisiti espressi, che dovrà essere non casuale ma il prodotto di una cultura dell'organizzazione che determinerà sempre lo stesso risultato. La conformità dovrà essere dimostrata tramite evidenze oggettive che si raccoglieranno per mezzo di colloqui con il personale, analisi di documenti, osservazione di come vengono svolte le attività. Gli audit sono quindi, in ultima analisi, un modo per misurare la qualità.

In ambito sanitario, l'audit viene definito come una metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto metodico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte

In questa accezione l'audit viene infatti considerato ancora oggi uno dei principali strumenti di clinical governance, intesa come sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali, creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.

Esistono differenti tipologie di audit, a seconda ad esempio che siano svolti da operatori interni all'organizzazione (audit interno) o da organismi o enti terzi indipendenti (audit esterno), ma tutte presentano alcune caratteristiche comuni:

- derivano da un processo intenzionale e strutturato, basato su criteri o standard espliciti e stabiliti a priori;
- richiedono impegno, tempo e un'accurata pianificazione;
- esaminano, valutano e producono un report;
- sono finalizzati al miglioramento.

Proprio in considerazione di quest'ultima finalità, l'audit in ambito sanitario deve essere applicato ad aree dell'assistenza per le quali sia ipotizzabile lo sviluppo di interventi di miglioramento.

La sua caratteristica principale è quella di fondarsi sul confronto e la misurazione delle pratiche professionali con standard di riferimento. Gli effetti positivi di un audit in ambito sanitario sono molteplici in quanto, oltre a migliorare la pratica, producendo reali benefici nella cura del paziente e nella fornitura di servizi, contribuisce a sviluppare una apertura al cambiamento, fornire garanzie sulla qualità dell'assistenza mediante applicazione delle migliori pratiche evidence-based, sviluppare linee guida o protocolli locali, comprendere e dare risposta alle aspettative dei pazienti, minimizzando il rischio di errori o danni ai pazienti e di conseguenza riducendo i reclami o le richieste di risarcimento. Anche l'istituzione globalmente beneficia dell'utilizzo di tali strumenti poiché inserisce metodi di gestione e di miglioramento della qualità trasferibili ad altre situazioni.

- "L'Audit Clinico" a cura del Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III. Maggio 2011. Disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1552_allegato.pdf (ultima consultazione 22/06/2018)

- Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ. 1998;317:61-5.

4) integrazione con altri ambiti del SSR e con la ricerca del Sistema di Segnalazione delle Malattie infettive

L'esperienza Covid ha evidenziato come sin da subito febbraio 2020 il ruolo della collaborazione tra Regione Lombardia e Enti Esterni (nel caso di specie fondazione FBK e Università Boccon) abbia permesso da subito conciliare le necessità operative con quelle di ricerca, nel primo dei due articoli citati ciò ha avuto un particolare impatto per la definizione dell'indice di riproduzione, della letalità e della portata del fenomeno pandemico; analogamente il secondo articolo realizzato nell'ambito della rete di sorveglianza delle Terapie Intensive mostra l'importanza della rete stessa e di come l'analisi cumulativa dei dati abbia dato in tempi strettissimi informazioni importanti sulla gestione dei malati Covid

- D Cereda and M Tirani and F Rovida and V Demicheli and M Ajelli and P Poletti and F Trentini and G Guzzetta and V Marziano and A Barone and M Magoni and S Deandrea and G Diurno and M Lombardo and M Faccini and A Pan and R Bruno and E Pariani and G Grasselli and A Piatti and M Gramegna and F Baldanti and A Melegaro and S Merler. The early phase of the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy. https://arxiv.org/abs/2003.09320
- Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. JAMA. 2020;323(16):1574–1581. doi:10.1001/jama.2020.5394

5) verificare e attivare piani per l'emergenza infettiva con particolare attenzione al piano pandemico 2021-23 e relativo monitoraggio annuale

- Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 25 gennaio 2021 ha sancito l'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, sul documento "Piano strategico–operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021 – 2023)".
- Thomas R Frieden, Christopher T Lee, Aaron F Bochner, Marine Buissonnière, Amanda McClelland. 7-1-7: an organising principle, target, and accountability metric to make the world safer from pandemics. Lancet 2021; 398: 638–40 doi.org/10.1016/ S0140-6736(21)01250-2

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 PL15_OT04	**condividere attivazione monitoraggio del piano pandemico con altre aree sanitarie e non sanitarie**
INDICATORE 1 PL15_OT04_IT04	**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
AZIONE 1	Aggiornamento e approvazione Protocollo Regionale di intesa fra Regione e USR "Scuola che Promuove Salute – SPS Lombardia"
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 1	Aggiornamento e approvazione per il quinquennio del Protocollo Regionale di intesa fra Regione e USR "Scuola che Promuove Salute – SPS Lombardia" per: • formalizzazione di procedure per la gestione di procedure e protocolli per situazioni di emergenza sanitaria (capitalizzando quanto attuato per Epidemia Covid-19) • individuazione di BP specifiche da adottare in ogni Asse del Modello (consolidamento programmi già in essere e innovazione), a partire dalla integrazione di tutti i programmi educativi scolastici e preventivi mirati

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 PL15_OT03	**Miglioramento attività di segnalazione delle malattie infettive: formazione orientata a identificare i principali determinati di equità per gli operatori sanitari**
INDICATORE 2.1 PL15_OT03_IT02	**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
INDICATORE 2.2 PL15_OT03_IT03	**Formazione degli operatori sanitari per una maggiore sensibilizzazione alla segnalazione delle malattie infettive e**

	per una maggiore completezza e qualità delle informazioni raccolte
formula	Eventi formativi organizzati, istituzioni ed operatori sanitari coinvolti
Standard	Coordinamento ed integrazione tra i vari livelli istituzionali per una maggiore consapevolezza e sensibilità nell'invio delle segnalazioni delle malattie infettive garantendo una raccolta di informazioni complete e congruenti attraverso l'organizzazione di eventi formativi.
Fonte	Regione Lombardia - sistema informativo regionale per la segnalazione delle malattie infettive
AZIONI 2.1 E 2.2 (EQUITY)	formazione e verifica delle competenze degli operatori
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONI 2.1 E 2.2 (EQUITY)	Il percorso di formazione prevede - la definizione ogni anno degli obiettivi e del programma - la definizione dello standard minimo di competenza richiesta per ogni figura professionale - la verifica delle competenze L'occasione di confronto attraverso riunioni con cadenza ripetuta e il confronto sistematico a livello locale e centrale tra discipline diverse, momenti di formazione anche a distanza (FAD) e con focus dedicato al nuovo Sistema Informativo delle Malattie Infettive sono elementi fondamentali della formazione. Sarà attivato un percorso per la creazione di link con i piani formativi dei medici nelle scuole di specializzazione, nei corsi per la medicina di famiglia e nei corsi di laurea. L'obiettivo è rendere la classe medica attenta alla prevenzione e al territorio. Per i corsi di malattie infettive e igiene, il focus sarà intraospedaliero. Saranno tracciati link di raccordo con i percorsi di formazione degli Assistenti Sanitari e Tecnici della Prevenzione in quanto figure chiave nei percorsi di Sanità Pubblica. Per quanto riguarda la verifica delle competenze ci si può orientare verso l'attivazione di un sistema regionale, e indipendente dal percorso di formazione, di verifica delle skill acquisite e l'attivazione di un sistema di audit dedicato alla sorveglianza delle malattie infettive.

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 3 PL15_OT05	**attivare informazione sulle modalità di gestione delle malattie infettive in ambiti di comunità (scuola, lavoro , comuni)**
INDICATORE 3 PL15_OT05_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
AZIONE 3	Implementazione portale regionale www.scuolapromuovesalute.it
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 3	Implementazione portale regionale www.scuolapromuovesalute.it con potenziamento funzioni di fruibilità anche con la predisposizione di una sezione "materiali e risorse" attraverso cui mettere a disposizione documentazione locale e nazionale (per esempio l'informazione sulle modalità di gestione delle malattie infettive in ambiti di comunità: scuola, lavoro, Comuni).

EQUITÀ

OBIETTIVO 4 EQUITY PL15_OT01	**Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**
INDICATORE 4 EQUITY PL15_OT01_IT01	**Lenti di equità**
formula	adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione
AZIONE 4 EQUITY	formazione e verifica delle competenze degli operatori
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 4 EQUITY	Il percorso di formazione prevede - la definizione ogni anno degli obiettivi e del programma - la definizione dello standard minimo di competenza richiesta per ogni figura professionale - la verifica delle competenze L'occasione di confronto attraverso riunioni con cadenza ripetuta e

	il confronto sistematico a livello locale e centrale tra discipline diverse, momenti di formazione anche a distanza (FAD) e con focus dedicato al nuovo Sistema Informativo delle Malattie Infettive sono elementi fondamentali della formazione. Sarà attivato un percorso per la creazione di link con i piani formativi dei medici nelle scuole di specializzazione, nei corsi per la medicina di famiglia e nei corsi di laurea. L'obiettivo è rendere la classe medica attenta alla prevenzione e al territorio. Per i corsi di malattie infettive e igiene, il focus sarà intraospedaliero. Saranno tracciati link di raccordo con i percorsi di formazione degli Assistenti Sanitari e Tecnici della Prevenzione in quanto figure chiave nei percorsi di Sanità Pubblica. Per quanto riguarda la verifica delle competenze ci si può orientare verso l'attivazione di un sistema regionale, e indipendente dal percorso di formazione, di verifica delle skill acquisite e l'attivazione di un sistema di audit dedicato alla sorveglianza delle malattie infettive.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	capacità degli operatori di individuare i determinanti equity
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	La strategia di raggiungimento prevede 3 fattori: formazione, rinnovamento del sistema informativo, e aggiornamento delle indicazioni regionali
ATTORI COINVOLTI	Gli attori coinvolti sono gli operatori sanitari che si occupano di Sorveglianza delle Malattie Infettive
INDICATORE EQUITY	**capacità degli operatori dell'area della Sorveglianza delle Malattie Infettive di leggere in maniera equity oriented i dati**
	Formula: numero di operatori in grado di utilizzare i sistemi regionali per una lettura equity oriented Standard: 90% Fonte: Regione

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 5 PL15_OS02	**Informatizzazione ed interoperabilità del sistema di sorveglianza delle malattie infettive**
INDICATORE 5 PL15_OS02_IS05	**rinnovamento del Sistema di Sorveglianza delle malattie infettive**
formula	Realizzazione del Sistema unico di Sorveglianza delle malattie infettive
Standard	Presenza di un sistema di segnalazione delle malattie infettive in grado di acquisire i dati di laboratorio, delle segnalazioni, delle SDO
Fonte	Regione
AZIONE 5	Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive

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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 5	L'azione prevede lo sviluppo e il completo rinnovamento del sistema di sorveglianza delle malattie infettive. Tale azione avverrà con le seguenti modalità: - design del nuovo sistema di sorveglianza, che deve essere ripensato e sviluppato insieme ad un team di persone sia competenti sia che ne fanno abitualmente uso. Questo nuovo strumento deve poter rispondere alle esigenze ormai mutate ed essere il più possibile pronto ad accoglierne di future, anche alla luce delle nuove evidenze di continuo cambiamento e necessaria elasticità emerse con la recente pandemia Covid-19. - definizione dei moduli di software da sviluppare, anche alla luce dei maggiori aspetti e delle complessità crescenti comparse negli ultimi anni nonché delle nuove possibilità informatiche e di sviluppo. - confronto con gli operatori per ogni modulo del software. - implementazione in produzione: il nuovo software dovrà subire aggiustamenti che lo portino ad essere anche nella pratica quello strumento che più si avvicini a quello ideato dagli esperti. - verifica ed eventuali modifiche.

OBIETTIVO 6 PL15_OS06	**Piani emergenze infettive - Piano Pandemico 2021-23**
INDICATORE 6 PL15_OS06_IS07	**Monitoraggio Piano Pandemico**
formula	presenza di un piano pandemico valido e relativo monitoraggio
Standard	presenza di un piano pandemico valido e relativo monitoraggio
Fonte	Regione
AZIONE 6	piano pandemico
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 6	La scrittura del Piano Pandemico prevede - definizione del gruppo di lavoro, multicompetente e interdisciplinare. - redazione in coerenza con le indicazioni nazionali con confronti continui tra le parti. - deliberazione del Piano Pandemico 21-23. Gli elementi caratterizzanti il nuovo Piano riguardano i plurimi aspetti che possono interessare la gestione di una pandemia: il rilevamento di sospetti focolai secondo il metodo 7-1-7 (Frieden 2021), la creazione di una rete di laboratori primari e di appoggio con capacità di genotipizzazione, sequenziamento e auspicabilmente metagenomica, il monitoraggio continuo delle RSA in accordo con

	le stesse e il monitoraggio condiviso del piano con le altre Direzioni Generali Regionali. Dalla recente pandemia è emersa anche l'importanza di una chiara e rapida comunicazione dedicata all'opinione pubblica, sia in tempi non pandemici sia in caso di emergenza. Inoltre, in concordanza con l'approccio One Health e imprescindibilmente per quanto avvenuto con la Pandemia Covid 19, risulterà importante integrare la sorveglianza in campo umano con i dati derivanti da quella svolta in campo animale, con particolare attenzione al ruolo ricoperto dalla fauna selvatica e con sempre in riferimento il fenomeno dello spillover. - monitoraggio annuale per la costante verifica e aggiornamento dell'attualità del piano, anche rispetto le evoluzioni ambientali e le nuove risorse disponibili.

OBIETTIVO 7 PL15_OS07	**Reportistica malattie infettive**
INDICATORE 7 PL15_OS07_IS08	**Reportistica malattie infettive**
formula	presenza del report di malattie infettive
Standard	presenza del report di malattie infettive
Fonte	Regione
AZIONE 7	Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi (quantitativi e qualitativi) regionali
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 7	L'azione prevede lo sviluppo e il completo rinnovamento del sistema di sorveglianza delle malattie infettive. Tale azione avverrà con le seguenti modalità: - design del nuovo sistema di sorveglianza, che deve essere ripensato e sviluppato insieme ad un team di persone sia competenti sia che ne fanno abitualmente uso. Questo nuovo strumento deve poter rispondere alle esigenze ormai mutate ed essere il più possibile pronto ad accoglierne di future, anche alla luce delle nuove evidenze di continuo cambiamento e necessaria elasticità emerse con la recente pandemia Covid-19. - definizione dei moduli di software da sviluppare, anche alla luce dei maggiori aspetti e delle complessità crescenti comparse negli ultimi anni nonché delle nuove possibilità informatiche e di sviluppo. - confronto con gli operatori per ogni modulo del software. - implementazione in produzione: il nuovo software dovrà subire aggiustamenti che lo portino ad essere anche nella pratica quello strumento che più si avvicini a quello ideato dagli esperti. - verifica ed eventuali modifiche.

OBIETTIVO 8 PL15_OS08	**Aggiornare gli indirizzi regionali in tema di Sorveglianza delle Malattie Infettive**
INDICATORE 8 PL15_OS08_IS09	**Aggiornamento indirizzi regionali in tema di sorveglianza delle malattie infettive**

formula	presenza aggiornamenti
Standard	acquisizione
Fonte	Regione
AZIONE 8	aggiornamento DGR 18853/2004
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 8	In coerenza con quanto previsto dal livello nazionale per il "Sistema di Segnalazione delle Malattie Infettive (PREMAL)" e con il compito anche di raccordare le modifiche all'organizzazione del SSR l'aggiornamento della DGR 18853/2004 avverrà con i seguenti passaggi: - definizione di un gruppo di lavoro - analisi del contesto organizzativo ed epidemiologico lombardo - deliberazione dell'aggiornamento Nella definizione del gruppo di lavoro sarà attivata anche la ricerca di partner esterni al SSR con particolare attenzione ad enti ed università che possano supportare nella ricerca epidemiologica la UO Prevenzione. Si mira ad ottenere maggior coinvolgimento della medicina di base, a sistematizzare l'uso degli esiti degli esami di laboratorio come segnale di allerta e a garantire formazione continua, tecnologia adeguata e indirizzi operativi formali. Tali indirizzi permetteranno di gestire in particolare: segnalazioni da parte di medici, esiti diagnostici, accessi agli ospedali (PS o ricovero), analisi delle acque e analisi integrata con la veterinaria. E' prevista inoltre la sorveglianza sindromica in PS e la sorveglianza per eventi (EBS). Si predispone anche un aggiornamento di linee guida per la corretta compilazione delle segnalazioni / pratiche, una periodica formazione degli operatori sanitari (mmg, pls e medici ospedalieri), un periodico monitoraggio della qualità del dato e l'integrazione dei dati con fonti non sanitarie (es Zone censuarie, livello di istruzione etc.). Nell'ambito degli indirizzi regionali sarà dato rilievo al ruolo centrale dei professionisti sanitari non medici nei percorsi di segnalazione delle malattie infettive, con particolare attenzione agli Assistenti Sanitari, Infermieri e Tecnici della Prevenzione.

4.8 PL18 Malattie Infettive Prevenibili da Vaccino

Quadro logico regionale

CODICE	PL18
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Danilo Cereda
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO6 Malattie infettive prioritarie**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO6-01 Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita - MO6-04 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
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- MO6LSa Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e integrazione delle fonti - MO6LSc Promozione della immunizzazione attiva - MO6LSd Comunicazione del rischio per la popolazione generale e specifici sottogruppi - 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
LEA	- A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive - A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive - A03 Vaccinazioni

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

L'accesso ai servizi di prevenzione e vaccinazione e le caratteristiche degli stessi sono di per sè un importante determinante per garantire la prevenzione delle malattie infettive prevenibili da vaccino.

Nel contesto lombardo le coperture vaccinali hanno raggiunto una copertura alta con la necessità però di identificare correttamente le principali fasce di popolazione non aderenti alla vaccinazione. Il percorso di analisi dei determinati delle singole patologie non può però essere elaborato senza una analisi complessiva della tematica della Hesitancy: è il tipo di offerta di vaccinazione che, a seconda di come viene impostato, può determinare diseguaglianze nell'ambito della prevenzione delle patologie prevenibili dalla vaccinazione.

Di seguito sono specificate le principali evidenze in letteratura di barriere alle vaccinazioni in relazione alla situazione lombarda evidenziata nella analisi di contesto:

- fenomeno di una non totale adesione alla vaccinazione dell'infanzia e della adolescenza;

- necessità di completare il piano di eradicazione del morbillo e della rosolia congenita;

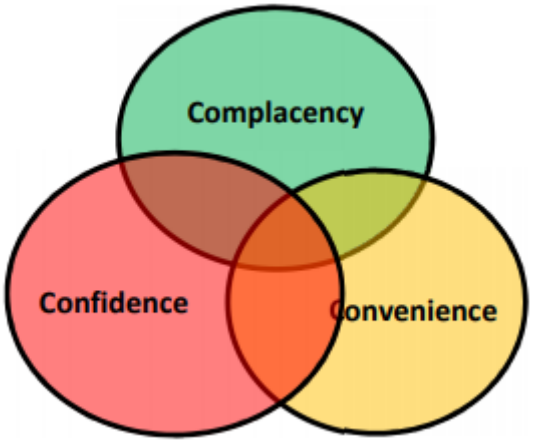
- adeguare la copertura HPV in adolescenza;

- aumentare la copertura vaccinale in gravidanza;

Come si evince dalla analisi di contesto la principale differenza in termini di coperture vaccinali è data dall'età: le vaccinazioni dell'adolescenza non raggiungono mai valori accettabili.

HESITANCY

Il modello di Hesitancy (WHO 2014) si basa sulla analisi di tre determinanti del cittadino per aderire alla vaccinazione il "compiacimento", la "convenienza" e la "fiducia" ("3C")



La fiducia è definita come fiducia in 1) l'efficacia e la sicurezza dei vaccini; 2) il sistema che li eroga, compresa l'affidabilità e la competenza dei servizi sanitari e sanitari professionisti e 3) le motivazioni dei decisori politici che decidono sui vaccini necessari.

L'autocompiacimento vaccinale esiste laddove i rischi percepiti di malattie prevenibili con il vaccino sono bassi e la vaccinazione non è considerata un'azione preventiva necessaria.

La convenienza del vaccino è misurata dalla misura in cui la disponibilità fisica, l'accessibilità e disponibilità a pagare, l'accessibilità geografica, la capacità di comprensione (alfabetizzazione linguistica e sanitaria) e l'appello dei servizi di immunizzazione influiscono sull'adesione. La qualità del servizio (reale e/o percepito) e il grado in cui i servizi di vaccinazione sono forniti in un momento, in un luogo e in un contesto culturale che è conveniente e comodo influiscono anche sulla decisione di farsi vaccinare e potrebbero portare all'esitazione a farsi vaccinare.

Un'analisi più completa dei determinanti alla adesione alle vaccinazioni è fornita nella seguente tabella (WHO 2014).

CONTEXTUAL INFLUENCES Influences arising due to historic, socio-cultural, environmental, health system/institutional, economic or political factors	**a.** Communication and media environment **b.** Influential leaders, immunization program gatekeepers and anti- or pro-vaccination lobbies. **c.** Historical influences **d.** Religion/culture/ gender/socio-economic **e.** Politics/policies **f.** Geographic barriers **g.** Perception of the pharmaceutical industry
INDIVIDUAL AND GROUP INFLUENCES Influences arising from personal perception of the vaccine or influences of the social/peer environment	a. Personal, family and/or community members' experience with vaccination, including pain b. Beliefs, attitudes about health and prevention c. Knowledge/awareness d. Health system and providers-trust and personal experience. e. Risk/benefit (perceived, heuristic) f. Immunisation as a social norm vs. not needed/harmful
VACCINE/ VACCINATION–SPECIFIC ISSUES Directly related to vaccine or vaccination	a. Risk/ Benefit (epidemiological and scientific evidence) b. Introduction of a new vaccine or new formulation or a new recommendation for an existing vaccine c. Mode of administration d. Design of vaccination program/Mode of delivery (e.g., routine program or mass vaccination campaign) e. Reliability and/or source of supply of vaccine and/or vaccination equipment f. Vaccination schedule g. Costs h. The strength of the recommendation and/or knowledge base and/or attitude of healthcare professionals

Partendo da tale analisi, al fine di lavorare sui determinanti abilitanti (Green 2004) modificabili con maggiore celerità (es. quello individuato come Health System) si segnala che gli operatori sanitari sono sostenitori vitali per i pazienti e il pubblico: in una review (Lin 2021) è stato indicato un profilo che identifichi gli operatori sanitari più propensi a vaccinare rispetto a quelli meno propensi.

Relevant Factors	More Likely to Recommend	Less Likely to Recommend	Non-Significant
HCP Characteristics			
Gender	female	males more likely to be nonadopters	
Age and experience	older or more experienced	older	Age
			experience
Number of years practicing	greater number recent graduates		year of graduation time practicing
History treating the disease			
Number of patients seen	greater number		
Specialty	pediatricians	FP	
	FP hematology/oncology or	obstetrician	
	rheumatology [103], PCP	physicians w/out a specialty	
	doctor (vs. Nurse)		
	dentist (vs. Hygienist)		
	pediatric resident		
	Vaccines for Children doctors		
Level of training	training on disease adopting new technology	inadequate training insufficient info to counsel	
Information	adequate/reliable	lack information	needing more info
			felt poorly informed
Believing vaccination was their responsibility	(recommending) (discussing)		
Knowledge of vaccine and/or disease	confidence in vaccine study	aware Guillain–Barre disease related to influenza vaccine	
Knowledge of guidelines	yes		
Confidence in knowledge	yes		confidence in general

Relevant Factors	More Likely to Recommend	Less Likely to Recommend	Non-Significant
	HCP Characteristics		
Attitudes towards vaccines	positive attitudes perceive vaccine acceptance by others ; believing vaccines reduce parents losing work time		
Own uptake of a vaccine	yes	not vaccinating own child	
Perceived norm or expectation	peer pressure having vaccinated colleagues		
Patient Characteristics			
Demographics	age ; older seeing more Black patients	low socioeconomic status seeing mostly non-Hispanic white	age race
Political Views	non-conservative		
Patient/parent behavior, views, or related factors	HCP not believing parents would reject , anticipating concerns expecting compliance ; patients not understanding disease severity ; parents not believing in efficacy	expressed refusal or concerns ; believing patients/parents lack adequate info , would not complete future screening ; HCP placing emphasis on parental request	
Patient condition	older, with comorbidities	patient allergic to something in vaccine	
	children with asthma		
	immunocompromised		
	upper respiratory tract infection chronic medical conditions ; attending day care ; pregnant patients		

Relevant Factors	More Likely to Recommend	Less Likely to Recommend	Non-Significant
HCP Characteristics			
Recommendations and guidelines	having guidelines ;	lacking guidelines	
	following guidelines		
Trust in authorities or information sources	trust	lack of trust	
Sources of information	official sources	media; internet, magazines, pharmaceutical companies	
Barriers to recommendation		lack of time logistical difficulties failure to discuss vaccine	(not having) time to discuss
Place of practice	private ; larger	neighborhood or community	location
	solo practice	health centers	
	preventative	secondary/tertiary hospital	practice type
	urban ; metro	practices where alternative medicine used	private practice
Cost	cost of disease free vaccine having privately purchased vaccines	cost of vaccine patient ability to pay or financial burden high cost or non-funded	vaccine cost reimbursed patient payment affordability too costly to store
Patient insurance	seeing fewer uninsured patients		number of Medicaid
	more Medicaid patients		patients
			insurance status

Altro punto di interesse per l'adesione vaccinale è l'health literacy della popolazione: raggiungere i tassi di immunizzazione target richiederà solide campagne di salute pubblica che parlino a individui che sono esitanti nei confronti del vaccino, nei loro atteggiamenti e comportamenti.

Sulla base dell'assortimento di fattori demografici e di differenza individuali che contribuiscono all'esitazione del vaccino (Hudson 2021), infatti la difficoltà a leggere le informazioni sui vaccini può influenzare l'atteggiamento verso l'accettazione o l'esitazione ad assumerli (Okuhara 2021).

Da segnalare anche - seppure in misura più limitata - come la letteratura abbia evidenziato maggiori barriere nei pazienti ad alto rischio: ad esempio nelle persone con demenza sono stati individuati fattori personali (le relazioni sociali, le credenze e le superstizioni) e interpersonali (il livello di "stress del caregiver", il rapporto con il curante) come determinanti di adesione alle vaccinazioni (Ashtarieh 2021); per i pazienti cardiovascolari (Bhugra 2021) la diffusione della vaccinazione è sorprendentemente bassa tra i pazienti di età <65 anni e quelli con accesso ridotto ai servizi sanitari; fattori comportamentali come l'efficacia percepita del vaccino, la sicurezza del vaccino e l'atteggiamento nei confronti della vaccinazione giocano un ruolo importante nell'accettazione del vaccino a livello individuale e comunitario.

Morbillo e Rosolia Congenita

Con la nota 1778 del 21-2-2019 Il Ministero della Salute ha aggiornato le regioni in relazione al piano di eliminazione di Morbillo e Rosolia congenita; in questo aggiornamento sono indicate le categorie di maggiore interesse da individuare per eliminare le diseguagliane in relazione a queste patologie con particolare attenzione ai gruppi nomadi ed etnici e agli operatori sanitari e scolastici.

Gravidanza

In letteratura è evidente che le lacune di conoscenza/consapevolezza tra le donne in gravidanza e la mancanza di fiducia tra gli operatori sanitari nel discutere la vaccinazione possono essere entrambe importanti barriere. Diversi studi hanno indicato che le ostetriche avevano maggiori probabilità di esprimere dubbi in tema di sicurezza rispetto ad altri operatori sanitari e meno probabilità di raccomandare la vaccinazione alle donne in gravidanza. Le donne che percepivano il rischio di infezione come basso avevano meno probabilità di accettare la vaccinazione, insieme alle donne che avevano precedentemente rifiutato il vaccino, come emerso in diversi studi. I risultati evidenziano l'importanza di ulteriori ricerche per esplorare gli ostacoli specifici alla vaccinazione in gravidanza, che possono includere la mancanza di fiducia nel vaccino tra le donne incinte e gli operatori sanitari, fattori politici e strutturali. (Qui 2021)

HPV

In merito alla vaccinazione HPV sono descritti nella tabella di seguito (Lin 2021) i principali determinanti di adesione.

Relevant Factors	More Likely to Recommend	Less Likely to Recommend	Non-Significant
	HPV Specific		
Patient demographics	older female	infrequent visits	
Factors regarding sexual health or sexuality	discussed sexuality & sexual health	feeling uncomfortable discussing	discussing sex
	comfortable discussing	aware patient not sexually active	believing discussion would increase sexual activity
	discussion prior to sexual activity having more sexually active patients	believing discussion would increase sexual activity	comfortable discussing sexuality & sexual health
Believing HPV is a public safety issue			
Resulting diseases	believing vaccine prevents cervical cancer and warts	uncertain if HPV results in cancer	
Patient and parental attitudes	to patient accompanied by mother to	believing they will be less receptive	
	appointment	refuse , not vaccinate their sons	

- Ashtarieh B, Grabkowski M, Bartfay E, Sun W. Examining the barriers of influenza vaccine hesitancy in persons with dementia: a literature review. Aging Clin Exp Res. 2021 Jul 28:1–16. doi: 10.1007/s40520-021-01936-6. Epub ahead of print. PMID: 34319511; PMCID: PMC8316106.
- Bhugra P, Grandhi GR, Mszar R, Satish P, Singh R, Blaha M, Blankstein R, Virani SS, Cainzos-Achirica M, Nasir K. Determinants of Influenza Vaccine Uptake in Patients With Cardiovascular Disease and Strategies for Improvement. J Am Heart Assoc. 2021 Aug 3;10(15):e019671. doi: 10.1161/JAHA.120.019671. Epub 2021 Jul 28. PMID: 34315229.
- Green L. W., Kreuter M. W.. , Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach, 2005 4th editionNew YorkMcGraw-Hill
- Hudson A, Montelpare WJ. Predictors of Vaccine Hesitancy: Implications for COVID-19 Public Health Messaging. Int J Environ Res Public Health. 2021 Jul 29;18(15):8054. doi: 10.3390/ijerph18158054. PMID: 34360345; PMCID: PMC8345367.
- Lin C, Mullen J, Smith D, Kotarba M, Kaplan SJ, Tu P. Healthcare Poviders' Vaccine Perceptions, Hesitancy, and Recommendation to Patients: A Systematic Review. Vaccines (Basel). 2021 Jul 1;9(7):713. doi: 10.3390/vaccines9070713. PMID: 34358132; PMCID: PMC8310254.
- Okuhara T, Ishikawa H, Ueno H, Okada H, Kato M, Kiuchi T. Readability assessment of vaccine information: A systematic review for addressing vaccine hesitancy. Patient Educ Couns. 2021 May 30:S0738-3991(21)00395-5. doi: 10.1016/j.pec.2021.05.039. Epub ahead of print. PMID: 34090717.

- Qiu X, Bailey H, Thorne C. Barriers and Facilitators Associated With Vaccine Acceptance and Uptake Among Pregnant Women in High Income Countries: A Mini-Review. Front Immunol. 2021 Apr 26;12:626717. doi: 10.3389/fimmu.2021.626717. PMID: 33981298; PMCID: PMC8107947.
- WHO. REPORT OF THE SAGE WORKING GROUP ON VACCINE HESITANCY. 1 ottobre 2014 https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf

Nelle tabelle di seguito sono descritte le coperture vaccinali raggiunte da Regione Lombardia per i LEA nel 2020.

La coorte 2018, riferita al ciclo vaccinale a 24 mesi, presenta una copertura vaccinale prossima al 95% per i vaccini polio, difterite, tetano, pertosse, epatite B, Hib e morbillo.

Seguono parotite e rosolia con valori di copertura prossimi al 94%, pneumococco coniugato con valore poco più superiore al 92%, varicella e pneumococco coniugato quasi del 91% e meningococco B poco più superiore all'85%.

Numerosità della coorte 2018 (denominatore):	**75767**		
Vaccino	***Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2020***	***% calcolata sul totale Coorte***	
Polio[a]	**71496**	**94,36**	%
Difterite [a]	**71048**	**93,77**	%
Tetano [a]	**71560**	**94,45**	%
Pertosse [a]	**71554**	**94,44**	%
Epatite B[a]	**71561**	**94,45**	%
Haemophilus influenzae tipo b[b]	**71458**	**94,31**	%
Morbillo[c]	**71811**	**94,78**	%
Parotite [c]	**70956**	**93,65**	%
Rosolia [c]	**70979**	**93,68**	%
Varicella [c]	**68745**	**90,73**	%
Meningococco C coniugato [b]	**68675**	**90,64**	%
Pneumococco coniugato [b]	**70031**	**92,43**	%
Meningococco B[a]	**64561**	**85,21**	%

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

(b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età

(c) 1a dose entro 24 mesi

Per la coorte 2013, riferita alla classe d'età 7 anni, presenta una copertura vaccinale poco più superiore al 90% per i seguenti vaccini: morbillo, rosolia, tetano, polio, parotite, difterite e pertosse.

La copertura della varicella - 2^ dose - raggiunge il 12%.

Numerosità della coorte (denominatore) 2013	89414		
Vaccino	***Numero cicli vaccinali completati/richiami, secondo calendario, al 31/12/2020***	***% calcolata sul totale Coorte***	
Morbillo (e)	81209	**90,82**	%
Parotite (e)	80693	**90,25**	%
Rosolia (e)	80916	**90,50**	%
Varicella (e)	10769	**12,04**	%
Difterite (f)	80658	**90,21**	%
Tetano (f)	80896	**90,47**	%
Pertosse (f)	80567	**90,11**	%
Polio (f)	80866	**90,44**	%

Nella fascia adolescenziale, pur essendoci in generale un miglioramento della coorte 2002 rispetto alla coorte 2004, le percentuali di copertura del morbillo, della parotite e della rosolia (riferiti alla seconda dose) sono circa pari al 90%.

La copertura riferita alla difterite, tetano e pertosse (ciclo completo ad una dose) la percentuale di copertura scende a valori attorno all'80%.

La copertura della polio (ciclo completo) per la coorte 2002 è di poco superiore al 70%.

Coorte dell'anno	***2004***	***2002***		
Numerosità della rispettiva coorte	97424	94572		
Vaccino			***% calcolata sul totale Coorte 2004***	***% calcolata sul totale Coorte 2002***

Difterite [i]	54280	78276	**55,72**	%	**82,77**	%
Tetano [i]	54455	78566	**55,89**	%	**83,08**	%
Pertosse [i]	53242	76072	**54,65**	%	**80,44**	%
Morbillo (prima dose)	93489	89457	**95,96**	%	**94,59**	%
Morbillo (seconda dose)	90936	86822	**93,34**	%	**91,81**	%
Parotite (prima dose)	93207	89131	**95,67**	%	**94,25**	%
Parotite (seconda dose)	89711	85398	**92,08**	%	**90,30**	%
Rosolia (prima dose)	93271	89195	**95,74**	%	**94,31**	%
Rosolia (seconda dose)	90013	85644	**92,39**	%	**90,56**	%
Meningococco C coniugato [l]	72335	78182	**74,25**	%	**82,67**	%
Polio [i]	53877	66439	**55,30**	%	**70,25**	%

Dalla seguente tabella si evince una differente distribuzione per ciascuna ASST, in particolare per le coperture vaccinali del morbillo - 2^ dose e tetano - 4^ dose, entrambi per la coorte 2013.

Coperture vaccinali anno 2020

Verde: ≥ 95%
Giallo: ≥ 90% ed < 95%
Rosso: <90%
Grigio: Dato non disponibile

	HPV - FEMMINE Dose2 Coorte2008	HPV - MASCHI Dose2 Coorte2008	MENINGOCOCCO B Dose3 Coorte2018	MENINGOCOCCO C CONIUGATO Dose1 Coorte2018	MENINGOCOCCO TETRAVALENTE ACWY - 135 CONIUGATO Dose1 Coorte2008	MORBILLO Dose1 Coorte2018	MORBILLO Dose2 Coorte2013	PNEUMOCOCCO CONIUGATO Dose3 Coorte2018	ROTAVIRUS Dose2 Coorte2018	TETANO Dose3 Coorte2018	TETANO Dose4 Coorte2013	TETANO Dose5 Coorte2004	TETANO Dose5 Coorte2008
ASST BG EST	20,6	27,8	86,9	94,5	52,4	96,2	96,9	94,4	77,6	96,9	94,2	76,2	27,9
ASST BG OVEST	16,8	16,5	89,8	94,9	39,7	96,8	93,6	95,3	75,5	97,1	93,3	89,5	20,1
ASST BRIANZA	39,6	32,0	90,1	96,1	83,1	97,5	94,7	95,6	84,3	96,8	94,2	31,1	38,2
ASST CREMA	72,7	75,5	95,5	98,0	95,3	98,8	98,6	97,9	87,1	98,8	98,2	98,3	76,9
ASST CREMONA	ND	ND	88,1	94,2	80,2	96,1	91,5	93,6	79,8	ND	ND	84,3	38,1
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	34,7	28,5	83,7	88,7	61,2	95,3	81,3	93,4	83,6	95,5	81,1	53,5	33,1
ASST FRANCIACORTA	2,5	2,6	88,0	13,3	13,7	96,2	92,3	95,3	67,8	96,8	92,4	63,6	5,7
ASST GARDA	4,2	2,5	83,1	93,2	5,6	95,7	91,3	94,3	76,1	95,2	84,0	42,9	6,3
ASST LARIANA	0,6	0,4	87,0	92,5	4,3	94,7	92,5	90,7	75,5	94,9	91,9	22,0	0,9
ASST LECCO	32,7	29,8	90,2	95,2	68,4	96,5	94,7	94,6	72,4	96,4	94,1	71,5	38,6
ASST LODI	0,3	0,4	89,0	96,1	20,3	97,1	93,0	95,3	87,5	96,2	91,9	74,7	1,7
ASST MANTOVA	75,4	70,8	88,4	93,3	83,8	96,1	95,2	94,5	82,9	96,8	91,0	81,7	75,7
ASST MELEGNANO-MARTESANA	11,3	10,9	83,8	92,9	56,6	95,7	90,7	92,8	69,9	95,4	90,3	76,4	16,9
ASST MONZA	81,8	82,8	93,2	96,9	90,6	98,1	96,2	96,3	80,8	98,0	96,3	91,1	83,9
ASST NIGUARDA	25,3	21,1	89,4	94,0	60,9	95,1	83,1	92,6	85,2	94,8	82,4	66,9	29,7
ASST NORD MILANO	24,7	22,4	86,9	94,8	74,7	96,2	89,5	93,0	70,5	95,9	89,4	76,4	27,9
ASST OVEST MI	55,0	53,6	87,7	94,6	74,7	95,9	93,1	94,6	74,3	96,1	92,9	5,6	55,0
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	1,2	0,1	88,4	93,7	8,4	94,9	91,8	94,2	81,5	95,9	91,5	84,3	5,0
ASST PAVIA	28,2	24,7	86,0	92,3	49,0	95,6	91,9	93,3	63,1	96,2	91,4	54,0	31,9
ASST RHODENSE	7,5	5,0	89,5	94,7	43,2	96,4	92,0	94,1	82,4	96,7	91,9	56,0	10,3
ASST S. PAOLO E CARLO	21,5	13,9	83,1	91,0	41,2	93,1	81,5	92,0	81,2	94,5	81,2	47,3	22,0
ASST SETTELAGHI	16,9	14,8	82,6	93,7	37,8	95,4	92,3	93,6	76,5	96,0	91,5	84,2	26,4
ASST SPEDALI CIVILI BS	18,0	16,9	85,4	94,7	32,6	95,7	90,6	93,7	70,6	95,6	90,9	75,3	20,6
ASST VALCAMONICA	93,8	93,5	95,1	97,6	97,2	98,4	96,6	97,6	88,8	98,7	96,2	96,7	95,6
ASST VALLE OLONA	9,1	8,1	87,6	94,9	28,3	96,6	93,9	95,5	78,5	97,0	93,2	87,1	35,5
ASST VALTELLINA E ALTO LARIO	89,1	88,8	86,9	93,9	91,3	96,7	94,7	93,6	65,2	97,1	95,1	95,5	93,0

Si fornisce un quadro generale riferito al triennio 2018-2020 relativo alla diffusione delle malattie infettive prevenibili da vaccino considerando che nel 2020, a causa dell'emergenza sanitaria, si è avuto un calo delle segnalazioni delle malattie infettive.

Annualmente per la difterite si hanno un paio di segnalazioni all'anno (3 casi nel 2018, 1 nel 2019 e nessun caso nel 2020). I casi del 2018 si riferiscono a soggetti non vaccinati mentre il paziente del 2019 aveva un ciclo completo (ultima dose somministrata nel 1980).

Difterite - Tetano - Pertosse - Polio - EpB - Hemophilus B

2018

3 Casi (28M; 50F; 65M)
Grumello del monte, Rozzano, Maclodio
(1 caso a.e. Non noto)

Non vaccinati

2019

1 Caso (51F), Zibido San Giacomo
(a.e. Non noto)

Ciclo completo (ultima dose 1980)

I casi di tetano segnalati sono circa una decina, in particolare 9 casi nel 2018, 12 nel 2019 e 7 nel 2020 di cui rispettivamente 7, 11 e 7 non vaccinati.

Difterite - **Tetano** - Pertosse - Polio - EpB - Hemophilus B

2018
9 Casi (9F; 57-91 anni)

7 non vaccinati
1 caso; 1 dose 2018
1 caso; 3 dosi 1998

2019
12 Casi (7F ; 57-90 anni)

11 Non vaccinati
1casp ; 4 dosi 2018 (solo sospetto)

2020
7 casi (6 F ; 44-87 anni)

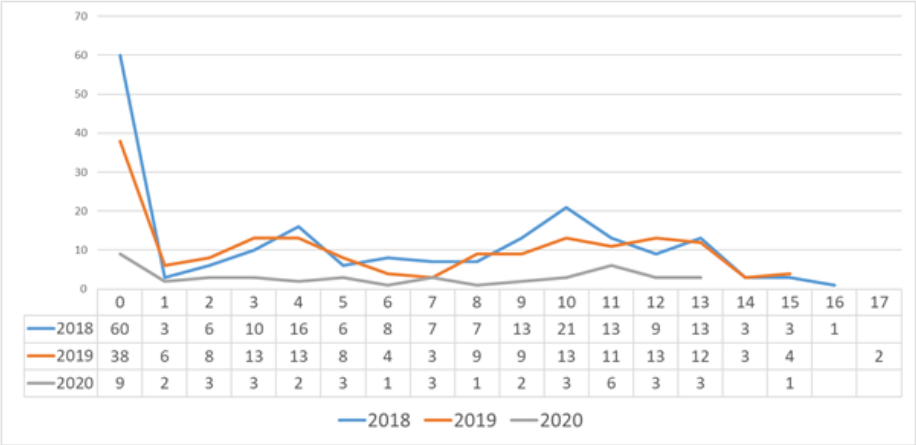
Non vaccinati

I casi di pertosse, trascurando il dato anomalo del 2020 pari a 50, si attestano intorno a circa 200 all'anno: 226 nel 2018 e 190 nel 2019.

Da notare la prevalenza di casi nel primo anno di vita del bambino per la quale si richiama l'importanza del vaccino in gravidanza.

Difterite - Tetano - **Pertosse** - Polio - EpB - Hemophilus B

	2018	2019	2020
N° casi	226	190	50
Tasso per 100.000 ab.	2,3	1,9	0,5



	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2018	60	3	6	10	16	6	8	7	7	13	21	13	9	13	3	3	1	
2019	38	6	8	13	13	8	4	3	9	9	13	11	13	12	3	4		2
2020	9	2	3	3	2	3	1	3	1	2	3	6	3	3		1		

Le segnalazioni di epatite B sono al di sotto di 100 casi all'anno: 89 nel 2018 e 72 nel 2019, riferiti a 86 e 71 soggetti non vaccinati.

Nel 2020 sono stati invece segnalati 36 casi.

Difterite - Tetano - Pertosse - Polio - **EpB** - Hemophilus B

2018
89

86 Non vaccinati
1 infezione verticale
M23; 3 dosi, 1995
M40; 2 dosi, 2018

2019
72

71 non vaccinati
M31, Non responder noto

2020
36

Non vaccinati

L'infezione da Hemophilus B colpisce una decina di soggetti all'anno: 12 nel 2018 e 6 nel 2019 (di cui 10 e 4 non vaccinati).

Difterite - Tetano - Pertosse - Polio - EpB - **Hemophilus B**

2018
12 casi

10 non vaccinati
0F; 2 dosi
6M; 3 dosi

2019
6 casi

4 non vaccinati
0M, 2 dosi
0F, 2 dosi

M	0	4	6	26	50	67	72	86	89
2018	2	1	1		1	1		1	1
2019	1			1			1		

F	0	64	68	69	73	74
2018	1	1			1	1
2019	1		1	1		

Meningococco B - Meningococco ACW135Y

2018
10 casi

7 non vaccinati
3 casi; 1 dose

2019
10 casi

7 non vaccinati
3 casi; 1 dose

2020
5 casi

4 non vaccinati
1 caso 4 dosi

M	1	2	3	15	16	19	26	45	51	88
2018	2					1				1
2019			1		1		1	1	1	
2020		1		1						

F	0	1	5	16	32	37	41	49	53	55	85
2018	1		1	1	1	1		1			
2019	1	1							1	1	1
2020	2						1				

Anche per il Meningococco B si hanno circa una decina di segnalazioni all'anno: 10 casi sia nel 2018 e 2019 di cui 7 non vaccinati. Nel 2020 5 casi di cui 4 non vaccinati.

Meningococco B - **Meningococco ACW135Y**

2018
6 casi «C»
1 «W135»

Non vaccinati

2019
8 casi «C»

Non vaccinati

2020
3 casi «C»

2 non vaccinati
M54; 1 dose post-esposizione;
2020

M	1	2	5	13	15	18	20	31	32	33	53	54	68	81
2018	1		1	1		1	1	1					1	
2019		1			1				1	1	1		1	1
2020												1		

F	10	15	19	24	28	34	42	48	52	62	65	67	68	70	78	84	85	91
2018	1					1	1		1	1	1		1		1			
2019		1	1	1	1							1				1		1
2020								1						1			1	

Per Meningococco ACW135Y sono stati registrati 6 casi nel 2018 e 8 nel 2019 (tutti non vaccinati) e 3 casi nel 2020 (di cui 2 non vaccinati).

Morbillo - Parotite - Rosolia - Varicella

2018	2019	2020
250 casi	593 casi	29 casi
189 non vaccinati	461 non vaccinati (picco nella fascia di età 19-44 anni)	20 non vaccinati

Il morbillo presenta nel corso degli anni, al di là del triennio considerato, un andamento piuttosto altalenante ma pur sempre con un numero significativo di casi in particolare nella fascia d'età 19-44 anni.

Nel 2018 (si ricorda il picco registrato nel 2017) sono stati segnalati 250 di cui 189 non vaccinati mentre nel 2019 ben 593 di cui 461 non vaccinati.

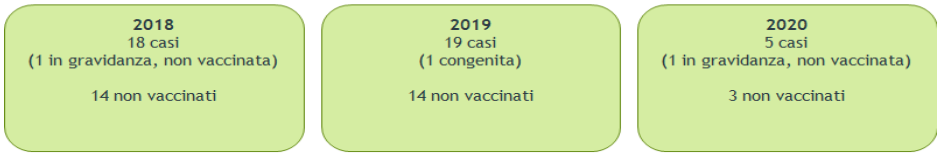
Nel 2020 29 casi, 20 non vaccinati.

Morbillo - **Parotite** - Rosolia - Varicella

2018	2019	2020
315 casi	264 casi	84 casi
127 non vaccinati	84 non vaccinati	34 non vaccinati

Rilevanti anche i casi di parotite: circa 300 all'anno. Nel 2018 segnalati 315 casi (127 non vaccinati) e nel 2019 264 (84 non vaccinati) mentre nel 2020 84 casi, 34 riferiti a soggetti non vaccinati.

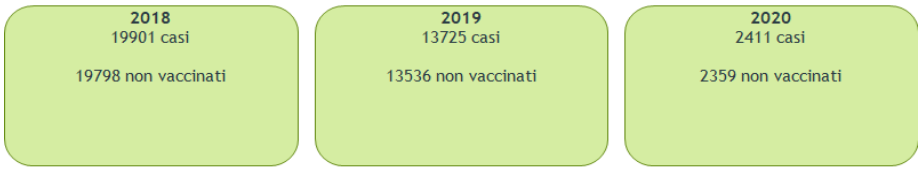
Morbillo - Parotite - **Rosolia** - Varicella



In riferimento alla rosolia si segnalano circa una ventina di casi all'anno: 18 nel 2018 (14 non vaccinati di cui un caso in gravidanza) e 19 nel 2019 (14 non vaccinati).

Nel 2020 sono stati segnalati 5 casi (3 non vaccinati di cui un caso in gravidanza).

Morbillo - Parotite - Rosolia - **Varicella**



Poiché il vaccino della varicella è obbligatorio soltanto per i nati a partire dal 2017 la varicella è la malattia infettiva caratterizzata da un numero rilevante di casi: oltre 19 mila nel 2018 (oltre il 99% non coperti da vaccino) e quasi 14 mila nel 2018 (oltre il 98% non vaccinati). Nel 2020 le segnalazioni sono scese (a causa della mancata rilevazione e segnalazione delle malattie infettive per l'emergenza sanitaria da covid-19) a circa 2,4 mila con una percentuale di non copertura del vaccino sempre elevata (circa 98%).

Come si evince dalla seguente tabella la varicella è tipicamente una malattia infettiva infantile e per effetto dell'introduzione dell'obbligatorietà a partire dalla coorte 2017 il numero di casi, a partire dalla classe d'età 0-2 anni sta registrando un trend decrescente (1468 / 100.000 abitanti nel 2018 e 572 /100.000 abitanti nel 2019).

Morbillo - Parotite - Rosolia - **Varicella**

2018		2019		2020	
Classe di età	Tassi età specifici x 100000	Classe di età	Tassi età specifici x 100000	Classe di età	Tassi età specifici x 100000
0 - 2 anni		0 - 2 anni		0 - 2 anni	
VARICELLA	1468	VARICELLA	572	DIARREA INFETTIVA	107
DIARREA INFETTIVA	438	SCARLATTINA	360	VARICELLA	105
SCARLATTINA	345	DIARREA INFETTIVA	302	SCARLATTINA	80
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	85	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	75	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	66
SCABBIA	52	SCABBIA	65	SCABBIA	44
3 - 5 anni		3 - 5 anni		3 - 5 anni	
VARICELLA	4206	VARICELLA	3258	VARICELLA	455
SCARLATTINA	1081	SCARLATTINA	1127	SCARLATTINA	292
DIARREA INFETTIVA	126	DIARREA INFETTIVA	104	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	49
PARASSITOSI INTESTINALE E NON	79	PARASSITOSI INTESTINALE E NON	90	PARASSITOSI INTESTINALE E NON	40
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	63	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	67	DIARREA INFETTIVA	33
6 - 10 anni		6 - 10 anni		6 - 10 anni	
VARICELLA	609	VARICELLA	481	VARICELLA	121
SCARLATTINA	114	SCARLATTINA	133	SCARLATTINA	34
SCABBIA	43	SCABBIA	53	DIARREA INFETTIVA	32
DIARREA INFETTIVA	42	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	35	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	30
PARASSITOSI INTESTINALE E NON	38	PARASSITOSI INTESTINALE E NON	35	SCABBIA	28
11 - 13 anni		11 - 13 anni		11 - 13 anni	
VARICELLA	86	VARICELLA	86	DIARREA INFETTIVA	24
SCABBIA	31	SCABBIA	37	SCABBIA	23
DIARREA INFETTIVA	25	DIARREA INFETTIVA	26	VARICELLA	23
MONONUCLEOSI INFETTIVA	22	MONONUCLEOSI INFETTIVA	22	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	18
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	18	SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	18	MONONUCLEOSI INFETTIVA	10

Diarrea infettiva

		2018	2019	2020
DIARREA INFETTIVA	N° casi	4347	3716	2080
	Tasso per 100.000 ab.	43,3	37,1	20,7

		2018			2019			2020		
		45-64	65-84	85+	45-64	65-84	85+	45-64	65-84	85+
CLOSTRIDIUM DIFFICILE	N° casi	229	1116	701	207	1045	629	127	580	355
	Tasso per 100.000 ab.	7,7	58,4	208,6	6,9	54,4	181,5	4,2	29,9	99,2

		2018			2019			2020		
		0 - 2	3 - 5	6 - 10	0 - 2	3 - 5	6 - 10	0 - 2	3 - 5	6 - 10
ROTAVIRUS	N° casi	798	222	66	409	151	13	52	10	12
	Tasso per 100.000 ab.	325,4	82,8	13,5	173,2	58,1	2,71	22,8	3,9	2,6

98% dei casi di diarrea da Rotavirus nel triennio 2018-2020 in soggetti non vaccinati

I casi di diarrea infettiva segnalati sono circa 4 mila all'anno: 4.347 nel 2018 e 3.716 nel 2019 (poco più di 2 mila per il 2020.

In particolare l'infezione da Clostridium difficile colpisce prevalentemente la classe d'età 65-84 anni con circa mille casi all'anno (580 casi segnalati nel 2020).

Il rotavirus è invece prevalente nella prima infanzia (0-2 anni) con quasi 800 casi nel 2018, circa 400 nel 2019 e poco più di 50 segnalati nel 2020.

Scheda di programma

Descrizione dal PNP

L'attività vaccinale in regione Lombardia aveva raggiunto nel periodo pre-covid buone coperture, raggiungendo anche il 95% della copertura nell'infanzia per la vaccinazione anti-

Morbillo-Parotite-Rosolia. Dal punto di vista organizzativo i centri vaccinali sono già inseriti strutturalmente nelle ASST e ciò facilita il passaggio culturale della vaccinazione in percorsi diagnostico terapeutici. Al fine di governare l'aumento dei centri vaccinali (1 per ogni ASST) era stato implementato un sistema di audit con l'obiettivo di standardizzare l'offerta e mantenere alti i livelli di qualità.

La Pandemia Covid ha sicuramente avuto un effetto sulla diminuzione delle coperture con particolare interesse verso quelle degli adolescenti. Per l'area Vaccinazioni sono previste le seguenti attività:

Azioni di governance

1) standard dell'offerta vaccinale e audit vaccinazioni
2) Sistema informativo delle Vaccinazioni
3) percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori
4) "Vaccine Hesitancy"
5) Evidence to Decision (EtD) framework

Azioni per aumentare la copertura vaccinale

6) vaccinazione con la medicina di base
7) vaccinazione dedicata ai pazienti cronici
8) Tailoring Immunization Programs (TIP)

Azioni Intersettoriali

9) Commissione Vaccini

Azioni di governance

Le azioni di Governance sono quelle azioni previste per rafforzare strutturalmente l'offerta vaccinale lombarda che prevedono un cambio culturale nell'offerta vaccinale con un aumento del numero e della tipologia di erogatori al fine di attivare percorsi di offerta in contesti diversi. Il centro Vaccinale dovrà quindi essere in grado non solo di erogare direttamente ma anche di gestire il rapporto con altri erogatori.

1) standard vaccinali e audit vaccinazioni

Con decreto n. 7222 del 22/05/2019 avente oggetto "AUDIT SULL'ATTIVITA' DI VACCINAZIONE IN REGIONE LOMBARDIA" è stata condivisa una metodologia basata sul sistema Precede Proceed che ha attivato una serie di audit in tutta la regione: le ATS hanno condotto gli audit verso i centri vaccinali.

Riprendendo tale esperienza si ritiene di dove riattivare il percorso di audit (in collaborazione con il Centro regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente) in maniera continua sul territorio lombardo per garantire la massima qualità e efficienza del sistema vaccinale. Al fine di garantire una migliore conduzione degli audit e una migliore confrontabilità

ed evidenziata la possibilità di ingegnerizzare il percorso vaccinale, si prevede quindi la realizzazione di una analisi sugli standard vaccinali (personale, strumenti, tempistiche).

In questo contesto è ormai evidente la necessità di coinvolgere nelle vaccinazioni i vari professionisti operanti nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari ricercando il pieno coinvolgimento delle tante figure e discipline interessate alla cura dei soggetti a rischio che possono maggiormente beneficiare delle vaccinazioni, nonchè evidenziare il ruolo dell'Assistente Sanitario e/infermiere nella gestione della seduta vaccinale.

Tale coinvolgimento andrà ricercato non solo attraverso i percorsi di formazione, ma soprattutto attraverso modalità organizzative capaci di dare concretezza alla promozione, all'offerta e alla esecuzione della vaccinazione dei pazienti a rischio.

In questo ambito va sottolineata la presenza di consolidate esperienze di sviluppo dell'autonomia professionale di sanitari non medici nella gestione delle sedute vaccinali.

2) Sistema informativo delle Vaccinazioni

Le nuove sfide per la gestione delle vaccinazioni necessitano di un rinnovamento del software dedicato alle vaccinazioni che dovrà garantire:

- la chiamata universale (infanzia e adolescenza)

- l'individuazione e la chiamata attiva degli aventi diritto per rischio (patologia, comportamenti e ruolo)

- la tracciabilità di tutto il processo con particolare riferimento alla tracciabilità dei vaccini in quanto medicinali al fine di rispondere in modo adeguato ai principi della farmacovigilanza

- interconnessioni con altri database regionali (esiti diagnostici tamponi, segnalazione malattie infettive, flussi specifici, ad esempio esenzioni malattie croniche, consumo farmaci, trapianti) per azioni di chiamata attiva specifica

Inoltre altro punto di riqualificazione del software vaccinale è la possibilità di prevedere l' accesso diretto a vari erogatori (non solo al centro vaccinale e ad ATS/Regione ma anche a MMG/PLS, Consultori, Ospedali accreditati, Farmacia sia ospedaliera che convenzionata territoriale, Medici competenti, Ambulatori privati autorizzati, UDO Sociosanitarie); inoltre dovrà essere accessibile, per le funzioni di diretto interesse e utilizzo, anche al Cittadino e alla Scuola/servizi infanzia. Il sistema Informativo vaccinale dovrà essere anche strumento di promozione vaccinale, con interconnessioni dirette con i siti istituzionali regionali e nazionali e alert specifici per richiamare l'attenzione sulle novità vaccinali.

3) attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori

Le nuove sfide legate ad un approccio "one Health" necessitano di una continua formazione degli operatori con particolare attenzione alle seguenti tematiche:

- aggiornamento dell'offerta vaccinale e le evidenze sulle vaccinazioni;
- formazione dedicata al nuovo Sistema Informativo delle Vaccinazioni
- modelli organizzativi e collaborativi per le vaccinazioni sul territorio
- attivazione di un sistema regionale di verifica delle skill acquisite che sia indipendente dal percorso di formazione scelto ma che possa definire degli standard a cui gli operatori devono adeguarsi per garantire la corretta presa in carico da parte del cittadino

- aggiornamento del sistema di audit dedicato alla sorveglianza delle malattie infettive in collaborazione con il Centro regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente.
- valutazione dell'hesitancy e modalità di recupero vaccinale

Sarà inoltre importante fornire, soprattutto per gli erogatori che iniziano il percorso di offerta vaccinale, un canale di "consulenza" con esperti in ambito vaccinale, telefonica e/o informatica. I dubbi segnalati dagli operatori saranno la base di un report che, con cadenza regolare, sarà messo a disposizione di tutti gli erogatori e costituire una base comune di comportamento.

4) reportistica "Vaccine Hesitancy"

Si intende attivare un percorso di analisi complessiva e ripetuta del fenomeno dell'Hesitancy sul territorio lombardo. In tal senso si prevede la collaborazione con enti di ricerca in grado di attivare studi dedicati partendo dai dati lombardi. L'hesitancy potrà essere valutata, in collaborazione con gli stessi enti, con indagini ad hoc su campioni significativi della popolazione.

5) Evidence to Decision (EtD) framework

In continuità con l'esperienza lombarda in tema di "Evidence to Decision (EtD) framework" che ha permesso di prendere decisioni sulle vaccinazioni di varicella, influenza e pneumococco si ritiene di riattivare per il PNP un percorso di supporto alle scelte regionali in tema vaccinale. Il panel di riferimento per l'utilizzo del framework è la Commissione Vaccini.

Lo scopo principale del framework EtD è aiutare a utilizzare le evidenze scientifiche in modo strutturato e trasparente per informare le decisioni nel contesto delle raccomandazioni delle sulle vaccinazioni:

- facilitare l'adattamento di raccomandazioni e decisioni a contesti specifici permettendo di valutare più dimensioni per la scelta di una politica vaccinale;

- Informare in maniera strutturata e tramite revisioni della letteratura il panel sui relativi pro e contro degli interventi

- Aiutare il panel a strutturare la discussione e identificare i motivi dei disaccordi, rendendo strutturato e trasparente il processo e le basi per le decisioni.

Azioni per aumentare la copertura vaccinale

Sono previste azioni per aumentare la copertura specifica di alcune categorie e/o per alcune patologie. Saranno attivate iniziative di promozione e informazione su target individuati di popolazione, cercando per ogni target la modalità comunicativa e il partner più significativo (esempio datore di lavoro per categorie lavorative, istituzioni scolastiche per la fascia di età più giovane, associazioni e professionisti per cronicità specifiche)

6) percorsi di vaccinazione con la medicina di base

In coerenza con i nuovi indirizzi del PNRR il ruolo della medicina di famiglia potrà vedere uno sviluppo di coinvolgimento nell'area vaccinale. Si intende nel corso del Piano di Prevenzione

rafforzare la collaborazione tra centri vaccinali e tale settore al fine di garantire una più rapida presa in carico dei vaccinandi con particolare attenzione:

- alle attività di recupero vaccinale negli adolescenti

- alla vaccinazione dei pazienti con patologie a rischio

- alle vaccinazioni antinfluenzali e anti covid

7) percorsi di vaccinazione dedicati ai pazienti cronici

Per garantire l'integrazione dell'offerta vaccinale alle categorie a rischio, in ogni azienda sanitaria devono essere attivati protocolli/procedure e percorsi di lavoro e collaborazione con le Unità Operative ospedaliere delle seguenti discipline:

- Geriatria
- Malattie Infettive
- Diabetologia
- Pneumologia
- Oncologia
- Nefrologia
- Ginecologia e Ostetricia
- Cardiologia
- Chirurgia
- Pediatria
- Medicina interna e immunologia
- Reumatologia
- Dermatologia

8) Tailoring Immunization Programs (TIP)

La Guide to Tailoring Immunization Programs (TIP), è un modello di analisi comportamentale basato su prove e teorie, pubblicato nel 2013, che fornisce strumenti per

(1) identificare i sottogruppi di popolazione che esitano a vaccinarsi,

(2) diagnosticare le loro barriere e fattori abilitanti all'immunizzazione sul lato della domanda e dell'offerta

(3) progettare risposte basate sull'evidenza all'esitazione appropriate all'impostazione del sottogruppo, al contesto e al vaccino.

L'approccio interdisciplinare e l'impegno della comunità e la ricerca qualitativa sono tra i punti di forza più importanti di TIP, migliorando la capacità dei programmi di ascoltare e acquisire una comprensione della comunità e delle prospettive individuali. L'enfasi posta sulla considerazione delle modifiche all'erogazione del servizio, piuttosto che concentrarsi esclusivamente sulla comunicazione, è stata un altro punto di forza evidenziato dell'approccio.

Si intende attivare tale modalità di recupero delle prestazioni vaccinali orientandola primariamente per le vaccinazioni anti morbillo e rosolia e per le vaccinazioni dell'adolescenza.

Azioni intersettoriali

9) Commissione Vaccini

Si intende nell'ambito del nuovo PRP attivare la Commissione Vaccini affidandole il ruolo di raccordo con i vari settori dell'area medica e della società civile con particolare interesse alla popolazione scolastica.

Il ruolo della commissione sarà in particolare di:

- fornire pareri in merito alle scelte di politiche vaccinali supportate da EtD Framework

- analizzare e proporre modelli di collaborazione tra medicina di famiglia e le politiche vaccinali

- partecipare alle analisi di vaccine Hesitancy

- proporre le attivazioni di campagne vaccinali ad hoc su particolari target vaccinali

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

- Definizione standard vaccinali e audit vaccinazioni
  decreto n. 7222 del 22/05/2019 avente oggetto "AUDIT SULL'ATTIVITA' DI VACCINAZIONE IN REGIONE LOMBARDIA"
- reportistica "Vaccine Hesitancy"
  WHO. REPORT OF THE SAGE WORKING GROUP ON VACCINE HESITANCY. 1 ottobre 2014 https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf
- Evidence to Decision (EtD) framework
  Gian Paolo Morgano, Laura Amato, Elena Parmelli, Lorenzo Moja, Marina Davoli, Holger Schünemann GRADE Evidence to Decision (EtD) framework: un approccio sistematico e trasparente per prendere decisioni informate in ambito sanitario. Recenti Prog Med 2017;108(10):402-424 | doi 10.1701/2802.28354 Ottobre 2017, Vol. 108, N. 10
  Alonso-Coello P, SchÃ¼nemann H J, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl E A, Davoli M et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction BMJ 2016; 353 :i2016 doi:10.1136/bmj.i2016
- Attivare percorsi di Tailoring Immunization Programs (TIP)
  Eve Dubé, Julie Leask, Brent Wolff, Benjamin Hickler, Victor Balaban, Everold Hosein, Katrine Habersaat. The WHO Tailoring Immunization Programmes (TIP) approach: Review of implementation to date,
  Vaccine. Volume 36, Issue 11. 2018. Pages 1509-151 ISSN 0264-410X https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.12.012.
- Grabenstein JD, Nevin RL. Mass immunization programs: principles and standards. Curr Top Microbiol Immunol. 2006;304:31-51. doi: 10.1007/3-540-36583-4_3. PMID: 16989263.
- Bulletin of the World Health Organization, July 2005: Ronveaux O. et al."The immunization data quality audit: verifying the quality and consistency of immunization monitoring systems "
- CDC, 2021: COVID-19 Vaccination Training Programs and Reference Materials for Healthcare Professionals
- EuroWHO 2019:Tailoring Immunization Programmes
- Immunization of persons with chronic diseases: Canadian Immunization Guide
- Rappuoli R., Mandl, C., Black, S. *et al.* Vaccines for the twenty-first century society. *Nat Rev Immunol* **11,** 865–872 (2011). https://doi.org/10.1038/nri3085
- Kestenbaum LA, Feemster KA. Identifying and addressing vaccine hesitancy. Pediatr Ann. 2015 Apr;44(4):e71-5. doi: 10.3928/00904481-20150410-07. PMID: 25875982; PMCID: PMC4475845.
- Jacobson RM, St Sauver JL, Finney Rutten LJ. Vaccine Hesitancy. Mayo Clin Proc. 2015 Nov;90(11):1562-8. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.09.006. PMID: 26541249.
- Jarrett C, Wilson R, O'Leary M, Eckersberger E, Larson HJ; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Strategies for addressing vaccine hesitancy - A systematic review. Vaccine. 2015 Aug 14;33(34):4180-90. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.040. Epub 2015 Apr 18. PMID: 25896377.

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 PL18_OT02	**Raccordo con scuola (obbligo vaccinale) e mondo lavorativo**
INDICATORE 1 PL18_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
AZIONE 1 (EQUITY)	reportistica "Vaccine Hesitancy"
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza
DESCRIZIONE AZIONE 1 (EQUITY)	Attivazione di raccordi con enti di ricerca per la realizzazione di analisi continua della Hesitancy e realizzazione di report annuali. Si intende attivare un percorso di analisi complessiva e ripetuta del fenomeno dell'Hesitancy sul territorio lombardo con indagini ad hoc su campioni significativi della popolazione. Nonostante l'introduzione di multipli vaccini nel ventesimo secolo abbia ridotto significativamente la morbidità e mortalità infantile, un numero sempre maggiore di pazienti, e genitori di pazienti, preferiscono ritardarli o rifiutarli. Probabilmente si tratta dell'esito della confluenza di fattori sociali, culturali, politici e personali (Kestenbaum, 2015). La vaccine hesitancy risulta non solo in un rischio personale ma anche nell'impossibilità di raggiungere l'immunità di gregge necessaria a proteggere coloro che non possono vaccinarsi o che non sviluppano una riposta immunitaria. I professionisti sanitari dovrebbero quindi adottare delle misure per combattere questo fenomeno che vanno oltre la formazione classica dei pazienti, della popolazione generale e dei clinici stessi. Tra le strategie possibili si trovano lo sfruttamento di ogni visita per come occasione per vaccinare, dichiarare indicazioni chiare e stilare regolamenti che evitino i possibili scontri (Jacobson, 2015). In una review sulle strategie validate per l'impatto sulla conoscenza, consapevolezza e somministrazione del vaccino emerge che gli interventi più efficaci sono basati sul dialogo e composti da più componenti. Evidenze moderate sono a favore dell'uso dei social e dei media, della formazione del personale sanitario sulle strategie di comunicazione, di incentivi non finanziari e di interventi di richiamata/ricontatto. Tutte queste strategie dovrebbero comunque

	essere personalizzate per la popolazione target, nel contesto specifico e sulla base delle personali motivazioni di hesitancy (Jarrett, 2015).

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 PL18_OT03	**attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori**
INDICATORE 2 PL18_OT03_IT03	**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
AZIONE 2	attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 2	Si intendono attivare corsi per raggiungere e formare tutti gli operatori coinvolti nell'area vaccinale circa le evidenze sulle vaccinazioni e l'uso del nuovo Sistema Informativo delle Vaccinazioni. Risulta altrettanto importante verificare che le capacità acquisite degli operatori rispettino gli standard e che siano valutate indipendentemente dal percorso di formazione. Sarà inoltre importante fornire, soprattutto per gli erogatori che iniziano il percorso di offerta vaccinale, un canale di "consulenza" con esperti (ASST) in ambito vaccinale, telefonico e/o informatico. Questo processo di formazione risulta tanto importante, come stabilito dal CDC, in quanto i professionisti sanitari beninformati riguardo le strategie di immunizzazione evidence-based e le "best practice" svolgono un ruolo chiave nell'implementazione di un programma vaccinale di successo con l'obiettivo di garantire una vaccinazione il più possibile sicura ed efficace. Infatti, l'immagazzinamento e la gestione dei vaccini è tanto efficace quanto il personale ne ha cura: se questo è adeguatamente formato, assicurerà scorte appropriate e garantirà sicurezza ai pazienti. Anche i professionisti che somministrano i vaccini devono seguire una formazione completa e basata sulle competenze riguardo le procedure di somministrazione. Inoltre, le capacità e competenze del personale dovrebbero essere validate e successivamente mantenute attraverso processi di miglioramento costante della qualità. Infine, è fondamentale sottolineare che i professionisti sanitari ricoprono un ruolo chiave nell'accettazione del vaccino da parte dei pazienti, grazie al momento di contatto durante la visita. Promuovendo una cultura di immunizzazione sia i fornitori sia i pazienti possono approcciarsi fiduciosamente ai vaccini (CDC, 2021).

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 3 PL18_OT04	**attivazione di percorsi di comunicazione in tema di sensibilizzazione alla vaccinazione**
INDICATORE 3 PL18_OT04_IT04	**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
AZIONE 3	Implementazione portale regionale www.scuolapromuovesalute.it
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 3	Implementazione portale regionale www.scuolapromuovesalute.it con potenziamento funzioni di fruibilità anche con la predisposizione di una sezione "materiali e risorse" attraverso cui mettere a disposizione documentazione locale e nazionale (per esempio per diffondere la conoscenza di percorsi di comunicazione in tema di sensibilizzazione alla vaccinazione).

EQUITÀ

OBIETTIVO 4 EQUITY PL18_OT01	**Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**
INDICATORE 4 EQUITY PL18_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
AZIONE 4 EQUITY	reportistica "Vaccine Hesitancy"
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza
DESCRIZIONE AZIONE 4 EQUITY	Attivazione di raccordi con enti di ricerca per la realizzazione di analisi continua della Hesitancy e realizzazione di report annuali. Si intende attivare un percorso di analisi complessiva e ripetuta del fenomeno dell'Hesitancy sul territorio lombardo con indagini ad hoc su campioni significativi della popolazione. Nonostante l'introduzione di multipli vaccini nel ventesimo secolo abbia ridotto significativamente la morbidità e mortalità infantile, un numero sempre maggiore di pazienti, e genitori di pazienti, preferiscono ritardarli o rifiutarli. Probabilmente si tratta dell'esito della confluenza di fattori sociali, culturali, politici e personali (Kestenbaum, 2015). La vaccine hesitancy risulta non solo in un rischio personale ma anche nell'impossibilità di raggiungere l'immunità di gregge necessaria a proteggere coloro che non possono vaccinarsi o che non sviluppano una riposta immunitaria. I professionisti santari dovrebbero quindi adottare delle misure per combattere questo fenomeno che vanno oltre la formazione classica dei pazienti, della popolazione generale e dei clinici stessi. Tra le strategie possibili si trovano lo sfruttamento di ogni visita per come occasione per vaccinare, dichiarare indicazioni chiare e stilare regolamenti che evitino i possibili scontri (Jacobson, 2015). In una review sulle strategie validate per l'impatto sulla conoscenza, consapevolezza e somministrazione del vaccino emerge che gli interventi più efficaci sono basati sul dialogo e composti da più componenti. Evidenze moderate sono a favore dell'uso dei social e dei media, della formazione del personale sanitario sulle strategie di comunicazione, di incentivi non finanziari e di interventi di richiamata/ricontatto. Tutte queste strategie dovrebbero comunque essere personalizzate per la popolazione target, nel contesto specifico e sulla base delle personali motivazioni di hesitancy (Jarrett, 2015).

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	reportistica "Vaccine Hesitancy"
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	- realizzare accordi con enti di ricerca dedicato - attivare analisi che coinvolgano altri attori (con scuole, PLS/MMG) per la realizzazione del report - definire la strategia di lavoro - realizzare report
ATTORI COINVOLTI	- enti di ricerca - scuole - MMG/PLS
INDICATORE	**reportistica "Vaccine Hesitancy"**

	Formula: % copertura vaccinazione morbillo Standard: 95% Fonte: Regione

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 5 PL18_OS01	**standard vaccinali e audit vaccinazioni**
INDICATORE 5 PL18_OS01_	**standard vaccinali e audit vaccinazioni**
formula	numero audit/numero centri vaccinali
Standard	>90%
Fonte	Regione
AZIONE 5.1	standard vaccinali e audit vaccinazioni
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.12 Attività di "Ricerca –Azione" finalizzata a processi partecipati, ecc.
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 5.1	Sono previsti: - raccolta e analisi dei dati utili a definire il processo vaccinale al fine di realizzare standard di riferimento per il contesto lombardo, in termini di personale, strumenti e tempistiche. Standard rilevanti di qualità richiedono strutture e forniture appropriate, la formazione di personale professionista e non professionista circa le indicazioni e controindicazioni vaccinali, la presenza di linee guida circa le reazioni avverse, i documenti sulla sorveglianza di sicurezza e un programma di miglioramento qualità. Pertanto, per ottenere programmi di successo di immunizzazione di massa è necessaria una pianificazione precoce che si fondi su solide competenze (Grabenstein, 2006). - attivazione di audit in tutti i centri vaccinali da parte di ATS. Questa attività è fondamentale in quanto spesso a livello periferico del sistema sanitario si creano discrepanze informative tra le unità sanitarie e i corrispondenti distretti. Le falle nei sistemi di monitoraggio sono un rischio e riguardano principalmente l'uso inconsistente dei grafici di monitoraggio, il monitoraggio inadeguato delle scorte di vaccini, delle dosi e degli eventi avversi, le pratiche informatiche non sicure e lo scarso controllo sulla completezza e tempestività dei report. In questo scenario, gli audit sono strumenti che possono fornire un modo di valutare la qualità dei sistemi vaccinali come passaggio iniziale per introdurre successivi miglioramenti. (Bulletin of the World Health Organization, July 2005). - coinvolgimento di plurime figure interessate con particolare attenzione agli Assistenti Sanitari e infermieri per quanto riguarda la gestione della seduta vaccinale e la autonomia nella stessa.

AZIONE 5.2	rinnovare il Sistema informativo delle Vaccinazioni
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi (quantitativi e qualitativi) regionali
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza
DESCRIZIONE AZIONE 5.2	Si intende rivedere e migliorare il sistema informativo con l'obiettivo primario di garantire una maggiore interazione tra cittadini e ambito scolastico. Anche ATS/Regione, MMG/PLS, Consultori, Ospedali accreditati, Farmacia sia ospedaliera che convenzionata territoriale, Medici competenti, Ambulatori privati autorizzati e UDO Sociosanitarie devono poter avere accesso al nuovo software. Il software dovrà garantire la chiamata universale per infanzia e adolescenza, la chiamata attiva degli aventi diritto per rischio (patologia, comportamenti e ruolo), la tracciabilità dei vaccini in quanto medicinali al fine di rispondere in modo adeguato ai principi della farmacovigilanza e interconnessioni con altri database regionali (esiti diagnostici tamponi, segnalazione malattie infettive, flussi specifici, ad esempio esenzioni malattie croniche, consumo farmaci, trapianti) per azioni di chiamata attiva specifica. Il sistema Informativo vaccinale dovrà essere anche strumento di promozione vaccinale, con interconnessioni dirette con i siti istituzionali regionali e nazionali e alert specifici per richiamare l'attenzione sulle novità vaccinali.

OBIETTIVO 6 PL18_OS03	**attivare percorsi di Tailoring Immunization Programs (TIP)**
INDICATORE 6 PL18_OS03_	**attivare percorsi di Tailoring Immunization Programs (TIP)**
formula	numero centri vaccinali con almeno 1 azione sulla popolazione disagiata e a una per coorte / totale centri vaccinali azioni per centro vaccinale per recupero
Standard	evidenza di presenza in ogni centro vaccinale di azioni per il recupero di vaccinati in tema di morbillo e rosolia
Fonte	Regione
AZIONE 6	attivare percorsi di Tailoring Immunization Programs (TIP)
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza
DESCRIZIONE AZIONE 6	Attivazione di azioni di tailorizzazione dell'offerta vaccinale ai gruppi a rischio con attenzione in particolare a morbillo e rosolia. Si mira a

	identificare i sottogruppi di popolazione esitanti a vaccinarsi e comprenderne le barriere per progettare risposte appropriate all'impostazione del sottogruppo, al contesto e al vaccino. Fondamentali risultano i programmi di ascolto e comprensione della comunità e delle prospettive individuali. Anche considerare le modifiche all'erogazione del servizio, piuttosto che concentrarsi esclusivamente sulla comunicazione, è stato un altro punto di forza evidenziato dell'approccio. La modalità di recupero delle prestazioni vaccinali si deve orientare primariamente alle vaccinazioni anti morbillo e rosolia e alle vaccinazioni dell'adolescenza. Non sempre vengono raggiunti i target di somministrazione vaccinale e in particolare alcuni sottogruppi di popolazione, marginalizzati o difficilmente raggiungibili, non ne beneficiano quanto il resto della popolazione. Le cause alla base di questo fenomeno sono molteplici e comprendono dimenticanza, disagio, difficoltà organizzative a cause delle tempistiche, preoccupazione sulla sicurezza vaccinale, mancanza di fiducia e ulteriori motivazioni. Per superare queste difficoltà la WHO ha sviluppato i Programmi di immunizzazione tailorizzata (TIP) proprio per fornire agli stakeholders che lavorano nel settore gli strumenti adeguati a identificare le sottopopolazioni, riconoscerne le barriere e le cause di queste e disegnare interventi mirati. Emerge quindi come i TIP si focalizzino non solo sulla copertura vaccinale ma sull'equità della stessa, anche perché le evidenze suggeriscono che le persone con un background socioeconomico più basso sono più frequentemente affette da patologie prevenibili con vaccino. I benefici di questa attività andrebbero oltre la vaccinazione in quanto genererebbero salute diffusa, benefici politici, economici e sociali e protezione da altre patologie, soprattutto per i soggetti più vulnerabili. (EuroWHO, 2019).

OBIETTIVO 7 PL18_OS04	**attivare percorsi di vaccinazione dedicati ai pazienti cronici**
INDICATORE 7 PL18_OS04_	**attivare percorsi di vaccinazione dedicati ai pazienti cronici**
formula	numero di UUOO di ASST attivate / totale UUOO Regionali
Standard	il 90%
Fonte	Regione
PROGRAMMA	PL18
AZIONE 7	attivare percorsi di vaccinazione dedicati ai pazienti cronici
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
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE AZIONE 7	Attivazione di gruppi ad hoc per la realizzazione di percorsi vaccinali dedicati alle patologie a rischio, per organizzare i quali ogni azienda sanitaria attiverà protocolli/procedure e percorsi di lavoro e collaborazione con le Unità Operative ospedaliere delle seguenti

	discipline: geriatria, malattie infettive, diabetologia, pneumologia, oncologia, nefrologia, ginecologia e ostetricia, cardiologia, chirurgia, pediatria, medicina interna e immunologia, reumatologia e dermatologia. La necessità di percorsi appositi risiede nel rischio aumentato di contrarre infezioni o averle in forma severa per le persone affette da patologie croniche. Inoltre, le frequenti ospedalizzazioni o permanenze in ambienti ospedalieri, richieste dalla gestione della patologia cronica, accrescono il rischio di infezioni nosocomiali. Pertanto, è fondamentale che questa popolazione sia immunizzata e qualora i vaccini risultassero meno efficaci, ulteriori o maggiori dosi o altri vaccini devono essere offerti per garantire una maggior protezione. Idealmente, la vaccinazione dovrebbe essere completata nella fase precoce della patologia quando la risposta immunitaria può essere ancora simile a quella di un soggetto sano di pari età. Al progredire della patologia e con l'introduzione di terapie immunosoppressive, ovviamente le raccomandazioni possono cambiare (Canadian Immunization Guide). Un'altra sottopopolazione, ormai costantemente in crescita nei paesi sviluppati, è quella degli anziani, che determina una composizione della società differente rispetto a quella per la quale è stato pensato il piano vaccinale e la maggior parte dei vaccini. Pertanto, anche per questa è consigliato sviluppare un percorso ad hoc (Rappuoli, 2011).

OBIETTIVO 8 PL18_OS05	**Commissione Vaccini**
INDICATORE 8 PL18_OS05_	**Commissione Vaccini**
formula	presenza delibera di attivazione della commissione vaccini
Standard	commissione vaccini attivata
Fonte	Regione
AZIONE 8	Commissione Vaccini
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età
DESCRIZIONE AZIONE 8	Attivazione della commissione vaccini che raccordi i vari settori dell'area medica e della società civile con particolare interesse alla popolazione scolastica. Il ruolo della commissione sarà in particolare di fornire pareri in merito alle scelte di politiche vaccinali supportate da EtD Framework, analizzare e proporre modelli di collaborazione tra medicina di famiglia e politiche vaccinali, partecipare alle analisi di vaccine Hesitancy e proporre le attivazioni di campagne vaccinali ad hoc su particolari target vaccinali.

4.9 PL13 Malattie Infettive trasmesse da alimenti: prevenzione, sorveglianza e controllo

Quadro logico regionale

CODICE	PL13
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Emanuela Ammoni
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO6 Malattie infettive prioritarie**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO6-02 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) - MO6-09 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 - MO6-10 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cotture e nelle mense per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti) tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari nella ristorazione collettiva - MO6-11 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti)" - MO6-12 Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da vettori e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti (ivi compresi i servizi SIAN, SIAOA e ospedalieri) - MO6-13 Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti - MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti - MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano

LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- 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 - MO6LSh Coordinamento tra strutture ospedaliere e Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie - MO6LSi Realizzazione di un programma regionale di formazione - MO6LSj Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione diretti al personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari - MO6LSk Promuovere iniziative di formazione sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti - MO6LSm Diffusione di materiale informativo/divulgativo sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti su sito web - MO6LSn Istituzione di un laboratorio di riferimento regionale per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano o attivazione di una convenzione con un laboratorio di riferimento di un'altra Regione/PA - MO6LSo Applicazione di Piani di sorveglianza e risposta alle malattie trasmesse da vettori - MO6LSl - Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione sulle malattie trasmesse da alimenti diretti agli OSA
LEA	- A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive - A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive - A05 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva - E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Il recente rapporto promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e preparato dal Foodborne Diseases Burden Epidemiology Reference Group (FERG) relativo agli anni 2007-2015, fornisce le prime stime di incidenza delle malattie di origine alimentare a livello globale, valutando la mortalità e il carico di malattia in termini di Disability Adjusted Life Years (DALY).

Sono stati individuati trentuno pericoli di origine alimentare che causano trentadue malattie: 11 agenti diarroici, 7 agenti infettivi invasivi, 10 elminti e 3 prodotti chimici; nel solo 2010 l'insieme di questi fattori ha causato 600 milioni di malattie di origine alimentare (95% intervallo di incertezza [UI] 420-960) e 420.000 decessi (95% [UI] 310.000-600.000) ed un carico globale di malattia di 33 milioni di DALY (95% [UI] 25-46).

Quanto sopra esposto è stato confermato dal rapporto "The European Union One Health 2019 Zoonoses Report" elaborato dallo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) e dall'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA): nel 2019 sono stati riferiti alle autorità sanitarie degli Stati Membri dell'UE, 5175 focolai epidemici di origine alimentare responsabili di 49.463 casi, 3859 ricoveri ospedalieri e 60 decessi (20 in più rispetto al 2018, +50%). Nei focolai

epidemici, Salmonella è l'agente maggiormente identificato (926 focolai) ed è anche quello che ha richiesto il maggior numero di ricoveri (1915). Le principali fonti di infezione sono state "uova e prodotti a base di uova", seguiti da "prodotti da forno", "carne di maiale e prodotti derivati" e "alimenti composti".

Possiamo pertanto affermare che le malattie di origine alimentare sono un crescente problema di salute pubblica in tutto il mondo e nuove sfide si impongono alla nostra attenzione. Si prevede infatti che i cambiamenti climatici e la conseguente variazione delle temperature incidano sulla sicurezza alimentare, modificando i rischi associati alla produzione, allo stoccaggio e alla distribuzione di cibo; inoltre l'urbanizzazione e i cambiamenti nelle abitudini dei consumatori, compresi i viaggi, hanno aumentato il numero di persone che acquistano e consumano cibo preparato in luoghi pubblici.

Infine la globalizzazione ha provocato una crescente domanda da parte dei consumatori di una più ampia varietà di alimenti, creando di fatto una catena alimentare globale sempre più lunga e complessa, con il risultato che gli incidenti locali possono rapidamente evolversi in emergenze internazionali (www.WHO.int).

Ne sono un esempio la contaminazione di latte artificiale con melammina nel 2008 (che ha colpito 300.000 neonati e bambini piccoli, 6 dei quali morti, solo in Cina), l'epidemia di Enterohaemorrhagic Escherichia coli del 2011 in Germania, causata da germogli di fieno greco contaminati (segnalati casi in 8 paesi in Europa e Nord America, con 53 morti e significative perdite economiche) o il caso di salmonellosi nel latte in polvere per neonati prodotto da una nota azienda francese.

Queste sfide attribuiscono maggiore responsabilità alle imprese alimentari e alle Autorità Competenti che devono implementare sistemi efficaci per garantire la sicurezza dei prodotti alimentari e dei consumatori; le prime assicurando la qualità dei propri processi produttivi attraverso sistemi di autocontrollo HACCP specifici e le seconde mediante l'erogazione di servizi e prodotti (controlli ufficiali) appropriati.

Nel settembre 2017 la U.O. Prevenzione di Regione Lombardia ha condotto una sperimentazione presso i SIAN delle 8 ATS, con lo scopo di elaborare una procedura regionale, completa di strumenti operativi specifici per garantire la verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali.

Le condizioni per partecipare alla sperimentazione erano le seguenti:

- Individuazione di un territorio rappresentativo (tutta la ATS o distretto/sede territoriale)
- Presenza di applicativo gestionale che generi file excel (o equivalente) con elenco di tutti i controlli ufficiali eseguiti dal 1 gennaio 2017 al 30 settembre 2017 (periodo di studio)
- Accesso agli originali dei verbali dei sopralluoghi (controlli ufficiali) eseguiti.

L'assetto aziendale della ATS Città Metropolitana prevede al suo intero tre diverse Unità Organizzative Complesse che si occupano di controlli ufficiali in sicurezza alimentare, pertanto il campione totale di ATS da sottoporre a sperimentazione è salito a dieci soggetti contrassegnati univocamente con lettere dalla a) alle l).

L'obiettivo della sperimentazione era valutare l'intera "popolazione bersaglio" (tutti i controlli ufficiali eseguiti dalle ATS lombarde in sicurezza alimentare) utilizzando le informazioni contenute in un campione di osservazioni (campione selezionato di verbali di controllo), utilizzando la statistica. L'intera popolazione bersaglio non era accessibile e pertanto è stato utilizzato un campione definito "popolazione di studio".

L'ATS b) ha messo a disposizione un gruppo di studio non rappresentativo del territorio di competenza, in quanto includeva solo i controlli ufficiali effettuati su una particolare macro categoria di imprese alimentari e pertanto è stata esclusa dallo studio per non incorrere in un errore (bias) di selezione.

Ogni gruppo di studio di ogni singola ATS è stato stratificato per operatore che ha eseguito il controllo ufficiale, in modo da evitare distorsione dovuta alle caratteristiche del singolo ispettore e da ogni strato è stato selezionato un campione casuale semplice di almeno il 5% della "popolazione studio",

I 480 verbali di sopralluogo così selezionati sono stati valutati con una scheda di verifica che contiene ventotto item divisi in sei sezioni che indagano elementi diversi del controllo ufficiale, tutti ritenuti necessari per verificare l'appropriatezza del sopralluogo eseguito.

Per ogni item erano previsti tre possibili esiti: "conforme" (pieno soddisfacimento dei requisiti applicabili), "non conforme" (ambito/area con carenza/assenza dei requisiti e suscettibile di miglioramento) e "non valutabile" (ambito/area non valutabile).

Per verificare se vi erano differenze tra le distribuzioni della variabile in studio (proporzione delle NC nelle modalità di effettuazione dei controlli) nelle varie ATS, è stato utilizzato il test del Chi-quadrato per proporzioni indipendenti. Sono stati valutati 13.440 item riferiti a 480 verbali di sopralluogo, assegnando un esito ad ogni item secondo le codifiche: "conforme" (pieno soddisfacimento dei requisiti applicabili), "non conforme" (ambito/area con carenza/assenza dei requisiti e suscettibile di miglioramento), "non conforme format" (nei casi di non conformità attribuibile esclusivamente al format) e "non valutabile" (ambito/area non valutabile).

Gli esiti, riferiti alla variabile in studio, esclusi i "non valutabili", sono rappresentati in tabella:

ATS	Item non conforme		Item conforme		Totale item	
	N	% (95% IC)	N	%	N	%
a	78	11,3 (1,2 – 21,3)	613	88,7	691	100
c	175	17,3 (6,0 – 28,6)	835	82,7	1010	100
d	92	13,0 (1,0 – 25,1)	615	87,0	707	100
e	128	6,7 (1,3 -12,1)	1784	93,3	1912	100
f	722	46,2 (34,4 – 58,0)	841	53,8	1563	100
g	115	32,9 (8,3 – 57,6)	234	67,1	349	100
h	627	20,6 (13,7 – 27,6)	2409	79,4	3036	100
i	344	28,9 (16,7 – 41,1)	846	71,1	1190	100
l	112	20,1 (3,8 – 36,5)	444	79,9	556	100

Dall'analisi dei dati riportati si evince che vi è una variabilità della percentuale di item conformi (appropriati) nelle diverse ATS pari al 13,4 %. Tali dati quindi mostrano che i controlli ufficiali non sono condotti in modo omogeneo sul territorio regionale, determinando così un possibile trattamento non equo verso parte dei cittadini/consumatori la cui salute potrebbe risultare non ugualmente tutelata circa la garanzia di alimenti sicuri distribuiti.

Inoltre, dal punto di vista del comportamento delle imprese alimentari, tra gli elementi che sono verificati durante i controlli ufficiali eseguiti mediante audit, rivestono particolare importanza ai fini della valutazione della salubrità degli alimenti preparati e distribuiti la "Formazione in materia

di igiene del personale e delle lavorazioni" e le "Procedure aziendali basate sui sistemi di autocontrollo HACCP". Un aumento della conformità degli esiti di tali elementi controllati può quindi essere indice di un miglioramento delle prestazioni degli OSA. Di seguito i dati riferiti all'anno 2019.

	ELEMENTI DEL CONTROLLO	
ANNO 2019	Formazione in materia di igiene del personale e delle lavorazioni	Procedure HACCP
Numero di procedure controllate	1574	3569
Numero di non conformità	207	541
% di conformità	86,8	84,8

In conseguenza a questa analisi si è sviluppata l'azione di equity del Programma, basata sulla riduzione della variabilità nella appropriatezza dei controlli ufficiali eseguiti sul territorio regionale e sull'aumento della consapevolezza degli OSA rispetto ai rischi correlati all'igiene degli alimenti.

A supporto dei dati a disposizione (di letteratura e dall'analisi dei database regionali), che non hanno evidenziato elementi di disuguaglianza correlati a caratteristiche definite (sesso, età, professione, nazionalità...), è stato effettuato un Focus Group con le ATS (professionisti di malattie infettive, SIAN e SIAOA), finalizzato a individuare i punti di forza e i punti di debolezza dell'attuale sistema di gestione, e a far emergere eventuali trend percepiti.

Rispetto a possibili diseguaglianze, il Focus Group ha segnalato come target di popolazione percepito come particolarmente coinvolto nelle MTA il gruppo YOPI (young, old, pregnant, immunodeficient) e la popolazione più giovane e attiva, che segue mode e mangia alimenti crudi. Per quanto riguarda invece gli alimenti percepiti come particolarmente coinvolti nelle MTA, sono stati individuati gli alimenti conservati e manipolati male a livello domestico (es. cross-contaminazione con pollame), gli alimenti crudi, il riso (Bacillus cereus), l'alga Nori, carni macinate, hamburger poco cotti, creme a base di uova.

Non essendo tali elementi identificati in modo sicuro quali ambiti di disuguaglianza, si sono indagate le criticità del processo, intese come possibili fonti di incertezza e di conseguente disparità di trattamento sul territorio regionale.

Tra le principali criticità segnalate nella gestione di una MTA, i professionisti delle ATS hanno individuato unanimemente la mancanza di team multidisciplinari coordinati da un team leader, nel rispetto delle diverse professionalità: questo porta a uno spezzettamento dell'attività, senza uno sguardo globale e senza la condivisione delle informazioni, anche con i medici dei PS o con gli MMG/PLS, aspetti cruciali per poter giungere all'individuazione della fonte della MTA. Infine, un'ulteriore criticità è individuata nel sistema di raccolta delle informazioni (DB regionale MAINF), non adeguato alla gestione di casi di MTA.

Il sistema informatico (sMAINF) si occupa del processo di segnalazione alle ATS da parte di medici ospedalieri e territoriali (MMG/PLS e specialisti territoriali) che nell'ambito della propria professione vengano a conoscenza di un sospetto di un caso di Patologie Infettive a rischio di contagio. In una seconda fase verranno analizzate e implementate le attività di approfondimento diagnostico ed epidemiologico ed il processo di notifica a carico di ATS e Regione Lombardia, comprensivo della gestione del debito informativo verso gli Enti nazionali (Ministero Salute, ISS, ISTAT) ed internazionali (UE e OMS) precedentemente gestite dal sistema MAINF.

Si è potuto estrarre ed analizzare i dati risalenti agli anni 2018, 2019 e 2020; risulta necessario precisare che i dati del 2020 sono stati significativamente condizionati dalla presenza della pandemia da SARS_CoV2. Si è osservato che spesso la compilazione delle segnalazioni su MAINF è risultata inaccurata e/o superficiale, inficiando così la bontà/qualità dei dati; questa evidenza indica quindi l'utilità di una formazione specifica, continua e verificata per gli operatori al fine di una compilazione adeguata.

Date le premesse, abbiamo cercato di individuare la presenza di disuguaglianze o trend chiari nella popolazione lombarda, spesso però i dati per patologia risultano sottostimati/compilati parzialmente così da non consentire una rappresentazione epidemiologica corretta.

CASI TOTALI PER PROVINCE

						Tassi		
Province	**2018**	**2019**	**2020**	**Totale complessivo**	**Popolazione**	**2018**	**2019**	**2020**
BG	693	532	258	1483	1.093.887	6,34	4,86	2,36
BS	855	826	414	2095	1.227.653	6,96	6,73	3,37
CO	346	296	163	805	588.085	5,88	5,03	2,77
CR	278	210	186	674	341.743	8,13	6,14	5,44
LC	239	228	150	617	334.673	7,14	6,81	4,48
LO	228	160	99	487	225.937	10,09	7,08	4,38
MB	447	399	236	1.082	853.246	5,24	4,68	2,77
MI	1.886	1.654	756	4.296	3.245.660	5,81	5,10	2,33
MN	265	192	118	575	387.941	6,83	4,95	3,04
PV	314	327	157	798	525.046	5,98	6,23	2,99
SO	83	116	69	268	180.425	4,60	6,43	3,82
VA	402	484	221	1.107	882.710	4,55	5,48	2,50
Totale complessivo	**6.036**	**5.424**	**2.827**	**14287**				
	10.023.546	10.019.218	9.997.297					
	6,02	5,41	2,83					

CASI TOTALI PER FASCE DI ETA'

						Tassi		
Età	**2018**	**2019**	**2020**	**Tot. complessivo**	**Popolazione**	**2018**	**2019**	**2020**
00-06	1.847	1.414	604	3.865	571.632	32,31	24,74	10,57
07-14	524	511	336	1.371	771.451	6,79	6,62	4,36
15-19	135	169	101	405	474.012	2,85	3,57	2,13
20-29	206	237	83	526	986.159	2,09	2,40	0,84
30-39	210	194	64	468	1.164.199	1,80	1,67	0,55
40-49	246	222	82	550	1.545.073	1,59	1,44	0,53
50-64	463	414	244	1.121	2.219.241	2,09	1,87	1,10
65+	2.405	2.263	1.313	5.981	2.295.835	10,48	9,86	5,72
Tot. complessivo	**6.036**	**5.424**	**2.827**	**14.287**				

CASI TOTALI PER SESSO

						Tassi		
Sesso	**2018**	**2019**	**2020**	**Tot. complessivo**	**Popolazione**	**2018**	**2019**	**2020**
Maschi	3.050	2.745	1.456	7.251	4.912.375	6,21	5,59	2,96
Femmine	2.986	2.679	1.371	7.036	5.115.227	5,84	5,24	2,68
Tot. complessivo	**6.036**	**5.424**	**2.827**	**14.287**				

CASI TOTALI PER STAGIONE DELL'ANNO

Stagioni	**2018**	**2019**	**2020**	**Tot. complessivo**
Autunno	1.315	1.277	569	3.161
Estate	1.430	1.457	910	3.797
Inverno	1.495	1.189	779	3.463
Primavera	1.796	1.501	569	3.866
Tot. complessivo	**6.036**	**5.424**	**2.827**	**14.287**

CASI TOTALI DIMENSIONE COMUNE

ANNO 2019							
MTA	**MILANO**	**60.000-200.000**	**20.000-59.999**	**10.000-19.999**	**5.000-9.999**	**<5.000**	**Totale complessivo**
BOTULISMO	2			1		1	4
BRUCELLOSI		1	1				2
DIARREA INFETTIVA	232	272	455	339	384	467	2.149
ENCEFALOPATIA SPONGIFORME TRASMISSIBILE (MCJ)	2	1	1		3		7
EPATITE A	22	13	29	34	26	22	146
TOSSINFEZIONI E INTOSSICAZIONI ALIMENTARI	90	33	48	37	80	115	403
INTOSSICAZIONI DA FUNGHI	12	18	20	32	26	19	127
LISTERIOSI	6	5	10	18	17	12	68
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	68	91	191	181	245	237	1.013
SHIGELLOSI	6	6	3	4	7	3	29
CAMPYLOBACTER	40	77	143	143	156	149	708
ROTAVIRUS	35	76	159	94	167	126	657
SINDROME SGOMBROIDE	19	3	11	2	5	4	44
NOROVIRUS	6	8	12	16	12	13	67
Totale complessivo	**540**	**604**	**1.083**	**901**	**1.128**	**1.168**	**5.424**
	1.406.242	1.055.007	1.896.745	1.662.667	1.952.475	2.054.466	
	3,84	5,73	5,71	5,42	5,78	5,69	

CASI TOTALI PER ATS

						Tassi		
ATS	**2018**	**2019**	**2020**	**Totale complessivo**	**Popolazione**	**2018**	**2019**	**2020**
ATS DELLA BRIANZA	643	606	377	1.626	2.410.308	2,67	2,51	1,56
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	2.157	1.832	863	4.852	6.985.478	3,09	2,62	1,24
ATS DELLA MONTAGNA	199	235	121	555	593.898	3,35	3,96	2,04
ATS DELLA VAL PADANA	523	372	290	1.185	1.525.654	3,43	2,44	1,90
ATS DELL'INSUBRIA	696	765	345	1.806	2.931.244	2,37	2,61	1,18
ATS DI BERGAMO	690	542	270	1.502	2.216.252	3,11	2,45	1,22
ATS DI BRESCIA	818	740	394	1.952	2.311.618	3,54	3,20	1,70
ATS DI PAVIA	310	332	167	809	1.080.752	2,87	3,07	1,55
Totale complessivo	**6.036**	**5.424**	**2.827**	**14.287**				

Si riscontra una diminuzione dei casi di MTA nel loro complesso dal 2018 al 2020 con un crollo sicuramente più evidente dal 2019 al 2020. La provincia più coinvolta sembra essere Lodi, fatto che può essere dovuto sia ad una maggiore incidenza di casi sia ad una maggiore segnalazione.

Le fasce di età con un numero più alto di pratiche aperte riguardano quelle più basse (7-14, ma soprattutto 0-6) e quelle più alte (>65). In relazione alla divisione maschi/femmine i maschi

sembrano in minima parte maggiormente coinvolti. Non si riscontrano evidenti differenze in base alla stagionalità.

Se si suddividono le pratiche di MTA per dimensione del comune di domicilio, si trovano risultati comparabili, con l'eccezione di Milano (unica città lombarda sopra i 200.000 abitanti).

Ulteriori dati, suddivisi per MTA, sono riportati in allegato 3.

Per quanto riguarda i controlli ufficiali per la sicurezza alimentare, i dati sono raccolti dai Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione nei propri gestionali di ATS e rendicontati nel Database regionale della prevenzione Impres@BI, mentre quelli dei Servizi di Igiene degli Alimenti di Origine Animale sono raccolti e rendicontati nel gestionale regionale veterinario SIV.

L'analisi dei controlli ufficiali svolti dai SIAN in occasione di sospetta MTA mostra quanto segue:

CONTROLLI PER MTA	**2020**	**2019**	**2018**
ATS	**n.**	**n.**	**n.**
321 - ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	8	21	21
322 - ATS DELL'INSUBRIA	3	18	9
323 - ATS DELLA MONTAGNA	1	2	
324 - ATS DELLA BRIANZA	3	11	11
325 - ATS DI BERGAMO	5	6	2
326 - ATS DI BRESCIA	3	9	3
327 - ATS DELLA VAL PADANA	3	2	6
328 - ATS DI PAVIA	5	1	8
Totale complessivo	**31**	**70**	**60**

Controlli con campionamento:

CAMPIONAMENTI IN CONTROLLI PER MTA	**2020**	**2019**	**2018**
ATS	**n.**	**n.**	**n.**
321 - ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	1	5	4
322 - ATS DELL'INSUBRIA	1		1
324 - ATS DELLA BRIANZA	3	9	8
325 - ATS DI BERGAMO		1	
326 - ATS DI BRESCIA	2	3	1
327 - ATS DELLA VAL PADANA			2
328 - ATS DI PAVIA			1
Totale complessivo	**7**	**18**	**17**

Controlli effettuati per tipologia di struttura oggetto del controllo:

	2020	2019	2018
STRUTTURE OGGETTO DEL CONTROLLO PER MTA	**n.**	**n.**	**n.**
0219 - Commercio al dettaglio di prodotti alimentari, in sede fissa o ambulante	5	4	5
0221 - Ristoranti, gelaterie pasticcerie con somministrazione, cibi da asporto, ristorazione annesse ad aziende agricole, ristorazione e gelaterie amb	14	38	30
0222 - Preparazione di pasti senza somministrazione, catering (non utilizzare questa voce se c'e' somministrazione)	1	4	4
0223 - Mense scolastiche senza preparazione	1	1	1
0224 - Mense strutture o socio-sanitarie senza preparazione	1		1
0225 - Mense scolastiche con preparazione		5	2
0226 - Mense strutture o socio-sanitarie con preparazione		1	2
0227 - Bar, caffetterie, altri esercizi simili senza cucina		4	3
1031 - Lavorazione di frutta e di ortaggi (esclusi i succhi di frutta e di ortaggi)		3	
1071 - Produzione di pane, pizza e prodotti da forno e di pasticceria - freschi e secchi		2	1
1085 - Produzione di cibi pronti in genere	2	3	4
3611 - Impianti acquedotto		1	1
4112 - Edifici residenziali (da utilizzare quando il controllo riguarda abitazioni private)	5	2	5
5210 - Deposito conto terzi di alimenti non soggetto a riconoscimento	1		
9706 - Mense aziendali con preparazione	1	2	1
Totale complessivo	**31**	**70**	**60**

Di seguito un focus sui controlli effettuati nella ristorazione e nelle abitazioni private:

DETTAGLIO CONTROLLI PER MTA IN RISTORAZIONE	2018	2019	2020
Ristorazione pubblica	14	42	33
Ristorazione collettiva	4	13	11
Domestiche	5	2	5
Totale complessivo	**23**	**57**	**49**

I dati dei controlli ufficiali svolti dai SIAOA in occasione di sospetta MTA mostrano invece quanto segue:

ATS	2018	2019	2020
ATS DELLA BRIANZA	12	13	6
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	50	83	23
ATS DELLA MONTAGNA	5	1	
ATS DELLA VAL PADANA	4		
ATS DELL'INSUBRIA	11	15	2
ATS DI BERGAMO	5	8	5
ATS DI BRESCIA	6	5	2
ATS DI PAVIA	1	3	
Totale complessivo	**94**	**128**	**39**

Controlli con campionamento:

ATS	2018	2019	2020
ATS DELLA BRIANZA	1	1	3
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	12	9	4
ATS DELLA MONTAGNA	2	1	
ATS DELLA VAL PADANA	3		
ATS DELL'INSUBRIA	5	5	1
ATS DI BERGAMO	2	5	1
ATS DI BRESCIA	3	2	
ATS DI PAVIA			
Totale complessivo	**28**	**23**	**9**

Controlli effettuati per tipologia di struttura oggetto del controllo:

STRUTTURE OGGETTO DEL CONTROLLO PER MTA	2018	2019	2020
Altro		2	2
853 Riconosciuti - Sezione 0 - Attiv. generali - Deposito frigorifero	2		
853 Riconosciuti - Sezione IX - Latte e prodotti a base di latte - Stabilimento di trasformazione	2	1	
853 Riconosciuti - Sezione VI - Prodotti a base di carne - Stabilimento di trasformazione	1		
Banco temporaneo per vendita ambulante			2
Bar, tavola fredda o con somministrazione di Cibi Cotti preparati altrove	8	15	1

Centro cottura/catering	1	3	1
Festa popolare, fiera		1	
Ipermercato	4	5	2
Laboratorio di produzione e vendita	10	10	1
Mensa aziendale		1	
Mensa ospedaliera, di casa di cura e di riposo, di altre comunità	2	2	
Mensa scolastica (con preparazione)	1	3	
Negozio commercializzazione al dettaglio prodotti alimentari vari	6	3	7
Preparazione di pasti per catering-banqueting per eventi		2	
Refettorio scolastico	1		3
Ristorante, trattoria, pizzeria, agriturismi (etc.)	43	73	15
Superette o supermercato	13	7	5
Totale complessivo	**94**	**128**	**39**

Anche in questo caso si riporta un focus sui controlli effettuati nella ristorazione:

DETTAGLIO CONTROLLI PER MTA IN RISTORAZIONE	2018	2019	2020
Ristorazione pubblica	51	89	16
Ristorazione collettiva	5	11	4
Totale complessivo	**56**	**100**	**20**

Sia per quanto riguarda i controlli dei SIAN che dei SIAOA, si evidenzia che nell'anno 2020 i controlli sono molto diminuiti a causa della pandemia da Covid-19 (per la chiusura di molte attività alimentari, in particolare del settore della ristorazione e per le restrizioni imposte).

Un dato che emerge è il prevalere delle MTA nella ristorazione pubblica rispetto a quella collettiva, che da un lato dà evidenza dal lavoro svolto dal Sistema Sanitario Regionale nel settore collettivo, dall'altro sottolinea la necessità di intensificare le azioni di formazione degli OSA della ristorazione pubblica.

Si segnala, inoltre, che le MTA occorse in ambito domestico, apparentemente irrilevanti, sono in realtà sottostimate, per un difetto di segnalazione.

Infine, interessanti sono i dati relativi al sistema rapido di allerta comunitario, istituito sotto forma di rete con il Regolamento (CE) 178/2002. Se un alimento presente sul mercato non è conforme ai requisiti di sicurezza previsti, gli operatori del settore devono avviare immediatamente le procedure di ritiro/richiamo dello stesso. Ogni volta che un membro della rete disponga di informazioni relative all'esistenza di un rischio, diretto o indiretto, per la salute umana dovuto ad alimenti o mangimi, queste vengono immediatamente comunicate alle Commissione nel quadro del Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF), che le trasmette immediatamente ai membri della rete.

Nel 2019, in 11 casi le segnalazioni sono scaturite a seguito di MTA. Particolarmente impattante è stata la gestione delle notifiche relative all'insorgenza di un'epatite colestatica associata all'uso di integratori a base di Curcuma e Piperina. Solo 3 di queste allerte hanno avuto origine regionale. Da segnalare i casi innescati dalla comparsa di sintomatologia gastroenterica riconducibile alla presenza di *norovirus* in molluschi (4) e salmonella in carne macinata equina (1); significative anche il numero delle notifiche (3) conseguenti a episodi di intossicazione a seguito del consumo di pesce con un alto contenuto in istamina (sindrome sgombroide). I rimanenti casi hanno riguardato la presenza di tossina botulinica in piatto pronto di pasta e fagioli, la presenza di biotossine (acido okadaico) in mirtili. (Report allegato)

Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Le malattie trasmesse dagli alimenti, seppure abbiano un impatto apparentemente minore sulla popolazione generale rispetto ad altre patologie, causano ogni anno danni importanti in termini di danni alla salute (ricoveri, inabilità temporanee e/o permanenti, decessi etc) ed economici (perdita di prodotti, calo delle vendite).

La rapida individuazione della fonte primaria della malattia e dei fattori favorenti che ne determinano e facilitano l'instaurarsi e il diffondersi costituisce quindi una esigenza sia al fine di limitare i danni di cui sopra, sia di acquisire nuove conoscenze/informazioni e di predisporre misure preventive più efficaci. Questo è valido sia nel caso di agenti di malattia già noti (per esempio Salmonella), sia quando ci si trovi ad affrontare situazioni meno conosciute (patogeni emergenti o patogeni "tradizionali" che si manifestano tramite modalità di diffusione diverse da quelle note o con sintomatologie diverse).

Si prevede inoltre che i cambiamenti climatici e la conseguente variazione delle temperature incideranno anche sulla sicurezza alimentare, modificando i rischi associati alla produzione, allo stoccaggio e alla distribuzione di cibo. Inoltre, con la globalizzazione, la crescente domanda da parte dei consumatori di una più ampia varietà di alimenti determina che problematiche locali possano rapidamente evolversi in emergenze internazionali (www.WHO.int).

Regione Lombardia rappresenta un contesto epidemiologico particolarmente complesso per la presenza, al suo interno, sia di realtà produttive importanti, spesso di grosse dimensioni, nel campo della produzione primaria e industriale, sia di numerosissime attività di dimensioni modeste o addirittura familiari, spesso a carattere artigianale. La popolazione, circa 10 milioni di abitanti, è principalmente concentrata in comuni di media grandezza demografica (circa il 65% della popolazione vive in aree metropolitane pedemontane o di pianura) ed è caratterizzata da grande mobilità giornaliera sia intraregionale, sia extraregionale. Quest'ultima caratteristica fa sì che, da un punto di vista epidemiologico, la nostra regione debba essere considerata come integrata in un bacino più ampio che include aree delle regioni circostanti (novarese, piacentino, parmense, veronese, Canton Ticino, ecc.)

Queste sfide attribuiscono maggiore responsabilità alle imprese alimentari e alle Autorità Competenti che devono implementare sistemi efficaci per garantire la sicurezza dei prodotti alimentari e dei consumatori; le prime assicurando la qualità dei propri processi produttivi

attraverso sistemi di autocontrollo HACCP specifici e le seconde mediante l'erogazione di servizi e prodotti (controlli ufficiali) appropriati.

La complessità della situazione e la necessità di riposte rapide ed efficaci nel caso in cui si sospetti un focolaio di malattia alimentare, comporta che vengano attivate una serie di misure e modalità di collaborazione molto stretta tra servizi con competenze diverse – Medicina Preventiva delle Comunità (MPC), Igiene degli Alimenti di O.A. (SIAOA), Sanità Animale (SSA), Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN), Laboratori – così da permettere una rapida individuazione e controllo della/e fonte/i del focolaio.

Per raggiungere tali obiettivi è necessario implementare, inoltre, politiche regionali di stretta collaborazione tra le strutture del sistema sanitario regionale e i partner a vario titolo coinvolti: i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, le direzioni sanitarie delle strutture ospedaliere, le associazioni di categoria delle imprese alimentari, i consumatori, gli Enti locali, le Associazioni di promozione sociale, ecc..

Alcuni degli strumenti necessari alla piena operatività del sistema sono già in essere ma migliorabili (per esempio, sistema di sorveglianza e reportistica delle malattie infettive, comprese quelle di probabile origine alimentare), altri sono da integrare (per esempio, banche dati di competenza dei servizi veterinari e medici territoriali, degli ospedali ecc.), altri ancora sono da costruire (per esempio, rete di laboratori in grado di condurre l'analisi genomica degli isolati).

Infine la formazione, l'informazione e la comunicazione svolte a vari livelli e rivolte a diversi destinatari, costituiscono uno strumento imprescindibile per promuovere la consapevolezza da parte della comunità tutta sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti e raggiungere gli obiettivi del programma.

I principali punti programmatici, pertanto, in raccordo con quanto previsto nel "PL15 Malattie infettive: quadro logico, preparedness e piano pandemico" e dettagliati nelle sezioni dedicate, sono:

1) aggiornare gli indirizzi regionali in coerenza con le indicazioni nazionali e lo sviluppo del SSR lombardo

2) rinnovare il Sistema informativo della Sorveglianza delle Malattie Infettive

3) attivare percorsi di formazione e verifica delle skill degli operatori

4) integrare il sistema di sorveglianza con altri ambiti del SSR e con la ricerca del Sistema di Segnalazione delle Malattie infettive

5) programmare ed effettuare controlli ufficiali efficaci e appropriati (azione di equity)

Snodo strategico del programma, come già assodato, è rappresentato dalla formazione dei professionisti coinvolti a vario titolo nella gestione delle malattie infettive di origine alimentare e dalla verifica delle competenze acquisite.

Infatti, affrontare il tema della formazione dei professionisti significa introdurre il concetto di apprendimento, strettamente correlato a quello di cambiamento; l'apprendimento, da non confondere con la semplice formazione, non è solo l'acquisizione di skill ma è soprattutto il cambiamento, relativamente durevole (ossia l'ampliamento, la ricomposizione) delle proprie strutture cognitive, dei comportamenti emozionali, volitivi e motori, sulla base di esperienze contestuali elaborate soggettivamente. Quando si parla di esperienze contestuali si fa riferimento al concetto di condivisione, dell'esperienza vissuta non singolarmente ma con altre persone, concetto base della formazione continua in medicina (ECM) dei professionisti sanitari.

L'apprendimento diventa perciò durevole, riguarda cioè l'ampliamento o la ricomposizione/ristrutturazione delle proprie conoscenze, fortemente collegate alla sfera cognitiva e alle modalità di comportamento che sono emozionali, volitive (la formazione può influenzare la decisionalità e la motivazione, una componente molto importante della competenza).

Fare formazione efficace in contesti sanitari è pertanto molto complesso e deve tener conto di alcuni fondamenti principi cardine: i professionisti sanitari, nel processo di apprendimento

- Vogliono conoscere le ragioni dell'apprendimento di determinate nozioni/skills e il collegamento con la loro pratica professionale
- Si percepiscono come individui indipendenti, in grado di indirizzare il loro apprendimento (selfdirected learning).
- Sono portatori di pregresse esperienze che vogliono vengano valorizzate nella formazione, che deve essere di tipo esperienziale
- Sono motivati ad apprendere conoscenze/competenze che percepiscono utili per realizzare il loro ruolo sociale, incluso quello lavorativo
- Desiderano che la formazione sia problem-oriented (sia basata su situazioni problematiche da risolvere, da capire con cui interagire), piuttosto che content-centred (cioè centrate sui contenuti da imparare a memoria).

Questo perché ogni professionista è portatore di diversi bisogni formativi:

1. Il bisogno esplicito, che nasce quando l'operatore si accorge che nella sua pratica clinica c'è qualcosa di carente, che ci sono conoscenze e competenze che mancano alla azione professionale
2. Il bisogno formativo implicito, di cui l'operatore è consapevole ma che non esplicita dandone per scontata la sua soddisfazione
3. Il bisogno latente, di cui l'operatore non si accorge ma che influenza negativamente la sua pratica clinica

Il bisogno latente viene definito dalla letteratura come oggettivo mentre il bisogno esplicito come soggettivo; la letteratura italiana (es. Piccardo ma anche Quaglino nei suoi ultimi testi) dà una crescente rilevanza al bisogno soggettivo, perché espressione delle emozioni e dei vissuti degli operatori sanitari che attraverso questi bisogni esprimono se stessi, mentre una parte della letteratura internazionale dà una crescente enfasi al dato oggettivo, strettamente correlato a quello dell'Evidence Based.

Nel progettare la formazione per i professionisti è necessario considerare che quando viene dato spazio al bisogno formativo esplicito, le persone tendono a chiedere di formarsi riguardo a ciò che già in qualche modo conoscono, mentre faticano a intercettare bisogni/corsi di formazione su argomenti e temi che non conoscono, quindi magari chiedono formazione su come gestire una situazione ma hanno già degli apprendimenti per gestire quella situazione; muovendosi in un sistema sanitario è quindi necessario bilanciare il bisogno esplicito, dare cioè spazio agli operatori per esprimere la loro soggettività, la loro idea, la loro rappresentazione del bisogno di formazione ma anche fare i conti con quello che è il dato oggettivo in sanità (che scaturisce per esempio dalle verifiche oggettive dell'operato dei professionisti).

Per rilevare efficacemente i bisogni espliciti, impliciti e latenti è necessario sondare due principali fonti: quella people e la fonte documents; nel primo caso si raccolgono dati direttamente dalle persone (questionari, focus group, osservazione diretta) mentre nel secondo ci si affida ai documenti (rapporti e processi di audit, schede di valutazione, customer satisfaction, bilancio di competenze). L'analisi dei bisogni formativi, per la sua complessità intrinseca, è equiparabile ad un'attività di ricerca e richiede un approccio sistemico (globale, che sappia guardare i fenomeni,

i processi da tanti punti di vista) e triangolazione dei dati, competenze metodologiche e competenze relazionali.

Altrettanto complicata e strategica è la scelta del metodo formativo, cioè della tipologia di strumento da utilizzare durante la formazione del professionista sanitario; non esistono delle metodologie formative da usare come ricette già pronte, dipendono da tanti elementi: è necessario focalizzare il bisogno/problema che si vuole affrontare, la tipologia di discenti (neo assunti, esperti, ecc) e di organizzazione alla quale appartengono, il contesto anche logistico ed infine, le caratteristiche del gruppo e il profilo del formatore.

Infine devono essere definiti gli strumenti di valutazione della formazione effettuata ed è necessario considerare due criteri fondamentali: la congruenza con gli oggetti che si vogliono valutare (per valutare skill che sono abilità pratiche non è possibile utilizzare un test, come non è idoneo effettuare un role playing per valutare la memorizzazione di fatti), infatti ciascun livello tassonomico ha le sue metodologie formative di riferimento e al contempo ha i suoi strumenti di valutazione di riferimento. L'altro criterio è la fattibilità: non tutti gli strumenti reali sono utilizzabili in determinati contesti (es. per valutare le skills dovrebbe essere utilizzato un OSCHI ma nel contesto organizzativo non ci sono gli spazi per allestire un OSCHI, deve essere individuato quindi lo strumento che più si avvicina a quello che è l'ideale e che può essere utilizzato nel contesto). La scelta degli strumenti, comunque, al di là della congruenza e della fattibilità, è sempre influenzata dal modello di valutazione (di formazione) del quale il formatore è portatore (modello scolastico o formativo).



Quello a sinistra è un modello molto vecchio e scolastico: la valutazione di profitto, il confronto di un rendimento con uno standard/una norma, legata al concetto di misurazione. Da molti decenni si è sviluppato anche un modello formativo di valutazione che la intende non solo come misurazione del profitto e del rendimento, ma anche come valutazione del cambiamento del discente in relazione alle competenze attese; questa valutazione, molto più complessa di una semplice misurazione (può comprenderla al suo interno ma non si esaurisce con essa), ha a che fare con il concetto di comprendere, trovare il significato di una serie di azioni/eventi e interpretare (cioè ricercare i significati).



Di seguito una tabella riassuntiva dei metodi formativi e di valutazione, in relazione alla tipologia di obiettivo:

SAPERE	**METODO**	**VALUTAZIONE**
I LIVELLO RICORDARE/RICONOSCERE	LEZIONI CLASSICHE ESERCITAZIONI NOZIONISTICHE	VERO/FALSO MCQ DRAB
II LIVELLO INTERPRETARE/CORRELARE	LEZIONI INTERATTIVE CASI, PBL, TBL DISCUSSIONI	TEST LEGATI A CASI TEST DI ASSOCIAZIONE
III LIVELLO CREARE NUOVE SOLUZIONI	CASI DECISION MAKING PROJECT WORK	TEST (MCQ E DRAB) LEGATI A CASI SAGGI PROJECT WORK
SAPER FARE	**METODO**	**VALUTAZIONE**
I LIVELLO IMITARE	CASI FILMICI/FILMATI SIMULAZIONI DIMOSTRATIVE ESERCITAZIONI APPLICATIVE	OSCE MINI-CEX VIDEOREGISTRAZIONE DOPS
II LIVELLO COMPIERE	SIMULAZIONI APPLICATIVE CON MANICHINO O TRA PARI PAZIENTI STANDARDIZZATI	OSCE MINI-CEX VIDEOREGISTRAZIONE DOPS
III LIVELLO ESEGUIRE	ATTIVITA' CON PAZIENTI REALI O PZ. STANDARDIZZATI IN INCOGNITO	PZ. STANDARDIZZATI IN INCOGNITO (USPS)
SAPER ESSERE	**METODO**	**VALUTAZIONE**
I LIVELLO	CASI FILMICI/FILMATI	(ANALISI) TRASCRIZIONI DI SCENARI

RICONOSCERE	ROLE PLAYING STRUTTURATI	OSVE
II LIVELLO RISPONDERE	ROLE PLAYING SEMI-STRUTTURATI PZ. STANDARDIZZATI IN INCOGNITO (USPS)	OSCE VIDEO
III LIVELLO SVILUPPARE EMPATIA	ROLE PLAYING DESTRUTTURATI PAZIENTI STANDARDIZZATI	

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

- SCIENTIFIC REPORT *The European Union One Health 2019 Zoonoses Report* - European Food Safety Authority, European Centre for Disease Prevention and Control - doi: 10.2903/j.efsa.2021.6406
- Special Eurobarometer Wave EB91.3 *Report Food safety in the EU April 2019* Survey conducted by Kantar at the request of the European Food Safety Authority (EFSA)
- Intesa Stato – Regioni 212/CSR del 10/11/2016 concernente "Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004"
- (2014) *Auditing effectiveness of official control system* - The network of NAS – version 1.
- (2015) *Devoloping objectives and indicators* - The network of MANCP national experts –Version 1.
- (2016) Verification of effectiveness - The network of MANCP national experts - Version 1.
- Consonni D., Bertazzi P.A. (2017) *Health significance and statistical uncertainty e value of P-value* in "La Medicina del Lavoro", 108,5:327-331
- Fete M., Haight R., Claoo P., McCollum M., (2017) *Peer Evaluation Instrument Development, Administration, and Assessment in a Team-based Learning Curriculum*, alla pagina web https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5468706
- Gauvreau K., Pagano M. (2003), *Fondamenti di biostatistica* (traduzione a cura di) Angelillo I.F, Pavia M., Villari P., Idelson-Gnocchi, Napoli
- Tacconi G, (2011), *Per una valutazione riconoscente e incoraggiante*, in "Strumenti per formare", 3:81-95
- Zannini L., (2015), *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura*. Pensa Multimedia Editore, Lecce-Brescia
- Zanolla L., Graziani M.S., (2016) *Come interpretare correttamente il valore di P?* in "Biochimica clinica", 40,1:40-44

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 PL13_OT02	**Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti**
INDICATORE 1 PL13_OT02_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

AZIONE 1	**Formazione degli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti (6.13)**
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.7 Formazione operatori di altri Settori (es. OSA, Associazioni, RLSPP, ecc.)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 1	Regione Lombardia ha stabilito, con Legge regionale n. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), che gli operatori del settore alimentare provvedono alla formazione, addestramento e aggiornamento del proprio personale addetto a una o più fasi di produzione, trasformazione e distribuzione di prodotti alimentari, secondo quanto stabilito dal Regolamento CE 852/2004. I dipartimenti di prevenzione e veterinari delle ATS, nell'ambito dell'attività di controllo ufficiale, verificano l'adeguatezza delle procedure formative, con particolare riferimento a comportamenti operativi degli addetti. Ne consegue che l'attività di formazione e informazione degli OSA dovrà essere sviluppata tramite accordi intersettoriali con le associazioni di categoria, definendo di concerto delle linee guida che indichino i contenuti e la durata minima dei corsi. Questi accordi verranno realizzati entro il 2025.

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 PL13_OT03	**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 tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari nella ristorazione collettiva**
INDICATORE 2 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

AZIONE 2	**Formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cottura e nelle mense (6.10)**
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 2	E' di fondamentale importanza aumentare le conoscenze e le competenze del personale ATS addetto al controllo ufficiale nei centri cottura e nelle mense riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA e per assicurare, in caso di episodi di malattie trasmesse con alimenti, il tempestivo intervento, la completa operatività e la corretta conduzione delle indagini epidemiologiche e degli interventi sui prodotti alimentari, favorendo il coordinamento degli attori/professionalità coinvolti. L'azione si esplica nei seguenti step: - redazione di indicazioni alle ATS per la progettazione e la realizzazione di interventi formativi, - realizzazione degli interventi formativi da parte di tutti i Dipartimenti aziendali

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 3 PL13_OT04	**Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti**
INDICATORE 3 PL13_OT04_IT04	**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

AZIONE 3	**Comunicazione sociale e campagne informative (6.14)**
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.6 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 3	Il Rapporto Eurobarometro "Food safety in the EU" dell'Aprile 2019 evidenzia come la sicurezza alimentare è uno dei tanti fattori ugualmente importanti per gli europei quando acquistano cibo. In particolare, la percezione relativamente al rischio microbiologico, che può portare all'insorgenza di una malattia trasmessa da alimenti, non è elevata: è più probabile che gli intervistati siano

	preoccupati per i residui di antibiotici, ormoni o steroidi in carne (44%), residui di pesticidi negli alimenti (39%), inquinanti ambientali nel pesce, carne o latticini (37%) e additivi come coloranti, conservanti o aromi utilizzati negli alimenti o bevande (36%). In Italia solo il 46% degli intervistati si preoccupa dell'igiene degli alimenti e il 45% delle malattie degli animali. Tra tutti i Paesi europei, gli intervistati italiani (25%) sono coloro che hanno meno probabilità di avere un livello di consapevolezza molto alto di rischi alimentari. L'Italia è tra i Paesi con le più alte percentuali di intervistati con un livello molto basso di sensibilizzazione (cioè hanno sentito parlare di uno o di nessun argomento). Questi risultati rendono urgenti delle azioni di informazione e comunicazione per i cittadini, al fine di aumentare il grado di consapevolezza dei rischi legati al consumo di alimenti non sicuri, riducendo l'impatto delle malattie trasmesse da alimenti, specialmente in ambito domestico. Lo stesso Rapporto Eurobarometro riporta che il 69% degli europei (68% degli Italiani) afferma che la televisione è tra le principali fonti di informazioni sui rischi alimentari. Segue Internet (esclusi i social media) (46%), giornali e riviste (38%) e familiari, amici e vicini di casa (37%). Ovviamente gli intervistati più giovani hanno maggiori probabilità rispetto ai più anziani di menzionare i social media (45% di 15-24 anni, che scendono al 10% di quelli di età pari o superiore a 55 anni) e altre informazioni da Internet (63% contro 28%). Inoltre, l'82% degli europei (Italiani compresi) afferma di avere fiducia negli scienziati e nelle organizzazioni dei consumatori (79%) per le informazioni sui rischi legati agli alimenti, seguiti dagli agricoltori (69%), dalle autorità nazionali (60%), istituzioni dell'UE (58%), ONG (56%) e giornalisti (50%). In Italia però ben il 38% degli intervistati non si fida per niente delle autorità nazionali. Infine, poco più di due intervistati su cinque (43%) affermano che "ci sono regolamenti in atto per essere sicuri che il cibo che mangiamo è sicuro": in Italia la percentuale scende al 32% e solo il 19% degli Italiani ritiene che "le autorità del tuo paese, insieme all'UE, ti proteggono dai rischi alimentari". Risulta quindi evidente che la realizzazione di interventi informativi e comunicativi pone una sfida notevole alle autorità competenti per la sicurezza alimentare. Ci si deve pertanto affidare a specialisti del settore della comunicazione per individuare delle modalità efficaci per trasmettere le informazioni sui rischi legati al consumo di alimenti non sicuri, collaborando altresì con le imprese alimentari (ad esempio la Grande Distribuzione Organizzata - GDO), con il SSR (MMG, consultori, ospedali, ecc) su tematiche specifiche (ad esempio la listeriosi in gravidanza), con i colleghi della Promozione della Salute (diffondendo informazioni nelle varie reti delle Scuole che Promuovono la Salute, WHP, ecc).

EQUITÀ

OBIETTIVO 4 PL13_OT01	**Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**
INDICATORE 4 INPL13_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

AZIONE 4 EQUITY	**Garantire alimenti sicuri distribuiti sul territorio regionale per migliorare la tutela del cittadino**
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.13 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 4	Le malattie di origine alimentare sono un crescente problema di salute pubblica in tutto il mondo e nuove sfide si impongono alla nostra attenzione. Si prevede infatti che i cambiamenti climatici e la conseguente variazione delle temperature incideranno anche sulla sicurezza alimentare. Inoltre, è necessario considerare l'aumento del consumo di cibo preparato in luoghi pubblici. Infine, con la globalizzazione, incidenti locali in ambito alimentare possono rapidamente evolvere in emergenze internazionali. Queste sfide attribuiscono maggiore responsabilità alle imprese alimentari e alle Autorità Competenti che devono implementare sistemi efficaci per garantire la sicurezza dei prodotti alimentari e dei consumatori; le prime assicurando la qualità dei propri processi produttivi attraverso sistemi di autocontrollo HACCP specifici e le seconde mediante l'erogazione di servizi e prodotti (controlli ufficiali) appropriati. Tale appropriatezza non può che passare attraverso la valutazione sistematica, mediante misurazione oggettiva, del proprio operato e l'attivazione, se necessario, di azioni di miglioramento. A questo proposito, nell'ambito dei controlli ufficiali è tuttavia complesso individuare indicatori che consentano di misurare direttamente il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione. Si ricorrerà dunque a indicatori compositi definiti di processo/prodotto, noti anche come indicatori proxy. Tali indicatori sono in grado predire un guadagno di salute basandosi sulla verifica dell'appropriatezza dei controlli ufficiali condotti in particolare ai fini della valutazione dell'applicazione delle procedure igienico-sanitarie delle imprese alimentari. I dati in nostro possesso mostrano che i controlli ufficiali non sono condotti in modo omogeneo sul territorio regionale, si potrebbe determinare così un trattamento non equo con parte dei cittadini/consumatori la cui salute potrebbe non risultare ugualmente tutelata circa la garanzia di alimenti sicuri distribuiti. L'obiettivo dell'azione di equità è pertanto migliorare la tutela del cittadino rispetto alla garanzia di alimenti sicuri distribuiti sul territorio regionale. Tale obiettivo generale si raggiunge attraverso la definizione di obiettivi specifici e strategici, di seguito riportati. Obiettivi specifici: 1· Ridurre la variabilità nella appropriatezza dei controlli ufficiali eseguiti sul territorio regionale 2· Aumentare la consapevolezza degli Operatori del Settore Alimentare (OSA) Obiettivi strategici: 1. OSA formati sui rischi collegati agli alimenti

2. Operatori del controllo ufficiale formati sulle modalità di conduzione dei controlli stessi
3. Sistema di gestione del controllo ufficiale omogeneo, efficace e appropriato
4. Controlli ufficiali efficaci e appropriati

Il primo obiettivo strategico si concretizza nell'azione intersettoriale riguardante la formazione degli OSA sulle malattie trasmesse da alimenti (obiettivo 6.13). Il secondo obiettivo strategico invece si esplica nelle azioni già previste dal Piano riguardanti la formazione del personale addetto al controllo ufficiale (obiettivo 6.10 e obiettivo 6.11).
Il terzo obiettivo strategico rappresenta l'azione di equity: Realizzare un sistema di gestione del controllo ufficiale omogeneo, efficace e appropriato attraverso la predisposizione di un sistema di standard basato su un set di indicatori di processo, contesto e performance (benchmark).
L'azione di equità è un'azione strutturale sul sistema dei controlli ufficiali mirata a garantire l'equità dei controlli stessi, tramite la programmazione sulla base del rischio, la verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli, l'uguale pressione dei controlli in tutto il territorio regionale.
Di seguito una tabella che riassume strumenti e metodi:

DESCRIZIONE AZIONE 4

Strategia	Metodi	Elaborazione	Obiettivi
2022	Estrazione dal DB regionale dei sopralluoghi relativi al triennio 2017-2019 effettuati da SIAN e SIAOA	Raffronto dei dati	In rapporto al numero di imprese sul territorio, verifica allineamento tra le ATS in merito a: · risorse umane vs controlli programmati · pressione dei controlli · aderenza al fabbisogno di controllo ufficiale previsto dall'Intesa CSR 212/2016
	Acquisizione dei piani integrati di controllo relativi al triennio 2017-2019	Estrazione dati e raffronto · aziende sul territorio · risorse umane · fabbisogno di controllo ufficiale dettato dall'Intesa CSR 212/2016, · sopralluoghi programmati · sopralluoghi effettuati	
2023	Acquisizione di dati relativi alla organizzazione dei SIAN e SIAOA	Analisi organizzativa relativa a: · sedi territoriali · linee di attività · dirigenza · sistema informativo · tecnologia disponibile · modalità formative	verifica allineamento tra le ATS in merito alle modalità organizzative
2024	Acquisizione delle relazioni sull'efficacia dei controlli ufficiali	Individuazione criticità	Individuare la migliore strategia operativa e realizzare standard regionali finalizzati alla best practice, relativi a: · pressione dei controlli · organizzazione delle linee attività
	Acquisizione degli esiti degli audit svolti da regione	Individuazione criticità	

		Dati elaborati negli anni precedenti	Raffronto dei dati	· modalità di formazione
DESCRIZIONE AZIONE 4	Per il raggiungimento degli obiettivi ci si avvale della collaborazione degli esperti dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), con i quali si sta operando nell'ambito del progetto RAC (Ratin Audit Control), descritto nel dettaglio nel PL 17 EVOLUZIONE PROGRAMMA "Rating Audit Control (RAC) dell'Organisation for Economic Co-operation and Developement (OECD)". Nell'anno 2025, completate le azioni previste, si raccolgono quindi i dati degli esiti della verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali per il calcolo degli indicatori di seguito indicati. Per la valutazione dell'azione di equity sono stati individuati i seguenti indicatori: · variabilità dei controlli nelle ATS < 10% · miglioramento del 5% della conformità degli elementi del controllo "igiene delle lavorazioni" e "HACCP"			

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	**Garantire l'equità dei controlli, tramite la programmazione sulla base del rischio, la verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli, l'uguale pressione dei controlli in tutto il territorio regionale**
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	In rapporto al numero di imprese sul territorio, si procede alla verifica dell'allineamento tra le ATS lombarde in merito alla pressione dei controlli nei diversi territori e categorie di imprese e all'aderenza al fabbisogno di controllo ufficiale previsto dalla CSR 212/2016, in rapporto alle risorse disponibili e alle indicazioni regionali. Conseguentemente, si definiscono standard regionali finalizzati alla best practice, relativi a: • pressione dei controlli • organizzazione delle linee attività • modalità di formazione
ATTORI COINVOLTI	Regione e ATS (SIAN e SIAOA) - Supporto OCSE
INDICATORE	**Conformità degli elementi del controllo "HACCP" verificati durante i controlli ufficiali effettuati mediante audit** Formula: numero degli elementi del controllo "HACCP" conformi /numero degli elementi del controllo "HACCP" verificati * 100 Standard: Miglioramento del 5% della conformità degli elementi del controllo "HACCP" verificati durante i controlli ufficiali effettuati mediante audit Fonte: Rendicontazione annuale dei controlli ufficiali al Ministero della Salute
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	**Garantire l'equità dei controlli, tramite la programmazione sulla base del rischio, la verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli, l'uguale pressione dei controlli in tutto il territorio regionale**
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	In rapporto al numero di imprese sul territorio, si procede alla verifica dell'allineamento tra le ATS lombarde in merito alla pressione dei controlli nei diversi territori e categorie di imprese e all'aderenza al fabbisogno di controllo ufficiale previsto dalla CSR 212/2016, in rapporto alle risorse disponibili e alle indicazioni regionali.

	Conseguentemente, si definiscono standard regionali finalizzati alla best practice, relativi a: • pressione dei controlli • organizzazione delle linee attività • modalità di formazione
ATTORI COINVOLTI	Regione e ATS (SIAN e SIAOA) - Supporto OCSE
INDICATORE	**Ridefinizione del sistema dei controlli ufficiali** Formula: Verifica della congruenza della programmazione delle ATS in merito alla pressione ispettiva nei diversi territori e nelle categorie di imprese e all'aderenza al fabbisogno di controllo ufficiale previsto dalla CSR 212/2016, in rapporto al numero di imprese sul territorio, alle risorse disponibili e alle indicazioni regionali; Verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali in sicurezza alimentare effettuata dalle ATS; Individuazione dello standard regionale relativamente alla pressione ispettiva e alla distribuzione dei carichi di lavoro al quale le ATS dovranno tendere; Predisposizione di indicazioni regionali per definizione del sistema dei controlli ufficiali delle ATS Standard: Verifica della congruenza della programmazione delle ATS in merito alla pressione ispettiva nei diversi territori e nelle categorie di imprese e all'aderenza al fabbisogno di controllo ufficiale previsto dalla CSR 212/2016, in rapporto al numero di imprese sul territorio, alle risorse disponibili e alle indicazioni regionali; Verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali in sicurezza alimentare effettuata dalle ATS; Individuazione dello standard regionale relativamente alla pressione ispettiva e alla distribuzione dei carichi di lavoro al quale le ATS dovranno tendere; Predisposizione di indicazioni regionali per definizione del sistema dei controlli ufficiali delle ATS Fonte: Regione
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	**Garantire l'equità dei controlli, tramite la programmazione sulla base del rischio, la verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli, l'uguale pressione dei controlli in tutto il territorio regionale**
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	In rapporto al numero di imprese sul territorio, si procede alla verifica dell'allineamento tra le ATS lombarde in merito alla pressione dei controlli nei diversi territori e categorie di imprese e all'aderenza al fabbisogno di controllo ufficiale previsto dalla CSR 212/2016, in rapporto alle risorse disponibili e alle indicazioni regionali. Conseguentemente, si definiscono standard regionali finalizzati alla best practice, relativi a: • pressione dei controlli • organizzazione delle linee attività • modalità di formazione
ATTORI COINVOLTI	Regione e ATS (SIAN e SIAOA) - Supporto OCSE
INDICATORE	**Conformità degli elementi del controllo "igiene delle lavorazioni" verificati durante i controlli ufficiali effettuati mediante audit** Formula: numero degli elementi del controllo "igiene delle lavorazioni" conformi /numero degli elementi del controllo "igiene delle lavorazioni" verificati * 100

	Standard: Miglioramento del 5% della conformità degli elementi del controllo "igiene delle lavorazioni" verificati durante i controlli ufficiali effettuati mediante audit Fonte: Rendicontazione annuale dei controlli ufficiali al Ministero della Salute
OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	**Garantire l'equità dei controlli, tramite la programmazione sulla base del rischio, la verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli, l'uguale pressione dei controlli in tutto il territorio regionale**
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	In rapporto al numero di imprese sul territorio, si procede alla verifica dell'allineamento tra le ATS lombarde in merito alla pressione dei controlli nei diversi territori e categorie di imprese e all'aderenza al fabbisogno di controllo ufficiale previsto dalla CSR 212/2016, in rapporto alle risorse disponibili e alle indicazioni regionali. Conseguentemente, si definiscono standard regionali finalizzati alla best practice, relativi a: • pressione dei controlli • organizzazione delle linee attività • modalità di formazione
ATTORI COINVOLTI	Regione e ATS (SIAN e SIAOA) - Supporto OCSE
INDICATORE	**Qualità e appropriatezza standardizzata dei controlli ufficiali eseguiti dalle diverse ATS** Formula: sommatoria (scarti: rapporto delle differenze rilevate tra "controlli ufficiali appropriati" e "controlli ufficiali verificati" e la media delle differenze al quadrato) / numero scarti rilevati * 100 Standard: variabilità dei controlli nelle ATS < 10% Fonte: relazioni della verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle ATS (decreto n. 1272 del 02/02/2018)

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 5 PL13_OS01	**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**
INDICATORE 5 PL13_OS01_IS07	**Proporzione dei casi di malattia a trasmissione alimentare per le quali e stato individuato l'alimento pericoloso**
formula	casi di malattia a trasmissione alimentare (con particolare riferimento a salmonellosi, listeriosi, B. cereus, botulismo, intossicazioni da funghi, da istamina e da virus) per le quali è stato individuato l'alimento pericoloso / casi di malattia a trasmissione alimentare gestiti dalle ATS lombarde x 100
Standard	Revisione della procedura regionale per potenziare il processo di gestione delle MTA, Revisione del sistema informatico di sorveglianza delle MTA, Formazione del personale ATS con ottica di team multidisciplinare di indagine, Predisposizione di una procedura di audit congiunto UO Prevenzione (Malattie Infettive, Sicurezza Alimentare) e UO Veterinaria e programma di audit per verificare la corretta gestione delle MTA nelle ATS
Fonte	Ministero della Salute – Regioni

AZIONE 5	**Gestione delle malattie trasmesse da alimenti (6.9)**
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 5	Il focus group organizzato con un gruppo multiprofessionale di operatori delle ATS ha messo in evidenza, per quanto riguarda la gestione del processo, tra le principali criticità la mancanza di team multidisciplinari coordinati da un team leader, nel rispetto delle diverse professionalità: questo porta a una frammentazione dell'attività, senza uno sguardo globale e senza la condivisione delle informazioni, anche con i medici dei PS o con gli MMG/PLS, aspetti cruciali per poter giungere all'individuazione della fonte della MTA. Infine, un'ulteriore criticità è stata individuata nel sistema di raccolta delle informazioni (il DB regionale MAINF), che richiede modifiche mirate ad assicurare una adeguata alla gestione di casi di MTA. A partire da questi risultati, l'azione è stata strutturata in una serie di step, da sviluppare nel corso di valenza del Piano, che abbiano come risultato un miglioramento complessivo del processo e di conseguenza una maggiore percentuale di individuazione delle cause della malattia, con la possibilità di ritirare/richiamare il prodotto alimentare nel caso sia presente sul mercato (tenendo presente però che molto spesso le tossinfezioni sono di origine casalinga). La gestione delle MTA è regolata dalla DGR N° X / 3190 del 26/02/2015 "Revisione ed aggiornamento degli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo delle malattie infettive con ottimizzazione della lettura dei "segnali" in vista di EXPO 2015" e dal successivo Decreto n. 3268 Del 24/04/2015 "Approvazione documento tecnico "Linee guida per la corretta gestione degli episodi di malattie veicolate da alimenti"". Tali atti erano stati accompagnati da formazione al personale ATS,

	anche in vista della manifestazione EXPO 2015, tenutasi a Milano. Quindi la prima attività sarà quella di rivedere e aggiornare la procedura regionale, prevedendo la creazione di team multidisciplinari (Malattie Infettive, Igiene degli alimenti di origine non animale, Igiene degli alimenti di origine animale, Laboratori di riferimento regionale) coordinati da un team leader, per potenziare il processo di gestione delle MTA. Al contempo, rilevata l'inadeguatezza dell'attuale database per la raccolta delle informazioni sulla sorveglianza delle MTA (MAINF), verrà predisposta in collaborazione con ARIA SpA (società regionale dedicata), la reingegnerizzazione dello stesso. Verrà quindi predisposta, in collaborazione con Polis Lombardia (ente strumentale regionale dedicato) /IZSLER, la formazione del personale ATS basata su case studies/role playing e con un'ottica di team multidisciplinare di indagine. Verrà quindi indicato quale obiettivo per le ATS la formazione a cascata di tutto il proprio personale coinvolto nella gestione delle MTA. Al fine di verificare l'efficacia delle disposizioni e la loro implementazione nelle ATS, sarà prevista un'attività di audit congiunto tra l'UO Prevenzione (Malattie Infettive, Igiene Alimenti e Nutrizione) e l'UO Veterinaria: per far questo verrà elaborata una procedura specifica e conseguentemente un programma di audit da svilupparsi in più anni. In parallelo verrà infine predisposta una scheda di autovalutazione del processo per le ATS. L'obiettivo del processo di miglioramento sarà quello di aumentare le conoscenze degli operatori ATS, perfezionare il processo di gestione e incrementare la percentuale di individuazione dell'origine dell'infezione, tra cui l'alimento causa della MTA, con particolare riferimento a salmonellosi, listeriosi, B. cereus, botulismo, intossicazioni da funghi, da istamina e da virus. Per queste tipologie di MTA ci si pone l'obiettivo di accertare l'alimento coinvolto almeno nel 5% dei casi notificabili.

OBIETTIVO 6 PL13_OS02	**Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano**
INDICATORE 6 PL13_OS02_IS09	**Proporzione di regioni che hanno istituito laboratori di riferimento regionali per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano in raccordo con i laboratori di riferimento per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito veterinario alimentare**
formula	Individuazione di poli specializzati su alcuni agenti patogeni
Standard	Costituzione della rete dei laboratori di riferimento regionali per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano in raccordo con i laboratori di riferimento per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito veterinario alimentare e individuazione di poli specializzati su alcuni agenti patogeni
Fonte	Ministero della Salute – Regioni

AZIONE 6	**LABORATORI DI RIFERIMENTO REGIONALI PER LE MALATTIE TRASMESSE DA VETTORI E DA ALIMENTI (6.15)**
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.13 Altro (specificare)

CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 6	Regione Lombardia con DGR 1046 del 17/12/2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2019" - Sub Allegato H "Modalità di segnalazione e notifica delle malattie infettive e accertamenti con finalità epidemiologica", aggiornamento della DGR X/3190/2015 "Revisione ed aggiornamento degli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo delle malattie infettive con ottimizzazione della lettura dei "segnali" in vista di EXPO 2015", con DGR XI/2633 del 16/12/2019 "Rete dei Laboratori di Prevenzione - Catalogo generale e tariffario delle prestazioni analitiche offerte - Aggiornamento della DGR n° X/4761 del 28/01/2016" e infine con Legge regionale 24 luglio 2014 - n. 22 "Ratifica dell'intesa fra la Regione Lombardia e la Regione Emilia-Romagna concernente il riordino dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna" e DCR XI/522/2019 "Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2023" ha individuato una rete di laboratori atti ad effettuare indagini microbiologiche con finalità epidemiologiche, onde disporre di dati approfonditi sulle malattie infettive di maggior impatto quali - quantitativo, tra cui le malattie trasmesse da alimenti. Si opererà quindi ora per potenziare la rete, in un'ottica di efficienza ed eccellenza: verranno revisionati i laboratori di riferimento per le salmonellosi, per i virus e altri batteri patogeni, aumentando l'integrazione tra i laboratori che operano su matrici di origine umana e i laboratori che operano su matrici di origine alimentare. Obiettivo è inoltre il rafforzare i laboratori esistenti relativamente alle attività di genotipizzazione e mappatura dei più rilevanti patogeni correlati alle matrici alimentari, in stretta collaborazione con ISS e i laboratori di riferimento nazionali.

OBIETTIVO 7 PL13_OS03	**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)**
INDICATORE 7 PL13_OS03_IS08	**Proporzione di Dipartimenti aziendali che hanno promosso iniziative di formazione sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti**
formula	n. Dipartimenti aziendali che hanno promosso iniziative di formazione sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti / Dipartimenti aziendali esistenti x 100
Standard	Definizione dei contenuti minimi e delle modalità di erogazione delle iniziative formative, promozione del percorso formativo tramite Polis Lombardia, realizzazione della formazione da parte delle ATS e delle ASST
Fonte	Ministero della Salute – Regioni

AZIONE 7	**Formazione sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti (6.12)**
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari

CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 7	Considerato l'impatto che le malattie di origine alimentare continuano ad avere, non solo in termini di sanità pubblica, ma anche in termini economici e di impatto sulla fiducia dei consumatori, risulta quanto mai importante rafforzare il sistema prevenzione, sorveglianza e controllo di queste patologie. Fondamentale in questo senso è la formazione continua degli operatori sanitari. Parallelamente al rafforzamento del sistema di gestione delle MTA nelle ATS, dovranno essere aumentate le conoscenze generali sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti di tutto il personale sanitario coinvolto, quindi non solo gli operatori delle ATS e di IZSLER, ma anche quelli dei PS, i MMG/PLS e dei laboratori ospedalieri, in modo che la malattia venga tempestivamente riconosciuta e trattata, che i campioni vengano opportunamente analizzati ed eventualmente genotipizzati, che gli alimenti coinvolti vengano tempestivamente individuati, che vengano presi gli opportuni interventi di sanità pubblica nel caso dei vettori. Verranno quindi definiti i contenuti minimi delle iniziative formative, le modalità di erogazione sul territorio e il percorso formativo, in collaborazione con Polis Lombardia (ente strumentale regionale dedicato alla formazione): sarà infatti dato come obiettivo alle ATS di realizzare gli eventi formativi con tutti i soggetti sanitari interessati delle aree di propria competenza. Tale attività formativa sarà messa a sistema, per essere quindi riproposta ciclicamente, affinché tutto il personale sanitario rimanga costantemente aggiornato sulla materia.

OBIETTIVO 8 PL13_OS04	**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**
INDICATORE 8 PL13_OS04_IS10	**Proporzione di Dipartimenti aziendali che hanno realizzato interventi formativi**
formula	Dipartimenti aziendali che hanno realizzato interventi formativi / Dipartimenti aziendali x 100
Standard	Redazione di indicazioni alle ATS per la progettazione e la realizzazione di interventi formativi, realizzazione degli interventi formativi da parte di tutti i Dipartimenti aziendali
Fonte	Ministero della Salute – Regioni

AZIONE 8	**Formazione del personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari (6.11)**
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile

DESCRIZIONE AZIONE 8	E' di fondamentale importanza aumentare le conoscenze e le competenze del personale ATS addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA e per assicurare, in caso di episodi di malattie trasmesse con alimenti, il tempestivo intervento, la completa operatività e la corretta conduzione delle indagini epidemiologiche e degli interventi sui prodotti alimentari, favorendo il coordinamento degli attori/professionalità coinvolti. L'azione si esplica nei seguenti step: - redazione di indicazioni alle ATS per la progettazione e la realizzazione di interventi formativi, - realizzazione degli interventi formativi da parte di tutti i Dipartimenti aziendali

4.10 PL21 Malattie Infettive Sessualmente Trasmesse

Quadro logico regionale

CODICE	PL21
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Danilo Cereda
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO6 Malattie infettive prioritarie**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO6-02 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) - MO6-09 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 - MO6-10 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cotture e nelle mense per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti) tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari nella ristorazione collettiva - MO6-11 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti)" - MO6-12 Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da vettori e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti (ivi compresi i servizi SIAN, SIAOA e ospedalieri)

	- MO6-13 Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti - MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti
	- MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- 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 - MO6LSh Coordinamento tra strutture ospedaliere e Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie - MO6LSi Realizzazione di un programma regionale di formazione - MO6LSj Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione diretti al personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari - MO6LSk Promuovere iniziative di formazione sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti - MO6LSm Diffusione di materiale informativo/divulgativo sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti su sito web - MO6LSn Istituzione di un laboratorio di riferimento regionale per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano o attivazione di una convenzione con un laboratorio di riferimento di un'altra Regione/PA - MO6LSo Applicazione di Piani di sorveglianza e risposta alle malattie trasmesse da vettori - MO6LSl - Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione sulle malattie trasmesse da alimenti diretti agli OSA
LEA	- A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive - A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive - A05 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva - E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

L'analisi di contesto lombarda evidenzia come le IST siano prevalentemente a carico di maschi giovani con una concentrazioni nelle aree di Milano e Brescia.

Le IST rappresentano un gruppo peculiare di infezioni in quanto, sebbene definite dalla stessa modalità di trasmissione, sono determinate da una vasta gamma di patogeni che si manifestano con quadri clinici molto eterogenei e caratterizzati spesso da lunghi periodi di asintomaticità. Sebbene i fattori di rischio principali per l'acquisizione di una IST siano di tipo comportamentale, rapporti sessuali non protetti ed il numero di partner, questi si intersecano in maniera sinergica con i determinanti di salute biologici e socio-economici che condizionano non soltanto la vulnerabilità all'infezione ma anche la possibilità di accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi e cura.

Stante queste premesse, l'identificazione delle popolazioni vulnerabili attraverso la lente dell'equità è un compito non semplice che deve tenere in considerazione l'intersezionalità tra i fattori biologici dell'individuo ed i determinanti di salute socio-economici, nonché del contesto epidemiologico e sociale specifico della regione.

Il piano nazionale AIDS identifica quali popolazioni chiave:

- Uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (MSM)
- Persone che utilizzano sostanze stupefacenti
- Detenuti
- Lavoratori e lavoratrici del sesso (sex workers)
- Persone transgender
- Migranti

Informazioni circa i fattori socio-economici che possono influenzare la vulnerabilità alle IST provengono da diverse ricerche, ad esempio uno studio di Harling et al. su giovani adulti americani ha evidenziato come al di là delle ben note differenze epidemiologiche nelle IST correlate al gruppo etnico, esiste una correlazione negativa con il reddito per tutti i gruppi etnici [9] mentre uno studio di Comins et al. in Etiopia ha evidenziato una prevalenza doppia di STI in adolescenti e giovani donne socialmente più vulnerabili. [10]

Una review sulla popolazione MSM della commissione europea ha evidenziato l'eterogeneità di questa popolazione sia per quanto riguarda il rischio di acquisizione di HIV ed STI sia per l'accesso ai servizi di prevenzione e diagnosi, mostrando come sia i fattori socio-economici sia la discriminazione basata sull'orientamento sessuale abbiano un ruolo importante nell'aumentare il rischio per HIV/IST . [11]

Bibliografia

1. Organizzazione delle Nazioni Unite. Trasformare il nostro mondo: l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile (Agenda2030). Risoluzione adottata dall'Assemblea Gen 25 settembre 2015 [Internet]. 2015; :1. Available from: https://unric.org/it/agenda-2030/%0Ahttps://unric.org/it/wpcontent/uploads/sites/3/2019/11/Agenda2030-Onu-italia.pdf
2. WHO. GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS 2016–2021. Clin. Colon Rectal Surg. 2007.
3. Rowley J, Hoorn S Vander, Korenromp E, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: Global prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ. 2019; 97(8):548–562.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Technologies , strategies and approaches for testing populations at risk of sexually transmitted infections in the EU / EEA. 2021.

5. ECDC. ATLAS [Internet]. Available from: https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx
6. ECDC. HIV/AIDS surveillance in Europe (2020). 2020.
7. Istituto superiore di sanità. AGGIORNAMENTO DELLE NUOVE DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV E DEI CASI DI AIDS IN ITALIA AL 31 DICEMBRE 2019. 2020.
8. Consiglio superiore di sanità. Piano nazionale AIDS. Angew. Chemie Int. Ed. 6(11), 951–952. 1967.
9. Al GH et. Socioeconomic disparities in Sexually Transmitted Infections among young adults in the United States: examining the interaction between income and race/ethnicity. Sex Transm Dis. 2013.
10. Comins CA, Rucinski KB, Baral S, Abebe SA, Mulu A, Schwartz SR. Vulnerability profiles and prevalence of HIV and other sexually transmitted infections among adolescent girls and young women in Ethiopia: A latent class analysis. PLoS One [Internet]. 2020; 15(5):1–14. Available from: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0232598
11. ESTICOM. Review of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men (MSM) in Europe. 2017; (August):1–117.
12. CDC. PrEP Efficacy [Internet]. Available from: https://www.cdc.gov/hiv/risk/estimates/preventionstrategies.html#anchor_1562942347

Analisi di contesto

Secondo quanto riportato nell'ultimo report annuale, il numero di nuove infezioni di HIV in regione Lombardia è in costante diminuzione in coerenza con il dato nazionale, infatti nel 2019 si sono riscontrate 544 diagnosi rispetto alle 1.193 del 2012. Il 50% delle infezioni si è verificato nella popolazione MSM, il 29% nei maschi eterosessuali, il 15% nelle femmine eterosessuali ed il 5% negli IDU. Importante notare come nella provincia di Milano la percentuale degli MSM raggiunga il 62%. Il 37,8% dei casi è stato diagnosticato con CD4<200 mentre il 57,5% con CD4<350, quindi sostanzialmente la quasi totalità dei pazienti è stato diagnosticato con uno stato di compromissione del sistema immunitario, sintomo dell'incapacità del sistema di intercettare i pazienti nella fase asintomatica della malattia e della necessità di potenziare l'offerta del test per HIV, soprattutto nei contesti ad elevato rischio di trasmissione.

I dati sulle altre IST (Sifilide, Gonorrea, Clamidia, Condilomi anogenitali) provengono dal sistema di sorveglianza MAINF. Si può notare un trend stabile tra il 2018 e 2019, con un aumento dei casi di sifilide nel 2019, mentre nel 2020 si è verificata una riduzione di tutte le IST in concomitanza con le misure restrittive dovute al covid-19.

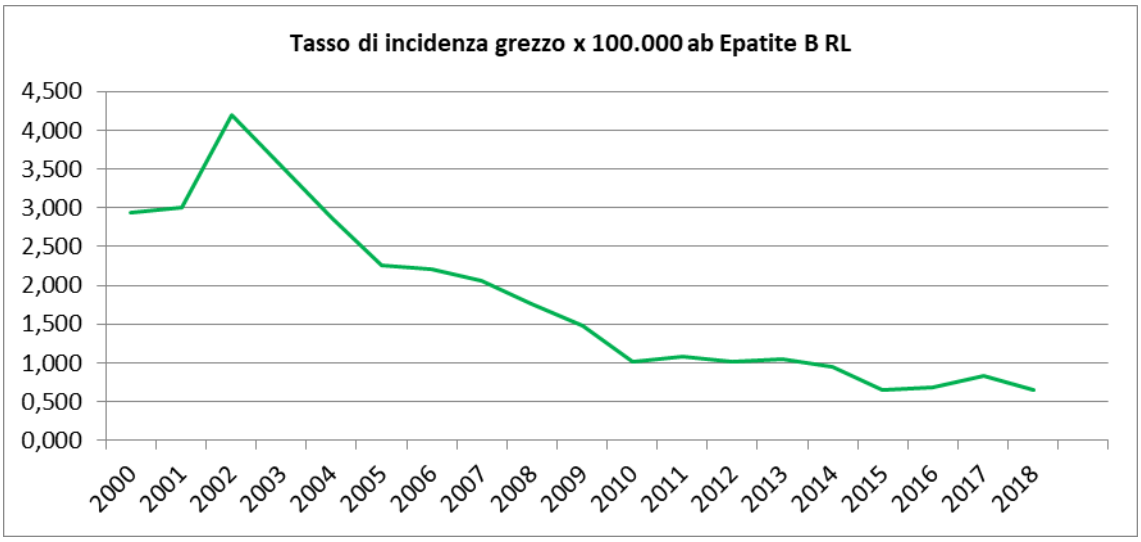
	2018	2019	2020
ANOGENITAL WARTS			
Non residenti	4	20	7
Residenti	14	115	86
Total	18	135	93
GENITAL CHLAMYDIA			
Non residenti	60	54	21
Residenti	206	221	66

Total	266	275	87
GONORRHEA			
Non residenti	139	100	43
Residenti	318	326	115
Total	457	426	158
SYPHILIS			
Non residenti	132	143	64
Residenti	511	709	360
Total	643	852	424

Epatite B

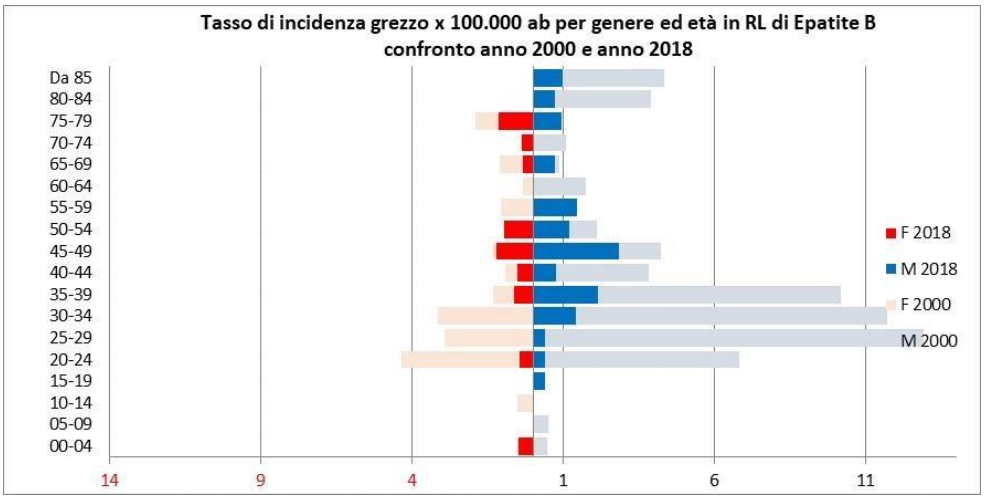
I casi di epatite B in Lombardia nel 2018 sono stati complessivamente 71 di cui 64 a carico di residenti lombardi; il tasso grezzo è in costante calo, ciò anche grazie all'attività di vaccinazione iniziata a partire dagli anni '90 (figura 1).

Figura 1 Tasso di incidenza grezza per anno - Epatite B



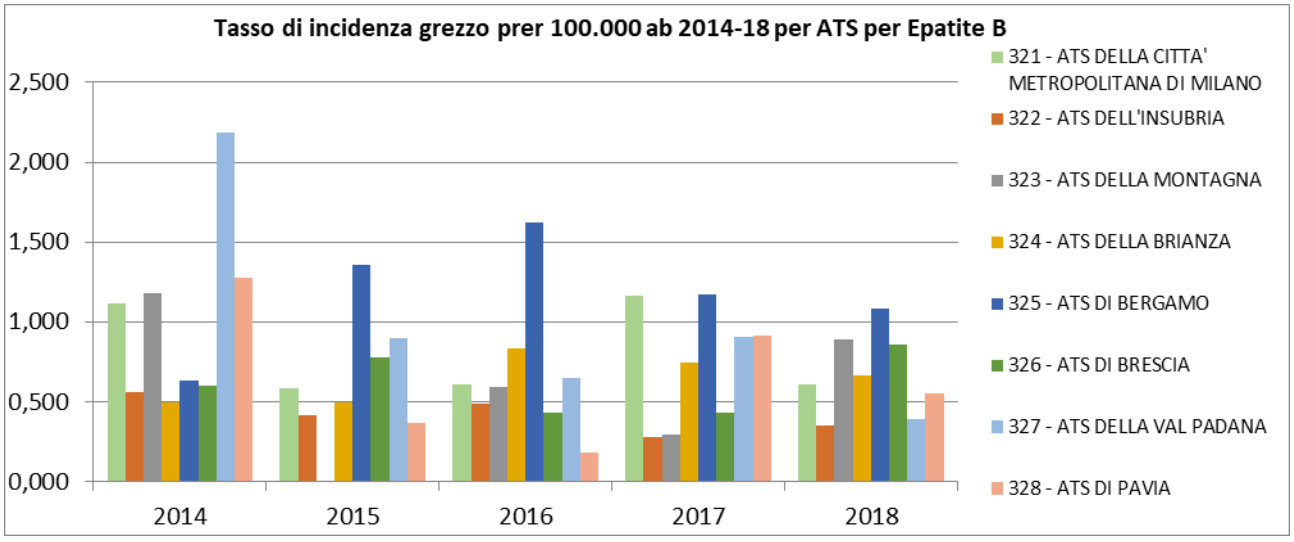
La distribuzione per genere ed età nel confronto tra gli anni 2000 ed oggi mostra una diminuzione in tutte le classi di età e in entrambi i generi, la maggiore incidenza permane nei maschi 30-59 aa (figura 2).

Figura 2 Tasso di incidenza grezzo per genere - confronto anno 2018 e 2000



La figura 3 invece evidenzia una distribuzione geografica dei casi in cui l'ATS di Bergamo risulta quella con una incidenza più alta negli ultimi 4 anni. In tema di Epatite B è da ricordare che ECD segnala l'Italia tra i paesi con un tasso di prevalenza più alto in Europa (ECDC, 2010).

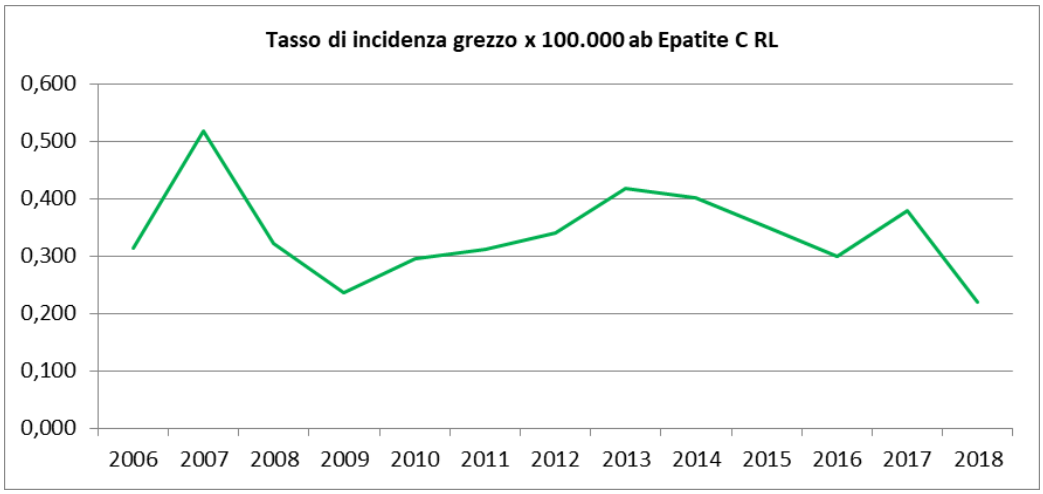
Figura 3 Tasso di incidenza grezzo per ATS e per anno



Epatite C

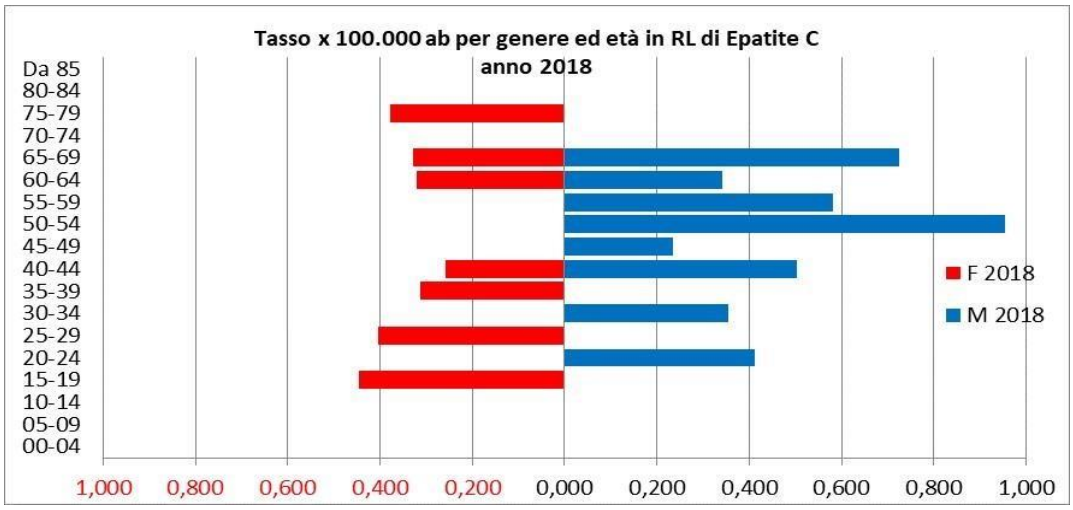
I casi di epatite C in Lombardia nel 2018 sono stati complessivamente 24 di cui 21 a carico di residenti lombardi; il tasso di incidenza grezzo è costante (figura 4).

Figura 4 Tasso di incidenza grezzo



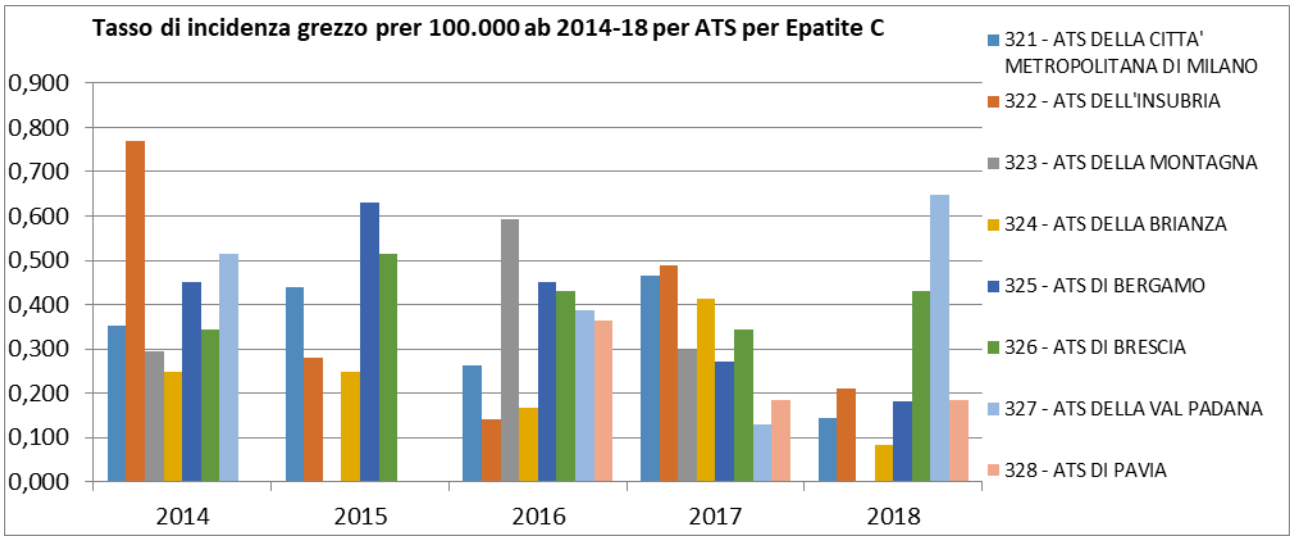
La distribuzione per genere ed età evidenzia che la maggiore incidenza è nei maschi sopra i 30 aa.

Figura 5 Tasso grezzo per genere ed età



La distribuzione geografica dei casi non evidenzia un territorio prevalente (figura 6).

Figura 6 Tasso grezzo per ATS



Epatite A

La Lombardia è stata coinvolta nell'epidemia di epatite A che ha interessato più stati europei (Ndumbi *et al.*, 2017) ed in particolare gli MSM (Men who have sex with men).

In figura 7 è evidente la prevalenza del sesso maschile nell'epidemia del 2017, ciò a differenza di quanto invece si era avverato nel 2013 in cui le cause dell'epidemia erano legate al consumo dei frutti di bosco. L'epidemia del 2017 ha coinvolto complessivamente 1116 persone (954 residenti in Lombardia) mostrando una incidenza più alta nella ATS di Milano seguita dalla ATS Bergamo (figura 8).

Figura 7 Tasso di incidenza grezzo per genere ed anno

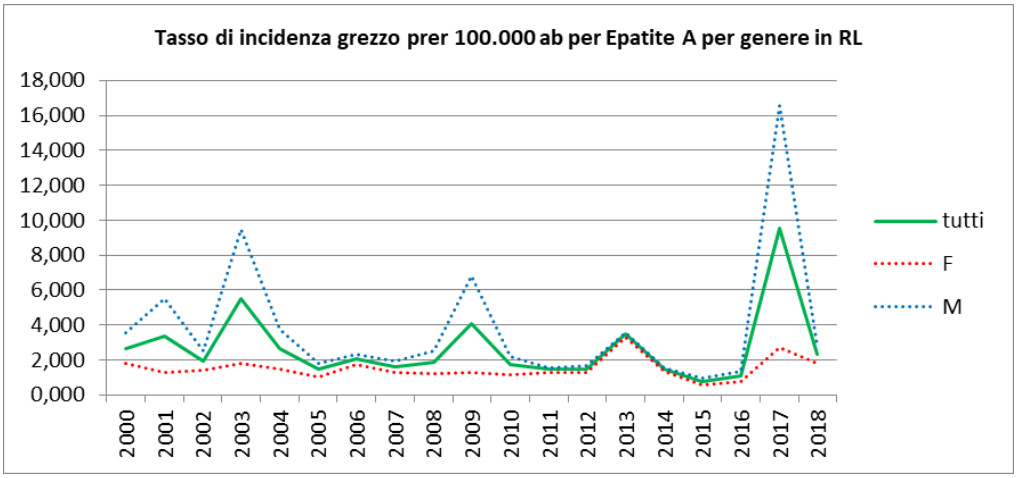
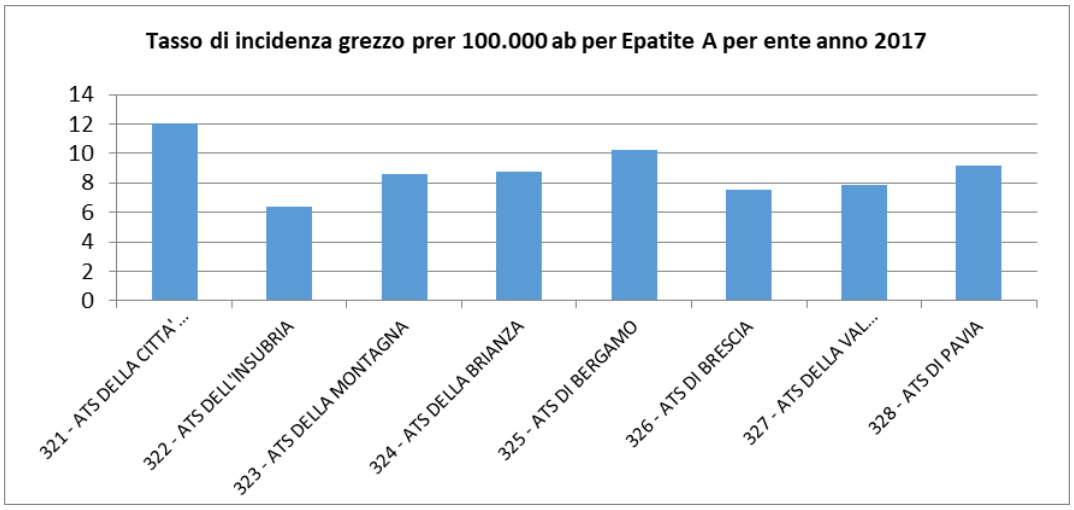


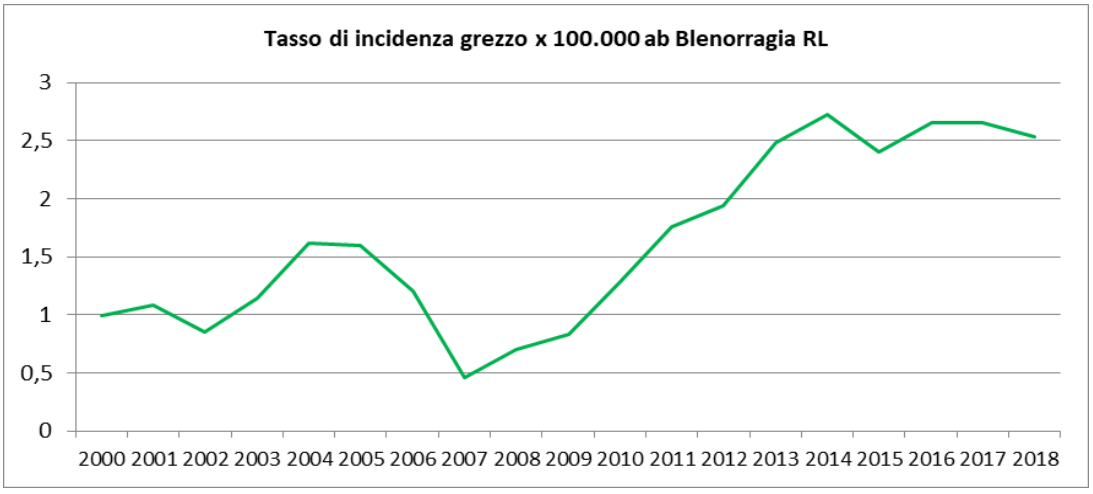
Figura 8 Tasso di incidenza grezzo per ATS e anno



Blenorragia/Gonorrea

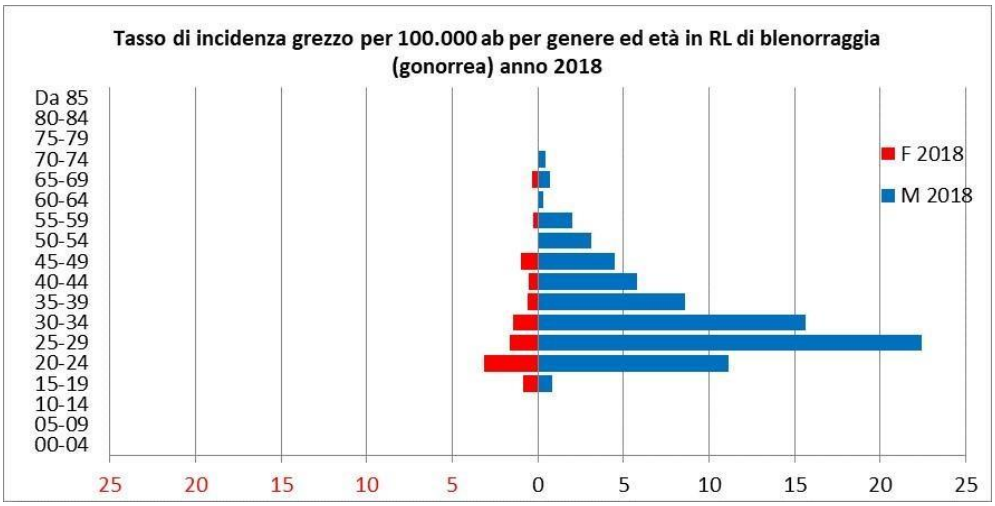
I casi di Gonorrea in Lombardia nel 2018 sono stati complessivamente 375 (di cui 254 a carico di residenti lombardi); il tasso di incidenza grezzo è in costante aumento negli ultimi anni (figura 9).

Figura 9 Tasso di incidenza grezzo per anno



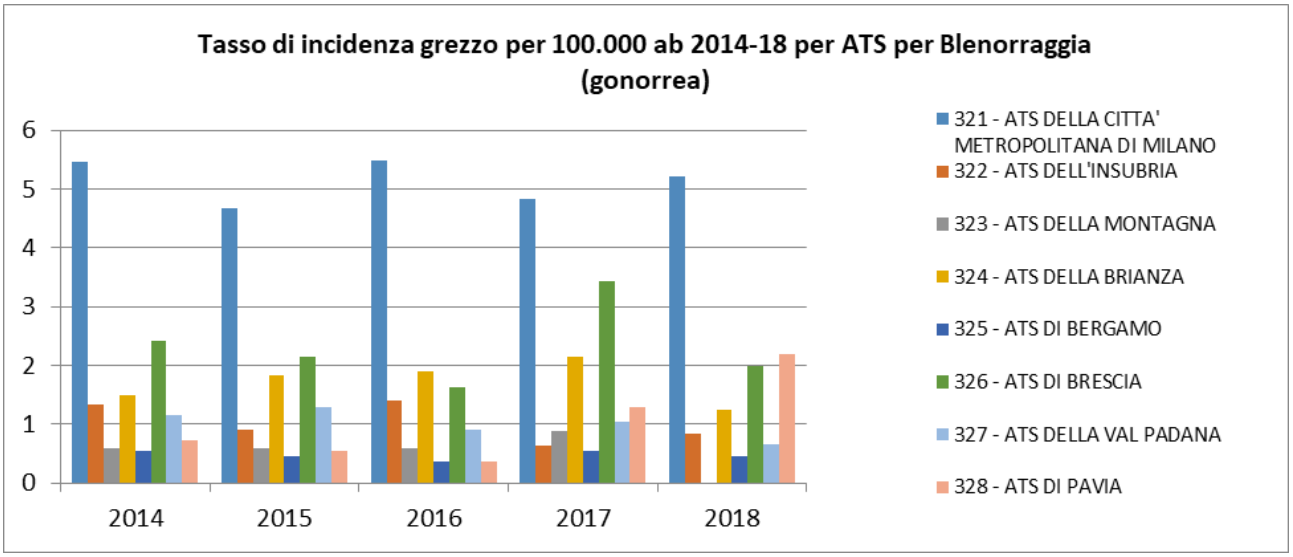
La distribuzione per genere ed età evidenzia la maggiore incidenza nei maschi tra i 20 e i 39 aa (fig. 10).

Figura 10 Tasso di incidenza grezzo per genere e classe d'età



ATS Milano seguita da ATS Brescia rappresentano le aree con maggiore numero di casi (figura 11).

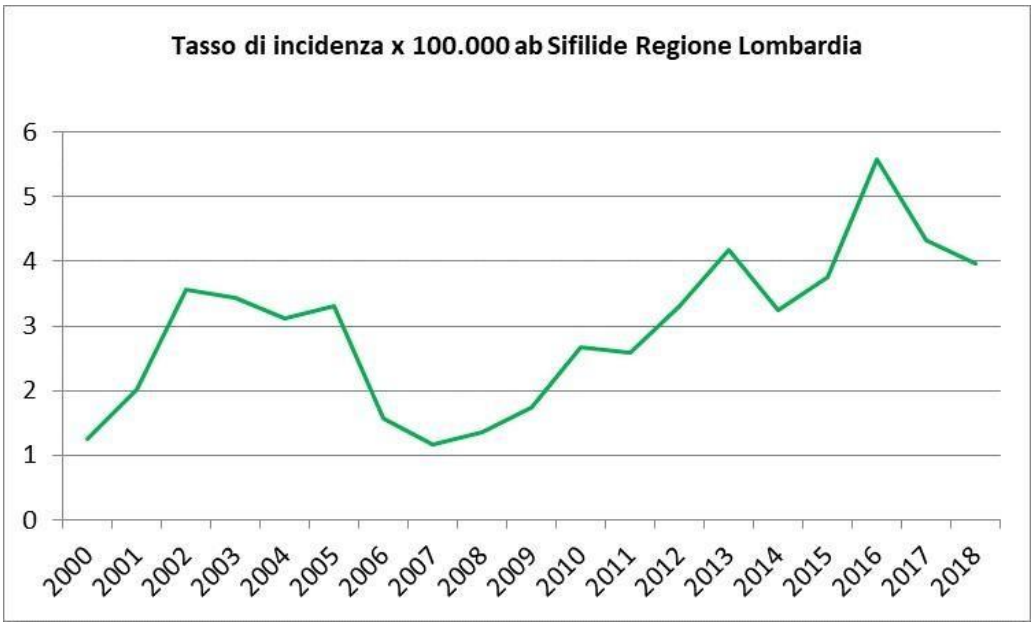
Figura 11 Tasso grezzo per ATS e per anno



Sifilide

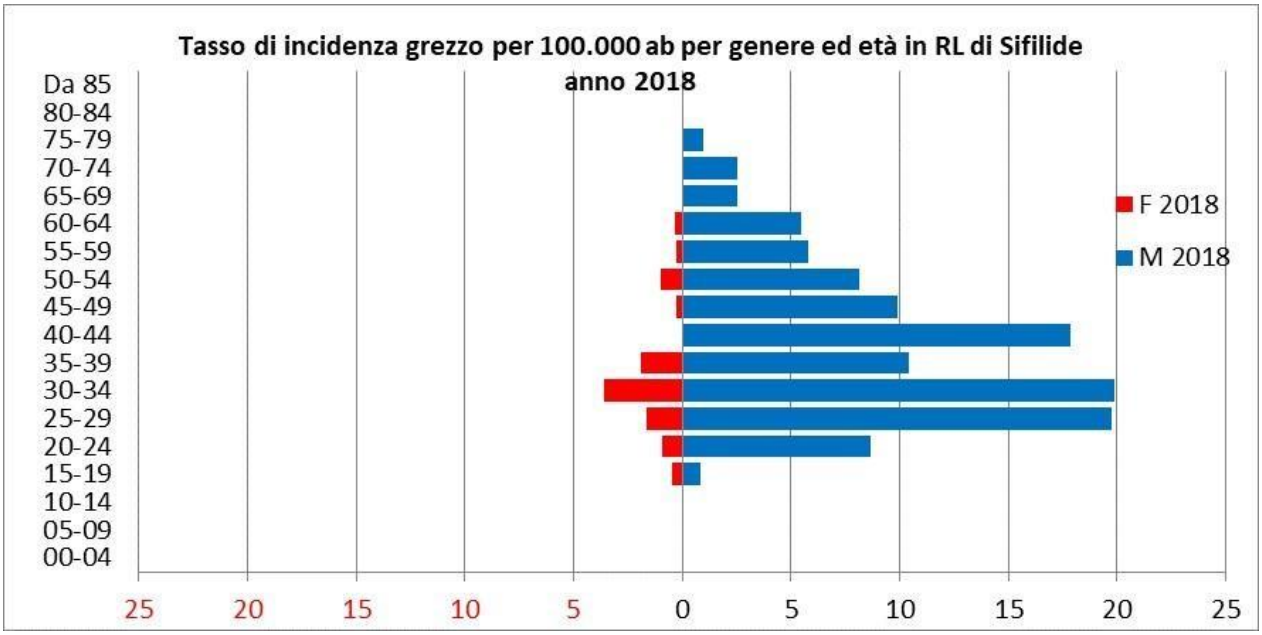
I casi di Sifilide in Lombardia nel 2018 sono stati complessivamente 513 (di cui 403 a carico di residenti lombardi); il tasso di incidenza grezzo è in costante aumento negli ultimi anni (figura 12).

Figura 12 Tasso grezzo per anno



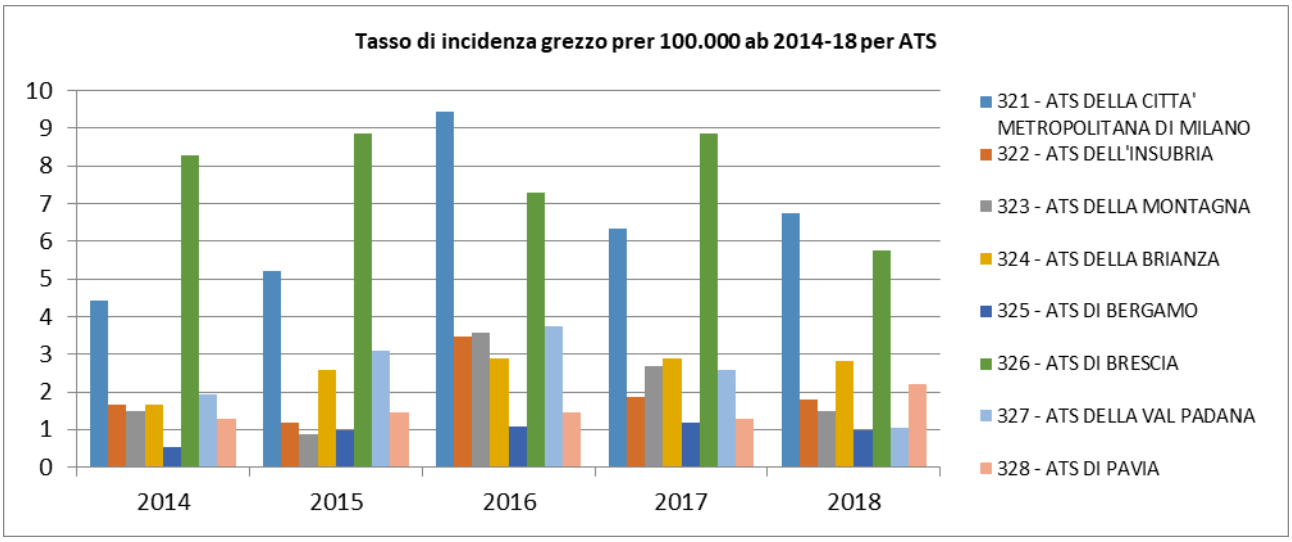
La distribuzione per genere ed età evidenzia la maggiore incidenza nei maschi tra i 20 e i 60 aa (figura 13).

Figura 13 Tasso grezzo per genere e classe d'età



ATS Milano e ATS Brescia rappresentano le aree con maggiore numero di casi (figura 11)

Figura 14 Tasso grezzo per ATS e per anno

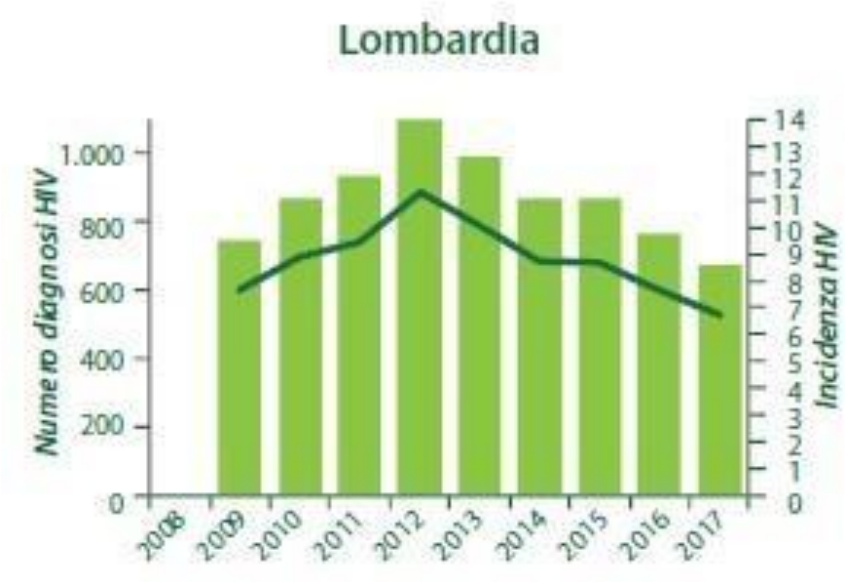


HIV AIDS

Per i dati HIV e AIDS la fonte dati di Regione Lombardia è integrata dall'annuale notiziario dedicato ad HIV e AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2018a).

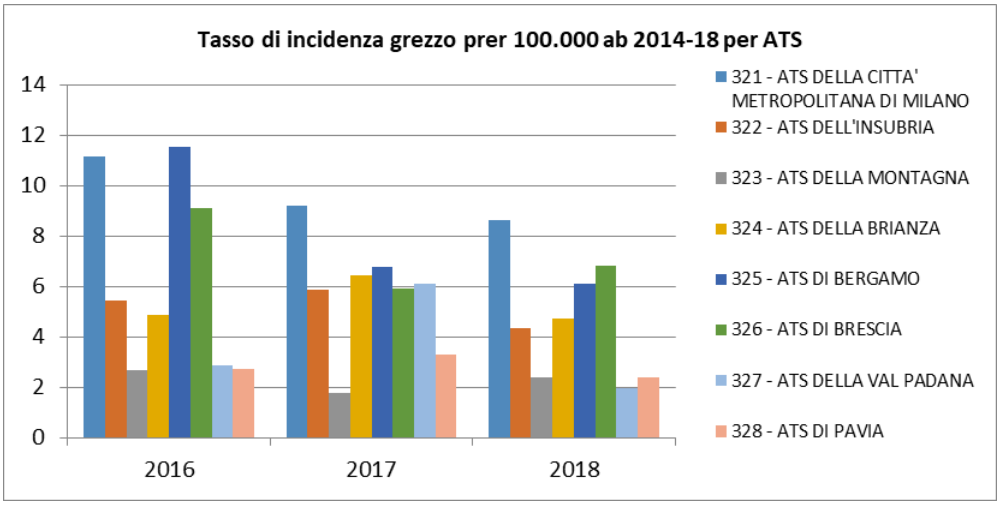
I casi di HIV in Lombardia nel 2017 (dato da considerarsi di riferimento in quanto consolidato) sono stati complessivamente 675 (di cui 604 a carico di residenti lombardi); il tasso di incidenza (6 x 100.00 ab) è in decremento negli ultimi anni (figura 15).

Figura 15 Diagnosi tasso di incidenza per anno



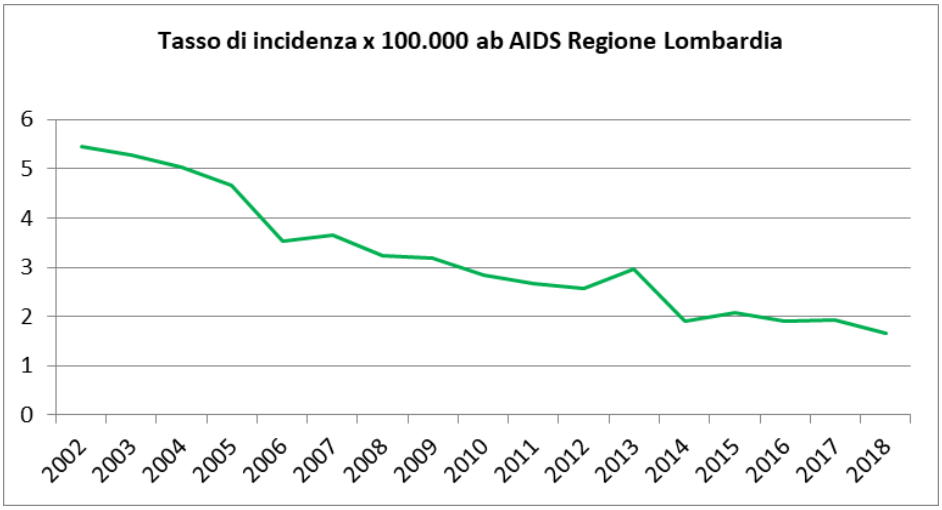
ATS Milano seguita da ATS Bergamo e Brescia rappresentano le aree con maggiore numero di casi (figura 16).

Figura 16 Tasso grezzo per ATS e per anno



I casi di AIDS in Lombardia nel 2017 (dato da considerarsi di riferimento in quanto consolidato) sono stati complessivamente 213 (di cui 192 a carico di residenti lombardi); il tasso di incidenza è in decremento negli ultimi anni (figura 17) .

Figura 17 Tasso di incidenza per anno



A livello nazionale nel 2017, i casi più numerosi sono attribuibili a trasmissione eterosessuale (46%, specificamente: 25% maschi e 21% femmine), seguiti dai casi relativi ai maschi che fanno sesso con maschi (38%); le persone che usano sostanze stupefacenti rappresentano il 3% di tutte le segnalazioni.

L'assistenza extra ospedaliera, residenziale e semiresidenziale, a malati di AIDS/sindromi HIV, attraverso una quarantina strutture riveste in regione un ruolo rilevante. Complessivamente si dispone di n. 149 posti letto in alta intensità sanitaria, 73 in bassa intensità sanitaria e 96 posti nei centri diurni.

Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Regione Lombardia con la D.g.r. n. X/6968 del 31 luglio 2017 con oggetto "Revisione e aggiornamento delle indicazioni in tema di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni sessualmente trasmesse (IST)" ha avviato un processo di riorganizzazione dei centri IST alla luce della l.r. n. 33/2009 e s.m.i., definendone i relativi requisiti e le attività. La D.g.r. sopracitata ha inoltre potenziato la sorveglianza delle IST in regione Lombardia e stabilito un codice di esenzione specifico per i centri IST in modo da fornire la copertura economica necessaria per garantire l'erogazione in regime di gratuità dell'attività di screening per IST.

Il decreto n. 5617 del 17/04/2019 della D.G. Welfare con oggetto "Attivazione della rete lombarda dei centri per la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse" riconosce come centri IST:

- ASST CREMONA
- ASST FBF SACCO
- ASST LARIANA
- ASST LECCO
- ASST LODI
- ASST MANTOVA
- ASST MONZA
- ASST NIGUARDA
- ASST OVEST MILANESE
- ASST PAPA GIOVANNI XXIII
- ASST SANTIPAOLO E CARLO
- ASST SETTE LAGHI
- ASST SPEDALI CIVILI
- ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO*
- IRCCS POLICLINICO DI MILANO
- IRCCS SAN MATTEO PAVIA
- IRCCS OSPEDALE SAN RAFFAELE**

* Nelle more della riforma dalla l.r. 33/2009 e s.m.i. per quanto concerne le competenze di ATS e ASST quali enti con ruoli rispettivamente di governance e di erogazione.

**Centro non presente nel decreto n. 5617 del 17/04/2019 della D.G. Welfare ma rispondente ai requisiti identificati dalla D.g.r. n. X/6968 del 31 luglio 2017 e pertanto in valutazione per l'inserimento nella rete.

L'organizzazione è caratterizzata da una rete di centri hub, i centri IST, in grado di effettuare una presa in carico complessiva delle IST (prevenzione, screening, diagnosi, trattamento e follow-up), e dai centri spoke, presidi territoriali che non hanno i requisiti organizzativi e strutturali propri dei centri IST. Inoltre, nell'ottica di un approccio sindromico alle IST, tutti i

setting nei quali afferiscono pazienti con sospetta IST (es: ambulatori MMG, pronto soccorso, etc.) costituiscono la rete territoriale, in grado di intercettare i soggetti con sospetta IST semplificando l'accesso alle cure e la presa in carico di questi pazienti indirizzandoli nei centri specialistici.

Per quanto riguarda il sistema di sorveglianza delle IST la D.g.r. n. X/6968 del 31 luglio 2017 ha stabilito, ferme restando le normative nazionali e regionali vigenti in materia, di attivare la raccolta delle segnalazioni delle infezioni da Chlamydia trachomatis e dei casi di condilomatosi anogenitale. Inoltre, per i soli centri IST, vengono raccolte anche le segnalazioni di uretriti/cervico-vaginiti NG/NC (inclusa l'infezione da Trichomonas) ed infezione da Herpes genitale.

La riorganizzazione delle attività dei centri IST ha tenuto conto anche dell'accessibilità dei test per la popolazione, garantendo ai centri IST la possibilità di erogare test di screening gratuiti per il cittadino.

Stante i codici di esenzione dalla compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini già esistenti (ad esempio: B01 - Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione HIV / ex art. 1, comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 – prima parte) i soli centri IST possono applicare il codice D98 per esami di screening quali:

- infezione da Neisseria Gonorrhoeae (NG): NAAT (nucleic acid amplification test) su urine per uomini, NAAT su tampone vaginale /cervicale per donne, NAAT su Tampone faringeo, Esame colturale e ABG
- infezione da Chlamydia trachomatis (CT): NAAT su urine per uomini, NAAT su tampone vaginale /cervicale per le donne, NAAT su tampone anale
- infezione da Mycoplasma Genitalium (MG): NAAT su urine, tamponi uretrali, vaginali, cervicali ? infezione da Trichomonas vaginalis NAAT su urine o tamponi vaginali
- infezione da HCV, HBV (se non vaccinato), HAV (se non vaccinato): sierologia
- Vaginosi batterica: Esame chimico/fisico/microscopico, Colorazione di Gram e coltura del Tampone vaginale

Nel 2020 l'esenzione D98 è stata utilizzata per un valore di circa 1 milione di euro.

Nonostante la riorganizzazione della gestione delle IST sopradescritta, restano in essere diverse aree suscettibili di miglioramento, che sono oggetto delle azioni contenute nei punti programmatici descritti in seguito.

Punti programmatici:

1. Migliorare il sistema di sorveglianza
2. Potenziamento del ruolo di coordinamento dei centri IST
3. Coinvolgimento delle associazioni del terzo settore e supporto ai servizi di counselling e test volontari in sedi associative (community based voluntary counselling and testing services, CBVCTS
4. Commissione regionale AIDS
5. Formazione degli operatori, verifica delle skills e audit
6. Strategia della "combination prevention"

1) Migliorare il sistema di sorveglianza

Un sistema di sorveglianza accurato rappresenta il fondamentale presupposto per la programmazione e valutazione delle azioni messe in atto per il raggiungimento degli obiettivi

prefissati. Nello specifico il sistema di sorveglianza delle IST dovrà essere in grado non solo di monitorare in modo preciso l'epidemiologia delle malattie, ma anche di fornire indicatori di processo e performance per la valutazione delle attività di prevenzione, screening, diagnosi e trattamento.

Una delle maggiori criticità del sistema di sorveglianza delle IST è la sottonotifica dei casi, ad esempio un'analisi realizzata nel 2019 ha messo in evidenza una forte sottostima dei casi di infezione di HIV notificati in regione Lombardia.

L'analisi integrata dei flussi informativi (es: SDO, codici di esenzione, prestazioni ambulatoriali, consumo di farmaci, dati di laboratorio) confrontati con il flusso delle segnalazioni delle patologie infettive potrà fornire una stima dell'entità del problema ed indicazioni sui contesti in cui prioritizzare gli interventi di miglioramento del processo di notifica. È prevista dunque l'attivazione di un primo percorso di analisi dei flussi sopracitati per le ASST, nell'ottica di migliorare il tasso di notifica delle IST. Il percorso dovrà fornire elementi operativi alle ASST per aumentare il tasso di notifica associato ad esiti specifici quali esami di laboratorio, nuovi codici di esenzione, diagnosi inserite nelle SDO etc.

2) Potenziamento del ruolo di coordinamento dei centri IST

I centri IST, oltre a svolgere la funzione di centri hub con gli standard clinico-assistenziali più elevati, dovranno potenziare il loro ruolo di coordinamento e consulenza nella gestione delle azioni intraprese a livello regionale, nell'ottica di migliorare i percorsi clinico-assistenziali ed i servizi offerti alla popolazione.

Per raggiungere tale scopo si prevede la formazione della rete dei centri IST, un tavolo di lavoro permanente che verrà istituito in raccordo con la rete delle malattie infettive, i cui obiettivi saranno:

- definire protocolli comuni per la gestione clinica dei pazienti sia nei centri IST hub sia nei presidi spoke e nella rete territoriale, con l'obiettivo di delineare la tipologia di pazienti gestibile per ciascun livello di assistenza e facilitare la presa in carico del paziente da parte dei centri IST hub quando necessario, anche tramite accordi con i centri spoke e con gli attori della rete territoriale;
- produrre un protocollo per la gestione delle attività vaccinali all'interno dei centri IST;
- delineare percorsi di formazione ad-hoc per le diverse figure professionali coinvolte nella gestione delle IST (medici, psicologi, infermieri, assistenti sanitari) con lo scopo di migliorare l'integrazione delle rispettive funzioni;
- definire percorsi di aggiornamento per tutto il personale, con particolare attenzione alla partner notification;
- monitorare l'andamento epidemiologico delle IST ed fornire supporto all'elaborazione e valutazione delle strategie di governance regionale;
- definire le azioni volte al superamento del problema della sotto-notifica delle IST come evidenziato al punto 1.

3) Coinvolgimento delle associazioni del terzo settore e supporto ai servizi di counselling e test volontari in sedi associative (community based voluntary counselling and testing services, CBVCTS)

Le associazioni del terzo settore svolgono un ruolo importante nella prevenzione dell'HIV e delle IST, realizzando eventi informativi, erogando test alla popolazione, fornendo supporto alle persone che vivono con HIV e contribuendo alla realizzazione di policy e linee guida a livello

nazionale ed internazionale. I servizi CBVCT sono diffusi in molti paesi, in quanto si sono dimostrati efficaci nel facilitare la diagnosi precoce delle IST e la presa in carico presso i centri specialistici, poiché consentono di ampliare l'offerta del test e raggiugere le persone fuori dal contesto sanitario, il quale volte può rappresentare una barriera all'esecuzione del test.

La recente circolare ministeriale che consente agli operatori delle associazioni che non sono professionisti sanitari, qualora opportunamente formati, di svolgere attività di counselling e testing per HIV/IST, ha ridotto la necessità di personale medico/infermieristico nei servizi CVCBT ed aumentato la possibilità per le associazioni di erogazione dei test. È auspicabile un maggior coinvolgimento delle associazioni nelle attività di prevenzione, promozione della salute, testing e supporto ai pazienti, tramite la loro partecipazione alla commissione regionale AIDS.

4) Commissione regionale AIDS

La commissione regionale AIDS, essendo costituita da numerosi attori provenienti da diversi contesti, quali membri delle associazioni del terzo settore, clinici e rappresentanti delle istituzioni, costituisce un importante luogo di confronto sulle strategie ed azioni messe in campo per la prevenzione e gestione delle IST.
La commissione regionale AIDS avrà gli obiettivi di:

- condividere gli standard della formazione regionale per gli operatori sanitari e non sanitari;
- raccordo e condivisione delle attività nella rete delle Scuole che Promuovono Salute e nella rete Work Health Promotion;
- attività consultiva delle scelte regionali;
- definire un modello di protocollo per la stipulazione di accordi tra i CVCBTS ed i Centri IST per le attività di counselling e testing;
- mappatura e monitoraggio delle attività dei CBVCTS;
- verifica delle modalità di utilizzo dei fondi per le attività formative previsti dalla legge 135/90;
- proposte di analisi di tematiche di interesse.

Il "Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive" (DGR 5068/2021) è di supporto alla DG Welfare nella gestione delle istanze della commissione AIDS

5) Formazione degli operatori, verifica delle skills e audit

Le principali tematiche di interesse per la formazione degli operatori sanitari coinvolti nella sorveglianza e gestione clinica delle IST sono:

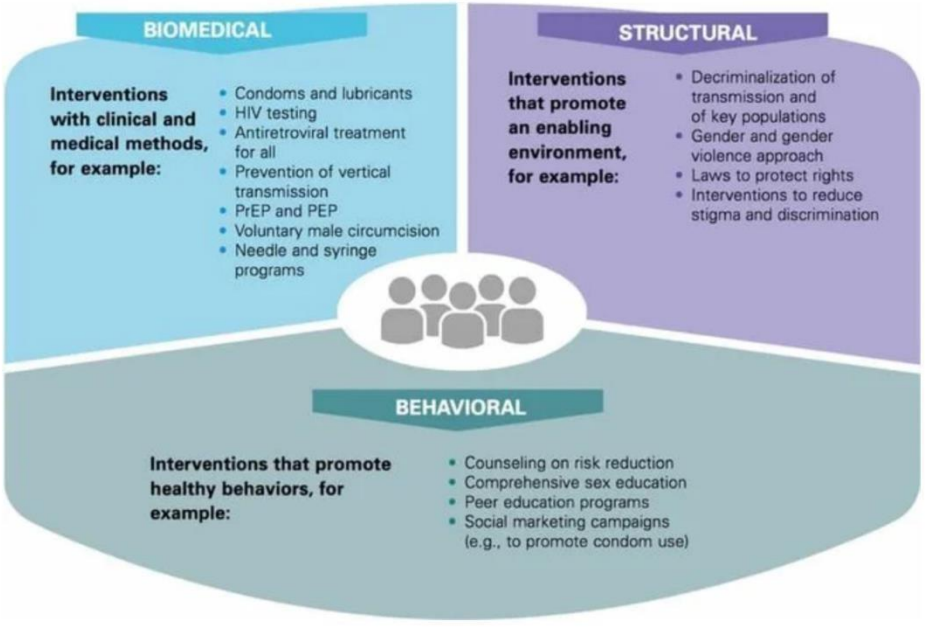
- partner notificaton (patient referral, expedited partner referral, provider referral, contract referral)
- counselling per la salute sessuale;
- conoscenza della rete di offerta regionale e dell'offerta diagnostica con particolare riferimento all'esenzione D98;
- vaccinazioni;
- approccio sindromico e delle patologie indicatore (indicator guided condition testing).

Nell'ottica di un maggior coinvolgimento della figura dell'infermiere/assistente sanitario nella gestione del paziente con sospetta IST è di fondamentale importanza elaborare un percorso di formazione ad-hoc per queste figure professionali in tutti i contesti nei quali operano, sia hub che spoke. L'infermiere è, infatti, in virtù delle sue competenze professionali, una figura sempre più di centrale importanza per la gestione appropriata del paziente, come riconosciuto anche dall'introduzione dell'infermiere di famiglia nella L.r. 33/2009 quale figura centrale nell'attuazione di una medicina di tipo territoriale sempre più vicina ai bisogni della popolazione. L'infermiere coinvolto nella gestione dei pazienti con sospetta IST, in qualunque servizio, sia esso un centro hub, spoke o della rete territoriale, dopo aver seguito il percorso formativo elaborato dalla rete dei centri IST, dovrebbe essere in grado, tramite un counselling breve di tipo sanitario, di capire le principali problematiche cliniche del paziente e orientarlo ai servizi più appropriati, nonché fornire informazioni sui comportamenti a rischio di trasmissione di IST e delle strategie preventive più efficaci.

6) Strategia della "combination prevention"

La combination prevention è una strategia preventiva identificata dall'UNAIDS che si basa su una combinazione di interventi biomedici, comportamentali e strutturali progettati per soddisfare i bisogni di prevenzione dell'HIV/IST di persone e comunità specifiche. Il suo obiettivo è quello di ridurre il numero di nuove infezioni attraverso quelle attività con un impatto maggiore e duraturo.

I programmi di prevenzione combinata ben progettati dovrebbero essere adattati ai bisogni locali, sulla base delle informazioni epidemiologiche. Le comunità interessate dovrebbero essere pienamente coinvolte in questi programmi, mobilitando le risorse della comunità, del settore pubblico e privato, per ottenere la partecipazione, la copertura, la sostenibilità e l'impatto necessari.



Le azioni da intraprendere, in linea con i principi sovraesposti, con quanto indicato dal piano nazionale della prevenzione, il piano nazionale AIDS e le indicazioni fornite dagli organismi scientifici nazionali e sovra-nazionali sono:

- implementazione dell'utilizzo della profilassi pre-esposizione (PrEP) nei soggetti a rischio;
- realizzazione di programmi di screening per HIV/IST tramite l'utilizzo del self-sampling;

- implementazione delle attività di testing nei setting territoriali sfruttando l'approccio sindromico e delle patologie indicatore (indicator guided condition testing).

Implementazione dell'utilizzo della profilassi pre-esposizione (PrEP) nei soggetti a rischio

La PrEP rappresenta uno strumento efficace per la prevenzione dell'infezione da HIV da rapporti sessuali non protetti dal preservativo. Il livello di efficacia dipende dal regime posologico e dalla tipologia di rapporto sessuale, ad esempio per gli MSM è superiore al 99% come dimostrato da numerosi studi riassunti dal center for disease control .

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.

Al momento la PrEP viene prescritta dai medici infettivologi ed il costo è a totale carico del cittadino.
Le misure da attuare per garantire la possibilità di utilizzare la PrEP a chiunque possa trarne un beneficio sono:

- realizzare delle linee guida regionali per la gestione clinica degli utenti che utilizzano la PrEP in accordo alle indicazioni nazionali ed internazionali, in cui si sottolinei la necessità di un approccio integrato che tenga conto della salute sessuale complessiva dell'individuo e delle necessità di counselling e testing per le altre IST;
- realizzare una campagna di informazione, anche in sinergia con le associazioni del terzo settore, sulla possibilità di utilizzo della PrEP e delle modalità per averne accesso rivolta alla popolazione;
- produrre un report di valutazione del programma di implementazione della PrEP, in particolare l'incidenza di infezione da HIV ed IST nei soggetti che utilizzano la PrEP.

Realizzazione di programmi di screening per HIV/IST tramite l'utilizzo del self-sampling

Il self-sampling rappresenta una strategia di testing ancora scarsamente utilizzata in Italia che prevede la raccolta dei campioni biologici da parte dell'utente presso il suo domicilio e l'invio al laboratorio di analisi che, processati i campioni, restituisce il risultato all'utente usualmente per via telematica. Questa strategia di testing presenta diversi vantaggi quali la possibilità di eseguire il test a casa in qualsiasi momento, una maggiore privacy ed un risparmio di forzalavoro degli operatori sanitari, permettendo di abbattere alcune delle barriere più comuni per l'accesso al test. Le esperienze più consolidate circa l'utilizzo del self-sampling provengono dall'Inghilterra dove questa strategia si è dimostrata efficace nell'identificare soggetti asintomatici portatori di IST. L'introduzione di questa modalità di effettuazione dei test per IST prevede la realizzazione di un progetto pilota di breve durata nella città metropolitana di Milano per studiare l'efficacia e le criticità dell'intervento nel contesto lombardo per poi valutare la sua scalabilità su più province del territorio regionale e per periodi medio-lunghi.

Implementazione delle attività di testing nei setting territoriali sfruttando l'approccio sindromico e delle patologie indicatore (indicator guided condition testing)

I setting territoriali, quali ad esempio l'ambulatorio del MMG o il PS, rappresentano una rete diffusa sul territorio di facile accesso per il paziente che consente di intercettare un numero notevole di persone con sintomi sospetti per IST o patologie indicatore, che necessitano di una appropriata gestione clinica. I medici o infermieri opportunamente formati per il counselling

breve di tipo sanitario, operanti nei diversi settings che intercettano il paziente devono effettuare il counselling iniziale e potranno iniziare il percorso diagnostico/terapeutico in base alle competenze e completare il percorso diagnostico/terapeutico in autonomia oppure, avvalendosi dell'approccio sindromico, indirizzare il paziente e i partner sessuali ai centri IST di riferimento per il completamento dell'iter diagnostico e per la presa in carico del paziente e dei contatti.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

Le infezioni sessualmente trasmesse (IST) sono costituite da un gruppo eterogeneo di circa 30 patogeni tra batteri, virus, protozoi, funghi ed ectoparassiti:

- Batteri: Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi, Klebsiella (Calymmatobacterium) granulomatis, Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Streptococco di gruppo B, Stafilococco aureus
- Virus: Virus dell'immunodeficienza umana (HIV), Herpes simplex virus di tipo 2 e di tipo1, Papillomavirus umano, Virus dell'epatite B e C, HHV-8 (sarcoma di Kaposi), Cytomegalovirus, Pox virus (mollusco contagioso)
- Funghi: Candida albicans
- Protozoi: Trichomonas vaginalis
- Ectoparassiti: Phtirus pubis, Sarcoptes scabiei

Le IST oltre a compromettere la qualità della vita del singolo individuo, hanno importanti ripercussioni sulla salute sessuale e riproduttiva della popolazione ed effetti indiretti anche sulla salute della popolazione pediatrica. Le IST possono, inoltre, facilitare indirettamente la trasmissione dell'infezione da HIV e costituire un substrato per l'evoluzione di patologie neoplastiche.

La riduzione del burden di malattia associato alle IST rappresenta un obiettivo importante all'interno delle politiche di salute pubblica elaborate dalle più importanti istituzioni internazionali.

L'agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, approvata dall'organizzazione delle azioni unite (ONU) nel 2015, stabilisce quale obiettivo da raggiungere entro il 2030 la fine dell'epidemia di AIDS.[1]

L'organizzazione mondiale della sanità (OMS) identifica nel suo documento "Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021"[2] una serie di obiettivi da perseguire a livello globale quali:

- Riduzione globale del 90% dell'incidenza di sifilide e gonorrea rispetto al 2018
- Meno di 50 casi di sifilide congenita per 100000 nati vivi in almeno l'80% dei paesi
- Copertura nazionale di almeno il 90% per la vaccinazione contro l'HPV

A livello globale l'incidenza delle IST resta ancora molto elevata, come evidenziato da un report dell'OMS che stima che nel 2016 ci siano state 376 milioni di nuove infezioni delle quattro IST batteriche più comuni (gonorrea, clamidia, sifilide e tricomoniasi). [3]

La regione europea dell'OMS presenta tassi di prevalenza ed incidenza più bassi rispetto a quelli riscontrati in altri paesi, nonostante questo il burder di malattia causato dale IST è considerevole, come evidenziato dai report dell'European center for disease control and prevention (ECDC).[4] Nel 2018 le IST più frequenti sono state clamidia (406406 casi, incidenza 146 per 100000), gonorrea (100673 casi, 26 per 100000) e sifilide (33927 ; 7 per 100000).[5]

Le infezioni da HIV presentano un andamento pressoché stabile dal 2015 nella regione europea dell'OMS, come evidenziato dal report dell'ECDC. [6] Particolarmente rilevante è la percentuale di diagnosi in soggetti con meno di 350 CD4/mm3, dato che si attesta al 50% e che rileva una scarsa capacità di fare una diagnosi precoce che è fondamentale non solo per la salute individuale del soggetto ma anche per la prevenzione in quanto un soggetto in terapia antiretrovirale in

soppressione virologica non trasmette l'infezione. Il dato Italiano, come riportato dal report annuale nazionale dell'istituto superiore di sanità[7], è peggiore della media europea in quanto il 58,7% dei soggetti diagnosticati nel 2019 era un late presenter.

La riduzione dei late presenters alla diagnosi rappresenta uno degli obiettivi più importanti da perseguire, come indicato anche dal piano nazionale AIDS[8] che identifica come obiettivi:

- La riduzione del 50% dei casi di diagnosi tardiva di infezione (AIDS presenter, conte di CD4 ≤200/μL)

- La riduzione del 25% dei casi che si presentano con CD4 > 200 <350/

1. **Migliorare il sistema di sorveglianza**

- Murray J, Cohen AL, Organization WH. Infectious Disease Surveillance Jillian. **2020**; (January).
- WHO. Communicable disease surveillance and response systems - Guide to monitoring and evaluating. 2006.
- German RR, Lee LM, Horan JM, et al. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the Guidelines Working Group. MMWR Recommendation reports; 2001.
- Groseclose SL, Buckeridge DL. Public Health Surveillance Systems: Recent Advances in Their Use and Evaluation. Annu Rev Public Health. 2017; 38:57–79.

2. **Potenziamento del ruolo di coordinamento dei centri IST**

3. **Coinvolgimento delle associazioni del terzo settore e supporto ai servizi di counselling e test volontari in sedi associative (community based voluntary counselling and testing services, CBVCTS)**

- Coates TJ, Kulich M, Celentano DD, et al. Effect of community-based voluntary counselling and testing on HIV incidence and social and behavioural outcomes (NIMH Project Accept; HPTN 043): A cluster-randomised trial. Lancet Glob Heal. 2014; 2(5):267–277.
- Marston C, Renedo A, Miles S. Community participation is crucial in a pandemic. Lancet [Internet]. Elsevier Ltd; 2020; 395(10238):1676–1678.
- Gift Trapence, Chris Collins SA et al. From personal survival to public health: community leadership by men who have sex with men in the response to HIV. Lancet. 2014; 23(1):1–7.

4. **Commissione regionale AIDS**

Piano nazionale AIDS

5. **Formazione degli operatori, verifica delle skills e audit**

- Bawa, Samuel & Olumide, EA. (2005). The effect of training on the reporting of notifiable diseases among health workers in Yobe State, Nigeria. The Nigerian postgraduate medical journal. 12. 1-5.
- Groseclose SL, Buckeridge DL. Public Health Surveillance Systems: Recent Advances in Their Use and Evaluation. Annu Rev Public Health. 2017; 38:57–79.

- Operario D, Wang D, Zaller ND, et al. Effect of a knowledge-based and skills-based programme for physicians on risk of sexually transmitted reinfections among high-risk patients in China: A cluster randomised trial. Lancet Global Health
- -Town K, McNulty CAM, Ricketts EJ, et al. Service evaluation of an educational intervention to improve sexual health services in primary care implemented using a step-wedge design: Analysis of chlamydia testing and diagnosis rate changes. BMC Public Health [Internet]. BMC Public Health; 2016; 16(1):1–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3343-z

6. **Strategia della "combination prevention"**

- Implementazione dell'utilizzo della profilassi pre-esposizione (PrEP) nei soggetti a rischio
  - CDC. PrEP Efficacy. Available from: https://www.cdc.gov/hiv/risk/estimates/preventionstrategies.html#anchor_1562942347
  - Choi H, Suh J, Lee W, et al. Cost-effectiveness analysis of pre-exposure prophylaxis for the prevention of HIV in men who have sex with men in South Korea: a mathematical modelling study. Sci Rep [Internet]. Nature Publishing Group UK; 2020; 10(1):1–11. Available from: https://doi.org/10.1038/s4159802071565-y
  - 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.
- Realizzazione di programmi di screening per HIV/IST tramite l'utilizzo del self-sampling
  - Paudyal P, Llewellyn C, Lau J, Mahmud M, Smith H. Obtaining self-samples to diagnose curable sexually transmitted infections: A systematic review of patients' experiences. PLoS One. 2015; 10(4):1–22.
  - https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa1266/5900625?login=true
  - https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468266717300348
  - https://gh.bmj.com/content/4/2/e001349

- Implementazione delle attività di testing nei setting territoriali sfruttando l'approccio sindromico e delle patologie indicatore (indicator guided condition testing)
  - https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(21)00157-7/fulltext
  - https://www.eurotest.org/Portals/0/Indicator%20diseases/CHIP_Guidance%20in%20short_UK_updated%20JUN2016_mlj.pdf
  - https://sti.bmj.com/content/95/4/238

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 PL21_OT03	**4. Commissione regionale AIDS**
INDICATORE 1 PL21_OT03_IT02	**Commissione regionale AIDS**
formula	numero incontro anno
Standard	3
Fonte	Regione
AZIONE 1	Commissione regionale AIDS
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE AZIONE 1	Si intende attivare la commissione regionale AIDS quale importante organo di confronto e dialogo tra tutti gli stakeholders coinvolti nella programmazione, attuazione e monitoraggio delle strategie di prevenzione, diagnosi e cura delle IST. Si auspica la convocazione di una riunione almeno a cadenza trimestrale. Obiettivi specifici della commissione regionale AIDS saranno: · condividere gli standard della formazione regionale per gli operatori sanitari e non sanitari; · raccordo e condivisione delle attività nella rete delle Scuole che Promuovono Salute e nella rete Work Health Promotion; · attività consultiva delle scelte regionali; · definire un modello di protocollo per la stipulazione di accordi tra i CVCBTS ed i Centri IST per le attività di counselling e testing; · mappatura e monitoraggio delle attività dei CBVCTS; · verifica delle modalità di utilizzo dei fondi per le attività formative previsti dalla legge 135/90; · proposte di analisi di tematiche di interesse. Il "Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive" (DGR 5068/2021) è di supporto alla DG Welfare nella gestione delle istanze della commissione AIDS.

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 PL21_OT02	**5. Attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori e di audit**
INDICATORE 2 PL21_OT02_IT03	**5. Attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori e di audit**
formula	corsi di formazione
Standard	anno
Fonte	Regione
AZIONE 2	Attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori e di audit
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 2	I cambiamenti nel contesto epidemiologico e l'introduzione delle nuove strategie di prevenzione, diagnosi e cura delle IST rendono fondamentale la formazione continua degli operatori sanitari e la valutazione delle competenze apprese. Gli obiettivi formativi saranno delineanti dalla rete dei centri IST con l'attività consultiva di supporto della commissione regionale AIDS, in linea con quanto definito dalle azioni 4 e 5. Le attività formative verranno realizzate con metodologie didattiche diverse quali corsi, convegni, seminari, FAD, confronto tra pari, role playing etc. La formazione riguarderà principalmente i seguenti argomenti: · conoscenza di quanto previsto dai Piani e Linee Guida nazionali e regionali; · utilizzo degli strumenti di prevenzione farmacologica per HIV (es: PrEP, PEP) · strategie di testing basate sull'utilizzo dei test rapidi; · partner notification; · nuovi paradigmi della prevenzione (treatment as prevention, U=U, test and treat); · approccio sindromico alle IST ed indicator guided condition testing; · promozione attiva della vaccinazione nei soggetti che afferiscono ai centri IST; · counselling per la salute sessuale; · conoscenza della rete di offerta regionale e dell'offerta diagnostica con particolare riferimento all'esenzione D98; · sistemi informativi per la sorveglianza. La formazione degli operatori sarà seguita da un processo di valutazione indipendente dal percorso di formazione tramite l'attivazione di un sistema regionale di verifica delle skill acquisite che possa definire degli standard a cui gli operatori devono adeguarsi per garantire la corretta presa in carico da parte del cittadino.

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 3 PL21_OT04	**comunicazione e informazione in tema di malattie infettive**
INDICATORE 3 PL21_OT04_IT04	**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
AZIONE 3	Coinvolgimento delle associazioni del terzo settore e supporto ai community based voluntary counselling and testing (CBVCT)
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE AZIONE 3	Si intende valorizzazione il ruolo delle associazioni del terzo settore tramite un loro più attivo coinvolgimento nella commissione regionale AIDS. Le attività per le quali si auspica una partecipazione attiva delle associazioni sono: · mappatura dei servizi di testing e counselling per IST svolti dalle associazioni al fine di raggiungere una maggiore integrazione con la rete di offerta regionale, il sistema di sorveglianza ed assicurare la presa in carico degli utenti, anche tramite la stipulazione di accordi di collaborazione e supporto tra i centri IST e le associazioni; · stesura degli obiettivi e delle attività formative per il personale sanitario e non sanitario; · attività consultiva delle policies regionali, report, linee guida; · verifica delle modalità di utilizzo dei fondi per le attività formative previsti dalla legge 135/90 · proposte di analisi di tematiche di interesse · raccordo e condivisione delle attività nella rete delle Scuole che Promuovono Salute e nella rete Work Health Promotion

EQUITÀ

OBIETTIVO 4 EQUITY PL21_OT01	**Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**

INDICATORE 4 EQUITY PL21_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
AZIONE 4 EQUITY	2. rete dei centri per la diagnosi e trattamento delle IST
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
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE AZIONE 4 EQUITY	Si intende attivare a livello regionale la rete dei centri IST, un tavolo di lavoro permanente, costituito in raccordo con la rete delle malattie infettive al quale parteciperanno referenti regionali e dei centri specialistici per il trattamento delle IST. Potranno far parte della rete dei centri IST anche referenti delle professioni sanitarie coinvolte nella prevenzione, diagnosi e cura delle IST come personale infermieristico, psicologi, MMG e assistenti sanitari con rilevante esperienza sul tema. Lo scopo della rete è quello di potenziare il ruolo di coordinamento e consulenza dei centri IST delle azioni intraprese a livello regionale, nell'ottica di migliorare i percorsi clinico-assistenziali ed i servizi offerti alla popolazione. Obiettivi specifici della rete dei centri IST sono: · delineare percorsi clinico-assistenziali omogenei per la presa in carico della persona con IST, sospetta o confermata, in base al livello assistenziale al quale afferisce l'utente, definendo la tipologia di pazienti gestibile dai centri territoriali e realizzando percorsi condivisi con i centri territoriali per il trasferimento dei pazienti ai centri specialistici. · stesura di un protocollo-linea guida regionale per l'erogazione della PrEP nei centri specialistici, in accordo alle evidenze scientifiche nazionali ed internazionali ed alla normativa nazionale e regionale di riferimento; · definire gli obiettivi formativi e realizzare i percorsi di formazione per tutte le tipologie di operatori sanitari in base al tipo di professionalità ed al livello assistenziale in cui operano, in accordo con quanto riportato nel punto 2. Particolare attenzione dovrà essere posta a temi quali la partner notification, le strategie

	farmacologiche di prevenzione dell'HIV (PrEP e PEP), il counselling per la salute sessuale, le vaccinazioni per IST nelle popolazioni a rischio e l'importanza della notifica al sistema di sorveglianza; · definire un protocollo per la gestione delle attività vaccinali all'interno dei centri IST al fine di migliorare le coperture vaccinali per HAV, HBV ed HPV nelle popolazioni a rischio e ridurre il carico di lavoro sui centri vaccinali; · contribuire al monitoraggio dell'andamento epidemiologico delle IST e alla valutazione delle strategie di governance regionale.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	6. Realizzazione interventi di prevenzione in linea con la strategia della "combination prevention"
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	- definizione di protocolli con tavolo centro ist - condivisione dei protocolli con commissione AIDS - formalizzazione atti di indirizzo regionale - attivazione
ATTORI COINVOLTI	- centri ist - associazioni
INDICATORE EQUITY	**indicazioni prep**
Formula	presenza azioni indicate
Standard	presenza delle azioni
Fonte:	Regione

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 5 PL21_OS01	**1. Migliorare il sistema di sorveglianza**
INDICATORE 5 PL21_OS01_	**1. Migliorare il sistema di sorveglianza**
formula	n casi HIV / n casi HIV stimati da BDA
Standard	80%
Fonte	Regione
AZIONE 5	1. Migliorare il sistema di sorveglianza
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 5	Attivare misure di analisi e controllo delle segnalazioni per IST tramite il confronto incrociato di più banche dati al fine di realizzare un sistema che integri la sorveglianza clinica e di laboratorio con l'analisi dei flussi informativi amministrativi relativi ai codici di esenzione, le SDO, le prestazioni ambulatoriali ed il consumo di farmaci. L'analisi delle fonti dati sopracitate avrà l'obiettivo, nella fase iniziale dell'azione, di valutare in modo accurato l'entità della sottonotifica nonché i punti critici e le modalità con le quali intervenire, anche tramite il coinvolgimento della rete dei centri IST e della commissione regionale AIDS, integrando le attività di miglioramento necessarie con quelle previste per le azioni 2, 4 e 5. L'attività di analisi dovrà fornire indicazioni operative ai soggetti responsabili dell'atto di notifica rapportando le notifiche effettuate con esiti specifici quali ad esempio test di laboratorio e codici inseriti nelle SDO. Il sistema di sorveglianza integrato per le IST si propone di essere uno strumento utile alla governance regionale per garantire una migliore lettura del contesto epidemiologico su cui basare l'elaborazione delle attività di prevenzione, delle strategie di testing e cambiamenti nel percorso di presa in carico delle persone con IST. Il sistema avrà anche lo scopo di fornire una serie di indicatori per la valutazione dell'andamento epidemiologico e delle attività implementate, anche tramite la produzione di report periodici, nell'ottica di accountability del lavoro di governance regionale.

OBIETTIVO 6 PL21_OS04	**6. Realizzazione interventi di prevenzione in linea con la strategia della "combination prevention"**
INDICATORE 6 PL21_OS04_	**6. Realizzazione interventi di prevenzione in linea con la strategia della "combination prevention"**
formula	presenza protocolli
Standard	presenza protocolli
Fonte	Regione

AZIONE 6 (EQUITY)	6. Realizzazione interventi di prevenzione in linea con la strategia della "combination prevention"
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
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE AZIONE 6 (EQUITY)	Le azioni da intraprendere, in linea con i principi sovraesposti, con quanto indicato dal piano nazionale della prevenzione, il piano nazionale AIDS e le indicazioni fornite dagli organismi scientifici nazionali e sovra-nazionali sono: · Realizzazione e implementazione di un protocollo/linea guida per l'utilizzo della profilassi pre-esposizione (PrEP) nelle comunità a rischio. In accordo con quanto definito nell'azione 5, la realizzazione di un protocollo-linea guida regionale per l'utilizzo della PrEP da parte del tavolo di lavoro sulle IST ha lo scopo di uniformare modalità e criteri di erogazione della PrEP sul territorio regionale. È necessario aumentare l'accessibilità della PrEP per le comunità a rischio, sia con campagne di informazione, svolte di concerto con le associazioni del terzo settore, sia riducendo le barriere economiche ed organizzative che possono limitare l'utilizzo della PrEP da parte delle popolazioni che possono trarne i maggiori benefici. Particolare rilevanza dovrà essere data all'inserimento della PrEP all'interno di una strategia più ampia di prevenzione che includa testing per le altre IST, vaccinazioni e counselling per la salute sessuale. · Realizzazione di un programma di screening per HIV/IST tramite l'utilizzo del self-sampling Obiettivo dell'azione è implementare la strategia di testing basata sul self-sampling, al momento poco utilizzata in Italia, al fine di facilitare l'accesso al test per la diagnosi delle IST asintomatiche e ridurre il carico di lavoro dei centri IST. L'azione prevede la realizzazione di un progetto pilota nella città metropolitana di Milano, guidato dal centro IST del Policlinico di Milano, per comprendere la fattibilità di tale strategia nel contesto lombardo e l'opportunità di estenderlo ad altre città. Particolare attenzione dovrà essere posta al linkage to care degli utenti risultati positivi, in modo da valutare la presa in carico del paziente, nonché il numero e la tipologia di utenti che utilizzeranno il servizio ed il tasso di positività riscontrato. · Implementazione delle strategie di testing basate sull'approccio sindromico (presenza di patologie indicatore, indicator guided condition testing) L'approccio sindromico risulta particolarmente utile nei contesti territoriali dove più spesso il paziente afferisce per la diagnosi e cura di patologie non direttamente riconducibili ad IST ma per le quali è opportuno eseguire dei test di screening per IST. Azioni fondamentali da intraprendere per l'implementazione di queste strategie sono la realizzazione di linee guida sulle patologie indicatore e dei contesti nei quali eseguire i test di screening, la formazione degli operatori sanitari coinvolti nella gestione clinica di queste patologie e l'utilizzo di strumenti informatici per guidare e semplificare il l'esecuzione dei test, ad esempio sistemi di opt-out per gli MMG che ricordino loro la necessità di eseguire test per IST in caso di diagnosi di patologie indicatore.

4.11 PL22 Malattie infettive correlate all'ambiente e ai vettori

Quadro logico regionale

CODICE	PL22
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Danilo Cereda
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO6 Malattie infettive prioritarie**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO6-02 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) - MO6-09 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 - MO6-10 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cotture e nelle mense per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti) tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari nella ristorazione collettiva - MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti - MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano

LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- 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 - MO6LSh Coordinamento tra strutture ospedaliere e Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie - MO6LSi Realizzazione di un programma regionale di formazione - MO6LSj Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione diretti al personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari - MO6LSk Promuovere iniziative di formazione sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti - MO6LSm Diffusione di materiale informativo/divulgativo sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti su sito web - MO6LSn Istituzione di un laboratorio di riferimento regionale per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano o attivazione di una convenzione con un laboratorio di riferimento di un'altra Regione/PA - MO6LSo Applicazione di Piani di sorveglianza e risposta alle malattie trasmesse da vettori - MO6LSl - Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione sulle malattie trasmesse da alimenti diretti agli OSA
LEA	- A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive - A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive - A05 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva - E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

Negli ultimi anni si è diffusa una crescente attenzione alla relazione tra salute pubblica, ambiente, pianificazione urbana e stili di vita, in considerazione dell'impatto che tali fattori interdipendenti tra di loro possono avere sulla salute del singolo cittadino.

La stessa Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), nel contesto dei 17 Obiettivi dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile (SDGs - Sustainable Development Goals) (UN 2021), esprime un chiaro giudizio sull'attuale modello di sviluppo, indicandolo come insostenibile tanto sul piano ambientale, quanto su quello economico e sociale.

Questo concetto di salute si è via via sostanziato e implementato nella definizione di "determinanti sociali e ambientali della salute". La definizione di salute, dunque, non si riferisce meramente alla sopravvivenza fisica o all'assenza di malattia, ma si amplia comprendendo non solo gli aspetti psicologici, ma anche le condizioni naturali, ambientali, climatiche e abitative, la vita lavorativa, economica, sociale e culturale. Nel considerare ciò, non è più possibile trascurare il ruolo dell'ambiente (inteso sia come città che ambito rurale) quale elemento promotore di salute, in quanto la qualità della vita e le condizioni ambientali globali dipendono in larga parte dallo stato ambientale.

E' infatti ormai noto come lo sviluppo delle malattie infettive dipenda da almeno tre fattori interconnessi tra di loro, quali sono: le caratteristiche del microrganismo, le difese dell'ospite e i fattori ambientali (Morens 2004; Colizza 2006).

In particolar modo, nell'ambito dei fattori ambientali, il cambiamento climatico globale sta già facendo sentire i suoi effetti sulla salute pubblica e continuerà a farlo in futuro, sia a livello mondiale che in Europa e in Italia, facendosi responsabile di svariate conseguenze sulla salute umana, sia dirette sia indirette, a breve come a lungo termine (WHO 2021; CDC 2021). Si stima che, a livello globale, nel 2000 si siano verificati circa 150.000 decessi a causa del cambiamento climatico e, secondo un recente studio dell'OMS, entro il 2040 saremo destinati a raggiungere i 250.000 decessi l'anno.

La rivista *The Lancet* ha pubblicato un corposo rapporto, "The Lancet Countdown" dedicato ai cambiamenti climatici e salute. Il rapporto è il frutto della collaborazione di 27 istituzioni accademiche, delle Nazioni Unite e di molteplici agenzie intergovernative di cinque continenti (Watts 2020).

Uno degli aspetti emersi dal dibattito internazionale riguarda le disparità con cui i cambiamenti climatici colpiscono le diverse popolazioni, sia come divario tra le aree più povere e più vulnerabili, sia come inasprimento del divario economico-sociale nei Paesi industrializzati, amplificato dalle problematiche legate al clima. Spesso inoltre la città ripropone, nelle sue forme e disposizioni spaziali, disuguaglianze sociali basate su una diversa distribuzione dei determinanti sociali di salute: istruzione, reddito, lavoro, beni relazionali e cultura. A causa del cambiamento climatico, i sottogruppi più vulnerabili delle popolazioni (anziani, soggetti con malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche e coloro che vivono nelle aree urbane) sono esposti a rischi più elevati in tutte le regioni del mondo.

I cambiamenti climatici interferiscono direttamente ed indirettamente con un'ampia varietà di malattie, agendo come una forza moltiplicatrice: sono, ad esempio, un fattore determinante per la diffusione delle malattie infettive, poiché ad esempio alterano le condizioni ambientali favorendo la replicazione dei vettori che trasmettono il patogeno, piuttosto che favorendo l'esposizione delle popolazioni vulnerabili.

In tema di arbovirosi, i cambiamenti climatici hanno effetti sulla fisiologia, sul comportamento, sul ciclo vitale e sulla distribuzione geografica vettoriale e potrebbero influenzare la comparsa di epidemie. Inoltre fattori correlati alla globalizzazione, che ha portato all'aumento dei viaggi, a scopo turistico o professionale, e degli scambi commerciali verso molte aree del mondo, hanno

causato l'importazione e la riproduzione nel nostro territorio di nuove specie di vettori provenienti da altri Paesi (tra cui *Aedes albopictus, Aedes coreicus* e *Aedes japonicus*). Parallelamente si sta verificando un ampliamento dell'area di distribuzione di artropodi indigeni (in particolare flebotomi, zecche e zanzare), vettori di malattie endemiche nel nostro Paese. Nell'ultimo decennio, in Italia e in Europa si è assistito all'aumento della segnalazione di casi, importati e autoctoni di diverse arbovirosi molto diffuse nel mondo, tra cui Dengue, Chikungunya e West Nile Disease (Jourdain 2019).

La presenza sul territorio di vettori competenti alla trasmissione di malattie impone l'adozione universale e tempestiva di misure di lotta contro questi insetti e di sistemi di sorveglianza sanitaria estremamente sensibili, al fine di limitare l'introduzione dei virus nel nostro Paese e/o limitarne la trasmissione attraverso insetti vettori competenti ed efficienti.
Per questo motivo, e seguendo gli indirizzi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è stata sancita, nella seduta del 15/01/2020, l'intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul "Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle arbovirosi (PNA 2020-2025)" (Ministero della Salute 2021), piano d'azione nazionale integrato di lotta antivettoriale e delle malattie trasmesse da vettori, che rientra negli obiettivi del Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) per gli anni 2020-2025.

In Italia, sono soggette a sorveglianza speciale le seguenti arbovirosi: Chikungunya, Dengue e Zika, arbovirosi importate, che nel 2018 con Decisione di Esecuzione n. 945, la Commissione europea ha aggiunto nell'elenco delle malattie da incorporare nella rete di sorveglianza epidemiologica comunitaria, oltre a West Nile, infezione da virus Usutu, encefalite virale da zecche (TBE) e infezioni neuro-invasive da virus Toscana, che invece rientrano nelle arbovirosi autoctone.

Le attività di sorveglianza integrata delle arbovirosi in Italia sono coordinate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e, nel caso delle sorveglianze dei virus West Nile e Usutu dal Centro di Referenza Nazionale per lo studio e l'accertamento delle malattie esotiche degli animali dell'Istituto Zooprofilattico dell'Abruzzo e del Molise (CESME - IZSAM), in collaborazione con il Ministero della Salute e con la rete degli altri IIZZSS.

Negli ultimi anni, nel contesto lombardo, si sono verificati anche importanti cluster di Legionella, di cui, nello specifico, uno nell'area della Provincia di Milano (Faccini 2020) e uno nell'area della Provincia di Brescia e Mantova (Scaturro 2021).

Approvato in Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 7 maggio 2015, il documento "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi" riunisce, aggiorna e integra, alla luce anche delle nuove conoscenze scientifiche, tutte le indicazioni riportate nelle precedenti linee guida nazionali e normative, tra cui: "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi", "Linee guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori di strutture turisticorecettive e termali" e "Linee guida recanti indicazioni ai laboratori con attività di diagnosi microbiologica e controllo ambientale della legionellosi".

L'analisi di contesto evidenza chiaramente come alcune patologie quali la west nile, ormai endemica nel territorio lombardo, e la legionella abbiano delle forti collocazioni territoriali, come illustrato nel successivo paragrafo "Analisi di contesto". In particolare, come dimostrato dall'attività di sorveglianza della West Nile Disease sul territorio regionale, le aree maggiormente colpite sono quelle dell'area della provincia di Cremona e Mantova e del basso milanese, bresciano e bergamasca.

Anche la diffusione della legionella, come è dimostrato dalle mappe relative al triennio 20181920, trova una connotazione territoriale molto simile tra le varie annualità.

- United Nations - Department of Economic and Social Affairs. The 17 Goals. https://sdgs.un.org/goals (disponibile al 1-8-2021).
- Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. The challenge of emerging and re-emerging infectious diseases. Nature. 2004;430:242-249. doi: 10.1038/nature02759.

- Colizza V, Barrat A, Barthélemy M, Vespignani A. The modeling of global epidemics: stochastic dynamics and predictability. Bulletin of Mathemaical Biology. 2006;68(8):1893-921. doi: 10.1007/s11538-006-9077-9.
- Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Beagley J, Belesova K, et al. The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. Lancet. 2020;397(10269):129-170. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32290-X.
- World Health Organization. Climate change and health. https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/climatechange-and-health (disponibile al 1-8-2021).
- Centers for Disease Control and Prevention. Climate Effects on Health. https://www.cdc.gov/climateandhealth/effects/default.htm (disponibile al 1-8-2021).
- Jourdain F, Samy AM, Hamidi A, Bouattour A, Alten B, Faraj C, et al. Towards harmonisation of entomological surveillance in the Mediterranean area. Plos neglected Tropical Diseases. 2019;13(6):e0007314. doi: 10.1371/journal.pntd.0007314.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2947_allegato.pdf (disponibile al 1-8-2021).
- Faccini M, Russo AG, Bonini M, Tunesi S, Murtas R, Sandrini M, et al. Large community-acquired Legionnaires' disease outbreak caused by Legionella pneumophila serogroup 1, Italy, July to August 2018. Eurosurveillance. 2020;25(20):1900523. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.20.1900523.
- Scaturro M, Rota MC, Caporali MG, Girolamo A, Magoni M, Barberis D, et al. A community-acquired Legionnaires' disease outbreak caused by Legionella pneumophila serogroup 2: an uncommon event, Italy, August to October 2018. Eurosurveillance. 2021;26(25):2001961. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.25.2001961.
- Ministero della Salute. Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2362_allegato.pdf (disponibile al 1-8-2021).

In generale a livello regionale la fonte dati utilizzata per la sorveglianza e l'analisi della diffusione delle malattie infettive è il DataWareHouse (DWH) regionale che è alimentato dal sistema gestionale delle malattie infettive regionale (MAINF). I dati illustrati di seguito, ove non esplicitato diversamente, sono elaborati consideranto la "data apertura pratica".

Arbovirosi

Per quanto riguarda le principali arbovirosi, i casi segnalati sul territorio lombardo per la popolazione residente e non residente nel biennio 2019-2020 sono stati i seguenti:

• anno 2019: Chikungunya 20, Dengue 97, West Nile 15, Zika 7; • anno 2020: Chikungunya: 0, Dengue: 26, West Nile: 91, Zika: 4.

Di questi, i casi di West Nile sono tutti autoctoni, mentre per quanto concernente le altre patologie riportate trattasi di casi importati.

L'analisi di contesto evidenza chiaramente come alcune patologie quali la west nile, ormai endemica nel territorio lombardo, e la legionella abbiano delle forti collocazioni territoriali.

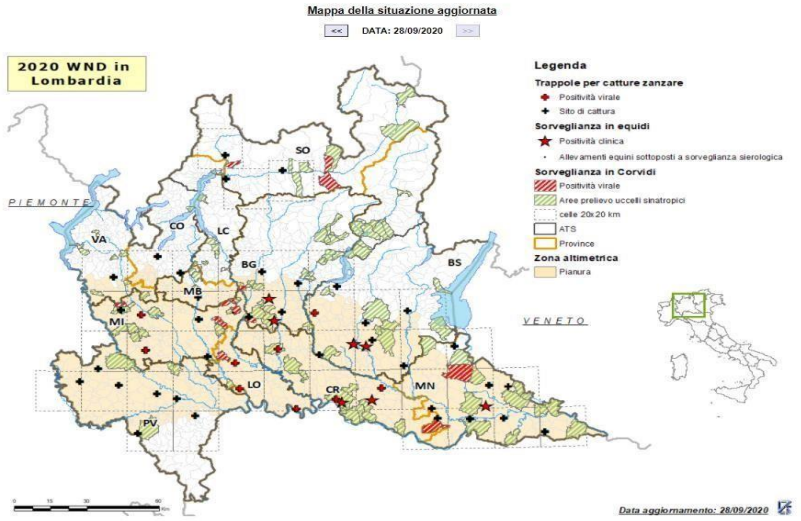
Si riportano alcune analisi territoriali riferite alla diffusione della West Nile e Legionella.

La sorveglianza veterinaria nei confronti della West Nile Disease viene effettuata in conformità a quanto stabilito dal Piano nazionale integrato di prevenzione, sorveglianza e risposta ai virus West Nile e Usutu – e dal DDUO n.18138 del 5 dicembre 2018 "PIANO REGIONALE DI SORVEGLIANZA INTEGRATA E DI CONTRASTO ALLA DIFFUSIONE DEL VIRUS WEST NILE DISEASE (WND) NELLA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA".

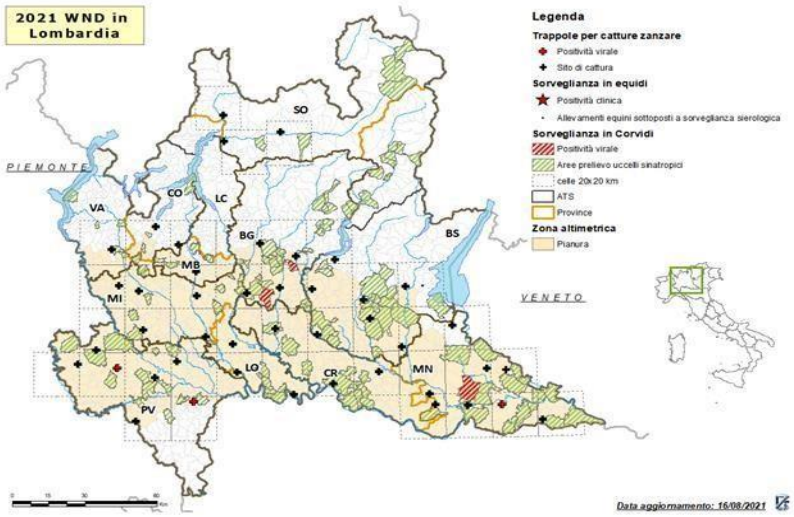
Le attività nei confronti della West Nile Disease sul territorio regionale sono finalizzate all'evidenziazione precoce della circolazione virale e si basano sulle seguenti componenti:

- SORVEGLIANZA ENTOMOLOGICA
- SORVEGLIANZA EQUIDI
- SORVEGLIANZA AVIFANUA SELVATICA

Di seguito si riporta una mappa aggiornata a settembre 2020 della Regione Lombardia nella quale si evidenziano gli esiti delle trappole per la cattura delle zanzare e della sorveglianza in equidi e corvidi. Come si evince dalla figura la maggiore positività virale / clinica è stata riscontrata in corrispondenza della Pianura Padana, in particolare in alcuni comuni della provincia di Milano, Cremona e Mantova e nella bassa bergamasca e bresciana, confermando la circolazione del WNV in tali zone.

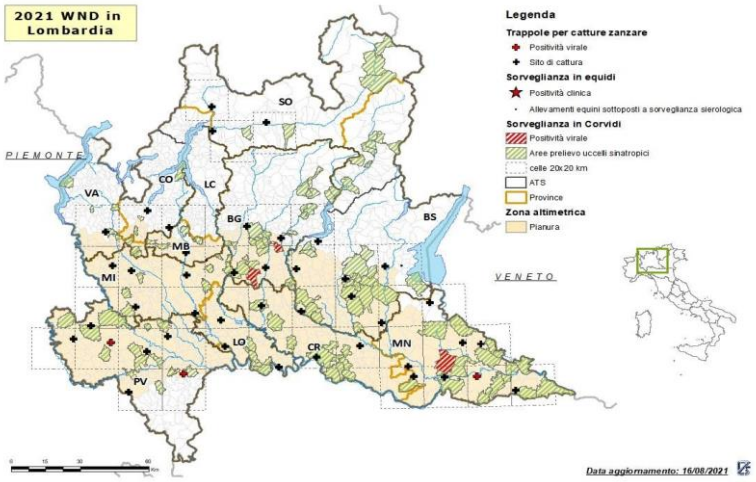


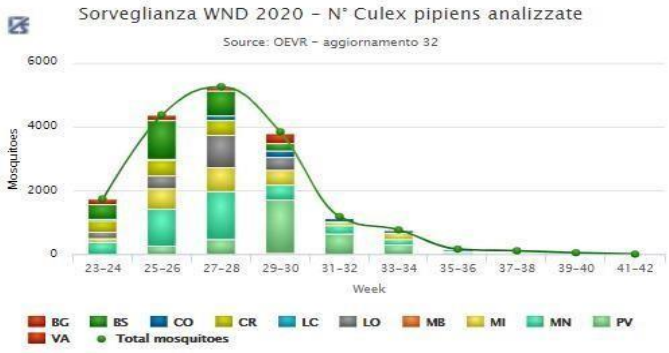
Si riporta la mappa aggiornata al 16 agosto 2021 relativa all'attività di sorveglianza attualmente in atto in quanto il periodo di sorveglianza previsto è dal 1 giugno al 30 settembre (eventualmente prolungabile anche al mese di ottobre, in base alla situazione epidemiologica e climatica).



Si riporta altresì la distribuzione per provincia e per settimana (dalla 23^ alla 42^ - corrispondente al periodo 1 giugno - 18 ottobre) relativa alla sorveglianza delle zanzare.

Il periodo più critico è quello della 27^ e 28^ settimana, dal 29 giugno al 12 luglio e le province più a rischio quelle di Mantova, Pavia, Brescia e Milano.



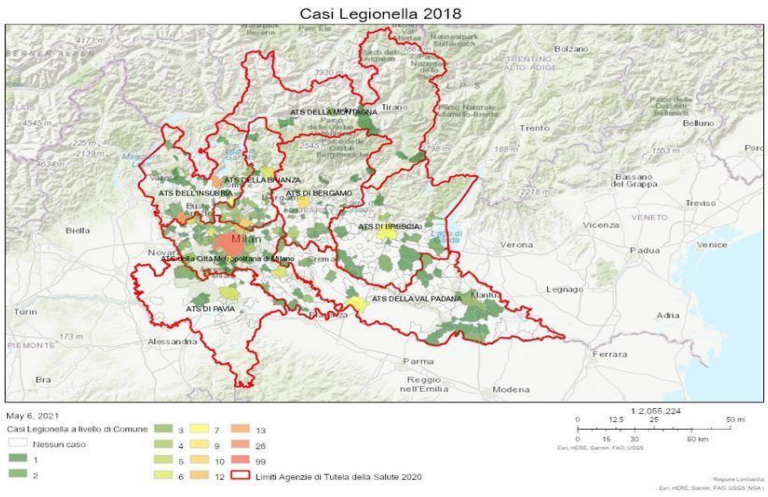


Legionellosi

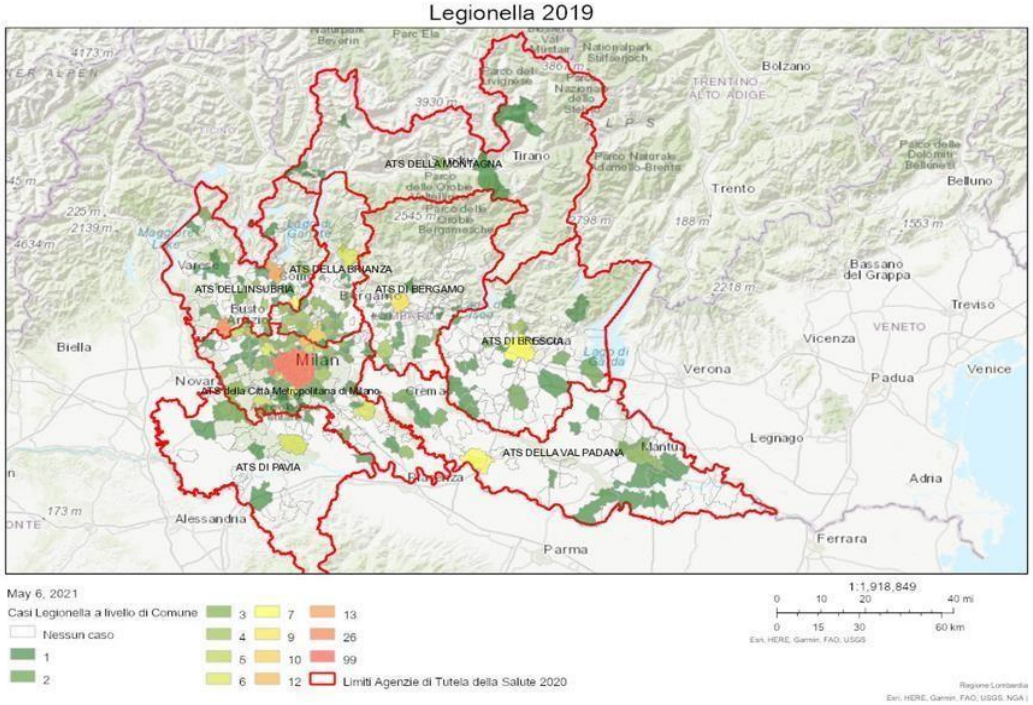
Ogni anno sono segnalati circa 1.000 casi di legionella: nel triennio 2018-2020 rispettivamente 1.096, 1.051 e 806 corrispondente ad un tasso di incidenza ogni 100.000 abitanti pari a 10,9, 10,5 e 8,0.

		2018	2019	2020
LEGIONELLOSI	N° casi	1096	1051	806
	Tasso per 100.000 ab.	10,9	10,5	8,0

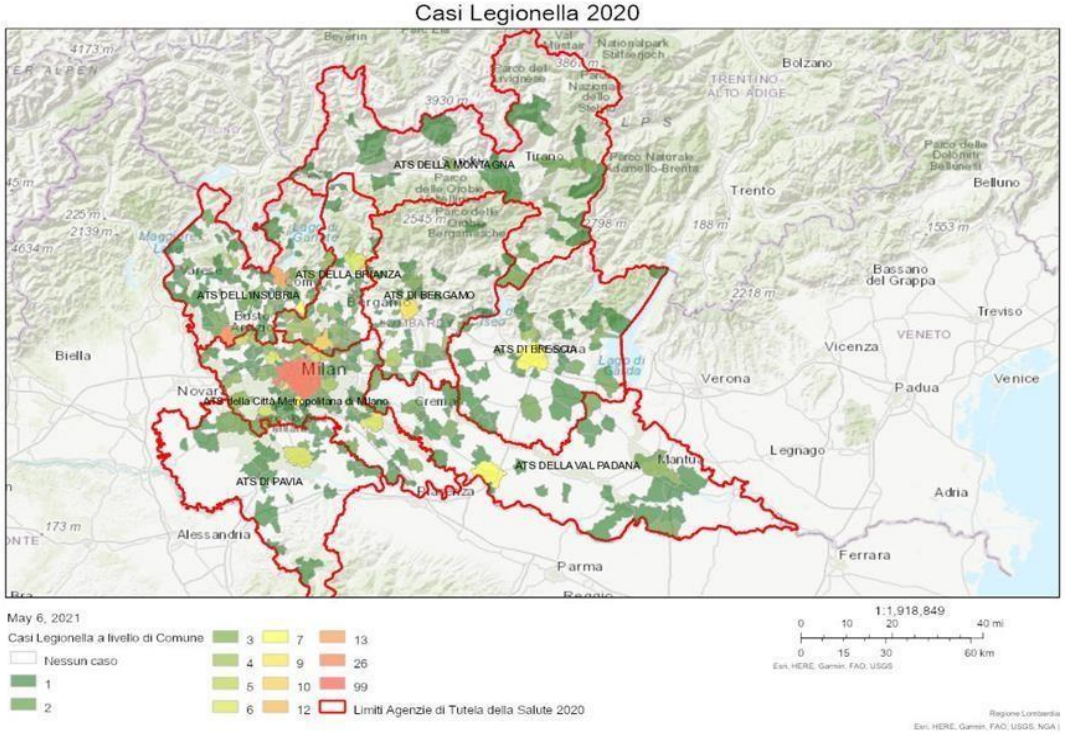
Come si può notare dalle mappe sotto riportate non esistono significative differenze territoriali per le tre annualità. Il maggior numero di casi si è registrato nell'ATS di Milano (in corrispondenza dell'area di Milano) e nell'ATS dell'Insubria (in prossimità di Como e Busto Arsizio).



Legionella 2019



Casi Legionella 2020



Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il rapporto tra ambiente, animali e uomo è il cuore della tematica One Health. In merito alle malattie infettive, ruolo emergente è rivestito dalle zoonosi ma non mancano forti correlazioni con l'ambiente antropico. Si rimanda al PP10 in relazione all'attività in campo umano-veterinario in relazione al contrasto all'antibiotico resistenza e al PL23 in merito alla gestione urbana per la prevenzione delle malattie infettive nella popolazione più fragile e nel PL 13 quanto di riferimento per le malattie trasmesse da alimenti (vegetali o animali). In questo programma vengono quindi trattate le patologie che hanno in comune come determinante il luogo di vita o di lavoro delle persone ed in particolare le patologie trasmesse da vettori e la legionella. In tal senso punto di forza è avere impostato azioni di geolocalizzazione delle patologie infettive che dovranno essere sviluppati negli anni.

I principali punti programmatici sono:

1) aggiornare gli atti di indirizzo regionali per le patologie da vettori

2) creare un sistema di georeferenziazione (GEOSA)

3) attivare percorsi di formazione e verifica delle skilldegli operatori

4) sensibilizzazione dei cittadini, dei comuni e altri enti pubblici e privati alle problematiche inerenti la prevenzione delle malattie trasmesse da vettori e legionellosi

5) integrazione tra ricerca veterinaria e umana in relazione ai possibili vettori

1) aggiornare gli atti di indirizzo regionali per le patologie da vettori

La Sorveglianza delle malattie infettive in regione Lombardia è coerente con quanto previsto dal Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive" aggiornato nell'ambito della Conferenza Stato Regioni "Sistema di Segnalazione delle Malattie Infettive (PREMAL)". I principali indirizzi regionali hanno origine dalla DGR 18853/2004 e sono stati principalmente rivisti in occasione dell'epidemia Covid con la DGR 3114/2020.

In particolar modo per quanto attinente alle arbovirosi è necessario richiamare quanto previsto dal Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle arbovirosi (PNA 2020-2025).

Il Piano recepisce, in un'ottica di One Health, gli indirizzi e orientamenti internazionali sulle malattie trasmesse da vettori alla luce delle recenti evidenze scientifiche, delle criticità attuali e dei mutati scenari epidemiologico-ambientali, articolandosi su un orizzonte temporale di 6 anni, in modo tale da permettere azioni strategiche di più lungo e ampio respiro, nonché individuando attività da attuarsi immediatamente e attività da implementare più gradualmente. Il Piano stesso specifica alcuni indicatori da utilizzarsi per la valutazione.

Il PNA si applica alla sorveglianza delle arbovirosi, con particolare riferimento ai virus: West Nile, Usutu, Chikungunya, Dengue, Zika, encefalite virale da zecche, virus Toscana. Inoltre estende la sorveglianza a livello nazionale alle specie di zanzare invasive e al monitoraggio delle resistenze agli insetticidi. E' organizzato in capitoli di cui i principali sono: integrazione della prevenzione, sorveglianza e risposta alle arbovirosi in altre politiche, prevenzione (individua i principali interventi di prevenzione da attuare suddividendoli in: comunicazione del rischio, formazione, misure ambientali, misure di contrasto ai vettori, vaccinazione, raccomandazioni

organizzative), sorveglianza e risposta ai virus West Nile e Usutu, alle arbovirosi trasmesse da zanzare invasive (Aedes sp.) con particolare riferimento ai virus Chikungunya, Dengue e Zika, ai virus dell'encefalite virale da zecche, Toscana e ad altri, sorveglianza di nuove specie invasive, potenziali vettori, monitoraggio della resistenza agli insetticidi.

Per il contrasto alle legionellosi documento di riferimento sono le Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi, citate in precedenza.

2) creare un sistema di georeferenziazione (GEOSA)

Per far fronte alle sfide di un contesto ambientale e antropico quale descritto precedentemente, nell'ambito del controllo delle malattie infettive, Regione Lombardia sta sviluppando un sistema di georeferenziazione con l'obiettivo di creare un "Visualizzatore Geografico" (GEOSA) che riporti indicazioni sulle caratteristiche naturali e antropiche dell'ambiente fisico, delle strutture abitative, collettive, di lavoro e artificiali in genere (es.: industrie, imprese, cantieri, strutture sanitarie, scolastiche) e sulla loro distribuzione e localizzazione nel territorio, con il fine di rappresentare scenari che facilitino l'intervento sul territorio, in primis, da parte dei Servizi di Igiene Pubblica e Salute ed Ambiente, nell'occasione di controlli, anche in emergenza, in cui sono chiamati ad indagare la presenza di fattori di rischio per la salute collettiva e individuale. Si vuole inoltre fornire, tramite il Sistema suddetto, ed in una prospettiva di più lungo respiro, una serie di indicatori ambientali georeferenziati finalizzati ad approntare studi geografici utili ad indagare gli effetti di molteplici esposizioni ambientali in contesti urbani ed extra-urbani.

3) attivare percorsi di formazione e verifica delle skill degli operatori

Le nuove sfide legate a un approccio "One Health" necessitano di una continua formazione degli operatori attraverso:

- recepimento di quanto previsto dai Piani e Linee Guida nazionali e regionali;
- utilizzo dei nuovi strumenti e sistemi informativi in grado di leggere dal punto di vista spaziale l'andamento delle patologie (GEOSA) ;
- aggiornamento sulle zoonosi nel contesto lombardo tramite materiale informativo (reportistica e letteratura) e corsi che, in relazione al contesto epidemiologico del momento, potranno essere svolti sia in presenza che a distanza (FAD). – confronto tra pari

4) sensibilizzazione dei cittadini, dei comuni e altri enti pubblici e privati alle problematiche inerenti la prevenzione delle malattie trasmesse da vettori e legionellosi

I cittadini e gli enti comunali possono giocare un ruolo significativo in merito alla prevenzione di alcune malattie infettive.
Si auspica quindi di attivare percorsi di comunicazione e sensibilizzazione con gli enti comunali in merito agli interventi per:

1. controllare la diffusione di vettori (es. zanzare, pappataci, roditori, zecche) tramite costanti aggiornamenti riguardanti la situazione numerica e geografica delle specie in analisi e le zoonosi e, qualora in seguito a valutazione epidemiologica coordinata con veterinari (vedere punto 5 sottostante) venisse messo in chiaro che l'espansione delle specie in osservazione possa rivelarsi un pericolo per la collettività, mettere in atto delle procedure di controllo mirate al contenimento dell'espansione e, se strettamente necessario, alla loro eradicazione dal contesto in cui sono calate;

2. informare e sensibilizzare i cittadini e le aziende sull'importanza di azioni di corretta manutenzione dell'ambiente privato e sui comportamenti da adottare, ad esempio, in situazioni come il ritorno da Paesi che ospitano animali la cui importazione potrebbe essere dannosa per la collettività, così come Paesi in cui le zoonosi sono endemiche. Per fare ciò, sarà necessario attuare una serie di campagne informative capillari che siano in grado di informare i cittadini sulle misure che vanno adottate al fine di prevenire l'insorgenza di malattie epidemiche trasmesse da animali. Allo stesso modo, sarà necessario rendere chiaro ai cittadini e alle aziende come piccoli interventi nella vita quotidiana possono prevenire interventi più importanti, e quindi più costosi, successivamente, che riguardano per esempio la trasmissione di zoonosi tramite zecche e pappataci.

3. aggiornare con attenzione il catasto per le torri di raffreddamento per la prevenzione della legionella e quindi rendere chiaro, agli operatori sanitari e ai Comuni che hanno competenza sulle suddette torri, quali strutture sono più a rischio in un determinato momento.

5) sorveglianza integrata veterinaria e umana

La ricerca di malattie infettive in relazione ai vettori ha la necessità di mantenere e rafforzare quanto già in essere, attraverso alcune azioni

– integrazione in tema di malattie infettive tra l'epidemiologia veterinaria e quella umana anche attraverso l'applicazione di modelli matematici in grado di realizzare una lettura integrata delle informazioni utili a pianificare azioni congiunte predittive per la prevenzione delle patologie (sia umane sia animali)

– mappatura e valutazione congiunta sulle patologie trasmesse da zecche

– stesura di una reportistica dettagliata e esaustiva, costante e cadenzata nel tempo, che renda chiara la situazione epidemiologica e semplice da comprendere, anche nell'ottica di aggiornare ed informare, quando ritenuto necessario, la popolazione.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

1) aggiornare gli indirizzi regionali in coerenza con le indicazioni nazionali e lo sviluppo del SSR lombardo

Applicazione di quanto previsto dal Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle arbovirosi, anche in tema di controllo delle malattie trasmesse da altri insetti vettori.

Redazione della procedura o delle linee guida regionali per il controllo e la prevenzione della legionellosi (in allegato).

2) creare un sistema di georeferenziazione

Implementazione e sviluppo definitivo del sistema GEOSA e relativo utilizzo costante nel tempo da parte delle ATS regionali (in allegato, il manuale del sistema GEOSA).

3) attivare percorsi di formazione e verifica delle skill degli operatori

Applicazione di quanto previsto dai Piani e dalle Linee Guida nazionali e regionali.

4) sensibilizzazione dei cittadini, dei comuni e altri enti pubblici e privati alle problematiche inerenti la prevenzione delle malattie trasmesse da vettori e legionellosi

1. Wilson AL, Courtenay O, Kelly-Hope LA, Scott TW, Takken W, Torr SJ, Lindsay SW. The importance of vector control for the control and elimination of vector-borne diseases. PLoS Negl Trop Dis. 2020 Jan 16;14(1):e0007831. doi: 10.1371/journal.pntd.0007831. PMID: 31945061; PMCID: PMC6964823.

2. D'Alò GL, Ciabattini M, Zaratti L, Franco E. Prevenzione delle Infezioni trasmesse da vettori in Italia [Prevention of vector-borne diseases in Italy]. Ig Sanita Pubbl. 2018 Mar-Apr;74(2):201-224. Italian. PMID: 29936525.

3. Trentini F, Poletti P, Baldacchino F, Drago A, Montarsi F, Capelli G, Rizzoli A, Rosà R, Rizzo C, Merler S, Melegaro A. The containment of potential outbreaks triggered by imported Chikungunya cases in Italy: a cost utility epidemiological assessment of vector control measures. Sci Rep. 2018 Jun 13;8(1):9034. doi: 10.1038/s41598018-27443-9. PMID: 29899520; PMCID: PMC5998040.

5) integrazione con altri ambiti del SSR e con la ricerca

– Calzolari M, Angelini P, Bolzoni L, Bonilauri P, Cagarelli R, Canziani S, Cereda D, Cerioli MP, Chiari M, Galletti G, Moirano G, Tamba M, Torri D, Trogu T, Albieri A, Bellini R, Lelli D. Enhanced West Nile Virus Circulation in the Emilia-Romagna and Lombardy Regions (Northern Italy) in 2018 Detected by Entomological Surveillance. Front Vet Sci. 2020 May 5;7:243. doi: 10.3389/fvets.2020.00243. PMID: 32432132; PMCID: PMC7214930.

– Fesce E, Romeo C, Chinchio E, Ferrari N. How to choose the best control strategy? Mathematical models as a tool for pre-intervention evaluation on a macroparasitic disease. PLoS Negl Trop Dis. 2020 Oct 22;14(10):e0008789. doi: 10.1371/journal.pntd.0008789. PMID: 33091027; PMCID: PMC7608949.

– Ewing DA, Purse BV, Cobbold CA, White SM. A novel approach for predicting risk of vector-borne disease establishment in marginal temperate environments under climate change: West Nile virus in the UK. J R Soc Interface. 2021 May;18(178):20210049. doi: 10.1098/rsif.2021.0049. Epub 2021 May 26. PMID: 34034529; PMCID: PMC8150030.

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 PL22_OT04	**5) INTEGRAZIONE TRA RICERCA VETERINARIA E UMANA IN RELAZIONE AI POSSIBILI VETTORI**
INDICATORE 1 PL22_OT04_IT04	**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
AZIONE 1	integrazione tra ricerca veterinaria e umana in relazione ai possibili vettori
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.)
CICLO DI VITA	età adulta

DESCRIZIONE AZIONE 1	Attivare integrazione tra sorveglianza veterinaria e umana per il controllo tempestivo delle malattie trasmesse da vettori tramite la messa in atto di azioni finalizzate al contenimento ove ritenuto necessario. L'integrazione tra i due sistemi di sorveglianza è finalizzata all'applicazione in concerto di sistemi matematici che possano aiutare a fornire una lettura integrata di informazioni utili a pianificare tali azioni congiunte, che tengano conto anche della mappatura, grazie anche al supporto del software GEOSA, delle zoonosi in analisi. Al fine di rendere tutto costantemente aggiornato nel tempo, nell'ottica di aggiornare ed informare anche, eventualmente, il cittadino, sarà necessario svolgere una reportistica con una precisa cadenza temporale.

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 PL22_OT02	**3) attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori**
INDICATORE 2 PL22_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
AZIONE 2 (EQUITY)	formazione e verifica delle competenze degli operatori
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 2 (EQUITY)	Le nuove sfide legate a un approccio "One Health" necessitano di una continua formazione degli operatori attraverso: 1. formazione e recepimento di quanto previsto dai Piani e Linee Guida nazionali e regionali; 2. confronto tra pari; 3. formazione dedicata all'utilizzo dei nuovi strumenti e sistemi informativi, come il sistema GEOSA; 4. momenti di formazione formale anche tramite strumenti a distanza (FAD); 5. attivazione di un sistema regionale di verifica delle skill acquisite che sia indipendente dal percorso di formazione scelto ma che possa definire degli standard a cui gli operatori devono adeguarsi per garantire la corretta presa in carico da parte del cittadino.

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 3 PL22_OT03	**comunicazione e informazione in tema di malattie infettive**
INDICATORE 3 PL22_OT03_IT02	**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
AZIONE 3	Implementazione portale regionale www.scuolapromuovesalute.it
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 3	Implementazione portale regionale www.scuolapromuovesalute.it con potenziamento funzioni di fruibilità anche con la predisposizione di una sezione "materiali e risorse" attraverso cui mettere a disposizione documentazione locale e nazionale (per esempio l'informazione in tema di malattie infettive.

EQUITÀ

OBIETTIVO 4 EQUITY PL22_OT01	**Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**
INDICATORE 4 EQUITY PL22_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

AZIONE 4 EQUITY	formazione e verifica delle competenze degli operatori
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 4 EQUITY	Le nuove sfide legate a un approccio "One Health" necessitano di una continua formazione degli operatori attraverso: 1. formazione e recepimento di quanto previsto dai Piani e Linee Guida nazionali e regionali; 2. confronto tra pari; 3. formazione dedicata all'utilizzo dei nuovi strumenti e sistemi informativi, come il sistema GEOSA; 4. momenti di formazione formale anche tramite strumenti a distanza (FAD); 5. attivazione di un sistema regionale di verifica delle skill acquisite che sia indipendente dal percorso di formazione scelto ma che possa definire degli standard a cui gli operatori devono adeguarsi per garantire la corretta presa in carico da parte del cittadino.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	FORMAZIONE OPERATORI AREA ONE HEALTH
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Le nuove sfide legate a un approccio "One Health" necessitano di una continua formazione degli operatori attraverso: - formazione e recepimento di quanto previsto dai Piani e Linee Guida nazionali e regionali; - confronto tra pari; - formazione dedicata all'utilizzo dei nuovi strumenti e sistemi informativi; - momenti di formazione formale anche tramite strumenti a distanza
	(FAD); - attivazione di un sistema regionale di verifica delle skill acquisite che sia indipendente dal percorso di formazione scelto ma che possa definire degli standard a cui gli operatori devono adeguarsi per garantire la corretta presa in carico da parte del cittadino.
ATTORI COINVOLTI	operatori SSR (area sanitaria, area veterinaria)

INDICATORE EQUITY	**procedure integrate**
	Formula: presenza di procedure integrate tra area umana e veterinaria in tema di zoonosi Standard: presenza di procedure integrate in tutte le attività Fonte: Regione

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 5 PL22_OS01	**2) creare un sistema di georeferenziazione delle malattie infettive (GEOSA)**
INDICATORE 5 PL22_OS01_	**2) creare un sistema di georeferenziazione delle malattie infettive (GEOSA)**
formula	attivazione sistema geosa
Standard	presenza a disposizione per gli operatori di GEOSA
Fonte	Regione
AZIONE 5	creare un sistema di georeferenziazione delle malattie infettive (GEOSA)
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
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 5	Attivare il sistema informativo GEOSA, un sistema di georeferenziazione con l'obiettivo di creare un "Visualizzatore Geografico" col fine di riportare indicazioni sulle caratteristiche naturali e antropiche dell'ambiente fisico, delle strutture abitative, collettive, di lavoro e artificiali in genere. GEOSA si propone di essere uno strumento per gli operatori sanitari per garantire una migliore lettura del contesto di salute e favorire l'analisi geospaziale nelle indagini epidemiologiche. Tale sistema avrà successivamente anche l'obiettivo di fornire una serie di indicatori ambientali georeferenziali finalizzati ad approntare studi geografici utili ad indagare gli effetti delle esposizioni ambientali. In un contesto più ampio, il software si pone anche l'obiettivo di fornire una serie di indicatori che possano essere utili ad indagare gli effetti di molteplici esposizioni ambientali in contesti urbani ed extra-urbani.

	In questo panorama, il software può aiutare a fornire informazioni riguardanti l'ambiente in cui si sviluppa una zoonosi o in cui si presenta un focolaio di legionella, contribuendo alla localizzazione, o comunque all'intuizione, della struttura da cui questa può essere originata.

OBIETTIVO 6 PL22_OS02	**4) sensibilizzazione dei cittadini, dei comuni e altri enti pubblici e privati alle problematiche inerenti la prevenzione delle malattie trasmesse da vettori e legionellosi**
INDICATORE 6 PL22_OS02_	**4) sensibilizzazione dei cittadini, dei comuni e altri enti pubblici e privati alle problematiche inerenti la prevenzione delle malattie trasmesse da vettori e legionellosi**
formula	attivazione di campagne di comunicazione per la protezione dalle zanzare
Standard	presenza campagna
Fonte	Regione
AZIONE 6	sensibilizzazione dei cittadini, dei comuni e altri enti pubblici e privati alle problematiche inerenti la prevenzione delle malattie trasmesse da vettori e legionellosi
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	4.6 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE AZIONE 6	Attivare campagne di sensibilizzazione per la popolazione agendo su più livelli, andando quindi a coinvolgere cittadini di ogni fascia d'età sull'importanza della cura e dell'igiene di animali domestici e da compagnia onde evitare la presentazione di malattie trasmesse da vettori e quindi la successiva necessità di cura o isolamento della singola persona o del cluster di individui coinvolti. Allo stesso modo, è importante sensibilizzare anche le aziende che, in qualità di datori di lavoro e quindi come punti di aggregazione umana, possano contribuire alla formazione del proprio personale, specie quando questo è coinvolto in attività a stretto contatto con animali. I cittadini e gli enti comunali, infatti, possono giocare un ruolo significativo in merito alla prevenzione di alcune malattie infettive. Si auspica quindi di attivare percorsi di comunicazione e sensibilizzazione con gli enti comunali in merito agli interventi per: 1. controllare la diffusione di vettori (es. zanzare, pappataci, roditori, zecche) tramite costanti aggiornamenti riguardanti la situazione numerica e geografica delle specie in analisi e le zoonosi e, qualora in seguito a valutazione epidemiologica coordinata con veterinari venisse messo in chiaro che l'espansione delle specie in

	osservazione possa rivelarsi un pericolo per la collettività, mettere in atto delle procedure di controllo mirate al contenimento dell'espansione e, se strettamente necessario, alla loro eradicazione dal contesto in cui sono calate; 2. informare e sensibilizzare i cittadini e le aziende sull'importanza di azioni di corretta manutenzione dell'ambiente privato e sui comportamenti da adottare, ad esempio, in situazioni come il ritorno da Paesi che ospitano animali la cui importazione potrebbe essere dannosa per la collettività, così come Paesi in cui le zoonosi sono endemiche. Per fare ciò, sarà necessario attuare una serie di campagne informative capillari che siano in grado di informare i cittadini sulle misure che vanno adottate al fine di prevenire l'insorgenza di malattie epidemiche trasmesse da animali. Allo stesso modo, sarà necessario rendere chiaro ai cittadini e alle aziende come piccoli interventi nella vita quotidiana possono prevenire interventi più importanti, e quindi più costosi, successivamente, che riguardano per esempio la trasmissione di zoonosi tramite zecche e pappataci. 3. aggiornare con attenzione il catasto per le torri di raffreddamento per la prevenzione della legionella e quindi rendere chiaro, agli operatori sanitari e ai Comuni che hanno competenza sulle suddette torri, quali strutture sono più a rischio in un determinato momento.

4.12 PL23 Malattie infettive correlate alle condizioni di vita

Quadro logico regionale

CODICE	PL23
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Danilo Cereda
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO6 Malattie infettive prioritarie**
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	- MO6 Malattie infettive prioritarie
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	- MO6-02 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) - MO6-09 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 - MO6-10 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cotture e nelle mense per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti) tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari nella ristorazione collettiva - MO6-11 Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti)" - MO6-12 Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da vettori e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti (ivi compresi i servizi SIAN, SIAOA e ospedalieri)

	- MO6-13 Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti - MO6-14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti - MO6-15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	- 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 - MO6LSh Coordinamento tra strutture ospedaliere e Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie - MO6LSi Realizzazione di un programma regionale di formazione - MO6LSj Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione diretti al personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari - MO6LSk Promuovere iniziative di formazione sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti - MO6LSm Diffusione di materiale informativo/divulgativo sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti su sito web - MO6LSn Istituzione di un laboratorio di riferimento regionale per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano o attivazione di una convenzione con un laboratorio di riferimento di un'altra Regione/PA - MO6LSo Applicazione di Piani di sorveglianza e risposta alle malattie trasmesse da vettori - MO6LSl - Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione sulle malattie trasmesse da alimenti diretti agli OSA
LEA	- A01 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive - A02 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive - A05 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva - E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari

Sintesi del Profilo di salute ed equità ed Analisi di contesto

L'analisi di contesto lombarda evidenzia chiaramente come la tubercolosi abbia un'incidenza maggiore nella popolazione straniera e una maggiore attenzione ai contesti urbani. In un report della WHO (WHO Technical report 1) viene evidenziato come prigionieri, migranti e persone socialmente emarginate siano maggiormente suscettibili all'esposizione alla TBC proprio a causa delle loro condizioni di vita.

Infatti, la popolazione migrante (WHO Technical report 2) può provenire da paesi a maggior incidenza di TBC, aver subito condizioni di stress psicofisico e contatti a rischio durante il transito, ma può altresì aver un maggior rischio di contrarre l'infezione anche ormai giunta a destinazione a causa delle condizioni di vita e lavorative alle quali viene esposta, incluso il mancato accesso ai servizi sanitari.
A maggior rischio di TBC multiresistente è la popolazione carceraria (WHO Technical report 3), che per sua natura sovraffollata, malnutrita e in un ambiente scarsamente ventilato ma ricco di continui ricambi di persone, è il target ideale. Inoltre, i carcerati tipicamente provengono da gruppi di popolazione già originariamente ad elevata prevalenza di TBC, in quanto caratterizzati da povertà, basso livello educativo, comorbidità, alcolismo e tossicodipendenza.

In un'ulteriore analisi (Figueroa-Munoz, 2008) condotta tra gli utilizzatori di droghe per via iniettiva, l'elevata prevalenza di TBC è giustificata da fattori di rischio sociali e demografici quali povertà, disoccupazione, assenza di fissa dimora, carcerazione, HIV, infezioni, malnutrizione e scarso accesso al sistema sanitario. Nello specifico l'incidenza aumenta con l'età, la durata del consumo di droghe (direttamente proporzionale al tempo trascorso in luoghi ad alta prevalenza di TBC) e la coinfezione con HIV.
Anche l'ECDC (ECDC Technical report 1, 2016) sottolinea ulteriormente l'importanza di intervenire su questi gruppi più vulnerabili per combattere la TBC mirando ad interventi specifici che raggiungano queste fasce particolari della popolazione. Infatti, queste persone hanno minori strumenti per riconoscere i sintomi della patologia, minor accesso ai servizi sanitari e maggior discontinuità nel seguire i trattamenti.

A questo proposito la WHO (Figueroa-Munoz, 2008) approfondisce i principali elementi che concorrono a rendere le condizioni di vita i fattori di rischio principali per contrarre la TBC. Per quanto riguarda la povertà si sottolinea ancora come sovraffollamento, scarsa ventilazione delle case, malnutrizione, tabagismo, stress, deprivazioni e povertà siano fattori determinanti. Inoltre, la scarsa percezione del bisogno di curarsi riduce ulteriormente l'accesso ai servizi sanitari. In particolare, le donne, i disoccupati e i senza fissa dimora tendono a ritardare la ricerca di cure e di assistenza aumentando ulteriormente le possibilità di diffondere il contagio. Per i migranti e rifugiati la lingua, l'assenza di supporto famigliare ed un'inadeguata competenza culturale, sia propria sia del territorio d'accoglienza, nonché la paura di essere discriminati, possono essere ulteriori fattori che ostacolano l'interruzione dell'infezione. Con gli homeless, anche tracciare i contatti può diventare una difficoltà ulteriore.

Analogamente, per la trasmissione di HCV le condizioni di vita hanno un impatto determinante a causa della sua modalità di trasmissione attraverso il sangue. Infatti, come riportato dalla WHO (WHO Technical report, 2017), l'uso di droghe iniettabili è responsabile dell'80% dei nuovi casi di HCV nei paesi europei e questo a causa della condivisione di siringhe o di altro materiale iniettivo (WHO Fact Sheet, 2017). Anche in uno studio condotto dal Lancet (Aisyah, 2017)

emerge come più della metà degli individui infetti da HCV abbia tre fattori di rischio compresenti quali carcerazione, assenza di fissa dimora e uso di droghe iniettabili.

In un report condotto dall'ECDC (ECDC Technical report 2, 2016) i risultati mostrano che la popolazione emigrata in Europa da paesi extra UE è a maggior rischio di epatite C in quanto si può osservare che i migranti rappresentano una percentuale di casi di HCV superiore alla proporzione dei migranti stessi sul totale della popolazione.

Alla luce di quanto evidenziato appare evidente come agire sui principali fattori di rischio e quindi sulle popolazioni più suscettibili possa essere determinante nel contrastare la trasmissione di TBC, HCV e agenti infettivi laddove le condizioni di vita siano i determinanti principali.

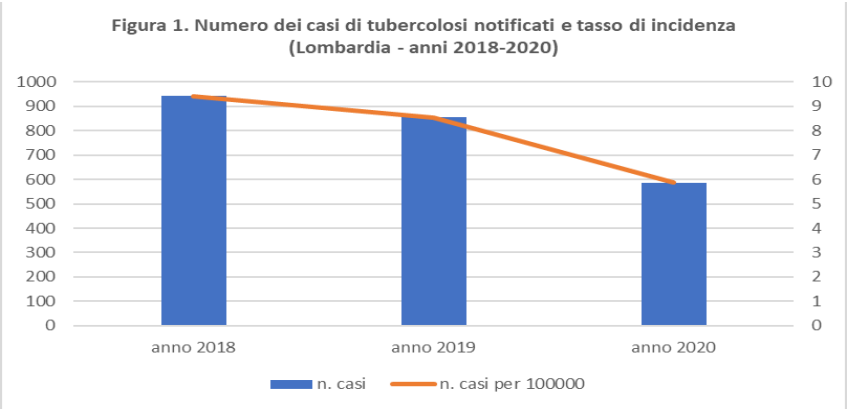
- Aisyah D, Shallcross L, Hayward A, Aldridge R, Hemming S, Yates S, Ferenando G, Possas L, Garber E, Watson J, Geretti A, McHugh T, Lipman M, Story A. Hepatitis C virus infection in vulnerable populations: a seroprevalence study of homeless, people who inject drugs and prisoners in London, The Lancet 2017
- ECDC Technical report 1: Interventions in vulnerable groups are the key to eliminating tuberculosis in Europe. Stockholm: ECDC; 2016 Catalogue number: TQ-01-16-265-EN-N ISBN: 978-92-9193-839-1 DOI: 10.2900/16417
- ECDC Technical report 2: Epidemiological assessment of hepatitis B and C among migrants in the EU/EEA Stockholm: ECDC; 2016. Catalogue number TQ-01-16-633-EN-N ISBN 978-92-9193-893-3 doi 10.2900/05429
- Figueroa-Munoz J, Ramon-Pardo P. Bulletin of the World Health Organization, September 2008
- WHO Technical report 1: https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/areas-of-work/vulnerable-populations-risk-factors-and-social-determinants
- WHO Technical report 2: https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/areas-of-work/vulnerable-populations-risk-factors-and-social-determinants/tbandmigration
- WHO Technical report 3: https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisonsandhealth/focus-areas/tuberculosis
- WHO 2017 Technical report: Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region ISBN 978 92 890 5287 0
- WHO 2017 Fact Sheet: Hepatitis C in the WHO European Region July 2017

2. Epidemiologia della tubercolosi in Lombardia

2.1 Analisi dei dati del sistema informativo regionale Mainf

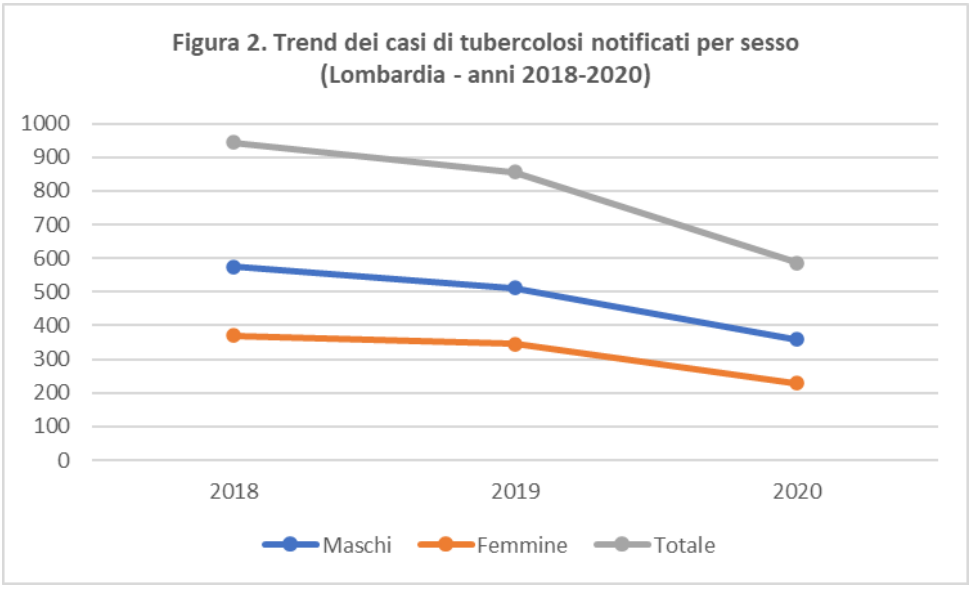
In Lombardia negli ultimi anni si sta registrando un trend della tubercolosi in riduzione con un numero di notifiche pari a 944 per l'anno 2018, 856 per l'anno 2019, 589 per l'anno 2020 e un tasso di incidenza di 5,9 per 100.000 abitanti (Figura 1).

Figura 1. Numero dei casi di tubercolosi notificati e tasso di incidenza (Lombardia - anni 2018-2020)



Tra il 2018 e il 2020 si osserva un numero di casi costantemente superiore negli uomini rispetto alle donne con un rapporto maschi/femmine nel 2020 pari a 1,57 (Figura 2).

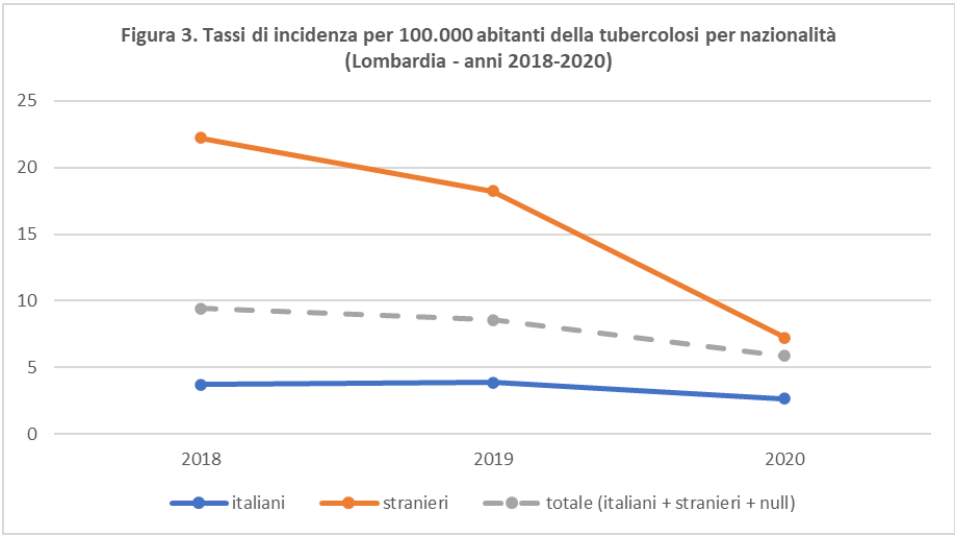
Figura 2. Trend dei casi di tubercolosi notificati per sesso (Lombardia - anni 2018-2020)



Nel 2020 il 14,2% dei casi ha interessato soggetti stranieri tra i quali si registra, nel periodo 2018-2020, un'incidenza media (15,9 x 100.000) 4,7 volte superiore a quella degli italiani (3,4).

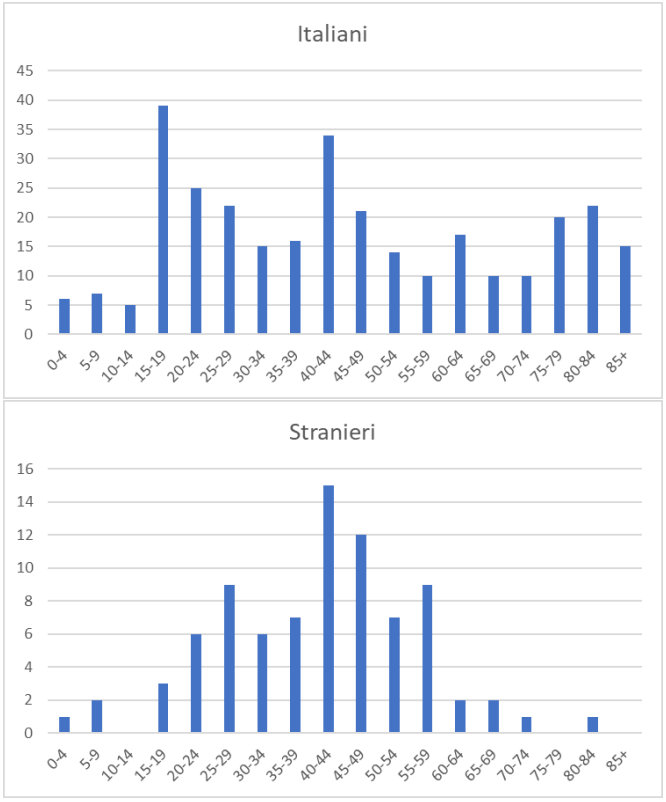
Come mostrato in Figura 3, si osserva un trend di incidenza per nazionalità stabile negli italiani a fronte di una netta diminuzione negli stranieri.

Figura 3. Tassi di incidenza per 100.000 abitanti della tubercolosi per nazionalità (Lombardia - anni 20182020)



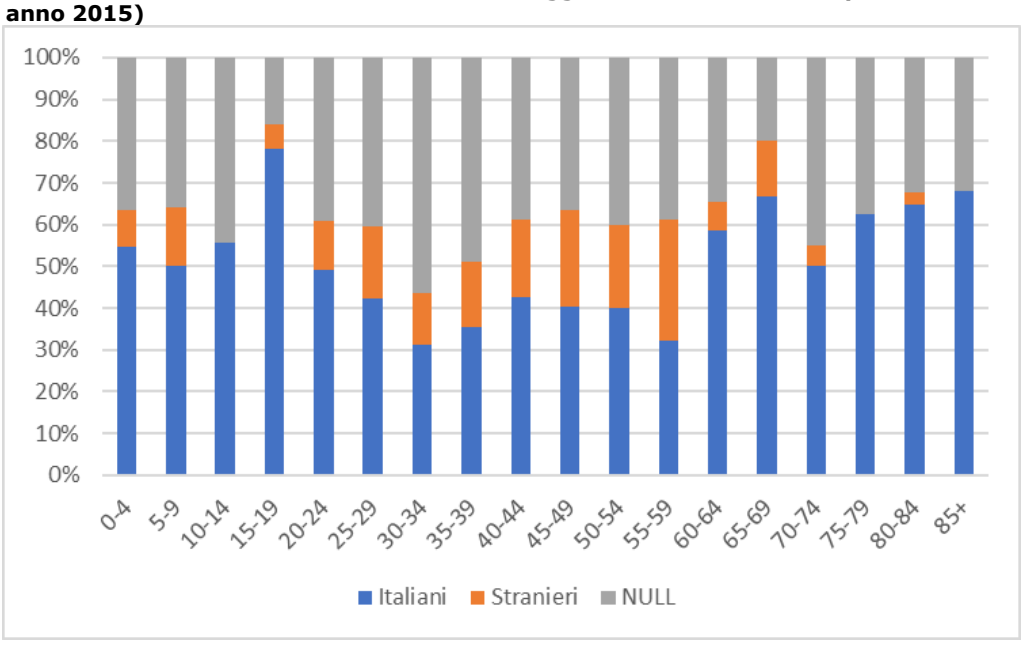
Tra gli stranieri la malattia colpisce prevalentemente la fascia d'età giovane-adulta.

Figura 4. Casi di tubercolosi notificati nei soggetti italiani e stranieri per classi d'età (Lombardia - anno 2015)



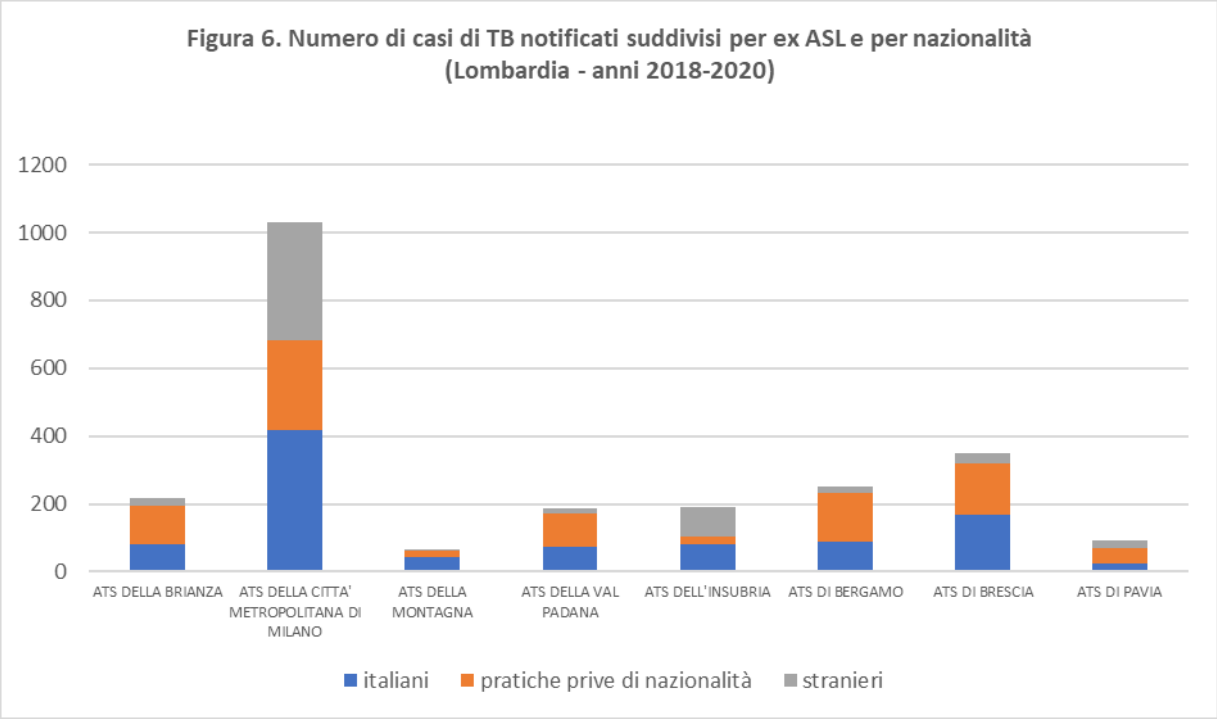
La quota di casi per i quali l'informazione relativa alla nazionalità risulta mancante sottolinea la necessità di migliorare la completezza delle informazioni registrate in Mainf.

Figura 5. Percentuale di casi di tubercolosi notificati nei soggetti italiani e stranieri per classi d'età (Lombardia - anno 2015)



Confrontando il numero di casi notificati fra il 2018-2015 per ATS, si può notare come il territorio con il maggior numero di casi risulta essere quello dell'ATS di Milano dove il peso maggiore viene dall'area metropolitana (Figura 6).

Figura 6. Numero di casi di TB notificati suddivisi per ex ASL e per nazionalità (Lombardia - anni 20182019)



Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Le principali categorie che sperimentano un aumento di malattie infettive in relazione alla loro condizione sociale sono gli homeless, i migranti e le popolazioni negli istituti di pena.

Homeless

I dati disponibili per diverse malattie trasmissibili mostrano che gli homeless sperimentano un aumento del carico di malattie trasmissibili rispetto alle persone che hanno una casa. Le agenzie di sanità pubblica affrontano sfide uniche nel servire questa popolazione. Gli sforzi per aumentare l'accesso all'assistenza sanitaria, migliorare la disponibilità dei dati e rafforzare le partnership tra le agenzie che supportano le persone nella condizione di homeless possono aiutare a ridurre la disparità nel carico di malattie trasmissibili affrontato e l'aumento del rischio di mortalità. (liu 2020, Montgomery 2016)

Migranti

Analogamente il fenomeno migratorio associato alla provenienza di migranti da paesi ad elevata prevalenza di patologie infettive costituisce un'importante tematica di sanità pubblica; tra i principali determinanti si trovano l'epidemiologia delle malattie infettive nei paesi di origine, le condizioni del viaggio e l'accesso al sistema sanitario all'arrivo (Greenaway, 2019).

Le patologie di migranti e rifugiati sono in gran parte simili a quelle del resto della popolazione, sebbene possano avere una maggior prevalenza. I principali problemi di salute includono ferite e traumi occasionali, ipotermia, bruciature, malattie gastrointestinali e cardiovascolari, patologie della gravidanza e complicazioni correlate al parto, diabete e ipertensione. Tra i soggetti più fragili le donne incontrano spesso maggiori difficoltò, a livello riproduttivo, di salute sessuale e di violenze, mentre i bambini e i soggetti vulnerabili sono più a rischio di contratte infezioni del

tratto respiratorio e malattie gastrointestinali, a causa delle scarse condizioni abitative e igieniche e delle deprivazioni subite durante la migrazione.

Tra le patologie trasmissibili più diffuse si ritrovano TB, HIV, epatiti virali, influenza e infezioni respiratorie, morbillo, rosolia e malattie da vettori, elmintiasi cronica e malattia di Chagas.

Per quanto riguarda le infezioni delle vie respiratorie, il rischio non è superiore a quella della popolazione ospitante se non per quello indotto dallo stile di vita (stress, deprivazioni).

Il rischio di nuovi casi di malaria e leishmaniosi aumenta con i flussi ingenti di immigrati e rifugiati, pertanto deve sempre essere mantenuta una sorveglianza attiva per contenerli prontamente.

Per quanto riguarda il colera, il rischio che venga importato da migranti e rifugiati è pari a quello dei viaggiatori in rientro dai paesi dove questo è endemico.

Anche le malattie a trasmissione alimentare sono maggiormente frequenti in condizioni non igieniche di reperimento, conservazione e preparazione del cibo, tra le quali salmonellosi, shigellosi, campylobatteriosi, infezioni da norovirus ed epatite A. Oltre alle patologie menzionate va notato che la resistenza antibiotica è un correlato associato anche al fenomeno della migrazione.

Tra le principali indicazioni per ridurre la trasmissione ci sono le misure di controllo come il lavaggio delle mani, l'uso di fazzoletti e la copertura di naso e bocca quando si starnutisce, il ricambio di aria, l'informazione sulla corretta preparazione del cibo e la disponibilità di acqua potabile. Anche l'offerta di interpreti bilingue e professionisti con le adeguate competenze culturali può contribuire a promuovere un atteggiamento adeguato (Heywood, 2019).

Le migliori misure per ottimizzare la salute dei migranti comprendono programmi di screening per patologie infettive quali TB, epatiti croniche B e C e HIV, strongiloidosi, schistosomiasi e malattia di Chagas, (laddove indicati), vaccinazioni appropriate per fascia di età e consapevolezza sulle malattie tropicali.

Malattie infettive negli istituti penitenziari

Le condizioni nelle carceri e lo stato dei carcerati influiscono sulla presenza di malattie infettive, in alcuni casi superiore alla prevalenza nella popolazione generale. Si tratta di una tematica di interesse pubblico perché interessa la popolazione che vive e lavora nelle carceri e perché la maggioranza dei carcerati stessi rientra successivamente nella comunità generale (ECDC,2018).

Le patologie infettive maggiormente rappresentate sono epatite B e C, HIV, altre infezioni sessualmente trasmissibili (Gonorrhoea, Chlamydia trachomatis, Treponema pallidum..) e tubercolosi.

Si stima che tra tutti i carcerati nel mondo (10.2 milioni) il 3.8% abbia l'HIV, il 15.1% l'HCV, il 4.8%l ' HBV in forma cronica e il 2.8% una tubercolosi attiva (2014). La prevalenza di queste patologie è superiore nella popolazione carceraria rispetto a quella generale anche perché l'uso di droghe è un reato e le droghe iniettabili sono tra le cause principali di trasmissione di alcuni di questi patogeni; pertanto, un efficace metodo per controllare queste infezioni tra i carcerati potrebbe consistere nel ridurre le incarcerazioni delle persone che fanno uso di droghe iniettabili preferendo pene alternative. Altrettanto importante potrebbe essere agire su questi soggetti al di fuori delle carceri attivando interventi mirati nelle comunità. Invece il contagio tra carcerati risulta generalmente scarso, con l'eccezione dello scoppio di epidemie (Dolan, 2016).

Ulteriori spiegazioni che sostengono l'elevata prevalenza di malattie infettive in carcere sono il sovraffollamento, i comportamenti sessuali a rischio, l'uso di droghe per via iniettiva e la condivisione del materiale utilizzato, i tatuaggi, i piercing, l'alimentazione e le condizioni igieniche inadeguate, il limitato accesso all'acqua e le diagnosi tardive (The Lancet, 2018). Un ulteriore fattore di rischio è la patologia mentale poiché questa facilita comportamenti a rischio quali partners multipli, disturbi rapidi dell'umore e assenza di fissa dimora (Technical report euroWHO). Altre popolazioni a rischio sono uomini che fanno sesso con altri uomini, lavoratrici del sesso e transgender. Un'altra popolazione molto rappresentata è quella dei migranti provenienti da paesi nei quali l'infezione è endemica.

Risulta pertanto evidente l'importanza di una strategia univoca per prevenire, identificare, trattare e contenere le infezioni in un serbatoio quale le carceri. Esistono proposte di screening ma anche di trattamento con terapia sostitutiva con oppioidi e antiretrovirali per ridurre le dipendenze e le infezioni. (Dolan, 2016).

Per quanto riguarda la tubercolosi dovrebbe essere offerto uno screening nel momento dell'incarcerazione; per le malattie sessualmente trasmissibili le evidenze a favore dello screening sono meno forti ma sicuramente è riscontrata una maggior adesione ai test se questi vengono attivamente offerti piuttosto che resi disponibili solo su richiesta dell'individuo (The Lancet, 2018). Anche per epatiti virali e HIV l'adesione ai test è maggiore se questi vengono proposti all'inizio dell'incarcerazione piuttosto che a metà e ancor meno al rilascio dal carcere. Le modalità di test rapide e poco invasive sono ulteriori determinanti della maggior adesione all'offerta di screening. (ECDC, 2017). Laddove necessario si può proporre di vaccinare per parotite, rosolia, morbillo, tetano e difterite. Se all'ingresso in carcere si riscontra positività per l'HCV il trattamento, unitamente alla valutazione del danno epatico, rimane l'unica opzione e questa evidenza è valida anche per chi ancora usa attivamente droghe (euro WHO). Alcuni paesi propongo piani vaccinali ultra rapidi per evitare il rischio che il ciclo vaccinale resti incompleto (per esempio al giorno 0, 7 e 21 e il richiamo ad 1 anno invece che a 0, 1 e 6 mesi).

Nell'interesse del buon mantenimento delle misure igieniche si consiglia che tutti i neocarcerati vengano informati circa l'importanza dell'igiene personale e che possano avere effettivamente accesso a sanitari adeguati; ugualmente importante è la formazione sulla cura delle ferite e la disponibilità del materiale per medicarsi. Vanno sempre tenuti in particolare attenzione i carcerati con difficoltà e disabilità intellettive che potrebbero richiedere un supporto extra. Altrettanto importante è informare sui virus a trasmissione sessuale/ematica e fornire siringhe sterili, profilattici, spazzolini personali e quanto necessario ad evitare la trasmissione del virus (Euro WHO).

Focus Tubercolosi

A maggio 2014 la World Health Assembly ha approvato la nuova strategia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) End TB, che si pone come obiettivo il raggiungimento, entro il 2035, di una riduzione del numero di decessi per Tubercolosi (TB) pari al 95% e una riduzione dell'incidenza dei casi del 90% rispetto al 2015.

Il lento progresso degli ultimi trent'anni nel contrastare la tubercolosi risulta da una combinazione di carenze politiche, scientifiche, strategiche e sociali; in particolare si annoverano carenze nel sistema sanitario, mancanza di investimenti strategici e nella ricerca, affidamento ad approcci semplicistici e poco specifici, coinfezioni con HIV, diffusione di farmacoresistenze e soprattutto la presenza persistente di TBC latente (Reid, 2019).

L'obiettivo entro il 2050 di eliminare la TB dai problemi di salute pubblica è raggiungibile riducendo l'incidenza globale di TB attiva a meno di 1 caso su 1 milione di persone all'anno. E' necessario ripensare radicalmente a diagnosi, trattamento e prevenzione, soprattutto

intensificando la ricerca dalle sue basi all'implementazione dei risultati, attraverso la mobilitazione di ricercatori, istituti di ricerca, organizzazione benefiche e tutte le parti coinvolte (WHO: THE GLOBAL PLAN TO STOP TB 2011-2015).

Per raggiungere questo fine è opportuno orientare gli investimenti per assicurare test diagnostici rapidi e di alta qualità ai quali possa seguire un trattamento che sia rivolto a tutti coloro che ne avessero bisogno, indipendentemente dal fatto che lo cerchino. Si devono poi raggiungere le persone e popolazioni ad alto rischio per tubercolosi: è fondamentale concentrarsi su di esse per raggiungere il controllo epidemiologico. In seguito, ci si concentrerà sull' identificare i casi di tubercolosi tra la popolazione generale.

Per ottimizzare questa procedura è necessario disporre di processi indipendenti e multisettoriali per assicurarsi che tutti gli stakeholder contribuiscano adeguatamente (Reid, 2019).

La strategia End TB dell'OMS, con obiettivi ambiziosi per porre fine all'epidemia di TBC, si basa su un approccio "conosci la tua epidemia" e comprende un'attenzione speciale al servizio delle popolazioni più vulnerabili ed emarginate, compresi i migranti, alla copertura sanitaria universale e alla protezione sociale. (Uplekar M, Weil D, L¨ onnroth K, et al. WHO's new end TB strategy. Lancet 2015; 385: 1799–1801). Anche il piano globale della Stop TB Partnership identifica la necessità di prestare maggiore attenzione alle popolazioni chiave, compresi migranti e rifugiati, che possono essere più a rischio di TBC o che hanno un accesso limitato ai servizi per prevenire, individuare e curare la TBC e che quindi possono essere trascurati dai sistemi attuali. (World Health Organization. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. WHA67/2014/REC/1(WHA67.1). Geneva, Switzerland: WHO, 2014.)

Basandosi sulla strategia End TB, l'OMS e l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni hanno proposto delle azioni e raccomandazioni chiave per ciascuno dei tre pilastri della strategia, qui riassunte. (World Health Organization & International Organization for Migration. TB prevention and care for migrants. Geneva, Switzerland: WHO & IOM, 2014. http://who.int/tb/publications/WHOIOM_TBmigration.pdf Accessed March 2017).

I quattro principi fondamentali della Strategia sono tutti applicabili e possono migliorare l'efficacia della risposta: quelli relativi al ruolo dei governi come amministratori e la loro responsabilità di agire; all'impegno in una coalizione con la società civile; alla protezione e alla promozione dei diritti umani, all'equità e all'etica; e all'adattamento della strategia.

Il primo pilastro della strategia End TB pone le persone affette da TBC al centro dell'erogazione dei servizi e mira a garantire che queste abbiano un accesso equo e senza ostacoli alla diagnosi, al trattamento, alle cure e ai servizi di prevenzione della TBC, integrati con altri servizi sanitari.

Il secondo pilastro della strategia End TB si concentra sulle azioni per migliorare la gestione del governo e la responsabilità, per migliorare il finanziamento e i sistemi di copertura sanitaria universale e per perseguire politiche sensibili alla TBC in più settori del governo, per la protezione sociale e per affrontare i determinanti sociali della TBC.

Il terzo pilastro mira ad aumentare la copertura efficace e porre fine alla TBC il che richiede un'intensificazione della ricerca e dell'innovazione. (Dhavan P, Dias HM, Creswell J, Weil D. An overview of tuberculosis and migration. Int J Tuberc Lung Dis. 2017 Jun 1;21(6):610-623. doi: 10.5588/ijtld.16.0917. PMID: 28482955.)

In Regione Lombardia con DGR N° X / 6855 del 12/07/2017 si recepisce quanto dettato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, attraverso il documento "Towards TB elimination: an action framework for low-incidence countries", mira a raggiungere, per i Paesi a bassa endemia, tra cui l'Italia (definiti con tassi di tubercolosi inferiori a 100 casi per milione di abitanti), l'obiettivo di pre-eliminazione (<10 casi per milione) entro il 2035 e l'obiettivo di eliminazione (meno di un caso per milione) entro il 2050.

Per far questo è necessario garantire misure di prevenzione con particolare attenzione alle popolazioni migranti provenienti dalle aree ad alta endemia e alle aree metropolitane dove sono presenti un numero maggiore di gruppi a rischio e verificare che l'associazionismo possa supportare l'attività del Servizio Sanitario nella sensibilizzazione della popolazione, in particolare alla luce dell'importanza dei determinanti di condizione socioeconomica sullo sviluppo della malattia tubercolare. Il Comitato Regionale per i Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMeL) nell'incontro del 19 maggio 2017 ha confermato l'organizzazione dei laboratori che ricercano micobatteri di cui alla DGR n. IX/4489 del 13 Dicembre 2012 e che il laboratorio di riferimento regionale è collocato presso la S.C. Analisi Chimico Cliniche e Microbiologia dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

La DGR N° X / 6855 delibera quindi di:

1. di recepire come riferimento per la lotta alla tubercolosi in regione Lombardia la strategia OMS "*End TB*" che prevede per i Paesi a bassa endemia tra cui l'Italia l'obiettivo di preeliminazione (<10 casi per milione) entro il 2035 e l'obiettivo di eliminazione (meno di un caso per milione) entro il 2050;
2. di approvare l'allegato "Aggiornamenti su prevenzione dell'infezione, sorveglianza e controllo della malattia tubercolare in Regione Lombardia – 2017", parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione, che aggiorna analogo documento di cui alla DGR n. IX/4489 del 13 Dicembre 2012 Allegato 2 "Revisione ed aggiornamento degli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo delle malattie infettive";
3. di ridefinire i soggetti e le istituzioni coinvolti nelle attività di sorveglianza, prevenzione e controllo della TB, con i rispettivi ruoli e responsabilità, in coerenza alla LR 30 dicembre 2009, "Testo Unico delle Leggi Regionali in materia di Sanità" e s.m.i. come specificato nell'allegato;
4. di fornire indicazioni per il controllo della TB nelle popolazioni migranti provenienti dalle aree ad alta endemia, e nelle aree metropolitane;
5. di indicare che le attività previste nell'allegato a tutela del singolo e della Sanità Pubblica rientrano in quanto previsto dal D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502" in tema di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie. (D.G.R. N° X / 6855 del 12/07/2017 della Regione Lombardia)

Focus Scabbia

Nel panorama lombardo la scabbia è in assoluto la patologia che cronicamente coinvolge più persone, tra casi e contatti, nonostante sia anche fortemente sotto-notificata, comportando un'importante carico lavorativo con forti raccordi con aspetti sociali: stranieri, disagio sociale, cultura e disponibilità economica.

Da una analisi locale con gli operatori del SSR emerge che fattori che compromettono l'interruzione della trasmissione di questa parassitosi sono:

- caratteristiche intrinseche a biologia e clinica del parassita: lunghi tempi (2-6 settimane) di incubazione (per il primo episodio di contagio) e contagiosità tuttavia a inizio precoce, ben prima della manifestazione dei sintomi;
- sintomi spesso attribuiti ad altro e comunque già solitamente sopportati per un certo tempo prima di essere portati all'osservazione di un sanitario, e anche affrontati in autodiagnosi e auto-trattamento
- pari – comprensibile - errore di diagnosi (e terapia, differenti schemi terapeutici e di profilassi) da parte dei sanitari interpellati in prima battuta, talvolta confusi dalla

precedente applicazione di terapie inadatte. Conseguente allungamento del tempo di circolazione del caso contagioso, anche con la 'tranquillità' indotta dall'attribuzione dei sintomi ad un'altra causa

- importante sotto-notifica dei casi: la maggior parte dei pazienti e dei MMG/PdF (con cui si è interagito) riteneva la presenza di scabbia come cosa 'ormai' antica, ed è uno dei motivi di trattamento per altro e ritardo di diagnosi specifica
- percezione stigmatizzante della patologia
- costo dei prodotti (anche i galenici) terapeutici: nei fattori di rischio è presente il 'disagio sociale' e talvolta il costo degli interventi ambientali
- non ne sono assolutamente esenti le Strutture: possiamo segnalare casi e focolai in Strutture Sanitarie, Strutture Socio-Sanitarie, Istituti Penitenziari
- è ancora presente in Lombardia la forma 'norvegese': ad elevata contagiosità; a rischio anche della vita per via della salute delle persone che colpisce; ugualmente affetta da misconoscimenti e ritardi diagnosi
- parecchi sono i casi in cui è riconosciuto disagio sociale, volendo con ciò ricollegarmi alle slides 1 e 17 riguardanti l'equity

Programmazione

I tre contesti sopra descritti (Istituti Penitenziari, Homeless, Migranti) hanno in comune la difficoltà di intercettazione del bisogno per problemi culturali, economici, sociali e hanno altrettanto necessità di avere modalità di accesso al SSR che siano supportate dal SSR con azioni mirate – a volte anche locali. I principali punti programmatici per la tematica delle patologie infettive correlate alle condizioni socioeconomiche sono rappresentati da un confronto con le associazioni che più si occupano di tale tematica per far emergere bisogni ed opportunità, il miglioramento della lettura della condizione epidemiologica del territorio e quindi l'attivazione di campagne ad hoc di vaccinazioni/screening; di seguito i principali punti programmatici:

1) aggiornare gli indirizzi regionali

2) attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori

3) Il ruolo delle associazioni

4) Il contesto degli istituti penitenziari

5) reportistica

6) screening e vaccinazioni

1) aggiornare gli indirizzi regionali

E' previsto un aggiornamento della DGR DELIBERAZIONE N° X / 6855 del 12/07/2017 al fine di rivedere le evidenze scientifiche in tema di tubercolosi verificando in particolare le modalità di accesso ai servizi della popolazione più fragile nonchè verificando i percorsi di diagnosi, cura e dimissione post ospedaliera per riorientare i pazienti nei principali centri di riferimento lombardi con logiche di appropriatezza.

Gli indirizzi regionali saranno rivisti nel loro complesso al fine sia di adattare l'offerta alla presa in carico della popolazione fragile sia per dare indicazione per le varie malattie infettive, anche oltre la TB (scabbia, HCV, HIV etc), nelle popolazioni più fragili.

2) attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori

A) La sorveglianza dell'infezione e circolazione del micobatterio tubercolare: immigrati da paesi ad alta endemia tubercolare, migranti richiedenti asilo politico e transitanti come ospiti dei centri di accoglienza, soggetti senza fissa dimora, soggetti con infezione da HIV, soggetti reclusi in istituti di correzione e pena, soggetti anziani ospiti di residenze sanitario-assistenziali (RSA) e in altre strutture di lungodegenza, il fenomeno dell'urban TB

B) acquisire modalità di raccordo e confronto con le associazioni che si occupano delle popolazioni fragili al fine di saperle orientare nel contesto del SSR

3) Il ruolo delle associazioni

Il Piano Regionale della Prevenzione è una opportunità per mettere a sistema le diverse realtà locali che si occupano di presa in carico delle situazioni più fragili. E' opportuno garantire un pieno raccordo tra le attività del SSR e le attività volontaristiche al fine di far agire quanto previsto dalle norme nazionali a tutela del singolo, nonché attivare azioni di sanità pubblica a vantaggio di tutta la comunità.

Sarà quindi istituito un tavolo di lavoro a cui potranno partecipare tali associazioni con il compito di:

- identificare e studiare meccanismi di analisi del fenomeno delle malattie infettive nelle popolazioni di homeless e migrati
- costruire strumenti per facilitare l'accesso al SSR delle persone più bisognose in raccordo a principi di appropriatezza ed evidenza scientifica
- facilitare il raccordo tra associazioni e servizi del SSR con particolare attenzione alle vaccinazioni
- facilitare l'attivazione di supporto ai servizi del SSR in relazione alle barriere linguistiche e culturali
- definire i percorsi di screening utili da attivare

In raccordo con quanto previsto dalla DGR 5068/2021 il "Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive" sarà a sostegno delle richieste del tavolo, focalizzando in particolare l'attenzione alla identificazione di innovazioni in tema di screening

Ulteriore tematica per cui il "Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive" sarà a supporto è la salute urbana e disuguaglianze. Infatti, le città rappresentano tradizionalmente anche i principali laboratori di innovazione sociale in cui le politiche locali, le partnership tra pubblico e privato e le associazioni del terzo settore, cercano di creare contesti di vita sempre più sani e di rispondere ai bisogni assistenziali degli individui meno fortunati. Comprendere quindi come le istituzioni, le politiche e le società urbane siano capaci di attivare buone pratiche e identificare i limiti che frenano la progettualità locale, costituisce un obiettivo essenziale al fine di prevedere quale sarà il futuro delle città e di tutelare il benessere della società nel caso di ondate epidemiche.

4) Il contesto degli istituti penitenziari

Si intende aumentare il livello di raccordo tra l'area della sorveglianza delle malattie infettive e la gestione delle stesse negli istituti di pena. Nell'ambito del tavolo di lavoro di cui al punto precedente saranno dedicate tematiche specifiche a tale contesto. I servizi di sorveglianza del SSR dovranno conoscere ed interfacciarsi con maggiore quotidianità con gli Istituti di pena in

particolare con l'ottica di facilitare uno scambio di informazioni e l'attivazione di screening /campagne vaccinali dedicate.

5) reportistica

Saranno attivate reportistiche dedicate in collaborazione con le associazioni per descrivere e analizzare il fenomeno delle malattie infettive in tali contesti.

6) screening e vaccinazioni

L'attività di screening è un caposaldo per la prevenzione secondaria delle malattie infettive nelle popolazioni fragili, di seguito alcuni percorsi di screening da attivare/rivedere nel corso del PRP:

- HCV: è in atto per gli anni 2020-22 un percorso di screening per la popolaizone dei SERD , degli istituti di pena e per i nati dal 1969 al 1989 in coerenza con quanto previsto dalla "Intesa Stato Regioni ai sensi all'articolo 25 sexies, comma 2, del decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2020, n. 8, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE di ripartizione delle somme destinate al finanziamento di uno Screening gratuito per prevenire, eliminare ed eradicare il virus HCV". Fondo Sanitario Nazionale 2020 e 2021
- HIV/IST: i centri IST saranno un riferimento per le associazioni per l'attivazione di screening correlati alla trasmissione sessuale nelle popolazioni fragili (nel programma dedicato alle IST si evidenzia il ruolo di Hub dei centri IST)
- TBC: percorsi di screening a livello locale delle popolazioni fragili in coerenza
- i centri vaccinali dovranno prevedere azioni concertate con le associazioni per replicare le attività di "vaccinazioni on the road" attivate nel periodo covid per la tutela delle categorie più fragili che difficilmente avranno accesso ai centri vaccinali stessi .

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

- ECDC Technical report 1: Interventions in vulnerable groups are the key to eliminating tuberculosis in Europe. Stockholm: ECDC; 2016 Catalogue number: TQ-01-16-265-EN-N ISBN: 978-92-9193-839-1 DOI: 10.2900/16417
- ECDC: Urban TB control: why is it important?
- ECDC Antimicrobial resistance – Tuberculosis https://www.ecdc.europa.eu/en/tuberculosis/antimicrobialresistance

- ECDC Surveillance report: Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2021 –2019 datahttps://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe20212019-data
- ECDC Technical Report, 2014: Healthcare system factors influencing treatment results of patients with multidrugresistant tuberculosis
- Epicentro ISS: Aspetti epidemiologici: la tubercolosi multi-resistente (MDR) ed estremamente resistente (XDR) https://www.epicentro.iss.it/tubercolosi/Tb_Mdr-Xdr
- Figueroa-Munoz J, Ramon-Pardo P. Bulletin of the World Health Organization, September 2008
- Getahun H. et al. Management of latent Mycobacterium tuberculosis infection: WHO guidelines for low tuberculosis burden countries Eur Respir J 2015; 46: 1563–1576 | DOI: 10.1183/13993003.01245-2015
- Greenaway et al., Infectious diseases at different stages of migration: an expert review PMID: 30726941 DOI: 10.1093/jtm/taz007
- Greenaway et al., Migration Medicine 2019 Mar;33(1):265-287. doi: 10.1016/j.idc.2018.10.014.
- Hargreaves J. et al., The Social Determinants of Tuberculosis: From Evidence to Action 2011 Apr;101(4):654-62. doi: 10.2105/AJPH.2010.199505
- Heywood A. et al, Reducing infectious disease inequities among migrants 2019 Feb 1;26(2):tay131. doi: 10.1093/jtm/tay131.
- Ohkado A. et al., The management for tuberculosis control in Greater London in comparison with that in Osaka City: lessons for improvement of TB control management in Osaka City urban setting 2005 Jul;73(1):104-23. doi: 10.1016/j.healthpol.2004.11.006. Epub 2004 Dec 13.
- Pareek M. et al., The impact of migration on tuberculosis epidemiology and control in high-income countries: a review
- Pareek et al. BMC Medicine (2016) 14:48 DOI 10.1186/s12916-016-0595-5
- Prasada A. et al., A world of cities and the end of TB World Health Organization, Centre for Health Development, Kobe 651 0073, Japan and World Health Organization, Director General's Office, Geneva 1211, Switzerland 2016 Mar;110(3):151-2. doi: 10.1093/trstmh/trw004.
- Reid M. et al. Building a tuberculosis-free world: The Lancet Commission on tuberculosis March 20, 2019 http://dx.doi.org/10.1016/ S0140-6736(19)30024-8
- WHO: THE GLOBAL PLAN TO STOP TB 2011-2015
- WHO Technical report 1: https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/areasof-work/vulnerable-populations-risk-factors-and-social-determinants
- WHO Technical report 2: https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/areasof-work/vulnerable-populations-risk-factors-and-social-determinants/tb-and-migration
- WHO Technical report 3: https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisonsandhealth/focus-areas/tuberculosis
- WHO: Tuberculosis in large cities, 2006 https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/69030/fs09E_TBcities.pdf
- WHO, 2018: Tuberculosis: Multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) https://www.who.int/news-room/qadetail/tuberculosis-multidrug-resistant-tuberculosis-(mdr-tb)
- WHO: Health of refugees and migrants Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward
- WHO European Region 2018 https://www.who.int/migrants/publications/EURO-report.pdf?ua=1

- WHO: Migration and health: key issues https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/293270/Migration-Health-Key-Issues-.pdf
- Active case finding for communicable diseases in prisons VOLUME 391, ISSUE 10136, P2186, JUNE 02, 2018 The Lancet DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31251-0
- Dolan K. et al. HIV and related infections in prisoners 1: Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees Lancet 2016; 388: 1089–102 Published Online July 14, 2016 http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30466-4
- ECDC AND EMCDDA SCIENTIFIC ADVICE Public health guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings Stockholm, May 2018 ISBN 978-92-9498-181-3 doi: 10.2900/619331 Catalogue number TQ02-18-362-EN-N
- ECDC Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings Prevention and control of communicable diseases in prison settings Stockholm, November 2017 ISBN 978-92-9498-097-7 doi: 10.2900/348536 TQ-05-17-025-EN-N
- EuroWHO Technical report: ” 9. Infectious diseases in prison” Sven Todts

Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

OBIETTIVO 1 PL23_OT03	**attivare un tavolo di confronto area MI croniche e gravi - TBC**
INDICATORE 1 PL23_OT03_IT03	**attivare tavolo di confronto con associazioni area MI gravi**
formula	attivazione del tavolo di lavoro
Standard	realizzazione incontri
Fonte	Regione
AZIONE 1	Reportistica
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.)
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 1	Si intende attivare delle reportistiche dedicate al fenomeno delle malattie infettive nei contesti precedentemente trattati di popolazioni fragili in collaborazione con le associazioni che più si occupano di tale tematica per far emergere bisogni ed opportunità, il miglioramento della lettura della condizione epidemiologica del territorio, e quindi l’attivazione di campagne locali ad hoc di vaccinazioni/screening. Si riportano di seguito due principali linee di riferimento: - proprio su richiesta degli stati membri la WHO ha sviluppato un quadro di rendicontabilità multisettoriale per accelerare il processo di cessazione dell’epidemia di TB. Una checklist iniziale di valutazione può aiutare a lanciare l’inquadramento. Questo

	dovrebbe aiutare a definire chi è rendicontabile e per che cosa nonché come mantenere la rendicontabilità a livello sia locale sia centrale. (WHO, 2021) un modello è stato lanciato nel 2011 dal CDC, soprattutto per la gestione di HIV e TBC. In particolare, il Country Monitoring and Accountability System (CMAS) si concentra soprattutto sulle risorse interne, esterne e l'impatto in termini di salute pubblica. Si tratta di assicurare una appropriata gestione di risorse finanziarie, umane e di proprietà, di garantire sempre interventi di alta qualità e di offrire assistenza alle popolazioni destinatarie del programma. (CDC)

FORMAZIONE

OBIETTIVO 2 PL23_OT02	**3) attivare percorsi di formazione e verifica delle skill degli operatori**
INDICATORE 2 PL23_OT02_IT02	**formazione TB**
formula	attivare formazione TB
Standard	corso realizzato
Fonte	Regione
AZIONE 2	Attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	2.10 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE AZIONE 2	Attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori in ambito di sorveglianza dell'infezione e circolazione del micobatterio tubercolare: immigrati da paesi ad alta endemia tubercolare, migranti richiedenti asilo politico e transitanti come ospiti dei centri di accoglienza, soggetti senza fissa dimora, soggetti con infezione da HIV, soggetti reclusi in istituti di correzione e pena, soggetti anziani ospiti di residenze sanitario-assistenziali (RSA) e in altre strutture di lungodegenza, il fenomeno dell'urban TB. Permettere l'acquisizione di modalità di raccordo e confronto con le associazioni che si occupano delle popolazioni fragili al fine di saperle orientare nel contesto del SSR.

COMUNICAZIONE

OBIETTIVO 3 PL23_OT04	**comunicazione e informazione in tema di malattie infettive**
INDICATORE 3 PL23_OT04_IT04	**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
AZIONE 3	Implementazione portale regionale www.scuolapromuovesalute.it
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; età lavorativa
DESCRIZIONE AZIONE 3	Implementazione portale regionale www.scuolapromuovesalute.it con potenziamento funzioni di fruibilità anche con la predisposizione di una sezione "materiali e risorse" attraverso cui mettere a disposizione documentazione locale e nazionale (per esempio l'informazione in tema di malattie infettive).

EQUITÀ

OBIETTIVO 4 EQUITY PL23_OT01	**Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative**
PL23_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
AZIONE 4.1 EQUITY	Screening e vaccinazioni
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	6.13 Altro (specificare)

CICLO DI VITA	infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; donne in età fertile
DESCRIZIONE AZIONE 4.1 EQUITY	Si intende sostenere screening fra cui quello sull'HCV in atto per gli anni 2020-2022 per la popolazione dei SERD, degli istituti di pena e per i nati dal 1969 al 1989, il percorso legato alla TBC sulle popolazioni fragili ed infine il percorso che prevede di replicare le attività di "vaccinazioni on the road" attivate nel periodo covid in accordo con le associazioni per la tutela delle categorie più fragili che difficilmente avranno accesso ai centri vaccinali stessi. I centri IST saranno un riferimento per le associazioni per l'attivazione di screening correlati alla trasmissione sessuale nelle popolazioni fragili. Infatti, le misure di screening rientrano tra le migliori forme per ottimizzare la salute dei migranti e dei carcerati, e la scelta di una modalità quanto più rapida e meno invasiva è determinante di maggior adesione. Anche le vaccinazioni sono proposte fondamentali da fare nelle occasioni di contatto.
AZIONE 4.2 EQUITY	Il ruolo delle associazioni nella TB e per la medicina delle migrazioni
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.)
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE AZIONE 4.2 EQUITY	Il Piano Regionale della Prevenzione è una opportunità per mettere a sistema le diverse realtà locali che si occupano di presa in carico delle situazioni più fragili. E' opportuno garantire un pieno raccordo tra le attività del SSR e le attività volontaristiche al fine di agire quanto previsto dalle norme nazionali a tutela del singolo, nonché attivare azioni di sanità pubblica a vantaggio di tutta la comunità. Con il fine di conoscere e trarre vantaggio dalle diverse realtà locali che si occupano di presa in carico delle situazioni più fragili, sarà istituito un tavolo di lavoro a cui potranno partecipare le associazioni con il compito di garantire un pieno raccordo tra le attività del SSR e le attività volontaristiche per utilizzare le norme nazionali a tutela del singolo, nonché attivare azioni di sanità pubblica a vantaggio di tutta la comunità - identificare e studiare meccanismi di analisi del fenomeno delle malattie infettive nelle popolazioni di homeless e migrati - costruire strumenti per facilitare l'accesso al SSR delle persone più bisognose in raccordo a principi di appropriatezza ed evidenza scientifica - facilitare il raccordo tra associazioni e servizi del SSR con particolare attenzione alle vaccinazioni - facilitare l'attivazione di supporto ai servizi del SSR in relazione alle barriere linguistiche e culturali - definire i percorsi di screening utili da attivare In raccordo con quanto previsto dalla DGR 5068/2021 il "Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive" sarà a sostegno

	delle richieste del tavolo focalizzando in particolare l'attenzione alla identificazione di innovazioni in tema di screening Ulteriore tematica per cui il "Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive" sarà a supporto è la salute urbana e disuguaglianze. Infatti, le città rappresentano tradizionalmente anche i principali laboratori di innovazione sociale in cui le politiche locali, le partnership tra pubblico e privato e le associazioni del terzo settore, cercano di creare contesti di vita sempre più sani e di rispondere ai bisogni assistenziali degli individui meno fortunati. Comprendere quindi come le istituzioni, le politiche e le società urbane siano capaci di attivare buone pratiche e identificare i limiti che frenano la progettualità locale, costituisce un obiettivo essenziale al fine di prevedere quale sarà il futuro delle città e di tutelare il benessere della società nel caso di ondate epidemiche.

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Il ruolo delle associazioni nella TB e per la medicina delle migrazioni
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	- attivare tavolo di lavoro - mappare bisogni di salute - mappare offerta
ATTORI COINVOLTI	associazioni operatori sanitari
INDICATORE	**Il ruolo delle associazioni nella TB e per la medicina delle migrazioni**
	Formula: mappatura di offerta e bisogni Standard: presenza della mappatura Fonte: Regione

Obiettivi e indicatori specifici

OBIETTIVO 5 PL23_OS01	**revisione linee guide TB**
INDICATORE 5 PL23_OS01_	**revisione linee guida TB**
formula	presenza linee guida TB
Standard	presenza linee guida TB
Fonte	Regione

AZIONE 5	Aggiornare gli indirizzi regionali
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE AZIONE 5	Aggiornare gli indirizzi regionali TB al fine di dare comunicazione e informare a proposito delle malattie infettive (non solo TB ma anche scabbia, HCV, HIV, ecc…) e adattare l'offerta alla presa in carico della popolazione fragile. Inoltre, è previsto un aggiornamento della DGR DELIBERAZIONE N° X / 6855 del 12/07/2017 per rivedere le modalità di accesso ai servizi della popolazione più fragile, verificare i percorsi di diagnosi, cura e dimissione post ospedaliera e ri-orientare i pazienti verso i principali centri di riferimento lombardi. L'aggiornamento prevederà non solo l'ambito della TB ma dovrà comprendere anche modelli di approccio alla popolazione fragile.
OBIETTIVO 6 PL23_OS02	**revisione protocolli di segnalazione delle malattie infettive negli istituti di pena**
INDICATORE 6 PL23_OS02_	**segnalazione malattie infettive negli istituti di pena**
formula	presenza di indicazioni regionali
Standard	presenza di indicazioni regionali
Fonte	Regione
AZIONE 6	l contesto degli istituti penitenziari
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.)
CICLO DI VITA	età adulta
DESCRIZIONE AZIONE 6	Si intende aumentare l'integrazione tra i percorsi di segnalazione e la gestione delle malattie infettive negli istituti di pena con il sistema di sorveglianza del SSR. A questo riguardo vengono consigliati programmi di screening all'ingresso nell'istituto e anche programmi vaccinali laddove necessario. È necessario creare un tavolo di lavoro che affronti le tematiche precedentemente riportate. Inoltre, i servizi di sorveglianza del SSR e gli Istituti di pena dovranno interfacciarsi con maggiore quotidianità nell'ottica di facilitare lo scambio di informazioni e l'attivazione di screening /campagne vaccinali dedicate.

APPENDICE 1 TABELLE DI SINTESI PER IL MONITORAGGIO DEI PP E DEI PL

INDICATORI TRASVERSALI

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico	PP01_OT01	Accordi intersettoriali (a)	Presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" (Accordo Stato Regioni 17.01.19)	Regione	1 Accordo entro il 2022		si			
PP01	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico	PP01_OT01	Accordi intersettoriali (b)	presenza di Accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni (es. ANCI, Associazioni di promozione sociale e/o Sportiva, ecc.)	Regione	Almeno 2 Accordi entro il 2025					2
PP01	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e 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			
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

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Costruire strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder	PP01_OT04	Comunicazione per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali di comunicazione rivolti a scuole, genitori, enti locali, associazioni, ecc. per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti	Regione e MIUR – USR	Progettazione e produzione di almeno 2 strumenti/materiali (uno riguardante l'approccio e uno riguardante i risultati raggiunti) a carattere regionale entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione/diffusione dei risultati, ogni anno dal 2023 al 2025 - realizzazione di almeno 2 iniziative di comunicazione/diffusione (una riguardante l'approccio e una riguardante i risultati raggiunti) a livello regionale nel 2025		2	1	1	2
PP01	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PP01_OT05	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si
PP02	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorenti l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità), il contrasto alla sedentarietà e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati	PP02_OT01	Accordi intersettoriali	Presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder	Regione	Almeno 1 Accordo regionale entro il 2022		1			

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP02	Promuovere il coinvolgimento multidisciplinare di operatori sanitari e non sanitari per la realizzazione di attività di sensibilizzazione e per l'attuazione di programmi di attività fisica e/o sportiva adattata all'età	PP02_OT02	Formazione intersettoriale	Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP02	Organizzare percorsi di formazione al counseling breve per gli operatori del SSN coinvolti	PP02_OT04	Formazione sul counseling breve	Presenza di offerta formativa per gli operatori del SSN (inclusi MMG e PLS) finalizzata all'acquisizione di competenze sul counseling breve	Regione	Disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target formativo, entro il 2022 - realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP02	Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder	PP02_OT05	Comunicazione ed informazione	Disponibilità e realizzazione di interventi di comunicazione ed informazione rivolti sia alla popolazione sia ai diversi stakeholder	Regione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022		1	1	1	1
PP02	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	PP02_OT06	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si
PP03	Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavori 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			

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
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			
PP03	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	PP03_OT03	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022 realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023		si	1	1	1
PP03	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza dei datori di lavoro sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze di salute, delle prassi organizzative	PP03_OT04	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si
PP04	Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio	PP04_OT01	Accordi intersettoriali	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni del Programma (es. ANCI; Scuola; Prefetture e Forze dell'Ordine; altre istituzioni; Associazioni di Promozione sociale; Associazioni di categoria; espressioni della società civile; ecc.)	Regione	Almeno 1 accordo entro il 2022		1			
PP04	Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale a Decisori, Policy maker, Amministratori locali, altri Stakeholder, Operatori di tutte le Agenzie e Organizzazioni educative e sociali presenti nel territorio	PP04_OT02	Formazione (A)	Disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali.	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022		1	1	1	1

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
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			
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 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	PP04_OT06	Comunicazione ed informazione	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024		si	1	1	1
PP04	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate	PP04_OT07	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021	si	si	si	si	si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP05	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città Metropolitane/ Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell'ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche	PP05_OT01	Accordi intersettoriali	Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario	Regione	Almeno 1 accordo entro il 2022, almeno 2 accordi entro il 2025;		1			2
PP05	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting	PP05_OT02	Formazione Operatori sanitari e sociosanitari – ambito età pediatrica	Presenza di offerta formativa per gli operatori sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e sociosanitari finalizzata allo sviluppo della cultura della sicurezza degli ambienti domestici e della strada e alla crescita delle competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	Regione	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano a partire dal 2022		1	1	1	1
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
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

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
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
PP06	Organizzare percorsi di formazione per le aziende individuate e percorsi di formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro	PP06_OT02	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione	Regione	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)		1	1	1	1
PP06	Produrre report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate	PP06_OT03	Comunicazione	Attività di restituzione dei risultati e diffusione di buone prassi in ordine all'approccio "sistemico" del rischio	Regione	Almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti		1	1	1	1
PP06	Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi	PP06_OT05	Lenti di equità	Adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2021		si	si	si	si
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/territoriale con redazione dei relativi verbali)		2	2	2	2

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
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
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
PP08	Confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008	PP08_OT02	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7	Confronto nei tavoli territoriali del Comitato ex. art. 7 del d.Lgs.81/08 con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione	Regione	Almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP (livello regionale/territoriale con redazione dei relativi verbali)		si	si	si	si
PP08	Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza	PP08_OT03	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio	Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione	Regione	Almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)		1	1	1	1

PROGRAMMA	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
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		
PP09	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	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

PROGRAMMA	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	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	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
PP10	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, ARPA, IIZZSS, Ordini professionali/Federazioni, Comuni, Enti, Istituzioni, allevatori, operatori del settore alimentare e farmaceutico e altri stakeholder, finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR	PP10_OT01	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 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	PP10_OT02	Formazione sull'uso appropriato di antibiotici	Presenza di offerta formativa progettata e gestita insieme alla Scuola, alle Università e agli Ordini professionali	Regione	Realizzazione di almeno un percorso formativo di carattere regionale, entro il 2022		1			

PROGRAMMA	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
PL12	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	PL12_OT02	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
PL12	Favorire la formazione di tutti i componenti della ristorazione collettiva scolastica, aziendale, ospedaliera e socio-assistenziale (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholder (famiglie, lavoratori, pazienti, etc)	PL12_OT05	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
PL12	Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti	PL12_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

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL12	Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione	PL12_OT04	Comunicazione ed informazione	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024		si	1	1	1
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
PL13	Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti	PL13_OT02	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
PL13	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 tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari nella ristorazione collettiva	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

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL13	Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti	PL13_OT04	Comunicazione ed informazione	Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirate a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)	Regione	Progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022 - almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023 - realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024		si	1	1	1
PL13	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL13_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si
PL14	Attivare la collaborazione con gli stakeholder dei programmi di screening (associazioni di cittadini/pazienti, società scientifiche, datori di lavoro, etc.) al fine di costruire alleanze a supporto dell'adesione consapevole all'invito dei programmi di screening	PL14_OT02	Ingaggio degli stakeholder nei processi decisionali e nello sviluppo dei programmi di screening regionali	Formalizzazione del coinvolgimento degli stakeholder si/no	Atti regionali	Coinvolgere gli stakeholder dei programmi di screening (società scientifiche, associazioni cittadini e pazienti, rappresentanti comunità straniere, datori di lavoro, etc.) a vari livelli nella definizione delle linee di sviluppo dei programmi di screening regionali	si	si	si	si	si
PL14	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli attori del sistema screening oncologici (operatori SSR e stakeholder)	PL14_OT03	Formazione	Non applicabile	POLIS Lombardia	Offerta agli operatori del SSR e agli altri stakeholder iniziative formative in presenza e FAD sugli screening oncologici organizzati		1	1	1	1

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL14	Sviluppare una strategia di comunicazione regionale dei programmi di screening	PL14_OT04	Campagna comunicativa regionale	Presenza iniziative comunicative si/no	Non applicabile	Sviluppo e messa a sistema di una strategia di comunicazione del programma di screening a valenza regionale multitarget, multicanale e multilingue con un'unica identità visuale per tutta la regione		si	si	si	
PL14	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL14_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si
PL15	condividere attivazione monitoraggio del piano pandemico con altre aree sanitarie e non sanitarie	PL15_OT04	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			
PL15	Miglioramento attività di segnalazione delle malattie infettive : formazione orientata a identificare i principali determinati di equità per gli operatori sanitari	PL15_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

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL15	Miglioramento attività di segnalazione delle malattie infettive : formazione orientata a identificare i principali determinati di equità per gli operatori sanitari	PL15_OT03	Formazione degli operatori sanitari per una maggiore sensibilizzazione alla segnalazione delle malattie infettive e per una maggiore completezza e qualità delle informazioni raccolte	Eventi formativi organizzati, istituzioni ed operatori sanitari coinvolti	Regione Lombardia - sistema informativo regionale per la segnalazione delle malattie infettive	Coordinamento ed integrazione tra i vari livelli istituzionali per una maggiore consapevolezza e sensibilità nell'invio delle segnalazioni delle malattie infettive garantendo una raccolta di informazioni complete e congruenti attraverso l'organizzazione di eventi formativi.		80	90	90	90
PL15	attivare informazione sulle modalità di gestione delle malattie infettive in ambiti di comunità (scuola, lavoro , comuni)	PL15_OT05	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
PL15	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL15_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL16	Individuare e implementare, con il coinvolgimento dei diversi Stakeholder, azioni di accountability in tema di allattamento al seno	PL16_OT02	Accordi con le Società Scientifiche, Associazioni, altri Stakeholder (per esempio Centri di riferimento), Terzo Settore, Gruppi A.M.A., Unicef, Leche League ecc.)	presenza	Documentazione regionale	2022: Avvio processo partecipato (Tavolo di lavoro intersettoriale), 2023: Almeno un Accordo		si	si		
PL16	Definire il modello concettuale, organizzativo e operativo con il coinvolgimento dei diversi Stakeholder dell'Home visiting per promuovere la salute di mamma e bambino che si trovano in condizioni di vulnerabilità	PL16_OT03	Documento tecnico del modello concettuale, organizzativo e operativo dell'Home visiting (condiviso con ostetrica di famiglia e di comunità, psicologo, PDL, MMG, Ginecologo, Neuropsichiatra infantile, Associazioni familiari e associazioni di utenti, ecc.) e formalizzazione della messa a sistema (Atto regionale	presenza	Documentazione regionale	2025: Documento tecnico del modello e formalizzazione della messa a sistema (atto di approvazione regionale)					si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL16	Rafforzare le competenze del personale SSR (Ostetrica di famiglia e di comunità, Ginecologi, Educatori, Psicologi, MMG, PLS ecc), dei diversi Attori e Stakeholder relativamente a strumenti utili a favorire la promozione della salute nei Primi 1000 giorni di vita e fino a tre anni	PL16_OT04	Integrazione dei Programmi Formativi Regionali rivolti a Ostetrica di famiglia e di comunità, Ginecologi, Educatori, Psicologi, MMG, PLS ecc.	Presenza Programma integrato per Formazione manageriale DIAS e DSC, Formazione policy maker	Documentazione regionale	2023: Programma integrato per Formazione manageriale DIAS e DSC, Formazione policy maker			si		
PL16	Rafforzare le competenze del personale SSR (Ostetrica di famiglia e di comunità, Ginecologi, Educatori, Psicologi, MMG, PLS ecc), dei diversi Attori e Stakeholder relativamente a strumenti utili a favorire la promozione della salute nei Primi 1000 giorni di vita e fino a tre anni	PL16_OT04	Integrazione dei Programmi di Formazione manageriale DIAS e DSC, Formazione policy maker	presenza piano formativo regionale integrato	Documentazione regionale	2023: piano formativo regionale integrato per i professionisti			si		
PL16	Definire strategia e strumenti di una campagna di comunicazione e (multilingue e multicanale) rivolta alla popolazione generale e in particolare alle donne in gravidanza in merito a - all'offerta assistenziale in gravidanza e in puerperio (in particolare sull'assistenza ostetrica e sulle visite domiciliari cura dell'ostetrica di famiglia e di comunità) e ai relativi vantaggi di salute per mamma e bambino - i vantaggi di salute per mamma e bambino effettuando le vaccinazioni in età fertile, gravidanza-puerperio e nella prima infanzia - Nati per leggere	PL16_OT05	Strumenti di COMUNICAZIONE (multilingue) sull'offerta assistenziale in gravidanza e nei primi 1000 giorni	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali di comunicazione rivolti alla popolazione generale e alle donne in gravidanza in merito (multilingue) sull'offerta assistenziale in gravidanza e nei primi 1000 giorni	Documentazione regionale	2022: Progettazione della Campagna e produzione di materiali comunicativi multilingue 2023: realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione regionale con declinazione a livello territoriale (punti vaccinazione locali)		si	si		

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL16	Definire strategia e strumenti di una campagna di comunicazione e (multilingue e multicanale) rivolta alla popolazione generale e in particolare alle donne in gravidanza in merito a - all'offerta assistenziale in gravidanza e in puerperio (in particolare sull'assistenza ostetrica e sulle visite domiciliari cura dell'ostetrica di famiglia e di comunità) e ai relativi vantaggi di salute per mamma e bambino. - i vantaggi di salute per mamma e bambino effettuando le vaccinazioni in età fertile, gravidanza-puerperio e nella prima infanzia - Nati per leggere	PL16_OT05	Strumenti di COMUNICAZIONE (multilingue) sui vantaggi dei vaccini in età fertile, gravidanza-puerperio e nella prima infanzia	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali di comunicazione rivolti alla popolazione generale e alle donne in gravidanza in merito (multilingue) ai vantaggi dei vaccini in gravidanza e nella prima infanzia	REGIONE	2022: Progettazione della Campagna e produzione di materiali comunicativi multilingue 2023: realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione regionale con declinazione a livello territoriale		si	si		
PL16	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL16_OT01	Lenti di equità	adozione dell'HEA	Regione	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022	si	si	si	si	si
PL17	Sviluppare la collaborazione con OECD e con ITL per attività di controllo cantieri edili	PL17_OT02	Attuazione Accordo con OECD e con ITL	Definizione di uno schema di accordo con OECD e con ITL	Regione	Realizzazione di 1 accordo con OECD per il perfezionamento dell'algoritmo Mo.Ri.Ca.. Realizzazione di un accordo con IIL per la condivisione di banche dati funzionali all'utilizzo dell'algoritmo, in rapporto di collaborazione applicativa		si	si	si	si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL17	Realizzare attività di formazione per operatori ATS	PL17_OT03	Realizzazione di percorsi di formazione	Realizzazione di percorsi di formazione per target specifici (ATS/ITL quali Autorità di controllo con competenza nel settore delle costruzioni)	Regione	2022 - 2025: almeno 1 iniziative/incontri/seminari /convegni all'anno		1	1	1	1
PL17	Realizzare campagne informative	PL17_OT05	Realizzazione di campagne informative	Realizzazione di campagne informative a livello regionale e nazionale	Regione	Comunicazione e diffusione dei risultati in ordine all'approccio "sistemico" del rischio nell'ambito del settore cantieristico edile		si	si		si
PL17	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL17_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
PL18	Raccordo con scuola (obbligo vaccinale) e mondo lavorativo	PL18_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			

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL18	attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori	PL18_OT03	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
PL18	attivazione di percorsi di comunicazione in tema di sensibilizzazione alla vaccinazione	PL18_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
PL18	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL18_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

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL19	Definizione, formalizzazione e sviluppo di accordi per la condivisione interna al SIREG e tra DG Welfare e altri Stakeholder, Università, Enti di ricerca, Istituzioni pubbliche e private per la raccolta, la reciproca messa a disposizione e la condivisione di dati in formato strutturato finalizzati a descrivere la situazione socio-sanitaria e ad esplorare potenziali situazioni di disequità di salute nella popolazione	PL19_OT02	Accordi intersettoriali	Presenza di accordi con soggetti esterni alla DG Welfare - Presenza di un Comitato di indirizzo - Presenza di Tavoli tecnici (di cui almeno 1 con il coinvolgimento delle ATS)	REGIONE	2022: formalizzazione primi Accordi 2022: formalizzazione Comitato 2022 Costituzione almeno 1 Tavolo tecnico 2025: aggiornamento Accordi		si			si
PL19	Rafforzare le competenze del personale SSR, dei diversi Attori e Stakeholder relativamente a: • esperienze validate per la condivisione in contesti istituzionali e mixed di informazioni e dati • metodologie per il trattamento di informazioni e dati in processi di equity audit • tecnologie e strumenti per lo sviluppo di framework concettuali nella condivisione dei dati • metodi statistici ed epidemiologici	PL19_OT03	Integrazione nei piani formativi regionali - Offerta formativa dedicata	presenza di integrazione nei piani formativi regionali - presenza di offerta formativa	Regione	2022: Definizione e articolazione contenuti del programma formativo 2023: Almeno una azione formativa dedicata per ogni anno		si	si		
PL19	Attuazione di processi di advocacy ed health literacy multilivello e multi stakeholder per rafforzare la cultura della condivisione dei dati e delle informazioni disponibili nell'orientamento delle scelte di sanità pubblica (con particolare riguardo alla prevenzione e alla promozione della salute) equity oriented	PL19_OT04	Campagna / iniziative di advocacy ed health literacy finalizzate	presenza di campagna/iniziative	Regione	Definizione e Avvio campagna/iniziative		si			

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL19	Disseminazione degli strumenti per la fruizione da parte dei diversi Stakeholder del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi	PL19_OT05	Disponibilità di un set di strumenti per la fruizione degli open data	Presenza di disponibilità di un set di strumenti per la fruizione degli open data	Regione	2022: Predisposizione del documento tecnico e della versione prototipale del set di applicativi 2023: Diffusione del documento tecnico e della versione prototipale del set di applicativi 2024: Rilascio del set di applicativi		1	si	si	
PL19	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL19_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
PL20	implementare strategie preventive intersettoriali, con il coinvolgimento di portatori di interessi per la prevenzione di tabagismo, abuso di alcol, scorretta alimentazione, sedentarietà, sovrappeso/obesità	PL20_OT02	Accordi e protocolli intersettoriali	Presenza di Accordo regionale formalizzato - Adesione di Regione Lombardia ad almeno un Accordo promosso da altri soggetti - Presenza di un protocollo di collaborazione - Formalizzazione di almeno 1 accordo per avvio borse di studio	Regione	1 Accordo entro il 2023 - Adesione ad 1 accordo entro il 2023 - 1 Protocollo di collaborazione entro il 2024 - 1 accordo per avvio borse di studio entro il 2024			si	si	
PL20	Favorire la collaborazione del Servizio sanitario con le Università, le Società scientifiche, i Centri di riferimento nazionale e gli enti privati.	PL20_OT03	Accordi intersettoriali	Presenza di review delle linee di finanziamento dedicati/ di interesse a livello nazionale, UE e internazionale di potenziale interesse - Partecipazione regionale ad almeno a 1 call	Regione	Presenza di review entro il 2022 - Almeno a 1 call/anno entro il 2023		si	si	si	si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL20	Promuovere e formalizzare il coinvolgimento delle Associazioni (nazionali/regionali) di tutela delle persone con patologia cronica operanti sul territorio	PL20_OT04	Accordi intersettoriali (b)	Presenza di censimento organizzazioni/associazioni di rappresentanza - Indirizzi alle ATS per il coinvolgimento delle Associazioni in partnership nell'attuazione del PL- Realizzazione di 1 Eventi pubblico di confronto con Associazionismo e Stakeholder sul tema /anno	Regione	Censimento organizzazioni/associazioni di rappresentanza entro il 2022 - Indirizzi alle ATS per il coinvolgimento delle Associazioni in partnership nell'attuazione del PL entro il 2023 - Realizzazione di 1 Eventi pubblico di confronto con Associazionismo e Stakeholder sul tema /anno entro il 2023		si	si	si	si
PL20	Rilevare i bisogni formativi del personale coinvolto (sanitario e non sanitario)	PL20_OT05	Formazione operatori sanitari, sociosanitari e altri stakeholder	Presenza di un report bisogni formativi con definizione elementi quali-quantitativi (numero professionisti/soggetti; professioni; requisiti di ammissione ecc.) - Formalizzazione piano formativo e criteri per individuazione partecipanti - Avvio sessioni formative tematiche	Regione	Presenza di un report bisogni formativi con definizione elementi quali-quantitativi (numero professionisti/soggetti; professioni; requisiti di ammissione ecc.) entro il 2022 - Formalizzazione piano formativo e criteri per individuazione partecipanti entro il 2022 - Avvio sessioni formative tematiche entro il 2023		si	si		

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL20	Migliorare le conoscenze e le competenze degli Operatori del SSR in collaborazione con le Associazioni di pazienti	PL20_OT06	Formazione operatori sanitari, sociosanitari e altri stakeholder	Definizione e articolazione contenuti del programma formativo - Presenza di almeno una azione formativa dedicata per ogni anno - Coinvolgimento nell'offerta formativa di professionisti del 100% delle ATS (almeno il 60% del fabbisogno previsto)	Regione	Definizione e articolazione contenuti del programma formativo entro il 2022 - Almeno una azione formativa dedicata per ogni anno a partire dal 2023 – Coinvolgimento nell'offerta formativa di professionisti del 100% delle ATS (almeno il 60% del fabbisogno previsto) entro il 2025		si	si	si	si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL20	Realizzazione di un Piano di comunicazione regionale "Prevenzione della Cronicità" definito secondo i principi del marketing sociale e co-costruito attivamente con le associazioni di pazienti e con i diversi stakeholder regionali /locali ecc.	PL20_OT07	Piano di comunicazione regionale definito secondo i principi del marketing sociale e co-costruito attivamente con le associazioni di pazienti e con i diversi stakeholder regionali /locali ecc. per (1) Promuovere una corretta informazione rivolta alla popolazione generale e finalizzata a diffondere e migliorare le conoscenze sui corretti stili di vita e sulle malattie croniche, contrastando stereotipi e pregiudizi; (2) Favorire la conoscenza della rete dei Servizi/offerta preventiva di II° livello (Centri Trattamento Tabagismo, Alcool, Obesità)	Definizione, con il coinvolgimento degli Stakeholder dei messaggi oggetto della Campagna e dei contenuti informativi - Ideazione format e pianificazione Campagna, definizione setting - Formalizzazione accordi di partnership con Media - Realizzazione della Campagna in almeno il 75% dei setting previsti	Regione	2023 Definizione, con il coinvolgimento degli Stakeholder dei messaggi oggetto della Campagna e dei contenuti informativi e ideazione format e pianificazione Campagna, definizione setting entro il 2023 – Formalizzazione accordi di partnership con Media entro il 2023 – Realizzazione della Campagna in almeno il 75% dei setting previsti entro il 2025			si		si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL20	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL20_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
PL21	4. Commissione regionale AIDS	PL21_OT03	Commissione regionale AIDS	numero incontro anno	Regione	3		3	3	3	3
PL21	5. Attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori e di audit	PL21_OT02	5. Attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori e di audit	corsi di formazione	Regione	anno		si	si	si	si
PL21	comunicazione e informazione in tema di malattie infettive	PL21_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

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL21	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL21_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
PL22	5) INTEGRAZIONE TRA RICERCA VETERINARIA E UMANA IN RELAZIONE AI POSSIBILI VETTORI	PL22_OT04	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		
PL22	3) attivare percorsi di formazione e verifica delle skills degli operatori	PL22_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			
PL22	comunicazione e informazione in tema di malattie infettive	PL22_OT03	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

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL22	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL22_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
PL23	attivare un tavolo di confronto area MI croniche e gravi - TBC	PL23_OT03	attivare tavolo di confronto con associazioni area MI gravi	attivazione del tavolo di lavoro	Regione	realizzazione incontri		si			
PL23	3) attivare percorsi di formazione e verifica delle skill degli operatori	PL23_OT02	formazione tb	attivare formazione TB	Regione	corso realizzato				si	
PL23	comunicazione e informazione in tema di malattie infettive	PL23_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
PL23	Orientare gli interventi a criteri di equità; aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative	PL23_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

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")	PP01_OS02	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")	presenza	Regione	disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali		si			
PP01	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")	PP01_OS02	Sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"	presenza	Regione	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022;Disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023		si	si	si	si
PP01	Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.	PP01_OS03	Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute	presenza di 1 Rete regionale di "Scuole che Promuovono Salute" formalizzata da MIUR - USR	MIUR - USR.	Rete regionale formalizzata entro il 2022		si			

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP01	Diffondere l'adozione dell'"Approccio globale alla salute" nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	PP01_OS01	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
PP01	Diffondere l'adozione dell'"Approccio globale alla salute" nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo	PP01_OS01	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate	(N. Scuole* che realizzano almeno 1 intervento di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate") / (N. Scuole presenti sul territorio regionale la cui Direzione Scolastica ha aderito alla Rete) *100 (* Per Scuole si deve intendere il plesso o la tipologia di indirizzo (es. liceo scientifico, liceo tecnologico, istituto agrario, ecc.): quindi nell'anagrafe MIUR i rispettivi codici meccanografici.)	Regione, Anagrafe MIUR ("Scuole in chiaro ")	almeno il 50%, ogni anno a partire dal 2022		50	50	50	50
PP02	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	PP02_OS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età	(N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo) / (N. totale Comuni) * 100	Regione	20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025			20		50
PP02	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	PP02_OS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)	(N. ASL sul cui territorio è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)) / (N. totale ASL) *100	Regione	50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025			50		100

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP02	Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali	PP02_OS01	Costituzione di almeno un laboratorio locale a livello ATS nel 100% delle ATS entro il 2023	presenza di un Laboratorio locale a livello di ATS-Distretto (ASST) nel 100% delle ATS-Distretto (ASST)	Documentazione regionale	presenza di un Laboratorio locale a livello di ATS-Distretto (ASST) nel 100% delle ATS-Distretto (ASST) entro il 2025					si
PP02	Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità	PP02_OS02	Programma regionale volto alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità	Presenza	Regione	Almeno un Programma Regionale con sviluppo a livello ATS entro il 2023			si		
PP02	Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità	PP02_OS03	Programma regionale volto ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità	Presenza	Documentazione regionale	Almeno un Programma Regionale con sviluppo a livello ATS entro il 2023			si		
PP02	Effettuare una mappatura dell'offerta di opportunità per l'attività motoria e sportiva presenti nel territorio e fornire adeguata informazione ai cittadini sulle relative modalità di accesso e fruizione.	PP02_OS04	Presenza di una mappatura dell'offerta di opportunità per l'attività motoria e sportiva nel territorio e offerta di un'adeguata informazione ai cittadini sulle relative modalità di accesso e fruizione	Presenza	REGIONE	Mappatura open access entro il 2022 A partire dal 2023 aggiornamento annuale delle informazioni (cadenza semestrale)		si	si	si	si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP03	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)	PP03_OS02	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/ Aziende sanitarie e ospedaliere (“Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)	presenza	Regione	disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali		si			
PP03	Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)	PP03_OS02	Disponibilità di un sistema di monitoraggio regionale per la rilevazione della realizzazione degli interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”	presenza	Regione	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022, disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023		si	si	si	si
PP03	Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l’adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	PP03_OS01	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)	(N. sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche, aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”, per ciascuna area indicata nel Documento stesso) / (N. sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche aderenti al Programma) *100	Regione	almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro il 2025			10		20

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP03	Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita	PP03_OS01	Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)	(N. Aziende Sanitarie e Ospedaliere aderenti al Programma che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili" per ciascuna area indicata nel Documento stesso) / (N. Aziende sanitarie e ospedaliere aderenti al Programma) *100	Regione	almeno il 20% entro il 2023; almeno il 50% entro il 2025			20		50
PP04	Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative	PP04_OS01	Sistema di monitoraggio regionale	Attivazione e implementazione di un sistema di monitoraggio, con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi	Regione	Progettazione /adattamento entro il 2022; Disponibilità e utilizzo entro il 2023		si	si		
PP04	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e "azioni raccomandate e sostenibili", con approccio life course differenziato per genere e per setting	PP04_OS02	Copertura (target raggiunti dal Programma)	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano Programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostenze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in setting extra scolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo) /n° Aziende Sociosanitarie del territorio*100	Regione	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024			50	80	
PP04	Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo	PP04_OS03	Copertura (target raggiunti dal Programma)	(N. Aziende Sociosanitarie che adottano programmi diprevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato/(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100	Regione	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2024			50	80	
PP04	Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all' intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato	PP04_OS04	Copertura (target raggiunti dal Programma)	(N Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di riduzione dei rischi e del danno rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi) /(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100	Regione	almeno il 50% entro il 2023 , almeno l'80% entro il 2025			50		80

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA	PP04_OS05	Copertura (target raggiunti dal Programma)	(N Aziende Sociosanitarie che attuano programmi di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio) /(n° Aziende Sociosanitarie del territorio)*100	Regione	almeno il 50% entro il 2023; almeno l'80% entro il 2025			50		80
PP04	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e "azioni raccomandate e sostenibili", con approccio life course differenziato per genere e per setting	PP04_OS02	Rinnovo del Protocollo Regionale d'Intesa di cui alla d.g.r. X/5288 del 13.06.16 e declinazione in tutte le Province	Presenza	REGIONE	2022: rinnovo del protocollo 2023: declinazione e approvazione del protocollo in tutte le Province		si	si		
PP04	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e "azioni raccomandate e sostenibili", con approccio life course differenziato per genere e per setting	PP04_OS02	Definizione e formalizzazione dei contenuti del "Programma-Progetto Parchi" e dei relativi strumenti attuativi	Presenza	REGIONE	2022: Definizione e formalizzazione dei contenuti del "Programma-Progetto Parchi" e dei relativi strumenti attuativi		si			
PP04	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e "azioni raccomandate e sostenibili", con approccio life course differenziato per genere e per setting	PP04_OS02	Offerta di percorsi in tema di EDPQS - Standard europei prevenzione dipendenze e EUPC – Curriculum UE per la Prevenzione rivolta a target specifici ad integrazione di Programmi formativi già attivati	Presenza	REGIONE	Realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022 con il coinvolgimento di almeno il 30% dei target potenziali (MMG, PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità, Formazione manageriale, Accademia Polizia locale, Formazione policy maker ecc)		30	30	30	30

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting	PP04_OS02	Definire e realizzare in collaborazione con Anci, Scuola delle Buone pratiche, percorsi/offerta formativa basati su EDPQS - STANDARD EUROPEI PREVENZIONE DIPENDENZE E EUPC – CURRICULUM UE PER LA PREVENZIONE	adesione del 75% comuni lombardi	REGIONE	2022: Definizione di almeno un percorso formativo 2025: Partecipazione del 75% dei comuni lombardi		si			75
PP04	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting	PP04_OS02	Definire ed erogare percorsi di formazione e aggiornamento rivolti a operatori del SSR e di UdO accreditate in tema di programmi preventivi regionali: LST Primarie, LST Scuole Sec I grado; Unplugged Lombardia; Educazione tra Pari	presenza e adesione del 90% dei target potenziali	REGIONE	realizzazione di almeno un percorso formativo a partire dal 2022 con il coinvolgimento del 90% del target potenziale (operatori del SSR e di UdO accreditate)		90	90	90	90

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting	PP04_OS02	Realizzare un Programma Formativo Regionale basato su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum	adesione al percorso formativo	REGIONE	Realizzare il percorso formativo ogni anno a partire dal 2022 con il coinvolgimento di almeno il 30% dei target potenziali (MMG, PLS, Infermieri di Famiglia e Comunità, Formazione manageriale, Polizia locale, Uffici di Piano)		30	30	30	30
PP04	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting	PP04_OS02	Offerta di percorsi su EUROPEAN DRUG PREVENTION QUALITY STANDARDS e EUPC CURRICULUM	ADESIONI AL PERCORSO FORMATIVO	REGIONE	realizzazione del percorso formativo ogni anno a partire dal 2022 con il coinvolgimento di almeno il 30% dei target potenziali (Coordinatori Piani locali GAP ATS, Coordinatori dei Servizi di prossimità POR-FSE)		30	30	30	30
PP04	Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative	PP04_OS01	Formalizzare indirizzi regionali “dipendenze” per il rafforzamento delle strategie di prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico integrata nella programmazione piani di zona	Presenza di indirizzi regionali	Regione	Entro il 2023 Indirizzi regionali nella Programmazione di Zona 2024-2026 con set esiti attesi			si		

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie evidence based (quali life skills education e peer education) e “azioni raccomandate e sostenibili”, con approccio life course differenziato per genere e per setting	PP04_OS02	Offerta di un Programma Formativo Regionale basato sugli esiti del progetto CCM - Azioni Centrali rivolto a MMG, Personale delle UdO delle Reti Diffuse Dipendenze delle ATS/ASST, Infermieri di Famiglia e di Comunità, Operatori Servizi Sociali comunali	ADESIONI AL PERCORSO FORMATIVO	REGIONE	Offerta di un Programma Formativo Regionale basato sugli esiti del progetto CCM - Azioni Centrali rivolto a MMG, Personale delle UdO delle Reti Diffuse Dipendenze delle ATS/ASST, Infermieri di Famiglia e di Comunità, Operatori Servizi Sociali comunali		30	30	30	30
PP04	Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative	PP04_OS01	Costituire il Gruppo di lavoro interdirezionale e intersettoriale “Prevenzione Dipendenze e Comportamenti d’Abuso"	Presenza	Regione	2022: Costituzione del Gruppo di lavoro		si			
PP04	Integrare la programmazione regionale e territoriale finalizzata alla prevenzione delle dipendenze già inserita nei Piani Integrati locali per la Promozione della Salute delle ATS, con il Piano di Azione Regionale e i Piani Locali per il contrasto al GAP ex dgr 585/18	PP04_OS07	Integrazione PIL ATS e Piani locali ex dgr 585/18	PIL ATS integrati con Piani locali ex dgr 585/18 (obiettivi area prevenzione, comunicazione e rete con Servizi territoriali)/PIL ATS = 1	Regione	Il PIL di ciascuna ATS dovrà integrare i programmi e le azioni relative al rispettivo Piano locale ex dgr 585/18	100	100	100	100	100

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP04	Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative	PP04_OS01	Formalizzare Indirizzi regionali per la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali per la prevenzione "Dipendenze"	presenza	REGIONE	2022 Indirizzi regionali formalizzati per la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali per la prevenzione "Dipendenze" 2023 Declinazione indirizzi regionali nella programmazione del 100% delle ATS e del 30% degli altri Enti del SSR con set esiti attesi		si	si		
PP04	Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative	PP04_OS01	Costituzione del Centro per lo Sviluppo e il Supporto dei Programmi preventivi, la Prevenzione e la Promozione della Salute - Approvazione del Programma 2022-26 di attività e realizzazione del 90% degli obiettivi fissati ogni anno a partire dal 2023	Costituzione del centro e implementazione del programma	Regione	2022: Costituzione del Centro per lo Sviluppo e il Supporto dei Programmi preventivi, la Prevenzione e la Promozione della Salute 2023: Approvazione del Programma 2022-26 di attività e realizzazione del 90% degli obiettivi fissati		si	si	si	si
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_OS01	Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) *	(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

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP05	Estendere/implementare strategie e azioni per promuovere la sicurezza negli ambienti domestici	PP05_OS02	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")	presenza di Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale - tra Regione e MIUR - USR finalizzato alla governance integrata per lo sviluppo del Modello di cui al documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute" (Accordo Stato Regioni 17.01.19)	Regione	Disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali		si			
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_OS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età	(N. Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo) / (N. totale Comuni) * 100	Regione	20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025			20		50

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_OS01	Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)	(N. ASL sul cui territorio è attivo almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)) / (N. totale ASL) *100	Regione	50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025			50		100
PP05	Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile	PP05_OS01	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/ Aziende sanitarie e ospedaliere ("Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	presenza	Regione	disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali		si			
PP05	Formare Operatori Sanitari e Sociosanitari – ATS-ASST in relazioni ai requisiti per l'idoneità alla guida	PP05_OS06	Presenza di offerta formativa per gli operatori Sanitari e Sociosanitari coinvolti nell'accertamento dell'idoneità alla guida	Presenza	REGIONE	Realizzazione di almeno 2 percorsi formativi di carattere regionale entro il 2025					si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP06	Promuovere l'approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro), al sostegno, alla autovalutazione e gestione dei rischi, al ruolo dei lavoratori (RLS) nell'organizzazione della salute e sicurezza aziendale, tramite l' attivazione di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP) in "settori" specifici individuati in ciascuna Regione sulla base delle specificità territoriali (diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura)	PP06_OS01	Progettazione e realizzazione, da parte di ogni Regione, di PMP rivolti ad aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura	Formula: n. di PMP "attuati" * su aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura (* Per attuazione del PMP si intende la completa esecuzione delle fasi ed attività indicate nello specifico paragrafo del MO4)	Regione	maggiore o uguale a 3					3
PP07	Promozione delle attività di vigilanza, controllo e assistenza alle imprese anche applicando alle attività di controllo i principi dell'assistenza "empowerment" e dell'informazione; contrasto all'utilizzo di macchine ed attrezzature da lavoro non conformi o prive dei Requisiti Essenziali di Sicurezza e creazione della banca dati delle non conformità ai RES	PP07_OS01	Strategie di intervento per le attività di vigilanza, controllo, assistenza	Programmazione annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza	Regione	Report annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza in rapporto al numero di aziende agricole presenti sul territorio (privilegiando le micro imprese) e di aziende del commercio macchine anche nelle manifestazioni fieristiche e, per l'edilizia, al numero di notifiche preliminari significative (importo lavori maggiore di 30.000 euro) pervenute l'anno precedente		si	si	si	si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP07	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto/uso del trattore, uso di sostanze pericolose, contenimento dei rischi nei lavori stagionali) tramite l'attivazione in ciascuna Regione/ASL di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP), di contrasto ad uno o più rischi specifici del settore edilizia ed agricoltura, individuato sulla base delle specificità territoriali e conformemente alle risorse e competenze disponibili	PP07_OS02	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali	Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto)	Regione	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun comparto (edilizia e agricoltura); 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento; 2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza		si	si	si	si
PP07	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)	PP07_OS03	Sorveglianza Sanitaria Efficace	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)	Regione	(per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) - 2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente la sorveglianza sanitaria, per i comparti Edilizia e Agricoltura - 2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti - 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza		si	si	si	si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP08	Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	PP08_OS01	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali	presenza	Regione	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun rischio; 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento;2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza		si	si	si	si
PP08	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti	PP08_OS02	Sorveglianza Sanitaria Efficace	Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)	Regione	(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

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP09	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	PP09_OS01	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali	Stipula di almeno un Accordo, Attuazione degli Accordi	Regione	Stipula Accordo entro il 2022, Rispetto tempistiche ed attività previste dagli Accordi		si			
PP09	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	PP09_OS01	Rete regionale integrata ambiente e salute	Realizzazione di una Rete regionale integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN e SNPA	Regione	Formalizzazione della rete entro il 2023			si		
PP09	Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti	PP09_OS01	Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmai regionali	Formalizzazione di indirizzi e criteri regionali	Regione	Formalizzazione entro il 2023			si		
PP09	Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute	PP09_OS02	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	Formalizzazione di un Programma annuale regionale di controllo in materia di sicurezza chimica, trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato	Regione	Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo		si	si	si	si
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_OS03	Piani Regionali per l'amianto	Formalizzazione del Piano Regionale Amianto	Regione	Approvazione del Piano Regionale Amianto entro il 2025					si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_OS03	Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica	Adozione di documento regionale riguardante le buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati - Realizzazione di interventi formativi specifici sulle buone pratiche	Regione	Adozione del documento regionale entro il 2023 - Realizzazione di almeno un intervento formativo entro il 2025			si		si
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_OS03	Urban health	Partecipazione a tavoli tecnici inter istituzionali di valutazione dei programmi/progetti dedicati a rigenerazione urbana/urban health/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a promuovere ambienti “salutogenici”	Regione	rappresentanza socio-sanitaria in almeno un tavolo tecnico interistituzionale secondo la programmazione delle politiche regionali di sviluppo					si
PP09	Promuovere la sicurezza e la tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori	PP09_OS03	Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano	Realizzazione del sistema informativo	Regione	Realizzazione entro il 2025					si
PP09	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_OS04	14 Predisposizione di linee guida regionali relative all’adozione consapevole di animali d’affezione	redazione linee guida	Regione Lombardia	redazione linee guida entro 2025					si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP09	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_OS04	15 Realizzazione di interventi formativi su Classyfarm	un'attività formativa all'anno a partire dal 2022	Regione Lombardia	Realizzazione di un'attività formativa all'anno		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_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (a)	adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute	Regione / ISS	SI (verifica annuale)		si	si	si	si
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (b)	percentuale di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate incluse nel sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano: (N. strutture di ricovero per acuti aderenti alla sorveglianza dell'AMR) / (N. totale delle strutture di ricovero per acuti) x 100	Regione / ISS	100% (entro il 2025, ma con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)		si	si	si	100
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (c)	Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza, omogenee tra le Regioni	Regione	Si (entro 2023)			si		
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (d)_laboratori	% laboratori regionali (pubblici e privati) coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia	Regione	Elenco dei laboratori al 2022 e verifica annuale di aumento della percentuale annua di partecipazione entro il 2025.		si	si	si	si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (d)_procedure	Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari	Regione/IZS/CNR-LNR	SI (entro il 2023)			si		
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): A	Restituzione annuale, da parte della Regione alle Aziende Sanitarie, di informazioni relative al consumo di antibiotici in ambito umano e veterinario, al fine di ottemperare agli obiettivi di riduzione dei consumi previsti dal PNCAR e successive versioni. In ambito veterinario tali informazioni scaturiscono dal sistema di tracciabilità del farmaco veterinario e REV	Regione	Produzione Report annuale (a partire dal 2022)		si	si	si	si
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): B	coordinamento delle attività del piano regionale residui a livello locale annuale del piano come previsto dal PNCAR	Regione	produzione report annuale		si	si	si	si
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): C	promozione dell'applicazione degli strumenti 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
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): D	Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici tool informatici messi a disposizione dal Ministero	Regione	100% (entro il 2025), con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)		si	si	si	100

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (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
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (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			
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Sorveglianza e monitoraggio (g)	Formula % di Comitati per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA) che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza: (N. CC-ICA che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza / (N. totale CC-ICA) x 100	Regione	100% (ANNUALE)		100	100	100	100
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Promozione dell'applicazione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario (a)	Offerta e realizzazione di iniziative, a livello di ASL, indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali mirate alla verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso appropriato di antibiotici secondo linee guida nazionali entro il 2025	Regione	100% Asl aderiscono alle iniziative entro il 2025					100
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (b):	Esistenza di iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario,coordinate con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCAR e le linee guida sull'uso prudente	Regione	almeno 1 iniziativa annuale		1	1	1	1

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano (c):	Esistenza di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di Antimicrobial stewardship (AS) in tutte le Aziende sanitarie/Ospedali: (N Aziende sanitarie/Ospedali in cui è stato predisposto un programma di AS) / (N. totale Aziende sanitarieOspedali) x 100	Regione	100%, (entro il 2025)					100
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (a):	Esistenza di un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza in tutti gli ospedali pubblici: (N. ospedali che hanno attivato un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza) / (N. totale ospedali) x 100	Regione	100%, (entro il 2022)		100			
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (b):	Istituzione di un sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani: (N. ospedali che dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica) / (N. totale di ospedali della Regione) x100	Regione	100% (entro 2024)				100	
PP10	Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione	PP10_OS01	Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA	% di Aziende che hanno inserito negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, per medici, veterinari e farmacisti sul buon uso degli antibiotici e per tutti gli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA: (N.Aziende sanitarie in cui è stato predisposto almeno un corso di formazione all'anno) / (N. totale Aziende sanitarie) x 100	Regione	100% (entro 2024)				100	
PL12	Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	PL12_OS01	Percentuale di controlli ufficiali che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	Controlli ufficiali che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva / controlli ufficiali effettuati in punti vendita e ristorazione collettiva x 100	Ministero della Salute	Previsione di un flusso informativo per la raccolta e la rendicontazione dei controlli effettuati, redazione di indicazioni alle ATS per i controlli sulla presenza di sale iodato nei punti vendita e ristorazione collettiva, trasmissione dei dati raccolti con le modalità previste dal Ministero.		si	si	100	100

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL12	Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti	PL12_OS02	Percentuale di controlli ufficiali degli alimenti, con specifiche previsioni per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti	Controlli ufficiali con specifiche previsioni per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti / controlli ufficiali programmati con specifiche previsioni per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti x 100	Ministero della Salute	Previsione di un flusso informativo per la raccolta e la rendicontazione dei controlli effettuati, redazione di indicazioni alle ATS per i controlli con specifiche previsioni per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti, trasmissione dei dati raccolti con le modalità previste dal Ministero		si	si	90	100
PL12	Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione	PL12_OS03	Percentuale di controllo ufficiale degli alimenti, con specifiche previsioni per la verifica delle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari	Controlli ufficiali che verificano le indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari / controlli ufficiali effettuati x 100	Ministero della Salute	Previsione di un flusso informativo per la raccolta e la rendicontazione dei controlli effettuati, redazione di indicazioni alle ATS per i controlli sulle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari, trasmissione dei dati raccolti con le modalità previste dal Ministero		si	si	10	15

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL12	Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione	PL12_OS04	Percentuale di attivazione dei gruppi di coordinamento regionale e aziendale per il raccordo con le attività del TaSiN (Tavolo sicurezza Nutrizionale), con funzione di osservatorio relativamente all'acquisizione di informazioni sullo stato di nutrizione della popolazione con particolare riferimento alla malnutrizione per eccesso e per difetto	n. gruppi di coordinamento regionale e aziendale attivati / n. gruppi di coordinamento regionale e aziendale da attivare x 100	Ministero della Salute	Attivazione del Tavolo regionale di Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN), definizione del modello organizzativo aziendale, attivazione dei Tavoli aziendali e stesura di documenti in relazione alle indicazioni del Tavolo Nazionale	1	si	8	si	si
PL13	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	PL13_OS01	Proporzione dei casi di malattia a trasmissione alimentare per le quali e stato individuato l'alimento pericoloso	casi di malattia a trasmissione alimentare (con particolare riferimento a salmonellosi, listeriosi, B. cereus, botulismo, intossicazioni da funghi, da istamina e da virus) per le quali è stato individuato l'alimento pericoloso / casi di malattia a trasmissione alimentare gestiti dalle ATS lombarde x 100	Ministero della Salute – Regioni	Revisione della procedura regionale per potenziare il processo di gestione delle MTA, Revisione del sistema informatico di sorveglianza delle MTA, Formazione del personale ATS con ottica di team multidisciplinare di indagine, Predisposizione di una procedura di audit congiunto UO Prev (MI, SA) e UO Vet e programma di audit per verificare corretta gestione delle MTA nelle ATS		si	si	si	5

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL13	Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano	PL13_OS02	Proporzione di regioni che hanno istituito laboratori di riferimento regionali per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano in raccordo con i laboratori di riferimento per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito veterinario alimentare	Individuazione di poli specializzati su alcuni agenti patogeni	Ministero della Salute – Regioni	Costituzione della rete dei laboratori di riferimento regionali per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano in raccordo con i laboratori di riferimento per le malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito veterinario alimentare e individuazione di poli specializzati su alcuni agenti patogeni		si	si	si	si
PL13	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)	PL13_OS03	Proporzione di Dipartimenti aziendali che hanno promosso iniziative di formazione sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti	n. Dipartimenti aziendali che hanno promosso iniziative di formazione sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti / Dipartimenti aziendali esistenti x 100	Ministero della Salute – Regioni	Definizione dei contenuti minimi e delle modalità di erogazione delle iniziative formative, promozione del percorso formativo tramite Polis Lombardia, realizzazione della formazione da parte delle ATS e delle ASST		si	si	4	4
PL13	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	PL13_OS04	Proporzione di Dipartimenti aziendali che hanno realizzato interventi formativi	Dipartimenti aziendali che hanno realizzato interventi formativi / Dipartimenti aziendali x 100	Ministero della Salute – Regioni	Redazione di indicazioni alle ATS per la progettazione e la realizzazione di interventi formativi, realizzazione degli interventi formativi da parte di tutti i Dipartimenti aziendali			si	si	100

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL14	Offrire il programma organizzato di screening oncologico per il carcinoma della cervice uterina (con HPV-DNA), per la mammella e per il colon-retto	PL14_OS01	Estensione degli inviti per lo screening del cancro della mammella	Percentuale residenti in fascia target 50-74, al netto delle esclusioni pre-invito e degli inviti inesitati, invitata alla partecipazione allo screening	Survey ministeriali rendicontazione LEA	Mantenere un'estensione superiore al 95%	95	95	95	95	95
PL14	Offrire il programma organizzato di screening oncologico per il carcinoma della cervice uterina (con HPV-DNA), per la mammella e per il colon-retto	PL14_OS01	Estensione degli inviti per lo screening del carcinoma del colon-retto	Percentuale residenti in fascia target 50-74, al netto delle esclusioni pre-invito e degli inviti inesitati, invitata alla partecipazione allo screening	Survey ministeriali rendicontazione LEA	Mantenere un'estensione superiore al 95%	95	95	95	95	95
PL14	Offrire il programma organizzato di screening oncologico per il carcinoma della cervice uterina (con HPV-DNA), per la mammella e per il colon-retto	PL14_OS01	Estensione degli inviti per lo screening del carcinoma della cervice uterina	Percentuale residenti in fascia target 25-64, al netto delle esclusioni pre-invito e degli inviti inesitati, invitata alla partecipazione allo screening con test primario come da protocollo regionale	Survey ministeriali rendicontazione LEA	Incrementare l'estensione fino a raggiungere un livello superiore al 95%	20	40	60	80	95
PL14	Offrire il programma organizzato di screening oncologico per il carcinoma della cervice uterina (con HPV-DNA), per la mammella e per il colon-retto	PL14_OS01	Estensione degli inviti per lo screening del cancro della mammella nelle donne di età compresa tra 45 e 49 anni	Percentuale residenti in fascia target 50-74, al netto delle esclusioni pre-invito e degli inviti inesitati, invitata alla partecipazione allo screening	Survey ministeriali rendicontazione LEA	Incrementare l'estensione fino a raggiungere un livello superiore al 95%	20	40	60	80	95
PL14	Implementare il coordinamento multidisciplinare regionale screening oncologici	PL14_OS02	Istituzione del coordinamento multidisciplinare screening oncologici	Atto regionale di istituzione del coordinamento multidisciplinare screening oncologici si/no	Atti regionali	Istituire un coordinamento multidisciplinare regionale screening oncologici presieduto dalla DG Welfare ed estensore delle linee di indirizzo per i tre screening oncologici	si	si	si	si	si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL14	Implementare percorso diagnostico-terapeutici integrati con i programmi di screening in essere per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2	PL14_OS03	Piano diagnostico-terapeutico di rete breast unit per il percorso alto rischio genetico integrato con il programma di screening mammografico organizzato	Implementazione piano diagnostico-terapeutico di rete breast unit per il percorso alto rischio genetico integrato con il programma di screening mammografico organizzato	Atti regionali	Disegnare, formalizzare e valutare percorsi di gestione dell'alto rischio integrati con i programmi di screening		si			si
PL14	Rendere disponibili ai cittadini, ai portatori di interesse e alla comunità scientifica evidenze di risultato dei programmi di screening oncologici	PL14_OS04	Esposizione di dati ed analisi dal sistema informativo regionale screening oncologici	Non applicabile	Sistema informativo screening oncologici	Integrazione in piattaforma open data degli indicatori degli screening oncologici e pubblicazione delle valutazioni di impatto per gli screening mammografico, colorettale e cervicale		si	si	si	si
PL14	Rendere disponibili ai cittadini, ai portatori di interesse e alla comunità scientifica evidenze di risultato dei programmi di screening oncologici	PL14_OS04	Bilancio sociale dei programmi di screening oncologici	Percentuale di programmi di screening (ATS) con bilancio sociale disponibile per il pubblico	Non applicabile	Disponibilità del bilancio sociale per tutte le ATS per almeno una linea di screening			si	si	100
PL14	Implementare un progetto pilota di screening del cervicocarcinoma con HPV-DNA test primario con autoprelievo	PL14_OS05	Progetto pilota sperimentazione organizzativa screening del cervicocarcinoma con HPV-DNA test primario con autoprelievo	Progetto pilota effettuato si/no	Raccolta dati ad hoc	Disegno, conduzione, valutazione ed eventuale roll-out dello screening del cervicocarcinoma con HPV-DNA test primario con autoprelievo	si			si	
PL14	Implementare un applicativo gestionale e sistema informativo regionale degli screening oncologici	PL14_OS06	Percentuale popolazione target inclusa nell'applicativo regionale	Percentuale popolazione target la cui storia di screening è registrata nell'applicativo regionale	Sistema informativo regionale	Implementazione dell'applicativo sistema informativo regionale su tutto il territorio		si	si		95

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL14	Reingegnerizzare e riorientare gli interventi di diagnosi precoce del cancro della mammella, del colon-retto e della cervice uterina effettuati al di fuori dei programmi organizzati	PL14_OS07	Rapporto tra esami di screening effettuati al di fuori dei programmi e all'interno dei programmi nelle fasce di età target	Numero esami di screening effettuati al di fuori dei programmi nelle fasce di età target / Numero esami di screening effettuati all'interno dei programmi nelle fasce di età target	Sistema informativo screening oncologici, flusso ambulatoriale 28/SAN, survey ad hoc presso erogatori privati e del volontariato	Ridurre il rapporto tra esami effettuati al di fuori dei programmi ed esami effettuati nei programmi riconducendo i test effettuati fuori dai programmi nel percorso organizzato		si	si	si	si
PL15	Informatizzazione ed interoperabilità del sistema di sorveglianza delle malattie infettive	PL15_OS02	rinnovamento del Sistema di Sorveglianza delle malattie infettive	Realizzazione del SIstema unico di Sorveglianza delle malattie infettive	Regione	Presenza di un sistema di segnalazione delle malattie infettive in grado di acquisire i dati di laboratorio, delle segnalazioni, delle SDO	si	si	si	si	si
PL15	Piani emergenze infettive - Piano Pandemico 2021-23	PL15_OS06	Monitoraggio Piano Pandemico	presenza di un piano pandemico valido e relativo monitoraggio	Regione	presenza di un piano pandemico valido e relativo monitoraggio	si	si	si	si	si
PL15	Reportistica malattie infettive	PL15_OS07	Reportistica malattie infettive	presenza del report di malattie infettive	Regione	presenza del report di malattie infettive	si	si	si	si	si
PL15	Aggiornare gli indirizzi regionali in tema di Sorveglianza delle Malattie Infettive	PL15_OS08	Aggiornamento indirizzi regionali in tema di sorveglianza delle malattie infettive	presenza aggiornamenti	Regione	acquisizione	si	si			

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL16	Rafforzare le funzioni di promozione e tutela della salute di mamma e bambino sia in termini di supporto universale (visite domiciliari entro le prime 8 settimane dal parto) sia di supporto dedicato con un'attenzione specifica a situazioni di fragilità attraverso la messa a sistema degli esiti del programma Pensare Positivo (rivolto alle donne con disagio emotivo perinatale post partum) e con la strutturazione dell'offerta di Home visiting (rivolta a mamme-bambini vulnerabili)	PL16_OS01	Documento di indirizzo esito della sperimentazione modello metodologico e organizzativo Home visiting	Presenza	Documentazione regionale	2022: Formalizzazione del Documento Tecnico del modello concettuale, organizzativo e operativo dell'Home visiting; 2023: sperimentazione del modello in almeno una ASST per ogni ATS; 2025: prima Revisione del Documento Tecnico del modello alla luce della prima sperimentazione e formalizzazione della messa a sistema (atto di approvazione regionale)		si	si		si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL16	Rafforzare le funzioni di promozione e tutela della salute di mamma e bambino sia in termini di supporto universale (visite domiciliari entro le prime 8 settimane dal parto) sia di supporto dedicato con un'attenzione specifica a situazioni di fragilità attraverso la messa a sistema degli esiti del programma Pensare Positivo (rivolto alle donne con disagio emotivo perinatale post partum) e con la strutturazione dell'offerta di Home visiting (rivolta a mamme-bambini vulnerabili)	PL16_OS01	Percentuale di unità d'offerta (Consultori Familiari) che hanno formato i propri operatori sulle visite a domicilio, sul programma Pensare positivo e sull'home visiting/ totale operatori dei CF	Percentuale di unità d'offerta (Consultori Familiari) che hanno formato i propri operatori sulle visite a domicilio	Documentazione regionale	2022 Formalizzazione del Documento Tecnico della sperimentazione in favore delle donne con depressione perinatale; 2022 Costituzione e formazione dei formatori (professionisti in ruolo nei CF) per la disseminazione del programma Pensare positivo sulla base del modello sperimentato; 2023 Formazione di Ostetriche e Psicologi per l'implementazione per l'implementazione locale del programma Pensare positivo di almeno il 20% dei consultori; 2024 Formazione del personale per l'implementazione locale del programma Pensare positivo di almeno il 60% dei consultori		si	si	si	
PL16	Migliorare la funzione degli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN/CAN) integrando nei contenuti la funzione preventiva di promozione della salute	PL16_OS02	Predisposizione di un documento tecnico sulle tematiche preventive/di promozione della salute per l'integrazione dei contenuti degli incontri di Accompagnamento alla Nascita	Presenza	Documentazione regionale	- 2023: Elaborazione del documento tecnico - 2023: approvazione indirizzi regionali - 2024: avvio implementazione offerta - 2025 messa a sistema dell'offerta			si	si	si
PL16	Attivazione del monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno fino al sesto mese (180 giorni di vita coerente al modello raccomandato da WHO UNICEF)	PL16_OS03	Messa a sistema regionale di un programma informatizzato	presenza	REGIONE	2022 Elaborazione e formalizzazione di linee indirizzo e correlati ad indicatori		si			

			per il monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno fino al sesto mese			2022- Rilascio criteri per la Classificazione "Alimentazione del neonato/lattante e raccolta dati informatizzata					
PL16	Attivazione del monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno fino al sesto mese (180 giorni di vita coerente al modello raccomandato da WHO UNICEF)	PL16_OS03	Attivazione sistema di monitoraggio	Attivazione sistema di monitoraggio	REGIONE	2022: formazione degli operatori 2022: attivazione sistema di monitoraggio per la rilevazione dei dati		si			
PL16	Monitoraggio del percorso diagnostico-terapeutico e sistema di sorveglianza dello screening audiologico e oculistico	PL16_OS04	Messa a sistema di uno strumento di monitoraggio del percorso diagnostico-terapeutico e sistema di sorveglianza dello screening audiologico - oculistico, e di comunicazione tra gli operatori dei differenti livelli operativo come previsto dai documenti tecnici regionali.	presenza percorsi e attivazione formazione	REGIONE	2022 – Attivazione del percorso audiologico 2022 - Formazione degli operatori in tema di percorso "audiologico" 2023 – Attivazione del percorso oculistico 2023 - Formazione degli operatori in tema di percorso "oculistico"		si	si		
PL16	Messa a sistema diagnosi precoce autismo	PL16_OS05	indirizzi regionali messa a sistema screening	presenza	Regione	presenza al 2023			si		
PL16	Adozione di strumenti informativi per la raccolta di informazioni utili a monitorare l'adozione di stili di vita sani in età infantile	PL16_OS06	Definizione set di indicatori e set di strumenti informativi per la raccolta di informazioni utili a monitorare l'adozione di stili di vita sani in età infantile	presenza	REGIONE	2023: Rilascio set di indicatori e set di strumenti informativi e formalizzazione indicazioni per la raccolta dati			si		

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL16	Implementazione del programma Nati per leggere con attivazione del sistema informativo per il monitoraggio regionale	PL16_OS07	Definizione del sistema informativo per il monitoraggio regionale relativamente al programma Nati per leggere	presenza	REGIONE	2022: Rilascio set di indicatori e set di strumenti informativi e formalizzazione indicazioni per la raccolta dati		si			
PL16	Vaccinazioni donne in gravidanza ed in età fertile nei punti nascita e nei consultori ASST della Lombardia attivare l'offerta sistematica di vaccinazione: (a) in gravidanza anti DTP, antinfluenzale; (b) in età fertile vaccinazione anti MPRV	PL16_OS08	Evidenza della capacità di offerta delle vaccinazioni nelle donne in gravidanza ed in età fertile	Presenza di evidenze	REGIONE	2021 – presenza di un documento di mappatura dell'offerta 2022 – attivazione percorsi di formazione e verifica 2023 – evidenza nel 100% delle ASST della presenza attiva dell'offerta nei punti nascita delle vaccinazioni per la gravidanza e per l'età fertile 2024: evidenza nel 100% delle ASST della presenza attiva dell'offerta nei consultori delle vaccinazioni per la gravidanza e per l'età fertile 2025: evidenza di un documento di sintesi del percorso	si	si	100	100	si
PL16	Raccordo con i Pediatri di Libera Scelta	PL16_OS09	Evidenza dell'integrazione dell'offerta d sanità pubblica con i PLS	presenza	REGIONE	2022 – presenza di un documento di mappatura dei bisogni e delle opportunità da parte dei PLS		si	100	si	si

						2023 – evidenza nel 100% delle ASST della presenza attiva dell'offerta nei punti nascita delle vaccinazioni per la gravidanza e per l'età fertile 2024: disponibilità (tramite modalità informatiche con aggiornamenti almeno mensili) dell' informazione sullo stato vaccinale dei propri assistiti e alert per i richiami ad almeno il 20% a PLS 2025: disponibilità (tramite modalità informatiche con aggiornamenti almeno mensili) dell'informazione sullo stato vaccinale dei propri assistiti e alert per i richiami ad almeno il 50% dei PLS					
PL16	Monitoraggio continuo del fenomeno Vaccine Hesitancy	PL16_OS10	Analizzare in maniera continua il fenomeno della non adesione ai vaccini nell'età infantile	presenza report	REGIONE	2022 – definizione di percorsi di analisi del fenomeno del esitazione vaccinale ; primo report 2023 – report 2023 sulla Vaccine Hesitancy 2024: report 2024 sulla Hesitancy 2025: report 2025 sulla Vaccine Hesitancy		si	si	si	si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL17	Promuovere in tutte le ATS l'uso dell'algoritmo Mo.Ri.Ca. per un'efficace/efficiente attività di vigilanza nei cantieri edili	PL17_OS01	Report annuale sugli esiti dell'attività di vigilanza nei cantieri	Programmazione della vigilanza nei cantieri a maggior rischio, individuati attraverso l'algoritmo Mo.Ri.Ca.	Regione	Predisposizione del Report annuale dell'attività di vigilanza nei cantieri evidenziando il numero di: cantieri a maggior rischio ispezionati sul totale cantieri individuati con Mo.Ri.Ca.; cantieri oggetto di coordinamento con ITL; esito dell'attività di controllo		si	si	si	si
PL18	standard vaccinali e audit vaccinazioni	PL18_OS01	standard vaccinali e audit vaccinazioni	numero audit/numero centri vaccinali	Regione	>90%		20	40	60	100
PL18	attivare percorsi di Tailoring Immunization Programs (TIP)	PL18_OS03	attivare percorsi di Tailoring Immunization Programs (TIP)	numero centri vaccinali con almeno 1 azione sulla popolazione disagata e a una per coorte / totale centri vaccinali azioni per centro vaccinale per recupero	Regione	evidenza di presenza in ogni centro vaccinale di azioni per il recupero di vaccinati in tema di morbillo e rosolia		50	100		
PL18	attivare percorsi di vaccinazione dedicati ai pazienti cronici	PL18_OS04	attivare percorsi di vaccinazione dedicati ai pazienti cronici	numero di UUOO di ASST attivate / totale UUOO Regionali	Regione	il 90%		90	60		
PL18	Commissione Vaccini	PL18_OS05	Commissione Vaccini	presenza delibera di attivazione della commissione vaccini	Regione	commissione vaccini attivata	si				
PL19	Definizione degli aspetti di governance del Programma e costituzione del Comitato scientifico.	PL19_OS01	Presenza di accordi formalizzati regione - ATS	si/no	Regione	Definizione degli accordi		si			
PL19	Acquisizione delle esperienze e degli indicatori già sviluppati a livello nazionale/internazionale per l'implementazione di processi di equity audit	PL19_OS02	Presenza di un report strutturato "Esperienze e Indicatori già sviluppati a livello nazionale/internazionale per l'implementazione di processi di equity audit"	si/no	Regione	Costituzione staff tecnico - Rilascio di almeno 1 report strutturato		si	si		

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL19	Identificazione delle infrastrutture informative disponibili open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit	PL19_OS03	Presenza di un report strutturato "Infrastrutture informative disponibili open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit"	si/no	Regione	Costituzione staff tecnico - rilascio di almeno 1 report strutturato		si	si		
PL19	Ricognizione e selezione delle fonti informative pubbliche/private disponibili a livello regionale/sovraregionale e identificazione delle infrastrutture informative open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit	PL19_OS04	Presenza di un report strutturato ricognizione e selezione delle fonti informative pubbliche/private disponibili a livello regionale/sovraregionale e identificazione delle infrastrutture informative open source per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit"	si/no	Regione	Costituzione staff tecnico - Rilascio di almeno 1 report strutturato		si	si		

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL19	Ricognizione e selezione delle fonti informative pubbliche/private disponibili a livello locale (ATS/provincia) e identificazione delle infrastrutture informative open source disponibili per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit	PL19_OS05	Presenza di un report strutturato per ogni ATS Ricognizione e selezione delle fonti informative pubbliche/private disponibili a livello locale (ATS/provincia) e identificazione delle infrastrutture informative open source disponibili per l'integrazione informativa utile ai processi di equity audit"	si/no	Regione	Rilascio di un interim report per ogni ATS - Rilascio di un report per ogni ATS - Aggiornamento del catalogo dei flussi		si	si		
PL19	Declinazione alla scala regionale del set di indicatori identificati a livello internazionale e integrazione dei flussi informativi carenti necessari alla implementazione del sistema	PL19_OS06	Presenza di un report strutturato "Set di indicatori identificati a livello internazionale e integrazione dei flussi informativi carenti necessari alla implementazion e del sistema"	si/no	Regione	Rilascio di un interim report - Rilascio di un report strutturato		si	si		

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL19	Identificazione del modello organizzativo, della piattaforma informativa distribuita/diffusa e definizione delle modalità per integrare le informazioni disponibili sui vari livelli: internazionale/ nazionale/ regionale /locale di ATS-provincia	PL19_OS07	Presenza di un report strutturato “Modello organizzativo, della piattaforma informativa distribuita/diffusa e definizione delle modalità per integrare le informazioni disponibili sui vari livelli: internazionale/ nazionale/ regionale /locale di ATS/Provincia”	si/no	Regione	Rilascio di un interim report - Rilascio del Documento tecnico		si	si		
PL19	Definizione dell’ambiente di sviluppo, della piattaforma hardware, sviluppo della piattaforma software e dei gestionali open source dedicati	PL19_OS08	Acquisizione e avvio piattaforma hardware	si/no	Regione	Definizione dei capitolati tecnici e avvio procedure di acquisizione - Avvio della operatività, sviluppo e upgrade		si	si		
PL19	Identificazione degli elementi informativi irrinunciabili per lo sviluppo di processi di equity audit attraverso percorsi di formazione-ricerca con il coinvolgimento degli attori territoriali dell’area sanitaria, sociosanitaria e sociale (erogatori pubblici e privati accreditati, sindaci, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, associazioni di cittadini e di pazienti, ecc.)	PL19_OS09	Miglioramento competenze degli attori del sistema attraverso percorsi partecipati	si/no	Regione	Definizione e articolazione contenuti del programma formativo - Almeno una azione formativa dedicata per ogni anno - Sviluppo del percorso di ricerca sul campo e Rapporto di sintesi entro il 2023		si	si	si	si
PL19	Sviluppo di una piattaforma di open data contenente sistemi di indicatori elementari, aggregati e indicatori sintetici / compositi per il supporto delle decisioni nella identificazione degli interventi di equity oriented	PL19_OS10	Sviluppo e definizione di una piattaforma open data	si/no	Regione	Realizzazione report tecnico - Validazione della metodologia attraverso pubblicazione su rivista peer reviewed		si	si		

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL19	Sviluppo di modelli finalizzati alla definizione di scenari evolutivi della popolazione e predizione dell'andamento di esposizioni, fattori di rischio e outcome sociosanitari utili alla individuazione di interventi appropriati di mitigazione	PL19_OS11	Sviluppo di modelli finalizzati alla definizione di scenari evolutivi della popolazione e predizione dell'andamento di esposizioni, fattori di rischio e outcome sociosanitari utili alla individuazione di interventi appropriati di mitigazione	si/no	Regione	Definizione metodologia e rilascio report strutturato - Condivisione della metodologia e validazione dei processi con stakeholder				si	
PL19	Definizione di metodologie mirate per la valutazione dell'efficacia delle attività di prevenzione / promozione della salute messe in atto a livello regionale e territoriale	PL19_OS12	12. Definizione di metodologie mirate per la valutazione dell'efficacia delle attività di prevenzione / promozione della salute messe in atto a livello regionale e territoriale	si/no	Regione	Rilascio della sezione "scenari previsionali" e della sezione "confronto scenari previsionali e scenari reali misurati				si	
PL19	Identificazione e formalizzazione dei profili professionali e del set di competenze necessarie alla implementazione del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi a livello regionale e locale	PL19_OS13	Identificazione e formalizzazione dei profili professionali	si/no	Regione	Rilascio 1 report tecnico - Validazione regionale - Definizione e articolazione contenuti del programma formativo - Progettazione Corsi e ingaggio discenti - realizzazione di almeno 1 edizione formativa in ogni ATS				si	si

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL19	Produzione della documentazione tecnica per l'accesso al sistema informativo integrato, la fruizione della piattaforma, degli applicativi e degli strumenti operativi	PL19_OS14	Produzione della documentazione tecnica per l'accesso al sistema informativo integrato, la fruizione della piattaforma, degli applicativi e degli strumenti operativi	si/no	Regione	Rilascio della documentazione tecnica in vari formati (cartaceo, web, social) e lingue					si
PL19	Accesso e fruizione da parte dei cittadini e di tutti gli Attori di sistema delle informazioni in formato open data sulla scala territoriale di interesse attraverso un sistema dedicato	PL19_OS15	Accesso e fruizione da parte dei cittadini e di tutti gli Attori di sistema delle informazioni in formato open data	si/no	Regione	Avvio progettazione campagne informative multi target e multicanale - Identificazione di specifici applicativi per la messa a disposizione delle info ai cittadini e avvio di almeno 1 campagna informativa - realizzazione delle campagne informative multi target e multicanale previste			si	si	si
PL19	Utilizzo del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi nell'attuazione del PRP	PL19_OS16	Utilizzo del sistema informativo integrato, della piattaforma e degli applicativi nell'attuazione del PRP	si/no	Regione	Individuazione di almeno un Programma del PRP			si		

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL20	Adeguamento dell'offerta di presa in carico sistemica rivolta ai soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT o con patologia già in atto, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari	PL20_OS01	Sperimentazione di un sistema di chiamata attiva	Avvio del sistema di chiamata attiva	Regione	Avvio della sperimentazione di un sistema di chiamata attiva in almeno 2 ATS entro il 2023 - Avvio del sistema di chiamata attiva nel 100% delle ATS entro il 2024			2	8	
PL20	Integrazione dell'offerta assistenziale del SSR con linee di attività orientate alla prevenzione, al counseling, all'engagement del paziente a partire dagli esiti del Progetto CCM FOODIA-NET	PL20_OS02	Indirizzi regionali al SSR per l'inserimento dell'Offerta formativa	Presenza Indirizzi regionali al SSR per l'inserimento dell'Offerta formativa (FAD) sul Counseling motivazionale secondo il modello Transteorico del cambiamento (esito del progetto CCM 2019 Azioni Centrali a supporto del Ministero della Salute) comprensivo di attesi quali-quantitativi e Avvio dell'offerta a livello regionale - Messa a sistema dell'offerta formativa nel 100% di ATS/ASST - Definizione di almeno 3 PDTA su patologie maggiormente ricorrenti	Regione	Indirizzi regionali al SSR per l'inserimento dell'Offerta formativa (FAD) sul Counseling motivazionale secondo il modello Transteorico del cambiamento (esito del progetto CCM 2019 Azioni Centrali a supporto del Ministero della Salute) comprensivo di attesi quali-quantitativi e avvio dell'offerta a livello regionale entro il 2022 Messa a sistema dell'offerta formativa nel 100% di ATS/ASST entro il 2023 Definizione di almeno 3 PDTA su patologie maggiormente ricorrenti entro il 2023		si	si		

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL20	Favorire la diffusione e l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale omogenei per la definizione dei bisogni di assistenza socio-sanitaria del malato cronico	PL20_OS03	Formazione operatori sanitari, sociosanitari e altri stakeholder	Realizzazione Evento regionale di presentazione degli esiti, della metodologia, degli strumenti - Definizione e articolazione contenuti del programma formativo - Presenza di almeno una azione formativa dedicata per ogni anno - Coinvolgimento nell'offerta formativa di professionisti del 100% delle ATS (almeno il 60% del fabbisogno previsto) - Messa a sistema dell'offerta (sistema regionale di accesso alla Piattaforma FooDIa-Net, formazione, declinazione regionale strumenti ecc.)	Regione	Realizzazione Evento regionale di presentazione degli esiti, della metodologia, degli strumenti - Definizione e articolazione contenuti del programma formativo entro il 2022 Presenza di almeno una azione formativa dedicata per ogni anno e coinvolgimento nell'offerta formativa di professionisti del 100% delle ATS (almeno il 60% del fabbisogno previsto) entro il 2023 Messa a sistema dell'offerta (sistema regionale di accesso alla Piattaforma FooDIa-Net, formazione, declinazione regionale strumenti ecc.) entro il 2024		si	si	si	si
PL20	Definire specifici percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone vulnerabili e/o in contesti sociali difficili. (minori, anziani, disabilità fisica e/o psichiatrica, svantaggio socio-culturale e/o economico, bisogni psico-sociali)	PL20_OS04	Percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali	Presenza di atto di costituzione gruppo di progetto e avvio progetto implementazione; formalizzazione Accordi/Partnership con Stakeholder e Società scientifiche (area salute mentale e dipendenze) - Presenza documenti con definizione e articolazione contenuti del programma formativo - Ideazione e prima sperimentazione dei Moduli implementati - Realizzazione Evento regionale di presentazione degli esiti, della metodologia, degli strumenti - Implementazione di almeno una azione formativa dedicata per ogni anno - Coinvolgimento nell'offerta formativa di professionisti del 100% delle ATS (almeno il 60% del fabbisogno previsto)	Regione	Costituzione gruppo di progetto e avvio progetto implementazione; formalizzazione Accordi/Partnership con Stakeholder e Società scientifiche (area salute mentale e dipendenze) - Definizione e articolazione contenuti del programma formativo entro il 2022		si	si	si	si

				- Messa a sistema dell'offerta implementata (sistema regionale di accesso alla Piattaforma FooDIa-Net, formazione, declinazione regionale strumenti ecc.)		Ideazione e prima sperimentazione dei Moduli implementati - Realizzazione Evento regionale di presentazione degli esiti, della metodologia, degli strumenti – Implementazione di almeno una azione formativa dedicata per ogni anno entro il 2023 Coinvolgimento nell'offerta formativa di professionisti del 100% delle ATS (almeno il 60% del fabbisogno previsto) – Implementazione di almeno una azione formativa dedicata - Messa a sistema dell'offerta implementata (sistema regionale di accesso alla Piattaforma FooDIa-Net, formazione, declinazione regionale strumenti ecc.) entro il 2024 Implementazione di almeno una azione formativa dedicata entro il 2025					

PROGRAMMA	Obiettivo	codice	Indicatore	Formula	Fonte	Standard	2021	2022	2023	2024	2025
PL21	1. Migliorare il sistema di sorveglianza	PL21_OS01	1. Migliorare il sistema di sorveglianza	n casi HIV / n casi HIV stimati da BDA	Regione	80%		60	70	80	80
PL21	6. Realizzazione interventi di prevenzione in linea con la strategia della “combination prevention”	PL21_OS04	6. Realizzazione interventi di prevenzione in linea con la strategia della “combination prevention”	presenza protocolli	Regione	presenza protocolli		si	si		
PL22	2) creare un sistema di georeferenziazione delle malattie infettive (GEOSA)	PL22_OS01	2) creare un sistema di georeferenziazione delle malattie infettive (GEOSA)	attivazione sistema geosa	Regione	presenza a disposizione per gli operatori di GEOSA		si	si		
PL22	4) sensibilizzazione dei cittadini, dei comuni e altri enti pubblici e privati alle problematiche inerenti la prevenzione delle malattie trasmesse da vettori e legionellosi	PL22_OS02	4) sensibilizzazione dei cittadini, dei comuni e altri enti pubblici e privati alle problematiche inerenti la prevenzione delle malattie trasmesse da vettori e legionellosi	attivazione di campagne di comunicazione per la protezione dalle zanzare	Regione	presenza campagna		si	si	si	si
PL23	revisione linee guide TB	PL23_OS01	revisione lg tb	presenza linee guida tb	Regione	presenza linee guida tb			si		
PL23	revisione protocolli di segnalazione delle malattie infettive negli istituti di pena	PL23_OS02	segnalazione malattie infettive negli istituti di pena	presenza di indicazioni regionali	Regione	presenza di indicazioni regionali			si		

Regione Lombardia

Un'altra storia.

Allegato a PRP Lombardia 2021-2025

IL PROFILO DI SALUTE ED EQUITA' DELLA POPOLAZIONE LOMBARDA

1. INTRODUZIONE **5**
2. SALUTE E BISOGNI DELLA POPOLAZIONE LOMBARDA **5**
3. CONTESTO DEMOGRAFICO **5**
3.1 Struttura 5
3.2 Fecondità 8
3.3 Dinamica di popolazione 9
4. STATO DI SALUTE **11**
4.1 Speranza di vita 11
4.2 Salute mentale 12
4.3. Salute materno-infantile 15
4.4. Patologie croniche 16
4.5. Cause di ricovero 17
4.6 Tumori maligni 18
Tumori professionali 20
4.7. Mortalità 21
Mortalità generale 21
Mortalità per causa 21
Mortalità evitabile 24
4.8. Accesso alle offerte di Prevenzione 28
Copertura vaccinale 28
Programmi di screening 30
4.9. Salute percepita 30
Salute percepita dagli adolescenti 31
4.10. Benessere soggettivo - Soddisfazione complessiva 31
Sintesi dello stato di salute della popolazione italiana e lombarda **33**
***5.* FATTORI DI RISCHIO** **34**
5.1 Fattori di rischio comportamentali 34
Fumo. 34
Sovrappeso 34
Obesità 35
Attività fisica 35
Attività fisica dei bambini e degli adolescenti Lombardi 36
Alcol 36
Droghe: stima consumo di sostanze tramite acque reflue 36
Gioco d'azzardo 37
Fattori di rischio comportamentali bambini e adolescenti 37
5.2 Rischi in ambiente di lavoro 39
5.3. Fattori di rischio ambientali 41
Inquinamento atmosferico 41
Siti contaminati 42
Consumo del suolo 42
Rifiuti 42
Servizio Idrico 42
Qualità dei corpi idrici superficiali e sotterranei 43
Depurazione delle acque reflue e gestione dei fanghi di depurazione 43
Rischi naturali 43
Cambiamenti climatici 44

Qualità dell'abitare 44
Mobilità sostenibile 44
5.4. Incidentalità 45
Incidenti stradali 45
Infortuni domestici 46

6. CONTESTO SOCIALE ED ECONOMICO 48
6.1 Sistema agroalimentare 49
Allerta alimenti (RASFF) 50
6.2 Prevenzione, salute e sicurezza sul lavoro 53
Infortuni e malattie professionali 54

7. FATTORI AMBIENTALI FACILITANTI L'ADOZIONE DI STILI DI VITA SALUTARI 56
7.1 Montagna - Patrimonio Verde 56
7.2 Rete delle Vie di comunicazione 58
7.3 Piste ciclabili 58
7.4 Vie d'acqua 59

8. ASPETTI ORGANIZZATIVI – RISORSE 60
8.1 Rete sanitaria 60
8.2 Rete sociosanitaria 60
8.3 Spesa sanitaria pro-capite 64
8.4 Qualità delle cure – differenze territoriali 65
Area clinica muscolo-scheletrica 65
Area clinica perinatale – modalità del parto 65
Area cardio e cerebro-vascolare 66
Chirurgia oncologica e chirurgia generale 66
Ospedalizzazioni potenzialmente evitabili 67
La prescrizione di antibiotici sul territorio 68
8.5. L'impatto del COVID-19 nell'accesso ai servizi 69
Accesso ai Servizi, ricoveri, screening e mortalità in tempo di Covid 69
Accesso alle cure: soddisfazione della popolazione per i servizi sanitari regionali durante la pandemia 73
8.6. Il Sistema Sociale 74
Istituzioni non profit 75
Servizi territoriali antiviolenza 77
Sistema scolastico 79

9. DISEGUAGLIANZE E PROFILO DI EQUITA' 82
9.1 Differenze socio-economiche territoriali in base all'indice di deprivazione 82
9.2 Povertà e Disuguaglianze 83
Reddito equivalente al variare dei profili familiari 84
Povertà nei Comuni Lombardi 85
Famiglie con anziani o con soggetti con limitazioni 86
Famiglie con figli 87
Povertà assoluta 88
Reddito / Pensione di Cittadinanza 88
9.3 Salute diseguale 89
I determinanti sociali di salute 90
Aspettativa di vita 90
Malattie che conducono a morte 91
Istruzione 94

Occupazione 95
Comportamenti a rischio per la salute. 98
Prevenzione 101
Esposizione a fattori ambientali e disuguaglianze sociali 102

1. INTRODUZIONE

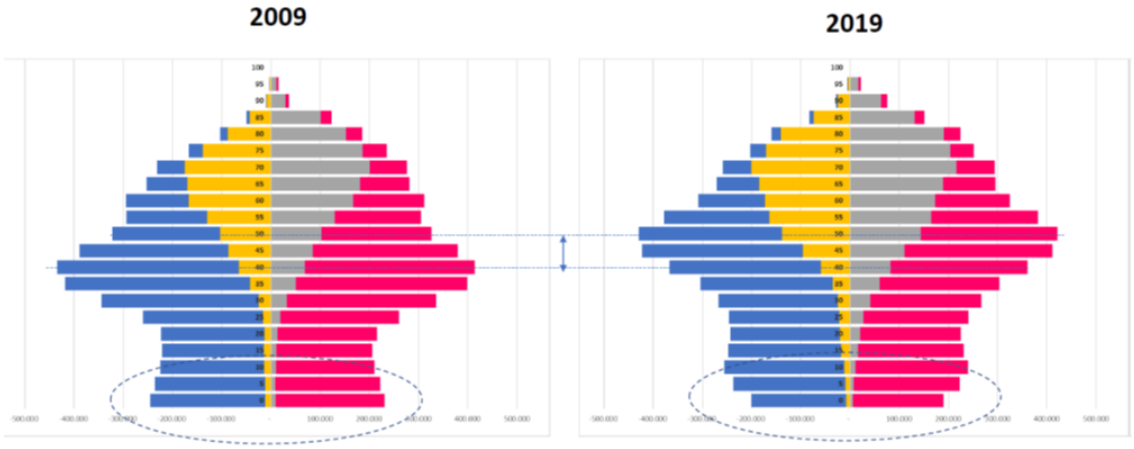
Il "Profilo di Salute" rappresenta l'analisi che consente di determinare i bisogni di salute di una comunità al fine di permettere alle amministrazioni di individuare e valutare le soluzioni possibili e di costruire congiuntamente attraverso alleanze intersettoriali per affrontarli. Offre informazioni sullo stato di salute di una popolazione, identifica i problemi di salute e individua le aree su cui intervenire in via prioritaria.
Il "Profilo di Equità" è il frutto della raccolta di informazioni sulle condizioni di salute e sulla distribuzione dei determinanti, calibrate sulla variabilità sociale, economica e demografica di una popolazione (European Commission, 2013). L'impatto delle disuguaglianze sugli stili di vita non è predeterminato, esistono fattori che possono mediare l'intensità delle relazioni.
Un "Profilo di equità", se adeguatamente supportato da un'accurata revisione delle evidenze sugli interventi di comprovata efficacia, costituisce uno strumento per la definizione degli obiettivi e delle azioni per il contrasto alle disuguaglianze e per il raggiungimento di livelli di salute sempre maggiori.
Per poter affrontare in modo efficace le sfide poste dai bisogni di salute emergenti, il Sistema deve disporre di conoscenze puntuali e aggiornate sui fenomeni di interesse e sui fattori di rischio modificabili, in modo da individuare possibili trend di evoluzione e interventi adeguati.

2. SALUTE E BISOGNI DELLA POPOLAZIONE LOMBARDA

In Regione Lombardia, come in generale nel nostro Paese e nel contesto europeo, negli ultimi anni si è registrato un progressivo miglioramento delle condizioni di salute, della longevità e della speranza di vita alla nascita. Continui miglioramenti hanno riguardato tutte le fasi della vita, dalla riduzione della mortalità infantile ai consistenti progressi nell'età adulta e senile, contrassegnati anche dall'evoluzione positiva all'incremento della mortalità evitabile e da incrementi nella qualità della sopravvivenza in età anziana. È migliorata, infine, la diffusione tra i cittadini di alcuni stili di vita più sani, in particolare si è ridotta la sedentarietà.
Lo scenario si è però modificato con lo sviluppo della pandemia da Covid-19. Il Covid -19 sarà ricordato come il virus che ha cambiato il mondo, al pari dei maggiori eventi bellici e delle principali crisi economiche, più di ogni altra pandemia che la memoria ricordi, almeno per la sua estensione. La crisi sanitaria in atto ha tolto molte certezze ed ha messo a nudo le fragilità dei sistemi produttivi, economici, sociali e sanitari mondiali non solo della Lombardia.

3. CONTESTO DEMOGRAFICO

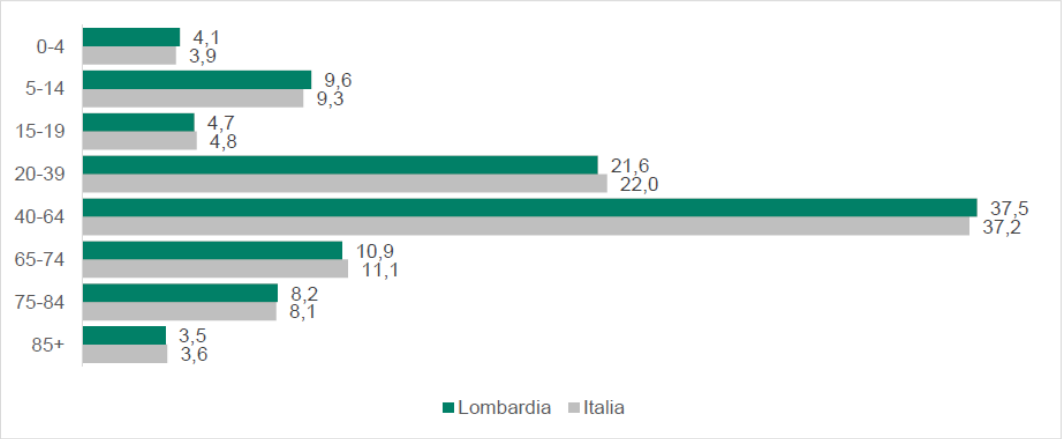
3.1 Struttura



Piramidi delle età della popolazione residente in Regione Lombardia al 1° gennaio. Anni 2009 e 2019 (valori percentuali) ***Fonte ISTAT; blu=maschi; rosa=femmine; giallo e grigio=cronici***

In Lombardia al 1° gennaio 2019 risiedevano 10.060.574 persone (16,7% del totale della popolazione residente in Italia). Poco più di 1/4 abita nei 12 capoluoghi di provincia, tra i quali Milano raccoglie il 13,7% del totale regionale. La struttura per età risulta allineata alla media nazionale, con una lieve prevalenza nel dato regionale delle classi giovanili fino a 14 anni e della classe da 40 a 64 anni. La proporzione delle persone tra i 20 e i 39 anni risulta lievemente inferiore (21,6% contro 22% in Italia).

La popolazione residente in Lombardia e in Italia per classi di età (a) al 1° gennaio anno 2019 (valori percentuali) è mostrata nel grafico sottostante.

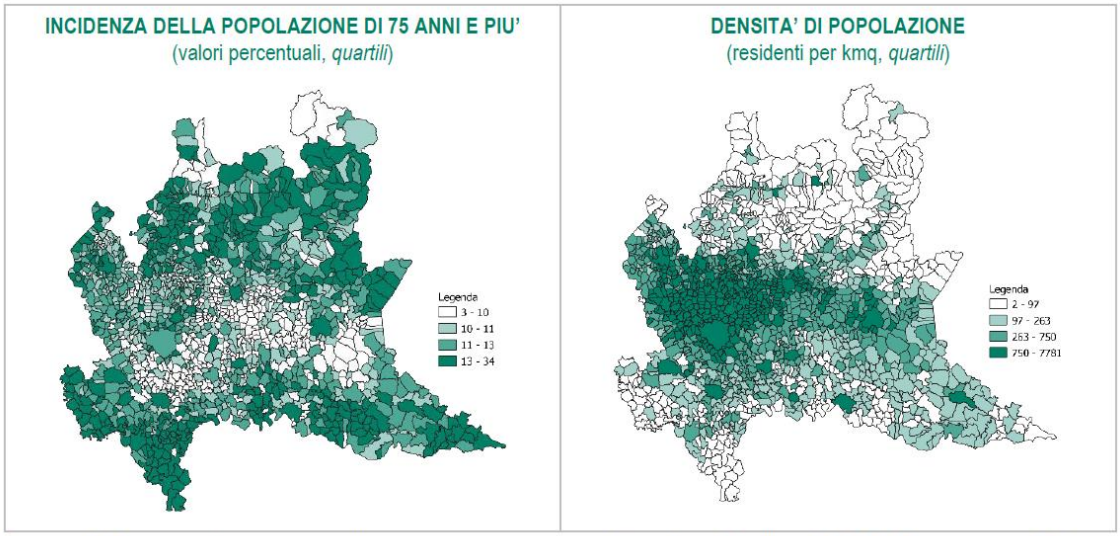


Fonte: Istat, Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile

(a) Dati provvisori

Come indicato nelle figure sottostanti, l'incidenza della popolazione con 75 anni e più è pari all'11,7% ed è particolarmente elevata in alcuni comuni del pavese: emblematici sono i casi di Brallo di Pregola (34%), Romagnese (32,4%) e di Castell'Azzara (24,6%). Il dato dei capoluoghi è superiore alla media regionale e oscilla tra 12,8 (Lodi) e 14,9% (Mantova).
La densità abitativa è elevata nella provincia di Monza e Brianza (2.156 abitanti per kmq) e nell'area metropolitana di Milano (2.063). Il valore maggiore si riscontra a Bresso (7.781) seguito subito dopo da Milano (7.589) e, a breve distanza, da Sesto San Giovanni (6.957) e Corsico (6.477).

Comuni per incidenza della popolazione di 75 anni e più e per (a) densità di popolazione (b). al 1° gennaio 2019 Lombardia



Fonte: Istat, Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile; Istat, Confini delle unità amministrative e basi territoriali

(a) I dati comunali sono riportati nelle Appendici 1 e 2 dell'Allegato statistico.

(b) Dati provvisori

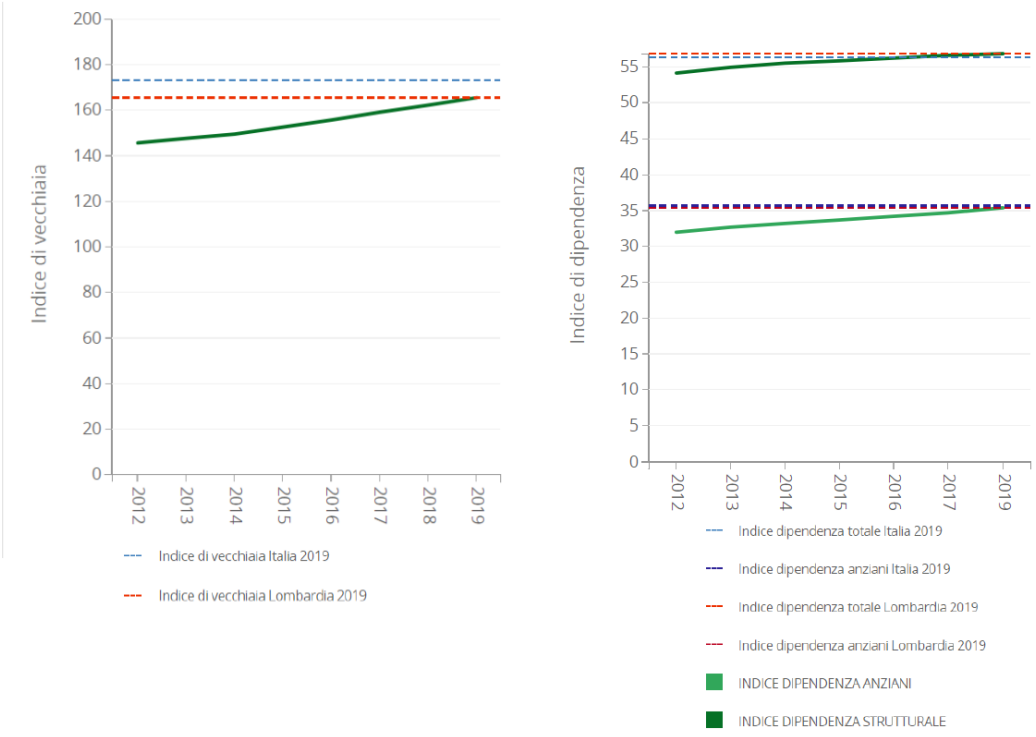
I dati aggiornati all'anno 2020 relativi alle caratteristiche demografiche della popolazione della Lombardia e dell'Italia confrontati con quelli del 2010 sono riportati in Tabella.

Caratteristiche demografiche della popolazione. Lombardia e Italia. 2010-2020

	Lombardia		Italia	
Demografia	**2010**	**2020**	**2010**	**2020**
Struttura demografica				
Residenti	9.917.714	10.027.602	59.690.143	59.641.488
Età media	43,5	45,5	43,4	45,7
Popolazione ≥ 65 anni (%)	20,3	22,9	20,3	23,2
Popolazione ≥ 85 anni (%)	2,4	3,6	2,7	3,6
Indice di vecchiaia (x 100)	143,1	170,9	144,4	179,4
Indice di dipendenza degli anziani (x 100)	31,1	35,9	31,1	36,4
Indice di dipendenza strutturale (x 100)	52,8	57,0	52,6	56,7

Gli anziani oltre i 65 anni rappresentano il 22,9% della popolazione totale, quelli tra 15 e 64 anni il 63,7%, mentre solo il 13,4% ha meno di 15 anni. L'età media è di 45,5 anni (range: 44,7 Bergamo e 47,1 Pavia).
Rispetto a 10 anni orsono le distanze tra le classi di età si sono ulteriormente allungate: gli anziani hanno cumulato 2,9 punti percentuali in più, mentre i soggetti in condizione attiva o formativa si sono rispettivamente ridotti di 2,1 e 0,7 punti percentuali.
Considerando i dati fino al 2019, l'analisi dell'*indice di vecchiaia* (165,5), rappresentato dal rapporto percentuale tra la popolazione ≥65 anni e quella ≤14 anni e dell'*indice di dipendenza strutturale totale* (56,8), che definisce il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (≤14 anni e ≥65 anni) su quella attiva (15-64 anni), evidenzia come la quota dei giovani sul totale della popolazione sia molto contenuta, mentre il peso assoluto della popolazione anziana sia progressivamente consistente negli anni, soprattutto nelle età più avanzate. Un trend analogo si osserva anche per il tasso di dipendenza strutturale per la sola fascia di anziani >65 anni (35,4). Le province di Pavia, Cremona, Mantova e presentano valori superiori alla media della Lombardia per tutti e tre gli indici demografici.

Trend indici di vecchiaia e di dipendenza



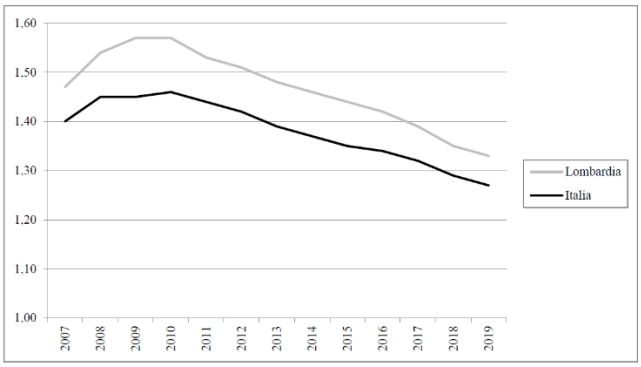
3.2 Fecondità

Il *tasso di fecondità* conferma il trend di riduzione negli anni, con 1,26 figli per donna nel 2020, valore di poco superiore a quello nazionale. Nell'arco temporale 2007-2019, si osserva che la ripresa dei livelli di fecondità, in atto fino al 2010, è stata in Lombardia molto più marcata rispetto all'andamento nazionale. Dopo il 2010 i valori, sia a livello nazionale che nella regione in esame, diminuiscono.

Considerando l'intero periodo 2007-2019 il tasso di fecondità è diminuito del 9,5% (valore nazionale -9,3%) ed i valori risultano in tutto il periodo considerato superiori a quelli dell'Italia.

In Lombardia le famiglie composte da coppie con figli sono 1 milione 420mila, (di queste 686 mila con un figlio solo), quelle composte da un solo genitore con figli sono 439mila (80% si tratta di madri), quelle costituite da coppie senza figli sono 986mila (quasi il 50% over 65enni); le persone sole sono 1 milione 462mila unità (il 55% over 60enni di cui il 70% donne).

Tasso di fecondità totale (numero di figli per donna) di cittadine italiane e straniere residenti - Anni 2007-2019



Analizzando le differenze tra le donne italiane e straniere, emergono differenze significative. Mentre il dato delle donne lombarde è abbastanza in linea col dato nazionale, le donne straniere residenti in Lombardia hanno un tasso di fecondità più alto delle lombarde e della media italiana e hanno un'età media al parto inferiore di 3 anni rispetto alle donne lombarde.

Tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna), età media (valori in anni) della madre al parto e quota (valori per 100) di nati da madre straniera – Anno 2019

	Tasso di fecondità totale			***Età media delle madri al parto***			***Quota di nati da madri straniere***
	Totale	*Italiane*	*Straniere*	*Totale*	*Italiane*	*Straniere*	
Lombardia	1,33	1,18	2,13	32,2	33,1	29,3	29,0
Italia	1,27	1,18	1,98	32,1	32,7	29,1	20,2

Fonte dati: Rilevazione "Iscritti in Anagrafe per Nascita". Disponibile sul sito: dati.istat.it. Anno 2020.

Il monitoraggio dei dati di fecondità risulta particolarmente rilevante non soltanto da un punto di vista demografico poiché la conoscenza della domanda di servizi specialistici (quali, ad esempio, quelli di monitoraggio delle gravidanze e di assistenza al parto e di neonatologia) permette una più efficace organizzazione delle strutture sanitarie interessate.

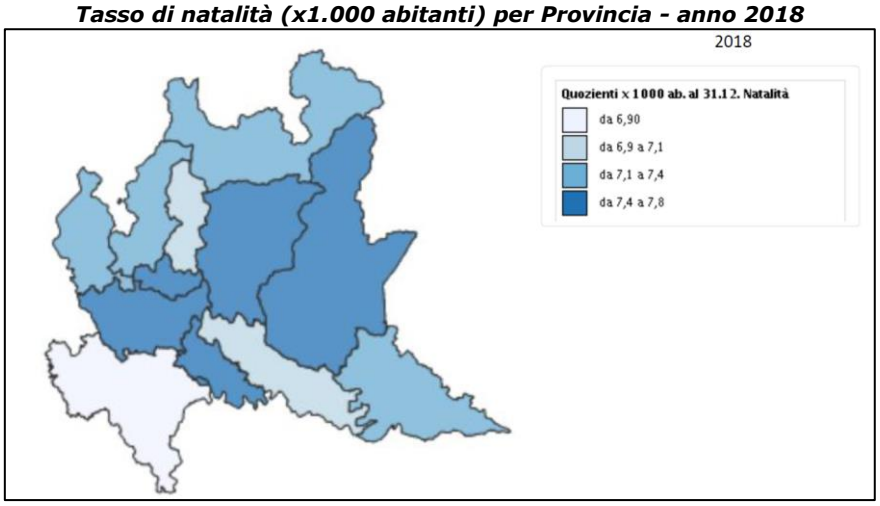
3.3 Dinamica di popolazione

La dinamica di popolazione della Lombardia e dell'Italia, anni 2010 e 2020, è mostrata nella Tabella sottostante.

	Lombardia		Italia	
Dinamica di popolazione	**2010**	**2020**	**2010**	**2020**
Numero di nati	97.815	73.117 (2019)	561.944	420.084 (2019)
Numero di deceduti	89.068 (2011)	99.983 (2019)	593.427 (2011)	634.417 (2019)
Tasso di natalità (x 1.000)	10,1	6,9 (p)	9,5	6,8
Tasso di mortalità (x 1.000)	9,3	13,6 (p)	9,8	12,6
Saldo migratorio totale (x 1.000)	7	0,7 (p)	4,7	-0,7
Saldo migratorio con estero (x 1.000)	6,2	1,9 (p)	4,7	1,3
Stranieri residenti (x 100)	9,8	11,5	7	8,4

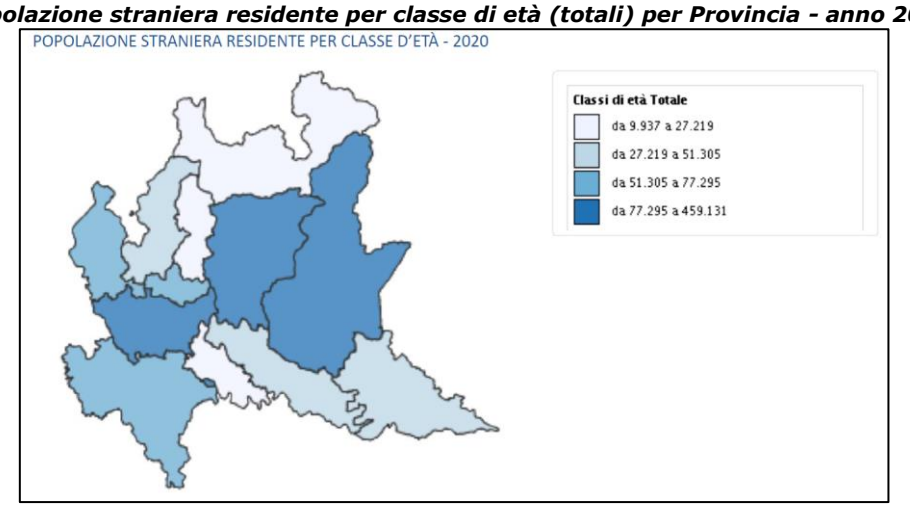
P= dati parziali

Tasso di natalità (x1.000 abitanti) per Provincia - anno 2018



Fonte: ASR Lombardia

Popolazione straniera residente per classe di età (totali) per Provincia - anno 2020



Fonte: ASR Lombardia

Come a livello nazionale, anche in Regione Lombardia negli anni si assiste ad una riduzione progressiva del numero di nascite con aumento dei decessi. La denatalità è in parte correlabile agli effetti "strutturali" indotti dalla riduzione, per numerosità ed invecchiamento, della popolazione femminile lombarda in età feconda (come quella italiana) e al decrescente apporto

positivo sulla natalità da parte delle donne immigrate a causa del loro progressivo invecchiamento.
Il saldo migratorio, inoltre, tende a stabilizzarsi con gli anni.
Il tasso di natalità è maggiore nelle province di Bergamo, Brescia, Milano, Lodi e Monza Brianza; nelle prime tre province si riscontra anche la maggiore presenza di residenti stranieri, che in genere contribuiscono in modo più cospicuo alla natalità della popolazione.

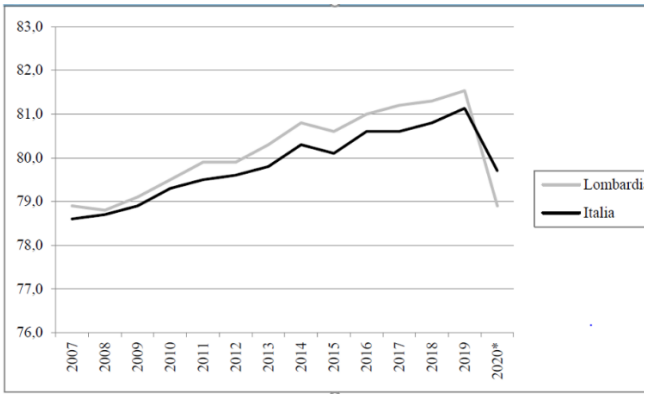
Nel 2020 la *pandemia da Covid-19* ha prodotto marcati effetti sulla dinamica demografica in Lombardia, come emerge dagli ultimi dati disponibili di ISTAT.
Mentre negli anni precedenti la popolazione lombarda è lievemente aumentata, grazie ad un saldo migratorio positivo che ha controbilanciato parzialmente il saldo naturale negativo (nascite-decessi), nel 2020 il trend si è invertito e al 1/01/2021 i residenti (9.967.000) sono diminuiti dello 0,6% su base annua. La riduzione della popolazione è effetto del saldo naturale negativo dovuto all'aumento dei decessi soprattutto durante la prima ondata, con un totale di 136,2 mila decessi per tutte le cause (+36,3%), e alla riduzione delle nascite soprattutto nella seconda ondata, con un totale di 69,1 mila nuovi nati (-5,5%).

4. STATO DI SALUTE

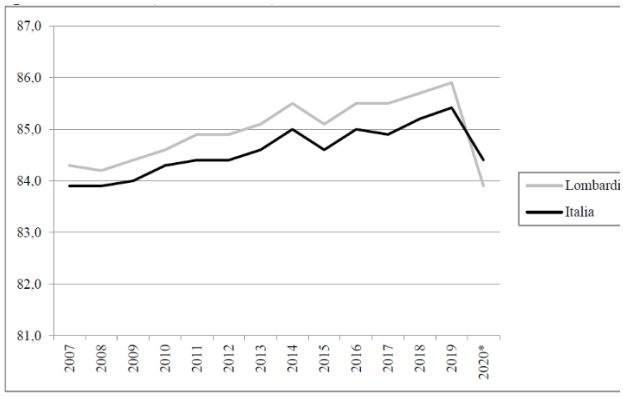
4.1 Speranza di vita

In Lombardia nel 2020 *la speranza di vita alla nascita* a seguito della pandemia riduce bruscamente il trend positivo degli ultimi anni e scende negli uomini a 78,9 anni e nelle donne a 83,9 anni (in Italia: uomini 79,7 anni e donne 84,4 anni), con perdita rispettivamente di ben 2,6 e di 2 anni rispetto al 2019.
Nel confronto nazionale, la perdita è di 0,8 anni negli uomini e di 0,5 anni nelle donne. Riduzioni più marcate si registrano nelle province di Bergamo (-4,3 anni negli uomini, -3,2 anni nelle donne), Cremona e Lodi (rispettivamente – 4,5 negli uomini e -2,9 anni nelle donne);
Queste diminuzioni hanno determinato il passaggio della Lombardia da una situazione di vantaggio ad una di svantaggio rispetto al valore medio nazionale
Le criticità appaiono più evidenti tra gli over 65: nel 2020 in Lombardia un uomo ha ancora davanti a sé 17,1 anni di vita ed una donna 21 anni, con una riduzione rispettivamente di 2,5 e 1,9 anni rispetto al 2019 ed un divario a favore delle donne di 3,9 anni.
Inoltre, in contrasto con il trend progressivo negli ultimi anni di riduzione del divario tra uomini e donne nella speranza di vita, il Covid-19, avendo colpito più gli uomini in termini di mortalità, ha fatto sì che la distanza nella speranza di vita sia aumentata nuovamente a favore delle donne (in Lombardia +5 anni nel 2020).

Speranza di vita *(valori in anni) alla nascita. Maschi 2007-2020*

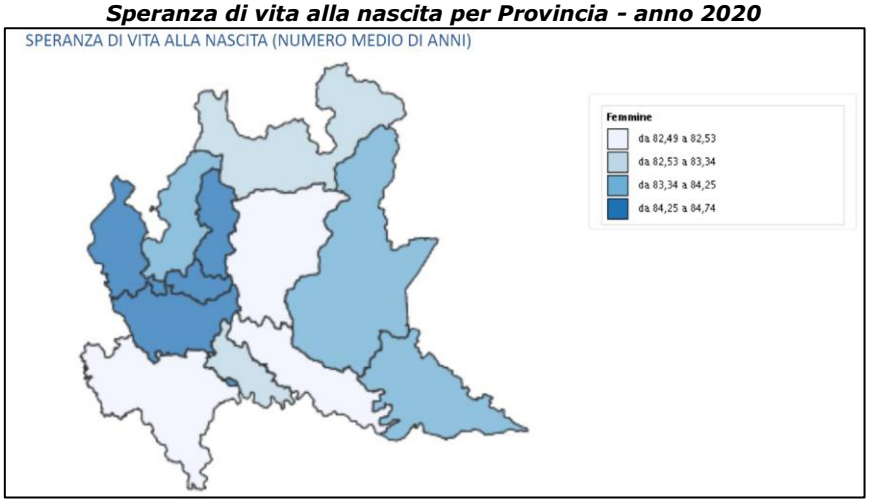


Speranza di vita *(valori in anni) alla nascita. Femmine 2007-2020*



**Dati provvisori*

Speranza di vita alla nascita per Provincia - anno 2020



Fonte ASR Lombardia

Gli indicatori generali sullo stato di salute di Lombardia ed Italia, anni 2010-2019, 2018 2020 sono confrontati e riassunti in Tabella.

La speranza di vita si mantiene superiore nelle donne, per una maggiore esposizione degli uomini a fattori di rischio (consumo di tabacco, alcool, dieta inadeguata) che si correla a maggiore mortalità per patologie cardiache, vari tipi di tumori e altre patologie; gli uomini hanno una maggiore mortalità anche per morte violenta quali suicidio e incidenti. Come sopra richiamato, il divario a favore delle donne è aumentato in corso di pandemia.

Indicatori generali sullo stato di salute Lombardia e Italia, 2010-2019 (2018) - 2020

	Lombardia			**Italia**		
Indicatori generali stato di salute	**2010**	**2019**	**2020**	**2010**	**2019**	**2020**
Tasso di mortalità infantile (per 1000 nati vivi)	2,63	2,56 (2018)		3,16	2,88 (2018)	
Speranza di vita alla nascita: uomini	79,6	81,5	78,9 (a)	79,5	81,1	79,7
Speranza di vita alla nascita donne	84,6	85,9	83,9 (a)	84,6	85,4	84,4
Speranza di vita a 65 anni: uomini	18,2	19,6	17,1 (a)	18,2	19,4	18,2
Speranza di vita a 65: donne	21,9	22,9	21 (a)	22	22,6	21,6

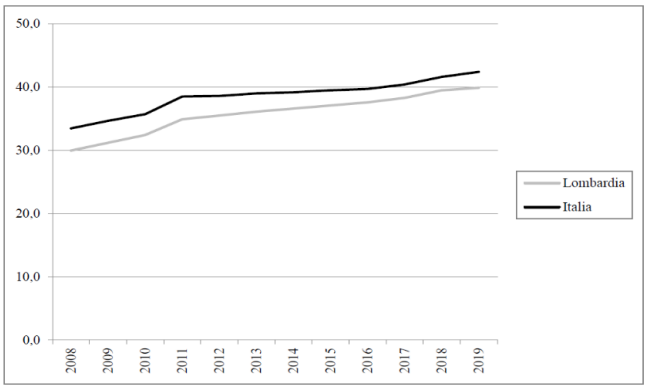
Fonte ISTAT; (a) dato provvisorio

4.2 Salute mentale

L'ampiezza del burden arrecato alla popolazione lombarda dai disturbi psichici può essere inferito dai dati del Global Burden of Disease *(http://ghdx.healthdata.org)* relativi alla popolazione italiana nel 2019 *(Global Burden of Disease IHME 2021)*. I disturbi psichici rappresentano in termini di DALYs (anni di vita persi per morte prematura + anni di vita vissuti in una condizione di disabilità) il 7,15% del carico totale mentre in termini i YLDs (anni di vita vissuti in una condizione di disabilità) il doppio (14,52%). Questo perché i disturbi psichici, anche se non sono fonte di mortalità elevata come altri disturbi somatici, sono però tra le prime cause di disabilità. In termini di DALYs i disturbi psichici sono situati al 5° posto del ranking, mentre in termini di YLDs sono al 2° posto. Tuttavia, se stringiamo il focus sui bambini e adolescenti (5-14 anni) e sui giovani adulti (15-49 anni) i problemi psichici sono al primo posto nel ranking sia in termini di DALYs che di YLDs, rappresentando quindi il maggior problema in termini di salute per la popolazione italiana e lombarda giovane.
Nello specifico, la depressione dà il maggior contributo tra i disturbi mentali alla disabilità: colpisce il 4,7 % della popolazione lombarda e rappresenta il 5,1% della disabilità totale.
Strettamente legato alla depressione è il consumo di farmaci antidepressivi, che nel 2019 in Lombardia è pari a 39,9 DDD/1.000 ab die (valore nazionale 42,4 DDD/1.000 ab die procapite pesate).

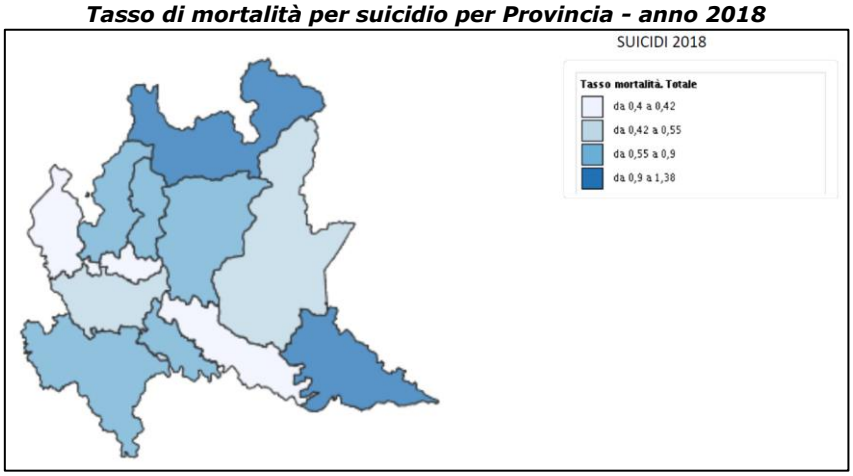
Nel periodo 2007-2019 si osserva un evidente trend in aumento (+40,2%), con un analogo andamento a livello nazionale (+33,0%) *(Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2019. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2020.)*
Il trend in aumento negli ultimi anni può dipendere da diversi fattori, tra cui una maggiore sensibilità della società nei confronti dei disturbi depressivi, un aumento dell'accuratezza diagnostica e dell'attitudine alla prescrizione da parte dei Medici anche per la disponibilità di nuovi principi attivi, una maggiore aderenza al trattamento da parte dei pazienti, un ampliamento dell'uso in diverse condizioni cliniche (patologie oncologiche e cronico-degenerative).

Consumo di farmaci antidepressivi (valori in Defined Daily Dose/1.000 ab die procapite pesate) Anni 2007-2019



Il suicidio è un indicatore importante della salute mentale della popolazione. Per quanto riguarda la sua distribuzione sul territorio nazionale, la mortalità più elevata si registra nelle regioni del Centro - Nord e quella più bassa nelle regioni del Sud. La Lombardia si posiziona tra le Regioni con un minore tasso di suicidi e ha mostrato negli ultimi anni un trend in discesa, partendo da un tasso di mortalità per suicidio pari allo 0,71 del 2012 e raggiungendo lo 0,58 del 2018. Tuttavia, il tasso di suicidio, considerando complessivamente i sette anni di osservazione (2012-2018), mostra un'ampia variabilità tra le province lombarde, con il tasso nella provincia di Sondrio pari al doppio di quella di Monza Brianza.

Tasso di mortalità per suicidio per Provincia - anno 2018



Fonte: ASR Lombardia

Un ulteriore elemento da considerare è il *coverage*, cioè la quota di popolazione che riceve un trattamento per un determinato disturbo psichico. E' possibile ottenere questo dato, confrontando il numero di casi nella popolazione generale rispetto al numero di pazienti in trattamento nei servizi sanitari (servizi specialistici di salute mentale) oppure in cura con farmaci indicati per le loro patologie. I dati lombardi relativi al 2019 mostrano una variabilità legata alle singole patologie; per il disturbo schizofrenico è sufficiente utilizzare come numeratore il numero di pazienti all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, ottenendo un coverage elevato per tale patologia (79%).

Altri indicatori rilevanti per monitorare lo stato di salute sono rappresentati dall'ospedalizzazione per disturbi psichici e dall'ospedalizzazione per abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive.
Il numero di persone dimesse almeno una volta con diagnosi primaria o secondaria di disturbo psichico, nell'anno 2018, è lievemente maggiore nel genere maschile rispetto a quello femminile, in analogia al trend nazionale, ma con valori inferiori e tra i più bassi nel ranking regionale.

Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico per regione – Anno 2018

	Femmine	*Maschi*
Lombardia	33.14	35.99
Italia	44.15	48.11

Fonte: Elaborazione dell'ISS sui dati del Ministero della Salute. Anno 2020.

I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva sono estremamente frequenti e determinano un *Global Burden of Disease* particolarmente elevato. Coinvolgono complessivamente tra il 10% e il 20% della popolazione infantile e adolescenziale, con disturbi molto diversi che vanno dall'autismo all'epilessia, dalla depressione al disturbo del linguaggio, dalla dislessia alla disabilità intellettiva, dalle paralisi cerebrali infantili alle sindromi genetiche rare, dalle malattie neurodegenerative a quelle neuromuscolari e molte altre. Le nuove conoscenze nell'ambito delle neuroscienze e della specificità del neurosviluppo permettono diagnosi sempre più tempestive e interventi terapeutici e riabilitativi efficaci, che consentono di prevenire o ridurre il carico emotivo, sanitario e sociale dei disturbi, di migliorare la qualità di vita degli utenti e di supportare le famiglie nel percorso. Ciononostante, vi è ancora grande discrepanza tra investimento di risorse sulla salute fisica di bambini e adolescenti e investimento sulla salute neuropsichica.
La maggior parte degli interventi per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva avviene in ambito territoriale con prestazioni ambulatoriali sia nei servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA) che nei servizi di riabilitazione accreditata, mentre una quota più limitata di interventi avviene in ambito semiresidenziale, residenziale o di ricovero.
Il *numero di utenti con almeno un accesso ambulatoriale nei servizi di NPIA* in Lombardia evidenzia un trend in continuo aumento nel tempo; analogamente, anche il numero di prestazioni erogate è incrementato progressivamente, pur diminuendo il numero medio di prestazioni per utente. Nel 2020 si è registrata invece una parziale diminuzione sia di utenti che di prestazioni, per la relativa riduzione dei nuovi accessi e per alcune chiusure in luoghi particolarmente impattati dalla pandemia.

Attività ambulatoriale di NPIA in Lombardia (prestazioni e utenti) – Anni 2010-2020

Anno Erogazione	N utenti solo amb <18	N prestaz solo amb <18	N medio prestazioni per utente
2010	79.362	1.025.868	12,9
2011	89.696	1.090.635	12,2
2012	98.317	1.143.597	11,6
2013	101.921	1.173.891	11,5
2014	105.094	1.189.393	11,3
2015	107.509	1.220.708	11,4
2016	109.288	1.273.322	11,7
2017	112.567	1.241.103	11,0
2018	113.872	1.258.000	11,0
2019	115.711	1.265.744	10,9
2020	98.297	1.064.120	10,8

Il numero di utenti in semiresidenzialità di NPIA è analogamente aumentato nel tempo.

I ricoveri ordinari riguardano solo una piccola parte di utenti con disturbi neuropsichici dell'età evolutiva acuti o complessi, in ambito neurologico o psichiatrico. Nonostante l'estrema specificità dei bisogni, sia per età che per tipologia di disturbi, avvengono molto frequentemente in reparti non specifici per l'estrema carenza di posti letto di ricovero ordinario di NPIA. Regione Lombardia

ha un tasso di posti letto di NPIA superiore alla media nazionale e ha implementato ulteriormente la dotazione nel 2019, in particolare per l'ambito psichiatrico.
L'andamento del numero dei ricoveri nel tempo è sostanzialmente stabile per i disturbi neurologici e in costante aumento per i disturbi psichiatrici.
Nel 2020, a causa della pandemia si assiste ad una rilevante diminuzione dei ricoveri in entrambi gli ambiti, più marcata per l'ambito neurologico e per i reparti non NPIA.

Numero di ricoveri per minori con disturbi neuropsichici in Lombardia – Anni 2015-2020

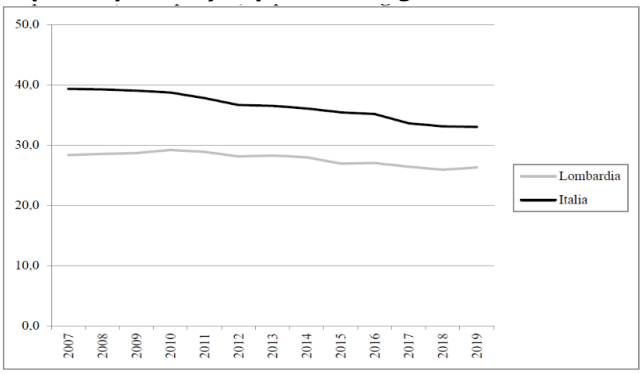
ricoveri residenti 0-17 per disturbi NPIA	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
NPIA	1661	1647	1691	1868	2261	1659
pediatria	5383	5444	5152	5299	5155	3503
psichiatria	252	280	376	338	262	163
altro	2389	2265	2299	2297	2192	1282
totale	9685	9636	9518	9802	9870	6607
ricoveri residenti 0-17 per disturbi psichiatrici	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
NPIA	752	743	753	936	1275	956
pediatria	726	786	888	770	845	697
psichiatria	252	279	376	336	261	163
altro	952	861	884	877	846	387
totali	2682	2669	2901	2919	3227	2203
ricoveri residenti 0-17 per disturbi neuroloqici	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
NPIA	909	904	938	932	986	703
pediatria	4657	4658	4264	4529	4310	2806
neuroriabilitazione o recupero e riabilitazione	499	486	541	494	510	316
altro	938	919	874	928	837	579
totali	7003	6967	6617	6883	6643	4404
ricoveri non residenti 0-17 per disturbi NPIA	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
NPIA	683	663	681	624	680	384
totali	1960	2066	1964	1913	1825	952

4.3. Salute materno-infantile

La proporzione di parti con Taglio Cesareo (TC) corrisponde ad un indicatore di qualità dell'assistenza perinatale e misura l'utilizzo di un intervento efficace in presenza di condizioni complicanti la gravidanza o il travaglio. Come ogni intervento chirurgico, anche il TC è associato a rischi per la salute materna e perinatale a breve e a lungo termine, per cui Il ricorso eccessivo e inappropriato all'intervento costituisce un problema di sicurezza ed efficacia clinica, oltre che di costo-efficacia e di salute pubblica.

In Lombardia la proporzione di parti con TC nel 2019 è pari al 26,3% (valore nazionale 33,0%). Nell'arco temporale 2007-2019, i valori sono inferiori rispetto a quelli nazionali e presentano una diminuzione pari a -7,3% (-16,0% in Italia). Come a livello nazionale, la riduzione del ricorso al TC si correla principalmente alla diminuzione dei TC primari a fronte di una riduzione meno rilevante di quelli ripetuti *(Osservasalute 2020).*

Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo - Anni 2007-2019



4.4. Patologie croniche

In Lombardia, come sull'intero territorio nazionale, la principale causa di morte è rappresentata dalle malattie croniche, che sono anche le maggiori responsabili della perdita di anni di vita vissuti in buona salute e del consumo di risorse sanitarie in quanto notevolmente disabilitanti. Esse sono determinate non solo da fattori di tipo genetico non modificabili, ma anche da fattori comportamentali, pertanto modificabili attraverso la promozione di stili di vita salutari. Tali malattie rappresentano la sfida più importante per i sistemi sanitari e sociali; da qui la rilevanza dell'investimento in prevenzione.

Età avanzata e bassi livelli socioeconomici si correlano ad una maggiore prevalenza e mortalità per patologie croniche.

Regione Lombardia grazie ad algoritmi sviluppati negli anni in collaborazione tra ASL/ATS, Direzione Regionale e società scientifiche (sistema "BDA3") è in grado di stratificare la popolazione residente in funzione delle patologie croniche di cui risulta essere affetta, sulla base delle informazioni contenute nel Data Warehouse (DWH) amministrativo di cui Regione è titolare e che viene trattato con finalità di monitoraggio e valutazione della qualità e della efficacia delle cure erogate alla popolazione.

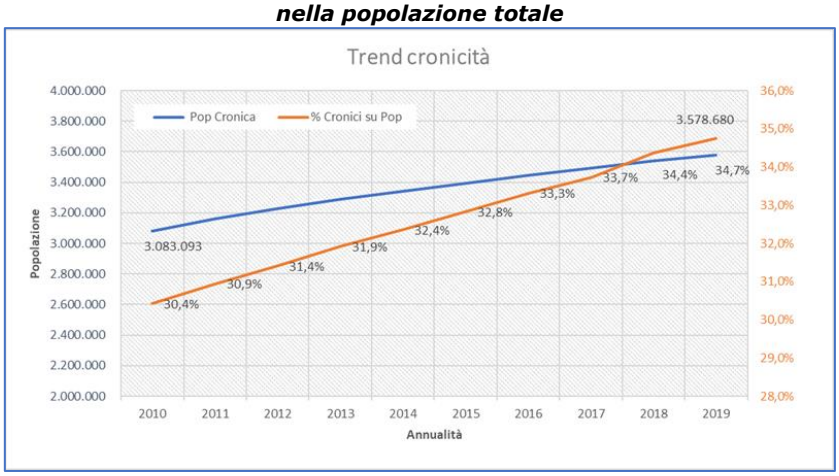
Negli ultimi anni la prevalenza di soggetti individuabili come affetti da patologie croniche è aumentata passando dal 30,4% del 2010 al 34,7% del 2019; l'incremento, soprattutto oltre i 65 anni, è quasi direttamente proporzionale all'aumento del numero di soggetti nella specifica classe di età; il carico di cronicità oltre i 65 anni è mediamente almeno del 74% e oltre gli 80 anni giunge al 85-86%.

In tale situazione la prevenzione e la presa in carico complessiva del paziente cronico acquisiscono ancor più importanza poiché finalizzate, da un lato a prevenire l'insorgere delle patologie croniche, e dall'altro a ritardare l'aggravarsi delle patologie croniche già esistenti.

La distribuzione dei soggetti cronici si concentra nelle seguenti patologie principali: *ipertensione arteriosa (22,7% dei soggetti cronici), diabete mellito di tipo 2 (8,5%), ipercolesterolemie familiari e non familiari (6,2%), neoplasia in fase attiva, cioè soggetta a prestazioni sanitarie "traccianti" nell'ultimo anno (5,5%), cardiopatia ischemica (5,2%).*

I dati Istat (Indagine sugli Aspetti della vita quotidiana) confermano l'incremento della prevalenza delle principali patologie croniche nell'ultimo decennio.

Popolazione cronica in Lombardia: trend temporale del numero di soggetti cronici e della loro prevalenza nella popolazione totale



Fonte: Banca Dati Assistiti Regione Lombardia quotidiana

Popolazione secondo la condizione di salute e alcune malattie croniche (x100)

Malattie croniche	Lombardia		Italia	
	2010	2019	2010	2019
In buona salute	71,7	70,3	70,6	68,8
Con almeno una malattia cronica	39,3	41,0	38,6	40,9
Con almeno 2 malattie croniche	19,2	18,6	20,1	21,1
Cronici in buona salute	46,0	48,4	42,0	43,1
Diabete	4,5	5,1	4,9	5,8
Ipertensione	14,7	15,9	16,0	17,9
Bronchite cronica	5,4	5,6	6,1	6,1
Artrosi, artrite	16,2	13,5	17,3	16,0
Osteoporosi	5,9	6,5	7,0	8,1
Malattie del cuore	4,0	4,1	3,7	4,2
Malattie allergiche	11,4	12,7	9,8	11,4
Disturbi nervosi	3,3	3,9	4,2	4,8
Ulcera gastrica o duodenale	2,2	2,1	2,8	2,6

Fonte: Istat, Indagine sugli Aspetti della vita

4.5.Cause di ricovero

Le principali cause di ricovero, espresse come *Diagnosis Related Groups* (DRG, Raggruppamenti omogenei di diagnosi) nel 2019 rimangono sovrapponibili a quelle del 2018 con una lieve riduzione in termini di volumi (numero di casi e tasso grezzo).

Tasso di ricovero per DRG in strutture lombarde (per 1000 residenti). Primi 20 DRG anno 2019 confronto con 2018

DRG	2019			2018	
	Casi	Tassi grezzi	% tot	Casi	Tassi grezzi
Neonato normale	59.563	5,92	5,7	61.855	6,17
Parto vaginale senza cc	48.007	4,77	4,6	49.929	4,98
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto di arti inferiori	29.402	2,92	2,8	27.893	2,78
Insufficienza cardiaca e shock	27.694	2,75	2,6	27.349	2,73
Altre diagnosi sist. muscoloscheletrico e connettivo	21.646	2,15	2,1	21.495	2,15
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	17.200	1,71	1,6	16.462	1,64
Parto cesareo senza cc	17.106	1,70	1,6	17.597	1,76
Malattie degenerative sist. nervoso	16.798	1,67	1,6	17.502	1,75
Polmonite semplice e pleurite, età >17 anni con cc	16.237	1,61	1,5	15.453	1,54
Interventi per via transureterale senza cc	14.566	1,45	1,4	14.252	1,42
Interventi utero e annessi (non per tumore maligno) senza cc	14.552	1,45	1,4	14.985	1,50
Colecistectomia laparoscopica senza cc	13.215	1,31	1,3	13.542	1,35
Emorragia intracranica o infarto cerebrale	12.596	1,25	1,2	13.188	1,32
Psicosi	12.579	1,25	1,2	12.535	1,25
Interventi spalla, gomito (escluso interv. maggiori su articolazioni) senza cc	12.151	1,21	1,2	12.605	1,26
Interventi sistema cardiovascolare via percutanea	11.438	1,14	1,1	10.676	1,07
Interventi sistema cardiovascolare via percutanea con stent medicato	10.825	1,08	1,0	10.442	1,04
Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	10.717	1,07	1,0	10.239	1,02
Malattie cardiovascolari (no IMA)	10.664	1,06	1,0	10.450	1,04
Malattia polmonare cronico-ostruttiva	9.416	0,94	0,9	10.583	1,06
Totale	**1.052.807**	**104,65**		**1.097.297**	**109,52**

Fonte: flusso SDO Regione Lombardia; cc = patologie concomitanti e/o complicanze

Tra le principali patologie causa di ricovero in Lombardia (tasso standardizzato per 100.000 dimissioni ospedaliere nel 2019 in regime ordinario – fonte dati SDO nazionali), si segnalano di seguito le patologie cardio-cerebro vascolari e il diabete mellito.

Le patologie cardio-cerebro vascolari determinano un elevato carico di malattia nella popolazione adulta soprattutto anziana, sia per l'elevata aspettativa di vita sia per la maggiore sopravvivenza ad eventi acuti registrata negli anni per il miglioramento dell'assistenza.
Tra queste patologie, negli uomini le malattie ischemiche del cuore acute e subacute registrano il maggiore tasso di ospedalizzazione (851,7), seguite dalle malattie cerebrovascolari (520,4) e dall'insufficienza cardiaca (470,0); i tassi risultano superiori a quelli delle donne soprattutto per le malattie ischemiche (di 3,2 volte), in minor misura per le altre due classi (1,4 e 1,6 volte). Negli anni (rilevazione 2013-2019) si osserva una riduzione dei tassi di ospedalizzazione per le tre classi di patologia in entrambi i generi, tra il -17% e il -18%, tranne che per le malattie ischemiche di cuore negli uomini che registrano una riduzione di minore entità (-11,7%). Il trend è correlabile sia alla riduzione dei principali fattori di rischio cardiovascolari nella popolazione e al miglioramento degli stili di vita, sia alla crescente disponibilità di trattamenti specifici e all'offerta di servizi sul territorio.

Nell'ambito delle malattie metaboliche, il diabete rappresenta quella a cui è associato il maggior carico in termini di morbidità, comorbidità e mortalità. Il tasso di ospedalizzazione nel 2019 per diabete mellito è negli uomini di 39,3 e nelle donne di 21,4 (rapporto M:F 1,8), con una riduzione nell'ultimo triennio rispettivamente di -18,1% e 20,4%, anche grazie ad una migliore presa in carico complessiva dei pazienti.

4.6 Tumori maligni

Il tasso di incidenza standardizzato sulla nuova popolazione Europea (2013) per tutti i tumori (esclusi gli epiteliomi) in Lombardia, stimato per l'anno 2019 sul trend 2003-2014 assumendo che nel breve periodo gli andamenti dei principali indicatori epidemiologici rimangano invariati, è di 610 casi per 100.000 abitanti negli uomini (14° posto tra le Regioni) e di 535 casi per 100.000 nelle donne (al 2° posto tra le Regioni). Negli uomini le maggiori incidenze si osservano per prostata, polmone, colon e vescica, nelle donne per mammella (con un'incidenza stimata superiore tra tutte le Regioni), polmone e colon-retto.
L'incidenza è superiore negli uomini, con un rapporto M/F di 1,1 per i tumori totali, 1,9 per polmone, 1,5 per colon-retto e 4,4 per vescica.

Tasso di incidenza tumori standardizzato (per 100.000) in Lombardia anno 2019 stimato sul trend 2003-2014

	Stomaco		Colon-retto		Polmone		Cute (melanomi)		Mammella	Utero cervice	Prostata	Vescica		Tutti (no cute)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	F	F	M	M	F	M	F
Lombardia	28,1	14,2	67,0	43,3	93,7	50,2	21,5	19,7	188,1	10,7	125,4	62,6	14,3	**610,0**	**535,0**
ITA Nord	33,7	16,7	90,3	57,6	120,0	35,1	21,8	18,0	161,9	8,0	145,1	76,2	14,9	**730,0**	**509,4**
ITA Centro	36,3	19,8	96,3	61,5	100,0	30,5	24,9	19,0	141,7	7,9	137,6	77,4	14,6	**699,0**	**482,4**
ITA Sud	23,8	12,8	85,1	54,8	103,3	22,0	12,4	10,6	124,9	7,0	106,6	83,6	13,4	**631,1**	**424,2**

Fonte "I Numeri del Cancro 2019" Banca Dati AIRTum

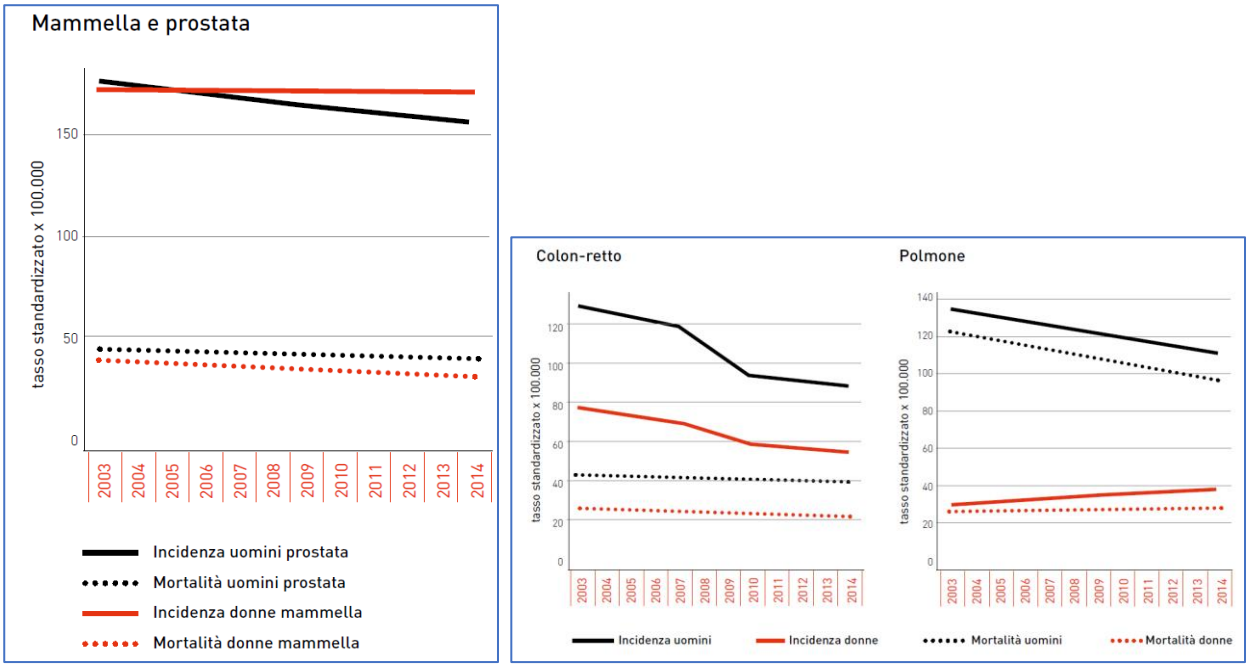
Per fornire un quadro epidemiologico più completo dell'oncologia a livello regionale, viene presentata la sopravvivenza a 5 anni, indicatore ampiamente entrato nell'uso comune sebbene non rappresenti un valore soglia per la guarigione che è differenziata per tipo di tumore. Il metodo utilizzato per valutare la sopravvivenza oncologica è la cosiddetta sopravvivenza netta, cioè non imputabile ad altre cause diverse dal cancro. Nel confronto tra le Regioni italiane, secondo stima AIRTUM, la Lombardia mostra i valori più elevati di sopravvivenza a 5 anni tumori di corpo dell'utero (80%), fegato (23%) e polmone (18%).

Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) casi incidenti 2005-2009 (pool AIRTUM) per le 13 Regioni presentate nel rapporto AIRTUM 2016

	% SOPRAVVIVENZA 5 ANNI
Stomaco	34
Colon-retto	66
Polmone	18
Mammella	87
Prostata	93
Fegato	23
Pancreas	8
Melanoma	87
Cervice	70
Ovaio	40
Utero	80
Testicolo	92
Tiroide	92
Leucemia	49
Linf Hodgkin	84
Linf non Hodgkin	63
Tutti	**54 (M)**
	63 (F)

I dati relativi ai trend temporali indicano che l'incidenza dei principali tumori è in riduzione sia negli uomini che nelle donne, in particolare quella del colon-retto (grazie agli effetti dello screening oncologico).
Nelle donne si evidenzia il trend in crescita dei tumori del polmone e della mammella.
I trend temporali indicano che nel periodo 2003-2014 anche la mortalità continua a diminuire in maniera significativa in entrambi i generi come risultato di più fattori, quali la prevenzione primaria ed in particolare la lotta al tabagismo, la diffusione degli screening su base nazionale, i miglioramenti diagnostici, i progressi terapeutici (chirurgici, farmacologici, radioterapici) e l'applicazione sempre più su larga scala di una gestione multidisciplinare dei pazienti oncologici.

Trend temporali di incidenza e mortalità 2003-2014 per sede tumorale e genere in Lombardia. Tassi standardizzati popolazione europea 2003



Fonte: AIRTUM

Tumori professionali

I tumori di origine professionale continuano a rappresentare sia in Europa che in Italia un fenomeno sottostimato in ragione delle difficoltà non solo ad identificarli in quanto tali nell'ambito degli accertamenti anamnestici, ma anche per la difficoltà oggettiva – in particolare per quelli a lunga latenza – ad individuarne l'origine professionale ed il nesso eziologico.

Ciò premesso, nel quinquennio 2015-2019, le patologie riconosciute in Lombardia sono circa il 40% (9.345 su 23.443) del totale delle patologie denunciate. La quota percentuale delle denunciate cambia in base al tipo di patologia, alla forma tabellata o non tabellata e alla possibile genesi multifattoriale; con riguardo alla valutazione del danno, tra le patologie prevalgono le neoplasie, ed in particolare il mesotelioma (seguite dalla patologia muscolo scheletrica e dal danno da rumore).

Gruppo Codice Sanitario Accertato INAIL	2015	2016	2017	2018	2019	Totale
002 Neoplasie esclusi mesoteliomi	2132	1301	1623	1270	1149	7475
003 Mesotelioma pleurico	3653	3197	2942	3168	1295	14255

I tumori denunciati e riconosciuti da INAIL nel periodo 2015-2019 sono in totale 1.060: sono 809 i casi asbesto-correlati e 670 i casi appartengono al gruppo "mesotelioma pleurico".

NEOPLASIE	INDICATORE di DANNO con o senza esposizione ASBESTO			NUMERO di malattie con o senza esposizione ASBESTO		
Codice Sanitario Accertato	No	Si	TOTALE	No	Si	TOTALE
053 Tumore maligno dell'esofago	20	0	20	1	0	1
054 Tumore maligno dello stomaco	31	0	31	2	0	2
057 Tumore maligno del fegato e delle via biliari	13	0	13	4	0	4
059 Altri tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo tessuto retroperitoneale	0	696	696	0	21	21
060 Tumore maligno delle cavita' nasali, orecchio medio e seni	725	0	725	52	0	52
061 Tumore maligno del laringe	10	0	10	1	0	1
062 Tumore maligno della trachea,dei bronchi, del polmone non secondario	1.950	3.039	4.989	82	114	196
063 Tumore maligno della pleura	0	14.255	14.255	0	670	670
067 Altri tumori maligni della pelle	15	0	15	8	0	8
068 Tumore maligno della mammella	7	0	7	1	0	1
075 Tumore maligno del testicolo	0	9	9	0	3	3
077 Tumore maligno della vescica	805	0	805	84	0	84
078 Tumore maligno del rene e altri non specificati organi dellurinario	0	0	0	1	0	1
079 Tumore maligno dell'occhio	1	0	1	1	0	1
081 Tumore maligno della tiroide	23	0	23	2	0	2
084 Linfosarcoma,reticolosarcoma,mieloma multiplo ,tumori immunoreattivi ed altri tumori maligni del tessuto linfatico ed	83	0	83	5	0	5
087 Leucemia mieloide	30	0	30	1	0	1
088 Luecemia monocitica; altre leucemie precisate e non	4	0	4	1	0	1
090 Tumore benigno della pelle	2	0	2	1	0	1
094 Carcinomi in situ dei vari apparati.tumori ad evoluzione im	12	3	15	4	1	5
TOTALE	**3.729**	**18.001**	**21.730**	**251**	**809**	**1.060**

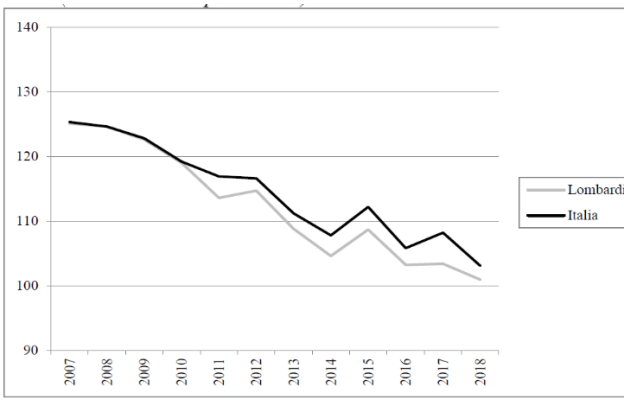
4.7. Mortalità

Mortalità generale

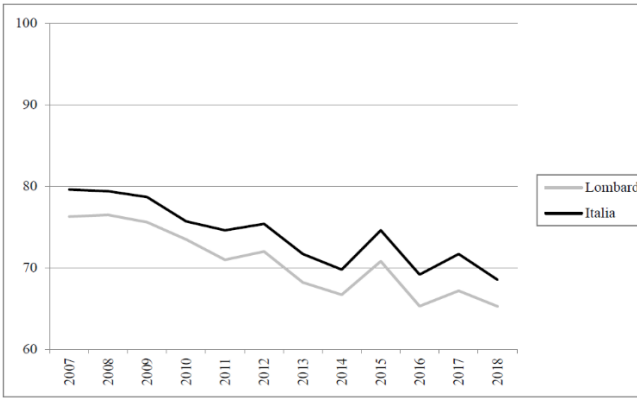
In Lombardia i tassi di ***mortalità generale***, nel 2018, risultano pari a 100,9 per 10.000 per gli uomini ed a 65,3 per 10.000 per le donne (valore nazionale: uomini 103,1 per 10.000 e donne 68,5 per 10.000). Nell'intervallo temporale 2007-2018, si evidenzia sia per gli uomini che per le donne una riduzione (uomini: -19,3% *vs* -17,7% valore nazionale; donne: -14,5% *vs* -13,9% valore nazionale). Rispetto ai valori nazionali, i dati registrati per il genere maschile sono quasi tutti inferiori ai valori italiani (ad eccezione del dato 2008 che risulta uguale), mentre per il genere femminile i dati risultano, per il periodo esaminato, tutti minori rispetto ai dati nazionali.

Per effetto della pandemia Covid-19, il tasso di mortalità sale da 1,01% del 2019 a 1,36%, mentre il tasso di natalità prosegue il trend negativo (0,75% nel 2018) e passa da 0,72% del 2019 a 0,69% comunque sovrapponibile al dato nazionale (0,70%).

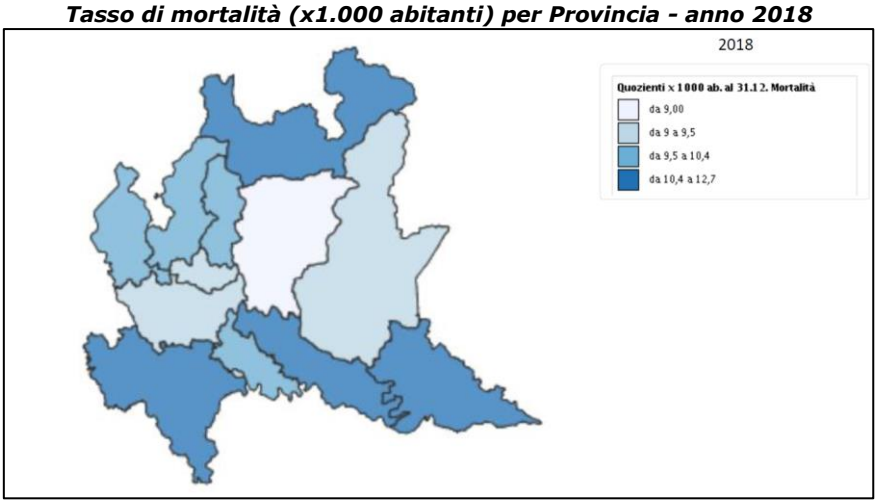
Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità. Maschi - Anni 2007-2018



Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità. Femmine - Anni 2007-2018



Tasso di mortalità (x1.000 abitanti) per Provincia - anno 2018

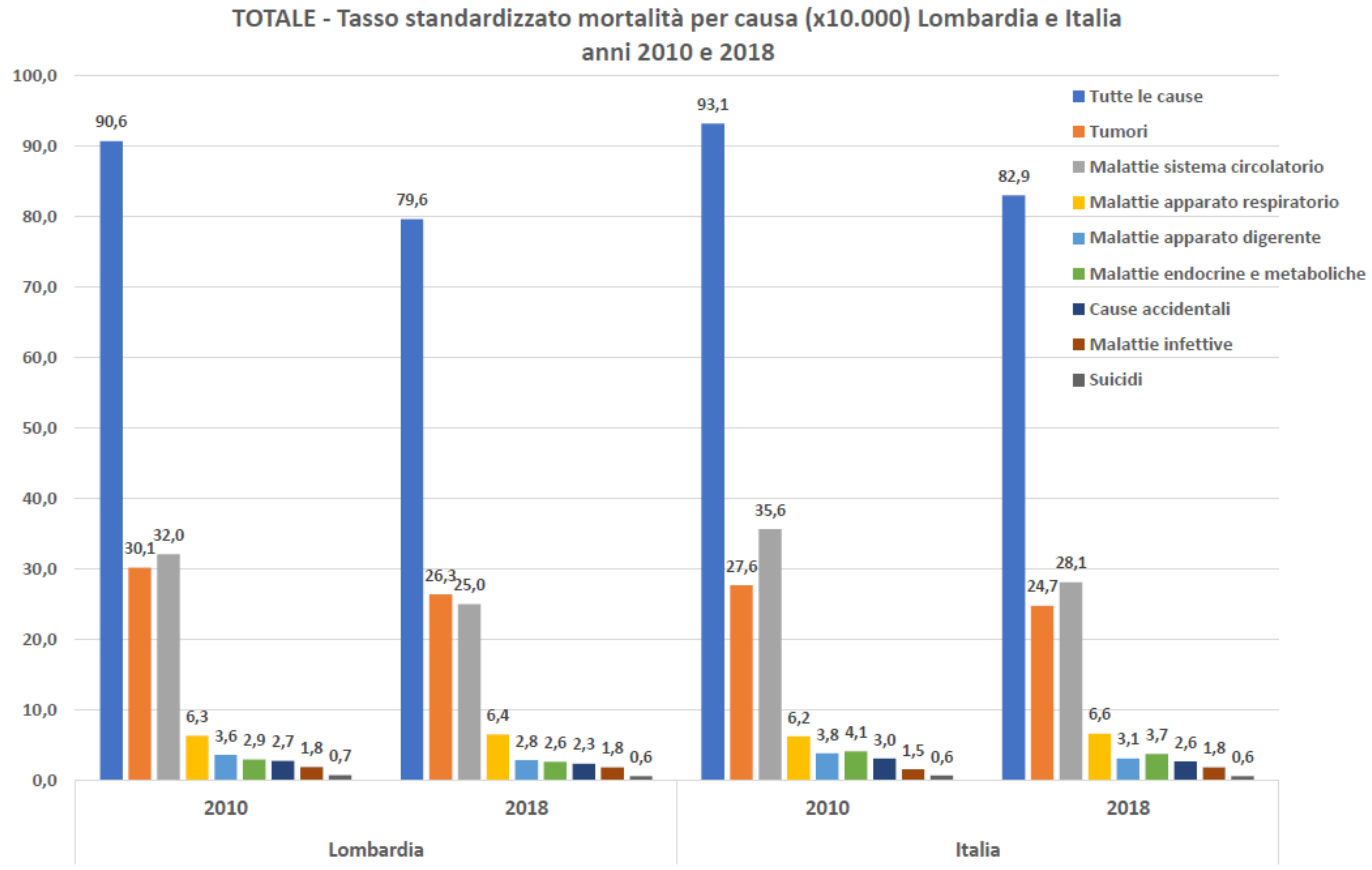


Fonte: ASR Lombardia)

Mortalità per causa

Le principali cause di morte nel 2018 in Lombardia sono rappresentate da vari tipi di tumori (33,1% di tutte le cause) e dalle malattie del sistema circolatorio (31,3%), che in Italia e nelle donne lombarde continuano ad essere la prima causa. Il tasso di mortalità per malattie ischemiche e cerebrovascolari (nel complesso circa il 17% delle cause di morte), si è ridotto

notevolmente negli anni incidendo in modo rilevante sulla riduzione della mortalità complessiva (analogamente al tasso di ospedalizzazione come indicato in precedenza); ha mantenuto la prevalenza nel genere maschile.



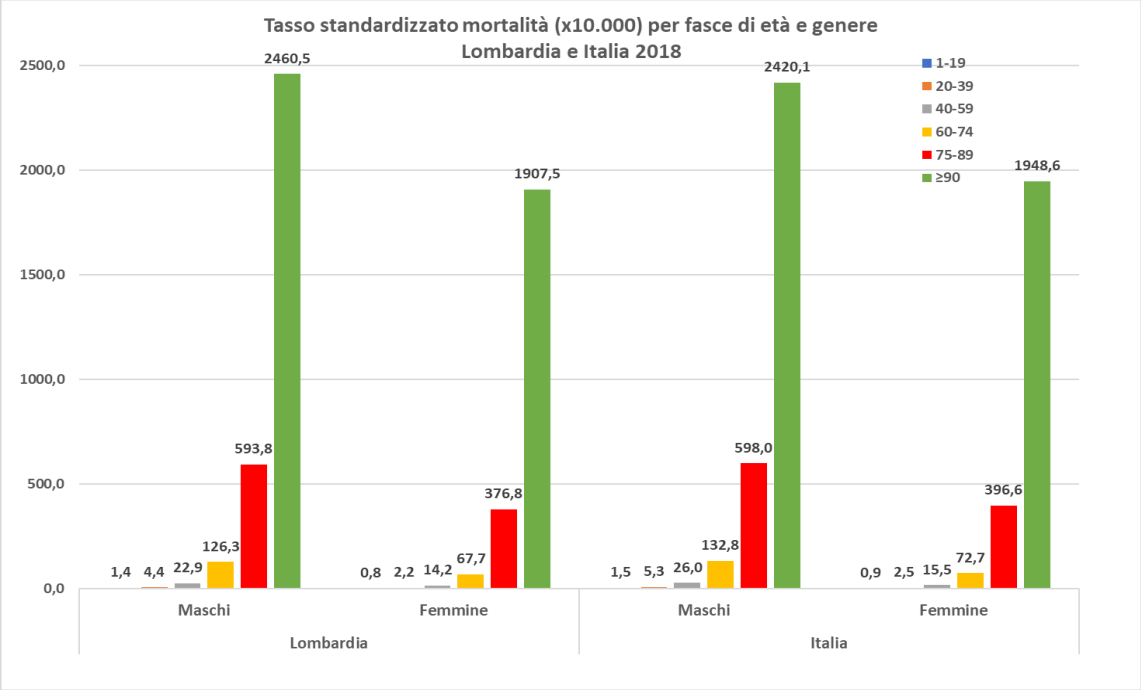
Tassi standardizzati di mortalità per 10.000	UOMINI				DONNE			
	Lombardia		Italia		Lombardia		Italia	
	2010	2018	2010	2018	2010	2018	2010	2018
Tutte le cause	**119,0**	**100,9**	**119,2**	**103,1**	**76,5**	**65,3**	**75,7**	**68,55**
Malattie infettive	2,4	2,3	1,9	2,1	1,5	1,5	1,2	1,6
Tumori	41,8	35,1	38,2	32,6	22,8	20,4	20,6	19,2
Malattie sistema circolatorio	40,2	30,8	43,1	33,6	27,1	21,0	30,5	24,1
Malattie apparato respiratorio	10,2	9,3	10,0	9,6	4,6	4,9	4,2	4,9
Malattie apparato digerente	4,4	3,6	4,6	3,8	3,0	2,3	3,1	2,5
Malattie endocrine e metaboliche	3,4	3,1	4,5	4,3	2,5	2,1	3,7	3,2
Cause accidentali	3,8	3,2	4,0	3,6	2,0	1,6	2,2	1,9
Suicidi	1,1	0,8	1,1	0,9	0,3	0,3	0,3	0,3

UOMINI	Lombardia		Italia	
	2010	2018	2010	2018
polmoni	10,4	8,3	9,5	7,6
colon retto	4,0	3,3	4,0	3,5
prostata	3,1	2,5	3,2	2,6
fegato	2,9	2,4	2,3	2,0
pancreas	2,3	2,3	1,9	1,9
stomaco	2,7	2,3	2,2	1,8
vescica	1,7	1,5	1,8	1,6
leucemia	1,3	1,2	1,2	1,2

DONNE	Lombardia		Italia	
	2010	2018	2010	2018
mammella	3,9	3,4	3,4	3,2
polmoni	2,7	2,9	2,3	2,6
colon	2,3	1,9	2,3	2,0
pancreas	1,8	1,8	1,5	1,5
stomaco	1,3	1,1	1,1	0,9

Nel periodo pandemico, *l'eccesso di mortalità per tutte le cause* rappresenta un importante indicatore dell'impatto complessivo dell'epidemia, in quanto comprende sia i decessi attribuiti direttamente a Covid-19 sia quelli non diagnosticati o indirettamente collegati alla pandemia per ritardato o mancato trattamento a causa di un sistema sanitario sovraccarico. Rispetto al 2019, l'eccesso di mortalità è pari al 24,7% (superiore al 13,2% nazionale) e risulta più elevato nelle province di Bergamo, Cremona e Lodi. L'eccesso di mortalità rispetto alla media dei 5 anni precedenti (2015-2019) è più rilevante nella prima ondata rispetto alla seconda; ad esso contribuiscono in particolare gli over 80 e la fascia tra 70-79 anni in percentuali simili a quelle della mortalità da Covid-19 sopra descritte. Nei soggetti di età inferiore ai 50 anni, invece, si osserva una minore mortalità rispetto ai 5 anni precedenti, sia per la minore letalità dell'epidemia sia per la riduzione della mortalità per alcune delle principali cause in questa fascia di popolazione come quelle accidentali, per effetto del lockdown e del conseguente blocco della mobilità e di molte attività produttive.

Complessivamente, seguendo il trend nazionale, il tasso di mortalità in Lombardia si differenzia notevolmente nelle diverse fasce di età presentando valori estremi nelle età estreme e registra in ogni gruppo uno svantaggio nel genere maschile, soprattutto a partire dai 60 anni con riduzione del gap nelle età più avanzate. Nel confronto nazionale, il tasso di mortalità supera di poco quello italiano solo tra gli uomini nella classe di età più avanzata, che tuttavia rappresenta una popolazione fragile e soggetta a variazioni annuali di mortalità per eventi che ne influenzano l'andamento. La principale causa di morte nei maschi fino ai 39 anni sono i decessi di natura violenta; tra 20-39 anni tale causa spiega gran parte dell'eccesso di mortalità degli uomini rispetto alle donne, per le quali la prima causa di morte è invece rappresentata dai tumori pur con un tasso identico a quello maschile. Tra 40 e 74 anni le prime due cause di decesso sono i tumori e le malattie del sistema circolatorio in entrambi i generi, con una mortalità per tumori nelle donne inizialmente molto simile a quella degli uomini quindi decisamente inferiore con l'avanzare dell'età. Dai 75 anni in poi le malattie del sistema circolatorio rappresentano la prima causa di morte nelle donne, mentre negli uomini fino agli 89 anni prevalgono ancora i tumori (a differenza del dato nazionale). Tra gli ultra 90enni, poco meno della metà dei decessi è dovuto alle malattie del sistema circolatorio, seguiti dai tumori.



Mortalità evitabile

L'analisi della *mortalità evitabile* rappresenta uno strumento utile per valutare strategie e azioni di sanità pubblica finalizzate a contrastare i decessi prematuri dovuti a *cause di morte prevenibili o trattabili*; l'indicatore tiene conto non solo della frequenza dei decessi per le cause selezionate, ma anche dell'età del deceduto.

La *mortalità prevenibile* è evitabile principalmente tramite interventi di prevenzione primaria per ridurre l'incidenza di patologie, mentre la *mortalità trattabile* è evitabile principalmente tramite interventi diagnostico-terapeutici tempestivi ed efficaci, per ridurre la mortalità delle patologie insorte.

In base ai dati Istat 2018, a fronte di una media nazionale di 17 giorni perduti standardizzati (per età) pro-capite per mortalità evitabile (soggetti di età compresa tra 0 e 74 anni), la Lombardia registra un valore di 15,9 che la colloca al 7° posto tra le Regioni; rispetto alle cause trattabili si posiziona al 5° (5,8 anni con una perdita inferiore di 1 anno alla media nazionale) e al 10° per quelle prevenibili (10,0 anni, con una perdita inferiore di 0,5 anni rispetto all'Italia). Le cause prevenibili incidono circa per il 63% sulle morti evitabili, quota superiore rispetto al 61% della media nazionale.

Nel triennio 2016-2018, le province lombarde con minore mortalità evitabile sono Monza-Brianza (14,6 giorni perduti standardizzati pro-capite), Milano (15,4) Lecco (15,6), Como e Varese (15,9), mentre quelle con maggiore mortalità evitabile sono Pavia e Sondrio (19,5 e 20,4).

In valore assoluto, nel triennio 2016-2018 i decessi evitabili entro i 74 anni in Lombardia sono 45.320 sul totale di 69.902 decessi, con un'incidenza pari al 64,8%, seguendo un trend in riduzione negli ultimi 10 anni.

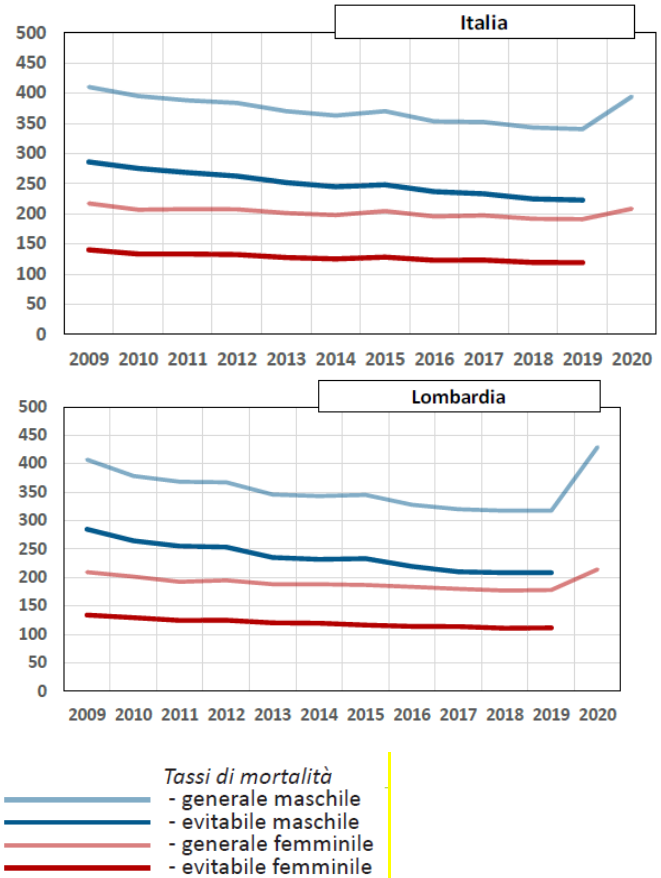
Il confronto dell'andamento della mortalità evitabile e della mortalità generale per genere evidenzia un trend in riduzione per entrambi i valori nei due generi, ma evidenzia l'eccesso di mortalità nel 2020 dovuto alla pandemia da Covid-19.

Mortalità evitabile totale (TD) per Regione, di cui trattabile (AD) o prevenibile (PD)
Decessi 0-74 anni - Giorni perduti standardizzati pro-capite anno 2018

#	REGIONE	TD	AD	[POS]	PD	[POS]
1	TRENTINO A. A.	14,8	5,1	[1]	9,7	[4]
2	MARCHE	15,1	6,0	[7]	9,0	[1]
3	UMBRIA	15,3	6,1	[8]	9,2	[2]
4	VENETO	15,4	5,8	[4]	9,6	[3]
5	TOSCANA	15,5	5,8	[6]	9,7	[5]
6	EMILIA ROM.	15,7	5,6	[3]	10,0	[6]
7	LOMBARDIA	15,9	5,8	[5]	10,0	[7]
8	LIGURIA	16,9	6,5	[10]	10,4	[10]
9	FRIULI VEN. G.	17,0	6,4	[9]	10,6	[13]
	ITALIA	**17,2**	**6,8**		**10,5**	
10	PUGLIA	17,3	7,2	[15]	10,1	[8]
11	ABRUZZO	17,4	7,1	[14]	10,3	[9]
12	PIEMONTE	17,8	6,6	[11]	11,2	[16]
13	LAZIO	18,2	7,3	[16]	10,9	[14]
14	VALLE D'AOSTA	18,3	5,5	[2]	12,8	[20]
15	BASILICATA	18,3	7,1	[13]	11,2	[17]
16	MOLISE	18,3	7,8	[17]	10,5	[12]
17	SARDEGNA	18,6	6,8	[12]	11,7	[18]
18	CALABRIA	18,6	8,1	[18]	10,5	[11]
19	SICILIA	19,3	8,4	[19]	11,0	[15]
20	CAMPANIA	20,8	8,7	[20]	12,1	[19]

Decessi totali ed evitabili in Lombardia nel periodo 2010-2018 in valore assoluto

	2010-2012	2013-2015	2016-2018
decessi totali	76.892	73.132	69.902
di cui evitabili	51.953	48.330	45.320
% evitabili	67,6	66,1	64,8

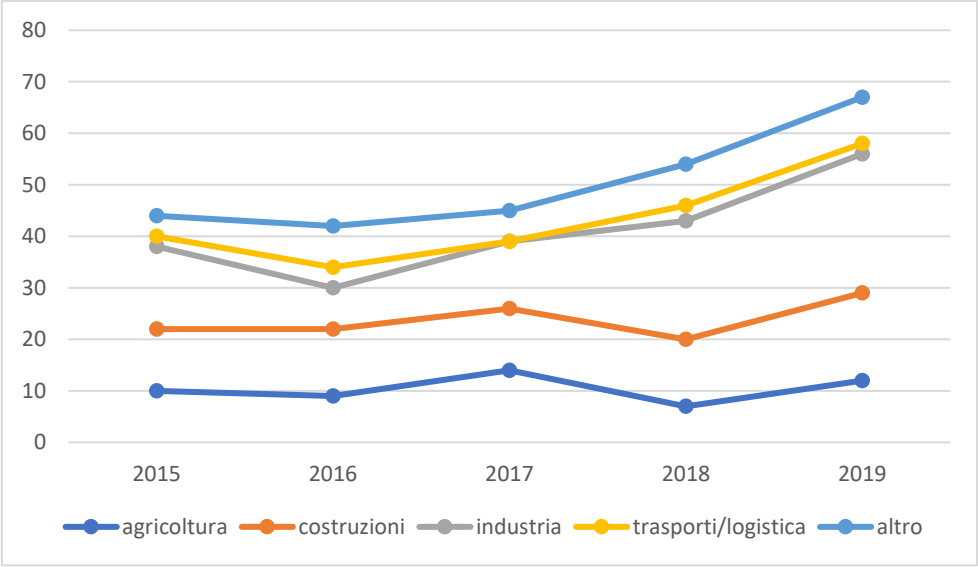


Tra le mortalità evitabili occorre richiamare gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Entrambi i fenomeni rappresentano un problema significativo di salute pubblica, per le rilevanti dimensioni e diffusione capillare del fenomeno, per le significative conseguenze sanitarie, sociali ed economiche, dirette ed indirette, sia per l'individuo che per le imprese e per la società in generale.

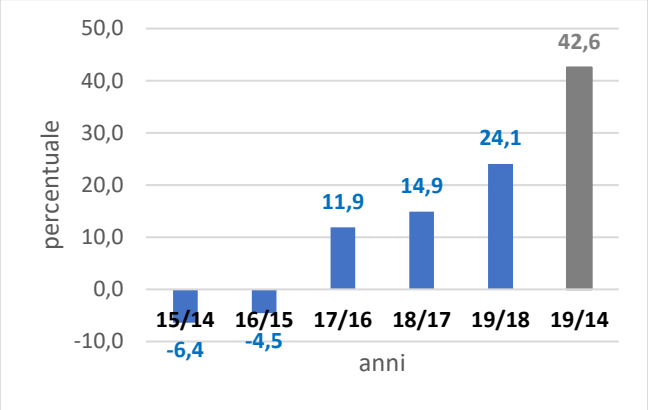
Il fenomeno degli infortuni mortali sul luogo di lavoro (ad esclusione degli infortuni stradali ed in itinere) è monitorato attraverso il Registro regionale degli infortuni mortali alimentato, dal 2008 ad oggi, dai Servizi PSAL delle ATS, a seguito dell'inchiesta condotta. Nel registro gli eventi sono rappresentati per anno di accadimento, luogo, settore di appartenenza dell'ambiente lavorativo in cui l'evento si è realizzato, caratteristiche dell'infortunato (sesso, età, rapporto di lavoro), modalità di accadimento. Queste informazioni sono estratte dalla scheda generata dal gestionale Ma.P.I., presente nel Sistema Informativo della Prevenzione, ben più articolata e funzionale alla registrazione di tutte le informazioni utili al fine dell'inchiesta per infortunio, sia grave che mortale.

Infortuni mortali (non stradali né in itinere) in occasione di lavoro per macrosettore attività e anno dell'evento. *(Registro regionale infortuni mortali RL)*

anno	agricoltura	costruzioni	industria	trasporti/logistica	altro
2015	10	12	16	2	4
2016	9	13	8	4	8
2017	14	12	13	0	6
2018	7	13	23	3	8
2019	12	17	27	2	9



Dal 2008 al 2019 si è assistito ad una fase di riduzione del numero di infortuni la cui tendenza è variata a partire dal 2017.
Di seguito si commentano i dati a partire dal 2014 da cui emerge il numero degli eventi infortunistici con esito mortale sono passati da 44 del 2015 a 67 del 2019, registrando il considerevole aumento del 42,6%. Analizzando l'andamento dell'incidenza % dei singoli anni del periodo considerato, si osserva che dal 2014 al 2016 si è assistito ad una costante diminuzione del numero degli infortuni mortali, mentre dal 2017 al 2019 l'andamento è stato di crescita ed è coinciso con un +59,5%.



Analizzando il numero di eventi mortali accaduti nei macrosettori osservati, si evidenzia che il settore:

- Industria è il settore nel quale sono accaduti il maggior numero di incidenti con esito mortale. Gli anni il numero maggiore di eventi sono stati il 2015, 2018 e 2019; la crescita maggiore è avvenuta nel 2018 (+84,6%) quando gli infortuni da 13 (anno 2017) sono passati a 24;
- Edilizia è il secondo settore per numero di infortuni mortali ed in questo settore il maggior numero di eventi è accaduto nel 2019; la crescita maggiore è avvenuta nel 2019 (+41,7%) quando gli infortuni da 14 (anno 2018) sono passati a 17;
- Agricoltura è il terzo settore per numero di infortuni mortali ed in questo settore il maggior numero di eventi è accaduto nel 2017; la crescita maggiore è avvenuta nel 2019 (+100%) quando gli infortuni da 6 (anno 2018) sono passati a 12; i 6 infortuni mortali del 2018 hanno rappresentato una riduzione del 57,1% del numero di infortuni accaduti nel 2017 (14).

Con riguardo agli infortuni mortali sul lavoro, per l'anno 2020, l'analisi territoriale di INAIL mostra un incremento di 187 casi mortali nel Nord-Ovest complice soprattutto l'aumento registrato in Lombardia (+123).

La tabella seguente fornisce il dettaglio della mortalità evitabile per cause lavoro-correlate. Seppure l'analisi dei tassi di incidenza degli infortuni mortali (non stradali) mostra un incremento dopo il 2017, è opportuno non ricorrere a questa analisi per la stima del rischio: l'esiguità dei valori implica un intervallo di confidenza ampio e di conseguenza la differenza tra gli anni non è statisticamente significativa.

Tasso di incidenza infortuni sul lavoro con esito mortale

Lombardia	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Tasso x 1.000	0,009	0,009	0,008	0,011	0,011

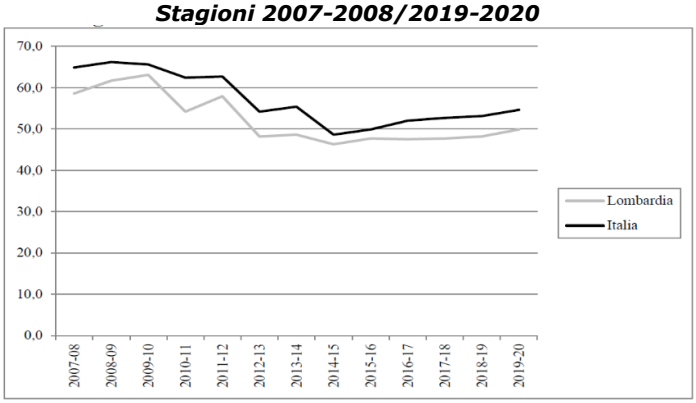
Con riguardo alle malattie professionali, per l'anno 2020, l'analisi territoriale INAIL mostra cali delle patologie denunciate in tutte le aree del Paese: -40,7% nel Nord-Ovest, -29,1% nel Nord-Est, -19,6% al Centro, -28,9% al Sud e -23,2% nelle Isole. A livello regionale i cali più significativi hanno interessato anche la Lombardia (-40,3%).
Come precedentemente analizzato, fra le patologie prevalgono le neoplasie - il mesotelioma in particolare, di cui dalle 1.060 neoplasie riconosciute, ben 809 sono correlate ad asbesto (76,3%) e questo porta ad ipotizzare che molte altre situazioni, meno riconoscibili, siano sotto notificate. I tumori polmonari, naso sinusali e vescicali, sono invece quelli che prevalgono sui non correlati ad asbesto.

4.8. Accesso alle offerte di Prevenzione

Copertura vaccinale

In Lombardia la **copertura vaccinale antinfluenzale** nella popolazione di età 65 anni ed oltre è pari, nella stagione 2019-2020, a 49,9% (valore nazionale 54,6%). Nel periodo stagionale 2007-2008/2019-2020, i valori di copertura risultano sempre minori rispetto ai dati nazionali. In Lombardia il valore massimo si è registrato nella stagione 2009-2010, mentre a livello nazionale nella stagione 2008-2009. Negli anni successivi si osserva un andamento in diminuzione, molto simile a quello in Italia. Considerando l'intero periodo temporale, si registra una diminuzione pari a -14,8% (valore nazionale -15,9%).

Tasso (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre– Stagioni 2007-2008/2019-2020



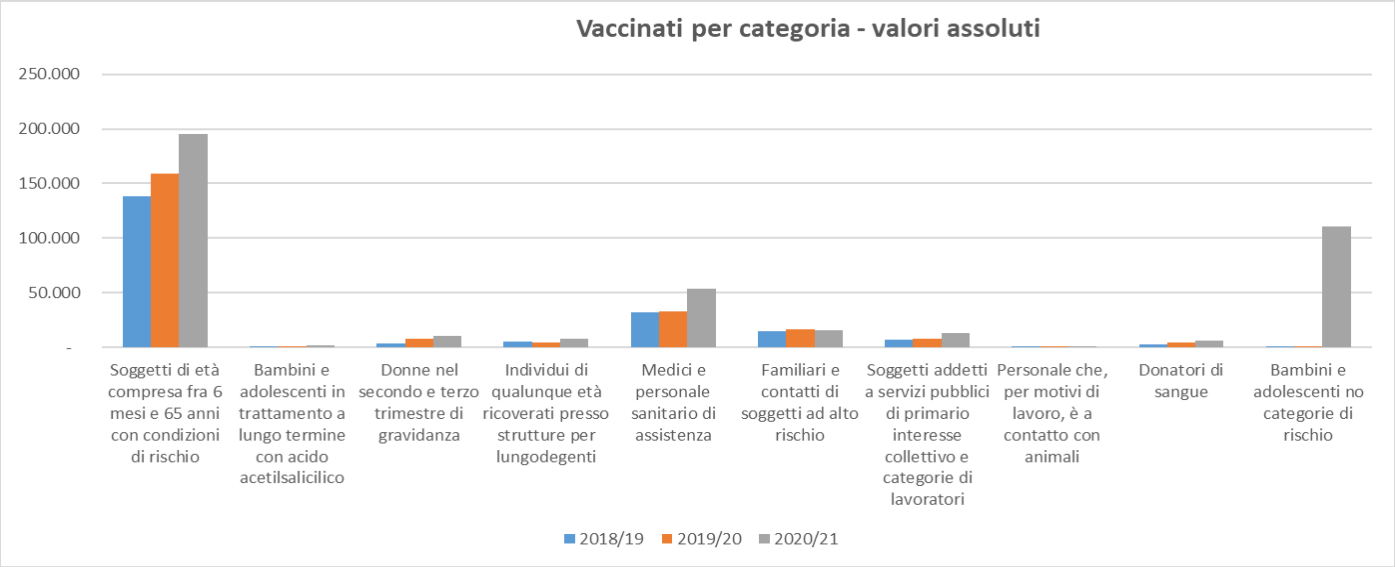
La campagna antinfluenzale 2020/21, in piena emergenza sanitaria per la diffusione del virus Covid-19, ha visto un rilevante incremento del numero di soggetti vaccinati, anche di soggetti non a rischio per l'età e/o patologia, target quasi esclusivo delle precedenti campagne antinfluenzali. Si può quindi affermare che vi è stato un differente approccio alle vaccinazioni antinfluenzali, un cambio comportamentale, un'adesione più consapevole.
Da una copertura generale, riferita a tutta la popolazione, di circa il 10% per la stagione 2013/14 si è passati ad una copertura pari ad oltre il 19% per quella del 2020/21: si è avuto un rilevante incremento tra i bambini e gli adolescenti non a rischio, che come più volte è stato riportato in letteratura, costituiscono un vettore di trasmissione per le categorie a rischio.
Per quanto concerne la fascia d'età 65 anni si è passati da una copertura del 48,6% per la stagione 2013/14 ad una copertura pari al 60,50% per quella del 2020/21 (oltre 10 punti percentuali di differenza).

65 anni e più			
Annualità	**Vaccini somministrati**	**Vaccini somministrati (base 100)**	**copertura**
2013/14	1.005.870	100	48,6
2014/15	1.002.139	100	47,0
2015/16	1.030.647	102	47,7
2016/17	1.056.067	105	48,2
2017/18	1.061.131	105	47,7
2018/19	1.083.010	108	48,1
2019/20	1.136.594	113	49,9
2020/21	1.388.892	138	60,5

Si riportano altresì i dati, per classe d'età, riferiti alla campagna vaccinale 2020/21.

Classe d'età	Vaccinati	Copertura
6-23 m	7.588	6,76
2-4 a	52.669	21,32
5-6 a	32.358	18,38
7-8 a	22.344	12,01
9-14 a	43.447	7,42
15-17 a	10.309	3,64
18-44 a	102.785	3,36
45-59 a	156.490	6,48
60-64 a	114.240	18,22
65 a	1.388.892	60,50
Totale	**1.931.122**	**19,33**

Nonché l'andamento nelle ultime 3 stagioni per ciascuna categoria.



Si mantengono elevati i livelli di copertura vaccinale esavalente e MPR, con un trend in aumento tra il 2018 e il 2019. Anche la soddisfazione dei cittadini sulla qualità del servizio vaccinale è crescente, passando dal 94% al 98% tra 2018 e 2019.

Indicatori	2018	2019	2020
Copertura esavalente	95,30%	95,60%	94,12%
Copertura MPR	94,10%	95,48%	93,65%
Monitoraggio qualità del servizio offerto al cittadino (valutato tramite audit ai servizi vaccinali)	94,16%	97,57%	Nd

Fonte: DWH regionale

Nel 2020 a causa dell'emergenza Covid, si è registrato un leggero decremento delle coperture vaccinali rispetto agli anni precedenti e non è stato possibile effettuare il monitoraggio della qualità del servizio offerto al cittadino, valutato attraverso audit ai servizi vaccinali.

Programmi di screening

In Lombardia, i programmi di screening mammografico (fascia di età prevista dal LEA 50-69 anni) e colon-rettale (fascia di età prevista dal LEA 50-69 anni) sono a regime già dal 2007.
Per quanto riguarda lo screening della cervice uterina il programma è attivo solo in 5 su 8 ATS e precisamente nelle ATS Brescia, Milano (solo Lodi), Montagna, Pavia e Valpadana, mentre dal 2019 è un programma pilota nelle ATS Brianza ed Insubria

Indicatori	2018	2019	2020
Estensione al programma di screening della mammella (donne 50-69 ani)	99,7%	106,0%	57,7%
Adesione al programma di screening della mammella (donne 50-69 anni)	66,5%	64,0%	61,6%
Estensione al programma di screening del colon retto (popolazione 50-69 anni)	93,5%	102,2%	33,5%
Adesione al programma di screening del colon retto (popolazione 50-69 anni)	48,4%	47,0%	37,7%
Estensione al programma di screening della cervice uterina (donne 25-64 anni)	24,9%	26,4%	10,7%
Adesione programma di screening della cervice uterina (donne 25-64 anni)	49,8%	48,1%	41,7%

Fonte:DWH regionale

I dati del 2020 rispecchiano l'impatto sui programmi dell'interruzione delle attività dovuto all'emergenza Covid-19. In forte calo i dati sulle estensioni nel 2020 mentre si mantengono abbastanza stabili quelli sulle adesioni.

4.9. Salute percepita

La percezione dello stato di salute rappresenta un indicatore globale delle condizioni di salute della popolazione (fisica e mentale). Nel contesto dell'organizzazione sanitaria, inoltre, l'autopercezione dello stato di salute rappresenta un fattore rilevante nella formazione dei processi di domanda sanitaria. L'Istat nell'ambito delle indagini sugli "Aspetti della Vita Quotidiana" monitora, tra gli altri temi, le condizioni di salute della popolazione, tra cui la percezione dello stato di salute. Essa viene rilevata tramite un quesito, raccomandato dall'OMS, in cui si richiede di fornire un giudizio complessivo sulla propria salute a partire da una scala a cinque modalità che va da un minimo di molto male a un massimo di molto bene. L'indicatore che ne deriva sulla buona salute percepita sintetizza diverse dimensioni della salute: relative alla salute fisica e psicologica, legate a scelte e comportamenti che possono influire sui rischi di patologie, legate alla componente emotiva la quale reagisce particolarmente nei contesti di crisi.

L'Istat evidenzia che nella prima parte del 2020, malgrado l'emergenza Covid-19, la dimensione della salute valutata nei 12 mesi precedenti ha continuato a soddisfare quote elevate di popolazione a livello nazionale ed anche in Lombardia.

L'83,3% dei Lombardi con età ≥ 14 anni si dichiara infatti "molto o abbastanza soddisfatto" del proprio stato di salute, quota superiore all'81,6% dell'Italia e all'82,7% delle Regioni del Nord-Ovest. Il livello di soddisfazione per questo aspetto della vita, che colloca la Lombardia al 7° posto tra le Regioni a parimerito con la Toscana, è in lieve crescita rispetto al 2019 (+0,5%). Sebbene a livello nazionale l'aumento sia stato più rilevante (+1,4%), è ipotizzabile che le dinamiche lombarde siano riconducibili a quelle nazionali così riassumibili: la componente psicologica inerente la drammaticità degli accadimenti ha portato ad enfatizzare l'apprezzamento per il proprio stato di salute; la riduzione degli accessi ai servizi sanitari tra cui le visite diagnostiche ha diminuito la consapevolezza di essere affetti da patologie croniche; la minore esposizione a rischi esterni durante il lockdown può aver ridotto l'incidenza di patologie acute.

Persone ≥ 14 anni per livello di soddisfazione sulla percezione di salute per regione, ripartizione geografica e tipo di comune - Anno 2019 (per 100 persone ≥14 anni della stessa zona)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE TIPI DI COMUNE	Salute (a)			
	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
Piemonte	17,9	62,9	13,4	4,5
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	22,6	61,4	11,7	3,1
Liguria	19,6	64,5	11,3	3,3
Lombardia	**18,4**	**64,9**	**11,9**	**3,1**
Trentino-Alto Adige	27,7	59,0	9,4	2,1
Bolzano/Bozen	27,7	57,2	11,6	1,9
Trento	27,8	60,8	7,3	2,3
Veneto	19,9	65,2	10,8	3,2
Friuli-Venezia Giulia	20,0	62,9	10,9	3,7
Emilia-Romagna	17,8	66,7	11,1	3,1
Toscana	19,5	63,8	12,6	3,1
Umbria	19,5	61,6	13,9	4,0
Marche	16,1	66,3	12,8	3,3
Lazio	15,1	64,5	14,2	4,1
Abruzzo	17,3	64,3	12,3	2,8
Molise	12,7	70,8	11,3	3,8
Campania	14,0	66,6	13,8	3,1
Puglia	14,1	65,1	13,6	3,6
Basilicata	15,0	64,7	15,5	3,9
Calabria	12,8	62,6	16,6	5,9
Sicilia	14,6	63,9	14,9	3,9
Sardegna	13,1	64,7	14,6	4,9
Nord-ovest	**18,4**	**64,3**	**12,3**	**3,5**
Nord-est	19,8	65,0	10,8	3,1
Centro	16,9	64,3	13,5	3,7
Sud	14,2	65,4	14,0	3,7
Isole	14,2	64,1	14,8	4,1
Comune centro dell'area metropolitana	16,9	64,5	12,6	4,3
Periferia dell'area metropolitana	16,9	64,1	13,3	3,4
Fino a 2.000 abitanti	17,8	63,1	13,5	4,0
Da 2.001 a 10.000 abitanti	16,9	65,1	13,0	3,4
Da 10.001 a 50.000 abitanti	16,2	65,3	12,9	3,5
50.001 abitanti e più	18,0	64,2	12,6	3,3
Italia	**16,9**	**64,7**	**12,9**	**3,6**

Fonte Istat

Salute percepita dagli adolescenti

I dati raccolti dallo studio HBSC in Lombardia nel 2018 indicano che oltre il 90% dei ragazzi lombardi di 11, 13 e 15 anni ritiene di avere una salute buona o eccellente e solo lo 0,6% la considera scadente. La percezione di godere di ottima salute è più forte nella fascia dei più giovani e decresce con l'età (93,2% a 11 anni, 91,3% a 13 anni e 88,8% a 15 anni). La percezione della propria salute, oltre a variare con l'età è influenzata anche dal genere: sono le ragazze ad avere una visione più negativa. Questa differenza di genere si acuisce nel corso degli anni: a 11 anni maschi e femmine hanno una percezione simile, crescendo questa percezione peggiora per entrambi ma in particolare per le ragazze.

4.10. Benessere soggettivo - Soddisfazione complessiva

Gli indicatori di benessere soggettivo integrano gli indicatori economici nel fornire informazioni sull'andamento del benessere nella società. La soddisfazione complessiva per la propria vita è una delle misure di benessere soggettivo più utilizzate. Il grado in cui ci si sente soddisfatti di come va la propria vita viene indicato percentualmente.

Nel 2020 (dato provvisorio) i lombardi si sono sentiti mediamente più soddisfatti della propria vita rispetto agli italiani (48,9% RL vs 44,5% I).

Come si evince dalla tabella sottostante, i cittadini lombardi mostrano per tutti gli indicatori considerati giudizi positivi rispetto al quanto rilevato a livello nazionale.

	Soddisfazione per la propria vita (a) 2020 (*)	Soddisfazione per il tempo libero (a) 2020 (*)	Giudizio positivo sulle prospettive future (a) 2020 (*)	Giudizio negativo sulle prospettive future (a) 2020 (*)
Lombardia	48,9	71,4	31,8	11,6
Italia	44,5	69,4	28,9	12,6

(a) Per 100 persone di 14 anni e più. (*) Dati provvisori. *Fonte: BES 2020.*

Altri aspetti importanti della vita utili per monitorare il grado di soddisfazione complessiva sono: situazione economica, salute, lavoro, relazioni, tempo libero e ambiente.
Nel 2018, oltre 1/3 (36%) della popolazione lombarda si ritiene insoddisfatta della propria situazione economica (dato inferiore alla media italiana, pari a 45%). Quasi 1 persona su 3 (30%) si ritiene insoddisfatta delle condizioni ambientali della propria zona (dato superiore alla media italiana, 26%), così come del lavoro (20%, in linea con la media italiana) e delle condizioni di salute (16%, contro il 19% in Italia). Sono relativamente poche le persone insoddisfatte delle proprie relazioni familiari (7%, contro 9% in Italia), di più quelle insoddisfatte delle proprie relazioni di amicizia (15%, contro 16% in Italia) *(BES 2020)*.
Infine, per quanto riguarda il tempo libero, nel 2020 (dato provvisorio) i lombardi si sono sentiti più soddisfatti rispetto agli italiani (71,4% RL vs 69,4% I), dando un giudizio positivo sulle proprie prospettive future pari al 31,8% rispetto a quello degli italiani, inferiore di quasi il 3%.

Sintesi dello stato di salute della popolazione italiana e lombarda

In sintesi, la lettura complessiva e sintetica degli indicatori sullo stato complessivo di Salute della popolazione italiana e lombarda effettuata dal rapporto decennale ISTAT "Benessere equo e sostenibile in Italia" BES è mostrata nella tabella sottostante e ha il fine di mettere in luce dove si annidano possibili carenze e lentezze di funzionamento del nostro sistema, le ragioni dei ritardi, e i nuovi rischi di arretramento.

	Speranza di vita alla nascita (a) 2020 (*)	Speranza di vita in buona salute alla nascita (a) 2019	Indice di salute mentale (SF36) (b) 2020 (**)	Mortalità evitabile (0-74 anni) (c) 2018	Multicronicità e limitazioni gravi (75 aa e più) 2020 (**)	Mortalità infantile (e) 2018	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (f) 2019	Mortalità per tumore (20-64 anni) (g) 2018	Mortalità per demenze malattie del sistema nervoso (≥65 aa) (h) 2018	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni (a) 2019	Eccesso di peso (i) 2020 (**)	Fumo (l) 2020 (**)	Alcol (l) (n) 2020 (**)	Sedentarietà (l) 2020 (**)	Adeguata alimentazione (m) 2020 (**)
Lombardia	81,2	60,0	68,0	15,7	46,5	2,6	0,5	8,1	36,1	10,8	43,3	19,8	18,4	25,0	19,7
Italia	82,3	58,6	68,8	16,8	48,8	2,9	0,7	8,4	33,0	10,0	45,5	18,9	16,8	33,8	18,8

(a) Numero medio di anni; (b) Punteggi medi standardizzati; (c) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 0-74 anni; (d) Per 100 persone di 75 anni e più; (e) Tassi standardizzati per 1.000 nati vivi residenti; (f) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 15-34 anni; (g) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 20-64; (h) Tassi standardizzati per 10.000 residenti di 65 anni e più; (i) Tassi standardizzati per 100 persone di 18 anni e più; (l) Tassi standardizzati per 100 persone di 14 anni e più; (m) Tassi standardizzati per 100 persone di 3 anni e più; (*) Dati stimati; (**) Dati provvisori.

Il confronto tra i dati nazionali (I) e quelli della Lombardia (RL), anno 2020, rileva, pur con dati stimati/provvisori, il carico della pandemia da Covid-19 in relazione a 5 indicatori: *Speranza di vita alla nascita* (81,2 RL vs 82,3 I), *Salute mentale* (80,0 RL vs 68,8 I), Tasso di *mortalità per demenza e per malattie del sistema nervoso* (36,1 RL vs 33,0 I), Percentuale di *fumatori* (19,8 RL vs 18,9 I) e di *consumatori di alcol a rischio* (18,4 RL vs 16,8 I).

5. FATTORI DI RISCHIO *(Dati ISTAT da Indagine Multiscopo "Aspetti della Vita Quotidiana")*

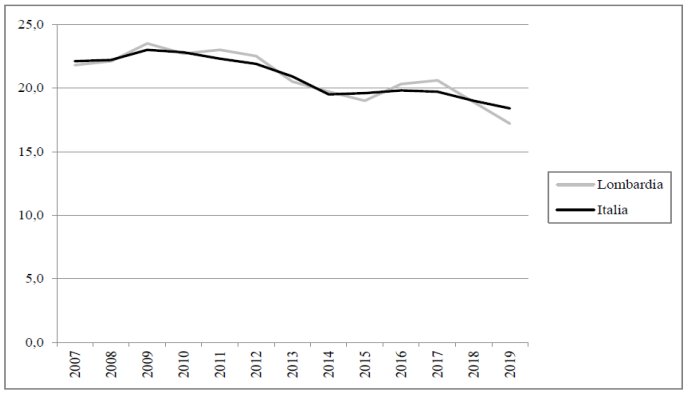
5.1 Fattori di rischio comportamentali

Fumo.

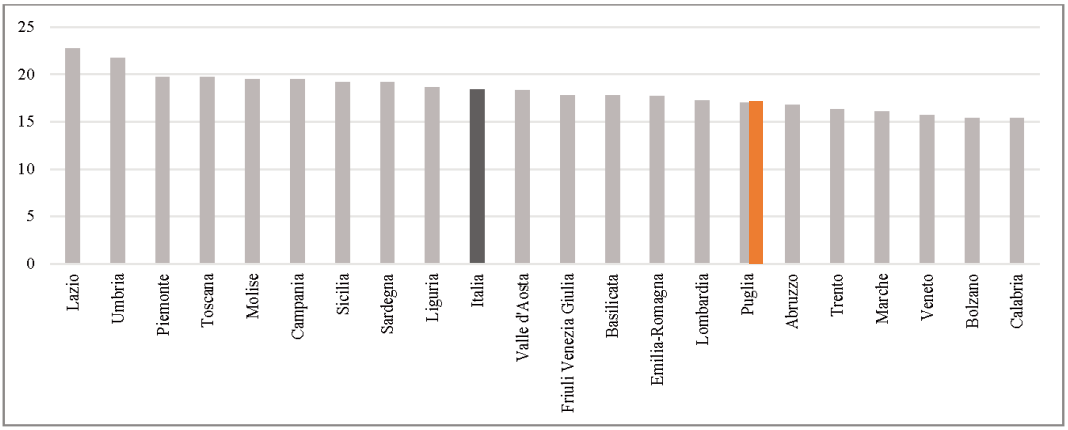
In Lombardia, nel 2019, la quota di fumatori tra la popolazione di età 14 anni ed oltre è pari al 17,2% contro un valore nazionale del 18,4%. Considerando il periodo 2007-2019, si osserva un trend in diminuzione (-21,1%), con andamento simile a quello nazionale e con dati di poco superiori o inferiori rispetto ai valori dell'Italia. Da evidenziare la riduzione dell'ultimo anno pari al -9,0%.

Anche a livello nazionale si osserva un andamento decrescente nel periodo considerato (-16,7%).

Prevalenza (valori per 100) per abitudine al fumo di tabacco nella popolazione di età 14 anni ed oltre (2007-2019)



Prevalenza di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre – Anno 2019

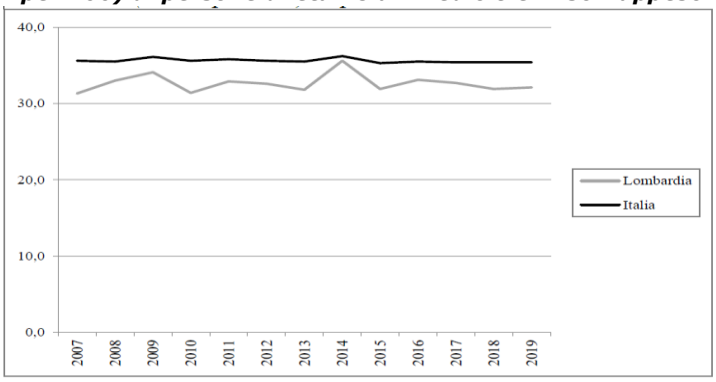


Fonte: Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2020.

Sovrappeso

In Lombardia la prevalenza di persone di età 18 anni ed oltre in condizione di sovrappeso è pari, nel 2019, a 32,1% rispetto al valore nazionale del 35,4%. Nell'arco temporale 2007-2019, i valori registrati in Lombardia risultano inferiori a quelli nazionali e presentano un andamento altalenante con valori compresi tra 31,3-35,6%. Da evidenziare è il picco in aumento che si è registrato nel 2014. A livello nazionale, invece, nell'intero arco di tempo osservato l'andamento è più lineare (*range* 35,4-36,2%). Considerando l'intero periodo temporale si è registrato un aumento pari al 2,6% (valore nazionale -0,6%).

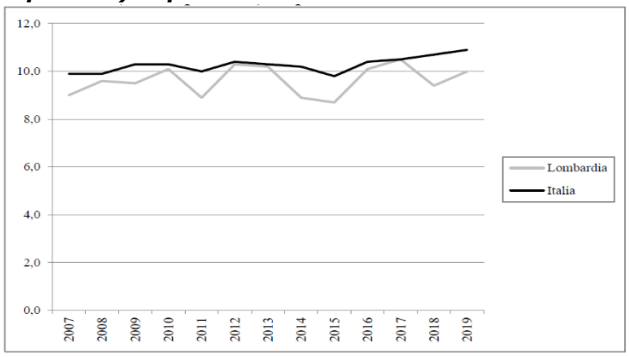
Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso - Anni 2007-2019



Obesità

In Lombardia la prevalenza di persone obese di età 18 anni ed oltre è pari, nel 2019, a 10,0% contro il valore nazionale del 10,9%. Nell'arco temporale 2007-2019, i dati della Lombardia presentano un andamento oscillante (valori compresi tra 8,7-10,5%) con valori inferiori rispetto ai dati nazionali che presentano, invece, un andamento più lineare (valori compresi tra 9,8-10,9%). Il dato dell'ultimo anno risulta in aumento rispetto all'anno precedente (+6,4%). Considerando l'intero periodo 2007-2019 si è registrato un aumento pari all'11,1% (aumento nazionale +10,1%).

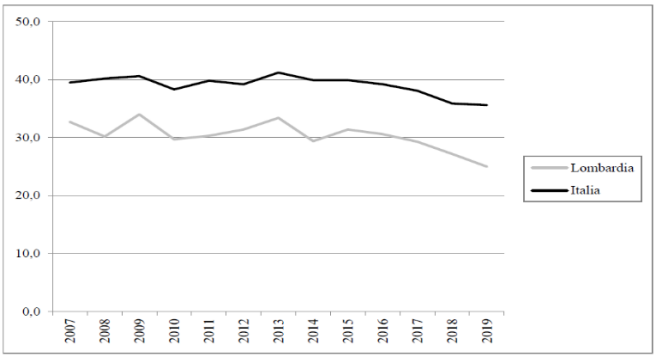
Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese - Anni 2007-2019



Attività fisica

In Lombardia, nel 2019, la prevalenza di coloro che dichiarano di non praticare sport è pari a 25,0% contro un valore nazionale del 35,6%. Nel complesso, considerando l'arco temporale 2007-2019, i dati mostrano un andamento oscillante (differenza tra il valore massimo e minimo pari a 9 punti percentuali) e risultano inferiori rispetto ai dati nazionali. A livello nazionale, invece, si osserva un andamento meno altalenante con una differenza meno ampia (poco oltre i 5 punti percentuali). Considerando l'intero periodo temporale in Lombardia si è registrata una diminuzione pari a -23,5%, rispetto ad una diminuzione più contenuta a livello nazionale del -9,9%.

Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano attività fisica Anni 2007-2019



Attività fisica dei bambini e degli adolescenti Lombardi

Solo il 9% degli studenti lombardi di 11, 13, 15 anni segue l'indicazione dell'OMS di praticare almeno 60 minuti di attività fisica al giorno (di intensità variabile tra moderata e vigorosa). La maggior parte (56,5%) si distribuisce tra le 2 e le 4 volte a settimana.

La pratica dell'attività fisica diminuisce con l'età e sono i maschi a muoversi di più.

Il 68,9% del campione pratica attività intensa almeno 2-3 volte a settimana o più. Anche l'attività fisica vigorosa diminuisce con l'età ed è più frequente tra i maschi. Ha giocato all'aperto il 68,8% dei bambini e il 41% ha fatto attività sportiva strutturata. I maschi fanno sport strutturato più delle femmine, in modo significativo.

Un altro modo per essere fisicamente attivi è percorrere il tragitto casa-scuola a piedi o in bicicletta. In Lombardia lo fa abitualmente circa il 37% dei bambini (dato riferito dai genitori).

Alcol

I dati ISTAT 2020 (riferiti anno 2019) indicano che il 68% della popolazione lombarda maggiore di 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Il dato è leggermente superiore a quello nazionale (66,8%). Per il 20% il consumo è stato giornaliero (il dato è in linea con quello italiano). Confrontando di dati per genere si rilevano differenze sia per il consumo occasionale sia per quello abituale. L'assunzione di alcolici è più frequente nella popolazione maschile (78% vs 58,7 nell'anno e 29,6% vs 11,3 nel consumo giornaliero).

Il consumo giornaliero durante i pasti è un'abitudine per il 48,7% dei lombardi (in Italia è il 46,2%). Analizzando il dato per genere si rileva che il 41,8% sono uomini e il 57,5% sono donne.

Il 51% ha bevuto alcolici almeno una volta al di fuori del momento del pasto (ciò riguarda il 58,2% degli uomini e il 42,5% delle donne).

Di seguito sono riportati i dati di consumo moderati e a rischio, divisi per genere (in Lombardia). Per comportamento problematico sono stati considerati: il consumo abituale eccedentario, il Consumo abituale eccedentario solo a pasto, il Binge drinking.

	Maschi%	**Femmine%**
Consumato moderato di bevande alcoliche:	56,7(valore nazionale 56,3)	48,6 (valore nazionale 47,6)
Almeno un comportamento di consumo a rischio. Di cui	21,3 (valore nazionale 21,5)	10,1 (valore nazionale 8,9)
Consumo abituale eccedentario	12,2 (valore nazionale 13,4)	6,9 (valore nazionale 6,2)
Consumo abituale eccedentario solo a pasto	37,5 (valore nazionale 44,1)	55 (valore nazionale 57,5)
Binge drinking	11,9 (valore nazionale 10,8)	4,2 (valore nazionale 3,5)

Fonte: Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2019

I dati (nazionali e Lombardi) mostrano, anche in questo caso che l'assunzione di alcolici è un comportamento più frequente tra gli uomini. Da segnalare che il consumo eccedentario a pasto è maggiore per le donne. Tale dato è in linea con ciò che si registra a livello nazionale.

Droghe: stima consumo di sostanze tramite acque reflue *(Relazione al parlamento 2020)*

Mediante la stima dei consumi di sostanze psicoattive, basato sulle concentrazioni di residui di sostanze nelle acque reflue (Istituto Mario Negri), nel 2017 sono stati raccolti campioni a Bari, Bologna, Gorizia, Milano, Palermo, Potenza e nel 2018 e nel 2019 a Milano. I consumi di cocaina e metamfetamina nelle grandi città del Centro-Nord (Milano e Bologna) rapportati alla popolazione, sembrano i più elevati, come già osservato negli studi condotti nel 2010- 2014. I consumi di cocaina a Milano risultano stabili tra il 2017 e 2018 e in deciso calo nel 2019, a fronte di un aumento dei consumi di metamfetamina tra il 2017 e il 2019, di MDMA tra il 2017 e il 2018-19 e di cannabis tra il 2017-18. In minor misura anche i consumi di eroina sono risultati in aumento tra il 2017-2018 e il 2019.

Gioco d'azzardo

I dati dell'Agenzia Dogane e Monopoli – Libro Blu 2019 - mettono in evidenza il primato della Lombardia rispetto all' offerta di gioco e ai volumi della raccolta da gioco fisico 10.098 esercizi con AWP (17,26% dell'offerta italiana);14,5 Milioni di Euro l'ammontare complessivo delle "puntate". Rispetto a questi numeri va senz'altro tenuto conto del peso della popolazione lombarda rispetto al totale nazionale.

Nel 2018, sono stati presi in carico 2.773 soggetti con disturbo da gioco d'azzardo.

Fattori di rischio comportamentali bambini e adolescenti

Dati consumo sostanze e 11-13 e 15 anni HBSC - Lombardia

Di seguito sono riportati i dati dello studio HBSC (edizione 2018 Lombardia) in merito ai comportamenti di consumo degli adolescenti di 11, 13 e 15 anni. Son presi in considerazione il fumo di tabacco, l'alcol, la cannabis e le altre droghe, il gioco d'azzardo.

Tabacco

Nel 2018, l'81% dei ragazzi dichiara di non aver mai fumato. La percentuale di fumatori cresce con l'età: 2,9% a 11 anni, 18,5% a 13 e 43,9% a 15 anni, senza differenze significative per genere. Confrontando i dati con quelli raccolti nell'edizione 2014 si osserva che il consumo a 11 anni rimane contenuto e stabile. A 13 anni e a 15 anni, diminuisce la percentuale di chi dichiara di aver fumato. Si nota un aumento dei maschi fumatori e una riduzione delle femmine, annullando così la differenza di genere rilevata in precedenza. Anche la riduzione dei fumatori abituali (tutti i giorni negli ultimi 30 giorni) è passata, nei quindicenni, da 10,4% a 5,5%.

Alcol

Nel 2018, il 64,4% dei ragazzi dichiara di non aver mai assunto alcol nella propria vita. Con l'età cresce il numero di chi ha bevuto almeno un bicchiere o più: il 14,6% a 11 anni, il 34,6% a 13 anni e il 73,1% a 15 anni. Oltre la metà dei quindicenni ha bevuto alcolici nell'ultimo mese. I maschi bevono più delle femmine, sia nella vita sia negli ultimi 30 giorni.

Focalizzando l'attenzione sul consumo eccessivo (ubriacatura e binge drinking), i dati indicano che:

- il 14% circa del campione si è ubriacato almeno una volta nella vita. L'esperienza è capitata a un terzo dei quindicenni.
- il fenomeno del binge drinking (assunzione di 5 o più bicchieri di alcolici in una sola occasione) riguarda circa il 20% del campione, aumenta con l'età ed è una pratica prevalentemente maschile.

Confrontando i dati con quelli raccolti nell'edizione 2014, si rileva una lieve diminuzione generale del consumo di alcolici, per tutte le fasce d'età. Si conferma il trend discendente delle ubriacature per undicenni e tredicenni. Si assiste anche un calo per i quindicenni dopo l'impennata dell'edizione precedente.

Il binge drinking si riduce a 11 anni, rimane stabile a 13 e cresce lievemente a 15 anni.

Cannabis

Il dato è disponibile per tredicenni e quindicenni. A entrambe le età, la maggioranza degli studenti non ha mai usato cannabis: il 5,4% degli studenti a 13 anni lo ha fatto almeno un giorno nella vita o più e a 15 anni il 22.6%. Il consumo aumenta con l'età, è prevalentemente maschile. Questa differenza di genere si evidenzia in modo particolare a 15 anni. Dopo la crescita registrata nel 2013/14, l'ultima rilevazione riporta i tassi di consumo a valori simili (anche se lievemente più alti) dell'edizione 2009-10.

Altre droghe

Il dato è disponibile per i quindicenni. La maggior parte dichiara che non ha mai usato alcun'altra droga nella propria vita. Lo ha fatto il 6,3% del campione. Smart drugs, medicine per sballare e

sostanze dopanti sono quelle più utilizzate anche se la percentuale resta, per ciascuna, inferiore all'1,8%. Non ci sono differenze significative per genere. Nel corso degli anni, a partire dall'edizione 2010 diminuisce il numero totale di chi dichiara di averle provate o usate.

Gioco d'azzardo

Il 36,5% degli studenti intervistati ha scommesso o giocato denaro, almeno una volta nella vita. Il gioco a rischio o problematico riguarda il 4,8% del campione. In entrambi i casi sono i maschi ad essere più coinvolti. A distanza di quattro anni si rileva una diminuzione del numero di chi ha giocato almeno una volta nella vita. Il gioco problematico e a rischio del campione nella sua totalità passa dal 4,3% al 4,8% (stabile fra le femmine, in aumento fra i maschi, dal 7,1% al 9,1%).

Diffusione dei consumi di sostanze psicoattive e del gioco d'azzardo nella popolazione studentesca ESPAD (16-19 anni)

Lo studio campionario ESPAD®Italia dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR analizza i consumi psicoattivi (alcol, tabacco e sostanze illegali) e altri comportamenti a rischio, come l'uso di Internet e il gioco d'azzardo, tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni che frequentano le scuole secondarie di secondo grado.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	Lombardia									
Almeno una illegale	-	29,9	30,2	32,5	34,2	34,6	34,4	35,5	34,7	36,4
Cannabis	31,1	29,0	29,4	31,7	33,5	34,3	34,0	34,7	34,1	35,9
Cocaina	4,4	3,9	3,3	3,6	3,3	3,4	3,3	3,0	3,2	2,5
Eroina	1,9	1,6	1,4	1,4	1,3	1,0	1,4	1,0	2,1	1,0
Stimolanti	4,1	3,7	3,9	4,6	4,0	2,5	3,9	3,5	3,3	2,4
Allucinogeni	4,7	4,7	4,0	4,1	4,2	3,6	3,6	3,0	2,8	2,0
NPS	-	-	-	-	-	-	-	13,5	11,5	9,2
Cannabinoidi sintetici	-	-	-	-	-	-	-	11,0	9,1	4,6
Alcol	90,3	89,5	89,2	89,8	89,1	88,0	87,4	87,8	86,2	87,0
Tabacco	64,3	62,3	61,4	60,1	60,0	60,3	62,2	58,6	57,1	57,1
Gioco d'azzardo	-	-	-	-	-	-	44,1	41,7	41,9	45,2
	Italia									
Almeno una illegale	30,0	28,5	29,1	31,6	33,5	33,6	32,9	34,2	33,6	33,9
Cannabis	29,0	27,5	28,1	30,8	33,0	33,1	32,4	33,6	33,2	33,5
Cocaina	4,7	4,2	3,9	4,1	3,7	3,8	3,6	3,4	2,8	2,9
Eroina	1,9	1,7	1,7	1,5	1,4	1,3	1,5	1,1	1,5	1,1
Stimolanti	4,1	3,6	3,8	4,2	3,9	3,8	3,6	3,3	2,6	2,5
Allucinogeni	4,4	4,2	3,9	3,9	3,8	3,3	3,3	3,0	2,3	2,0
NPS	-	-	-	-	-	-	-	14,1	10,8	9,5
Cannabinoidi sintetici	-	-	-	-	14,3	10,2	11,1	11,9	8,5	5,0
Alcol	89,4	88,7	88,6	89,0	88,3	87,3	86,9	87,5	86,3	86,8
Tabacco	63,5	62,2	60,9	60,8	61,2	60,8	60,4	59,1	56,9	57,7
Gioco d'azzardo	51,6	51,7	51,8	51,1	46,7	48,5	47,4	44,2	43,2	47,7

Fonte: CNR-IFC - ESPAD®Italia

Attività fisica

Dai dati di HBSC Lombardia, emerge che la maggior parte degli studenti (56,5%) pratica almeno 60 minuti di attività fisica tra le 2 e le 4 volte a settimana. Tuttavia, i dati indicano che il 6,7% dei ragazzi non svolge mai attività fisica e che questa cattiva abitudine cresce con l'età, passando dall'4,1% a 11 anni e arrivando all'8,6% a 15. Anche la percentuale di chi svolge attività fisica sette giorni

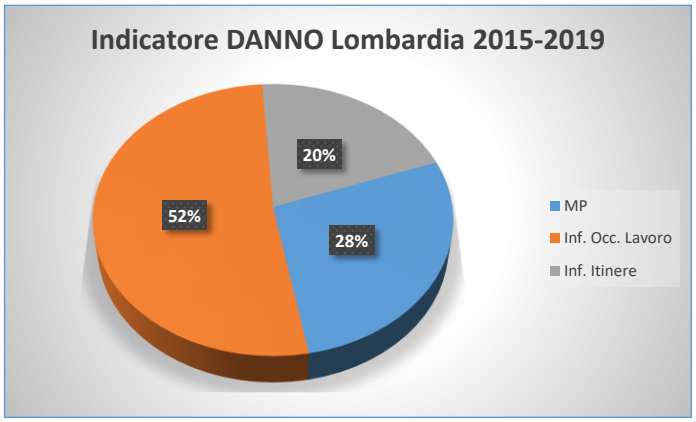
su sette diminuisce con l'età: sono il 12% degli undicenni, l'8,5% dei tredicenni e il 6,8% dei quindicenni. Emergono differenze significative per età e per genere: sono i più giovani a praticare attività fisica più frequentemente e sono prevalentemente i maschi.
La maggior parte degli studenti (40,7%) svolge attività fisica vigorosa 2-3 volte alla settimana fuori da scuola. Questo comportamento si riduce al crescere dell'età: pratica attività fisica, al di fuori dell'orario scolastico, il 94,2% degli undicenni e il 91,9% di tredicenni e quindicenni; quella prevista dalla scuola, il 93,3% dei maschi contro il 91,8 delle ragazze. Per quanto riguarda i giovanissimi *(dati OKKio alla Salute Lombardia 2018)*, il 17,6% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'indagine; le femmine non attive (18,8%) sono in percentuale maggiore rispetto ai maschi (16,5%), ma non si tratta di una differenza significativa. I dati sono stabili rispetto alla rilevazione precedente. Il 68,8% dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine; il 41% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine (i maschi fanno sport strutturato più delle femmine, in modo significativo dal punto di vista statistico). Secondo i genitori, circa 1 bambino su 3 (34,2%)fa almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, il 2% da 5 a 7 giorni ma il 16% neanche un giorno. Il 35,2% dei bambini, la mattina dell'indagine, si è recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini, contro il 64,8% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato (i bambini che vivono in zona metropolitana sono quelli che si recano a scuola più frequentemente a piedi o in bici). Il dato è in crescita 35,2% vs 29% rispetto alla rilevazione 2016.

Sedentarietà

Nei giorni di scuola il 28,7% degli studenti 11-13-15 enni guarda la TV oltre le 2 ore. Nel fine settimane questa percentuale sale al 49%. Sono i tredicenni a passare più tempo davanti allo schermo, i maschi più delle femmine. Computer/console/tablet/smartphone: il 19% degli studenti dichiara di giocare con compute/tablet ecc. più di 2 ore al giorno, nei giorni di scuola. Questa percentuale sale al 32,8% nel fine settimana. Ancora una volta sono i tredicenni a passare più tempo giocando davanti allo schermo e si conferma, anche in questo caso, un passatempo prevalentemente maschile. L'andamento di questi dati è in crescita rispetto alle passate rilevazioni.

5.2 Rischi in ambiente di lavoro

Le cause sia del fenomeno infortunistico, che delle malattie professionali sono molteplici e coinvolgono in varia misura ed interazione aspetti strutturali e tecnici, organizzativi e procedurali, di informazione e formazione, individuali e sanitari.



In Tabella i valori assoluti degli infortuni sul lavoro – denunciati e positivamente definiti (riconosciuti) - occorsi in Lombardia, nel periodo 2015-2019, esclusi studenti, colf, sportivi e gli stradali e gli itinere.

Tutti i settori					
Totale infortuni denunciati TUTTI I SETTORI	116.537	116.675	119.825	120.343	120.221
Totale infortuni riconosciuti TUTTI I SETTORI	78.970	79.155	80.840	78.612	76.056
di cui in itinere	13.397	13.938	14.763	14.084	13.096
Riconosciuti in occasione di lavoro TUTTI I SETTORI	**55.098**	**54.686**	**55.660**	**54.039**	**52.747**
di cui stradali	3.422	3.282	3.375	3.064	2.986
Riconosciuti in occasione di lavoro NON stradali TUTTI I SETTORI	**51.676**	**51.404**	**52.285**	**50.975**	**49.761**
di cui Gravi T40[(*)]	11.616	11.528	12.227	11.904	10.861
di cui Mortali	42	38	37	47	53
Percentuale di infortuni gravi non stradali	**22,5%**	**22,4%**	**23,4%**	**23,4%**	**21,8%**

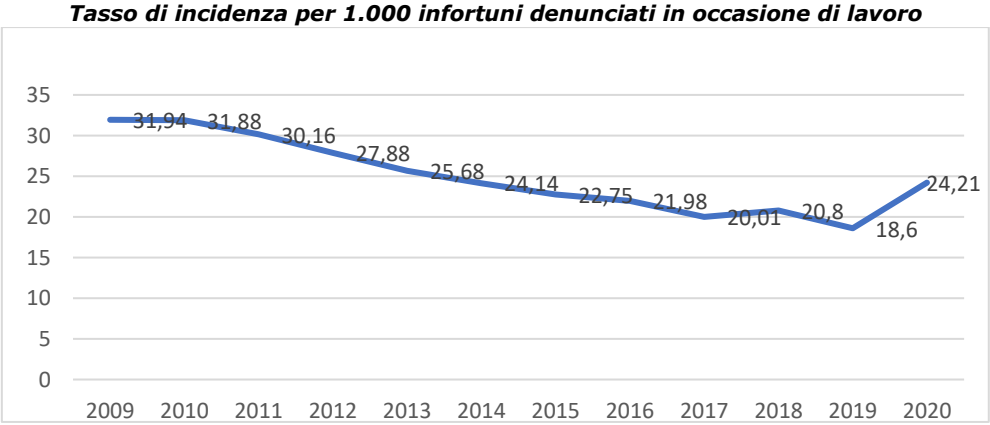
Nel 2019 sono state rilevate (Fonte INAIL) in Lombardia 120.221 denunce di infortunio, corrispondenti al 18,64% del totale nazionale, sostanzialmente stabili nel triennio (+0,33% rispetto al 2017, -0,10% rispetto al 2018). A livello nazionale le variazioni riscontrate rispetto ai due anni precedenti sono, rispettivamente, del -0,33% e del -0,09%.

Confrontando i tassi di incidenza per gli infortuni in occasione di lavoro - totali, gravi con prognosi superiore a 40 giorni (T40), non stradali - si osserva che sono tutti in riduzione.

In Lombardia, l'andamento del tasso di incidenza, calcolato per 1.000 infortuni denunciati in occasione di lavoro (al netto della Cassa Integrazione Guadagni e del tiraggio) è decrescente fino al 2017; nel 2018 viene registrato il lieve aumento del +0,79 sul 2017 e nel 2019 il tasso riprende un andamento decrescente corrispondente a -2,20 sul 2018. Il 2020 registra un aumento del + 5,6 sul 2019 in ragione di alcuni fattori che hanno fortemente condizionato l'andamento infortunistico e che sinteticamente sono:

- da una parte la sospensione su tutto il territorio nazionale tra il 9 marzo e parte del mese di maggio, ai fini del contenimento dell'epidemia da nuovo Coronavirus, di ogni attività produttiva considerata non essenziale; e la difficoltà incontrata dalle imprese nella ripresa dei regimi produttivi nel periodo post-lockdown, elementi che si sono rivelati determinanti solo per il calo delle denunce di infortunio in complesso;
- dall'altra, l'inclusione, a partire dalla rilevazione del marzo 2020, delle denunce di infortunio relative alle infezioni da Covid-19 avvenute nell'ambiente di lavoro o a causa dello svolgimento dell'attività lavorativa e in itinere, che ha avuto un impatto significativo sull'andamento dei decessi finora registrati, che risultano per questo motivo in deciso aumento.

Tasso di incidenza per 1.000 infortuni denunciati in occasione di lavoro



Fonte: Banca Dati INAIL, ISTAT, INPS

In ambito di malattie professionali, le patologie riconosciute in Lombardia sono circa il **40%** (**9.345 su 23.443**) delle denunciate nel quinquennio 2015-2019; la percentuale cambia in base al tipo di patologia, alla forma tabellata o non tabellata e alla possibile genesi multifattoriale.

Quantitativamente, tra le malattie professionali denunciate e riconosciute prevale nettamente la patologia muscolo scheletrica, seguita dai danni da rumore.

	ANNO EVENTO NUMERO					
Gruppo Codice Sanitario Accertato INAIL	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**TOTALE**
001 Malattie Infettive	0	1	0	0	0	**1**
002 Neoplasie escluso mesotelioma	76	81	72	82	79	**390**
003 Mesotelioma Pleurico	152	137	140	112	129	**670**
006 Malattie psichiche	5	6	4	6	1	**22**
007 Sistema Nervoso centrale	0	0	0	1	0	**1**
008 Sistema Nervoso Periferico	26	23	71	87	63	**270**
009 Occhio	0	0	0	1	1	**2**
010 Orecchio	254	234	248	257	237	**1.230**
011 Cardio circolatorio	5	3	4	2	1	**15**
012 Infezioni respiratorie	5	3	15	4	2	**29**
013 Patologia respiratoria	75	79	57	70	56	**337**
016 Patologia cute	44	50	54	49	45	**242**
017 Muscoloscheletrica	1.138	1.278	1.205	1.344	1.169	**6.134**
xxx non definito	0	2	0	0	0	**2**
TOTALE	**1.780**	**1.897**	**1.870**	**2.015**	**1.783**	**9.345**

5.3. Fattori di rischio ambientali *(Fonte: Rapporto Lombardia 2020. Polis Lombardia)*

Inquinamento atmosferico

La Pianura Padana ha condizioni climatiche e antropiche che la portano ad essere una delle zone di Europa dove l'inquinamento atmosferico è maggiore e soprattutto dove una maggiore quota di popolazione è esposta ai suoi effetti dannosi. L'inquinamento atmosferico è un importante fattore di rischio e causa di malattie respiratorie e cardiovascolari, impattanti sull'aumento della mortalità e sulla riduzione della speranza di vita.

Negli ultimi anni le politiche di riduzione dell'inquinamento atmosferico messe in atto a livello nazionale e locale, insieme a una concomitante deindustrializzazione del tessuto produttivo, hanno portato a una sensibile riduzione dell'inquinamento anche nella Pianura Padana. Negli ultimi anni, è confermata una progressiva riduzione dei due indicatori che rappresentano la qualità dell'aria: le concentrazioni di polveri sottili PM10 e biossido di azoto (NO2), anche se il 43,4% delle centraline del Nord hanno rilevato il superamento dei valori limite di legge (norma di riferimento e il DL n. 155 del 13 agosto 2010), con picchi del 61,5% in Lombardia. Oltre ai citati inquinanti non vi è ancora il pieno rispetto dei limiti anche per quanto concerne il PM2,5 e l'ozono troposferico.

Nonostante il trend in progressivo miglioramento, l'inquinamento atmosferico permane quale fattore di pressione ambientale più rilevante nello specifico contesto della pianura padana che merita il mantenimento progetti e piani d'interventi condivisi con le altre regioni del Bacino Padano.

In questa situazione si è inserita la pandemia COVID-19, che ha avuto il suo primo importante focolaio in Europa proprio nella Pianura Padana, con un impatto sulla salute della popolazione di proporzioni drammatiche. La prima ondata dell'epidemia nel nord Italia si è conclusa grazie ad un lockdown particolarmente rigido e prolungato, come pochi altri paesi industrializzati ad alto

reddito hanno visto. Le misure di contenimento dell'epidemia COVID-19, che hanno portato ad una drastica limitazione di molte attività produttive e del traffico (lockdown), offrono l'opportunità di valutare sperimentalmente l'efficacia di queste misure sulla qualità dell'aria.

Siti contaminati

La Lombardia è caratterizzata da un territorio fortemente industrializzato, cosa che ha inevitabilmente avuto conseguenze tangibili nel corso degli anni in termini di integrità ambientale. In particolare, per far fronte agli inquinamenti di falde acquifere e suoli sono state attuate diverse operazioni di bonifica. Tali operazioni sono disciplinate dal Programma Regionale di Bonifica delle aree inquinate 2014-2020 *(Regione Lombardia 2014)*. Secondo gli ultimi dati di AGISCO, aggiornati a dicembre 2019, i siti attualmente bonificati in Lombardia sono 2620, in aumento dell'87% rispetto al 2012 che erano 1396. Sono in aumento anche i siti contaminati che arrivano a 914 con una netta prevalenza nell'area milanese (425 siti) (dato al 31/8/2019), contro gli 818 del 2018. I siti potenzialmente contaminati sono 1049 (dato al 30/09/2020). Inoltre in Regione Lombardia sono stati riconosciuti 5 Siti di Interesse Nazionale (Broni-PV; Caffaro-BS; Sesto S.Giovanni-MI; Pioltello-Rodano-MI; Laghi Mantova e Polo chimico-MN).
Sono in corso oltre 5000 procedimenti, la maggior parte dei quali riguarda aree industriali dismesse, seguite da impianti di stoccaggio e adduzione carburanti e serbatoi.

Consumo del suolo

Il suolo è l'interfaccia degli scambi di energia e materia urbani con i cicli naturali di aria, acqua e carbonio. Consumare questa risorsa non rinnovabile e in esaurimento compromette servizi ecosistemici vitali, tra cui la stessa prevenzione della malattia. Il costante recupero registrato in Lombardia relativo alle aree dismesse, di periferie urbane degradate, di spazi di grandi e piccole-medie imprese che possono contenere lo spreco di questa fondamentale risorsa. Ma la Lombardia rimane una delle regioni che registrano un elevato consumo di suolo avvicinandosi ai 290.000 ha, pari a circa il 12% della superficie regionale (media italiana 7,1%).

Rifiuti

In Lombardia la raccolta differenziata ha raggiunto quota 71% nel 2019, ma il dato di raccolta pro-capite è in aumento: 6,43 kg/abitante, +8,28% sul 2018).
Azioni a sostegno dell'economia circolare consentiranno di supportare il processo di riduzione dell'estrazione di materie prime da un lato e la produzione di rifiuti dall'altro.

Servizio Idrico

L'insieme dei servizi pubblici di acquedotto, fognatura e depurazione costituisce il Servizio Idrico Integrato (SII), organizzato sulla base di Ambiti Territoriali Ottimali (ATO), corrispondenti ai confini amministrativi delle province lombarde e della Città metropolitana di Milano: Regione Lombardia ha positivamente portato a compimento la formazione di 12 ATO pienamente operativi *(ARERA, 2020c).* Sul territorio regionale sono poi presenti 58 operatori gestionali, mentre 298 Comuni gestiscono in economia almeno un segmento del servizio1.
Il dato relativo all'acqua erogata pro-capite in Lombardia è pari a 272 l/g*ab *(ISTAT, 2020, rif. dati 2015),* molto superiore alla media nazionale di 220 l/g*ab e riconducibile alle correlate abitudini di consumo e a una naturale abbondanza della risorsa.
In relazione all'aspetto della sicurezza nell'accesso alla risorsa la Lombardia ha raggiunto standard qualitativi più elevati rispetto alla media italiana.
A fronte di un dato nazionale che calcola la percentuale di perdite idriche totali della rete nazionale di distribuzione dell'acqua potabile pari al 42,0%, le perdite totali di rete presentano il valore minimo nella città metropolitana di Milano (18,7%) (ISTAT, 2020).

Le acque destinate al consumo umano in Regione Lombardia provengono per la quasi totalità da acque sotterranee e per meno dell'1% da corsi d'acqua superficiali (quasi completamente dai laghi).

La qualità dell'acqua erogata in rete è da considerarsi molto buona in relazione ai parametri normati dal D.Lgs. 31/2001: solo lo 0,2% dei controlli microbiologici (Allegato 1 Parte A) e lo 0,05% dei controlli chimici (Allegato 1 Parte B) delle ATS è risultato non conforme. Questi seppur minimi casi di non conformità sono stati gestiti dalle ATS con i Gestori del Servizio Idropotabile e i Comuni coinvolti (Report Regione Lombardia 2019).

Anche per quanto riguarda i controlli della radioattività nelle acque erogate per il consumo umano, effettuati con la collaborazione di ARPA Lombardia, i risultati sono più che soddisfacenti: nel 2020 non sono stati evidenziati superamenti del valore di screening per l'attività beta totale e per il parametro relativo al radon 222, mentre i 14 superamenti del valore di screening per l'attività alfa totale (11% delle misure effettuate) sono ascrivibili nella quasi totalità agli isotopi naturali dell'uranio; in soli due casi si è evidenziata la presenza di radio 226 in modeste quantità. Il calcolo della dose totale, sulla base degli esiti analitici, ha portato ad ottenere valori largamente inferiori al valore di parametro fissato dal D.Lgs.28/2016 (ARPA Lombardia - Risultati del piano dei controlli 2020).

Malgrado questo nel 2020 il 26% delle famiglie lombarde ha dichiarato di non fidarsi a bere acqua del rubinetto (ISTAT, 2020).

Qualità dei corpi idrici superficiali e sotterranei

I più recenti dati relativi al 2018 mostrano che in Lombardia la percentuale di corpi idrici superficiali che hanno raggiunto l'obiettivo di qualità ecologica sul totale dei corpi idrici delle acque superficiali (fiumi e laghi) è del solo 30% rispetto a una media nazionale del 41,7 %.
Il rapporto Stato Ambientale di ARPA-Lombardia mostra nei dati relativi al periodo 2018 un peggioramento sullo stato di qualità chimica dei fiumi che presentano solo nel 70% dei casi uno stato buono, a fronte del 77% registrato nel 2017, mentre migliora la qualità dei laghi che registrano nel 74% dei casi uno stato buono rispetto al 64% del 2017.
Infine, con lo Stato Chimico delle Acque Sotterranee (SCAS) sono classificati i corpi idrici sotterranei in funzione del loro livello di contaminazione, determinato dalla presenza di sostanze chimiche di origine antropica. I dati relativi al 2018 mostrano per la regione Lombardia un netto miglioramento della situazione con il 39% delle acque in uno stato buono e il 61% non buono a fronte del 71% del 2017.
Le aree balneabili in Lombardia sono oltre 250.

Depurazione delle acque reflue e gestione dei fanghi di depurazione

Sono ancora in corso le procedure di infrazione aperte contro l'Italia per violazione della Direttiva 91/271/CEE sul trattamento dei reflui urbani, che pesano anche sulla Lombardia, nel frattempo sono in corso interventi per il raggiungimento della conformità.
Le acque reflue urbane si stanno rivelando poi fonte di informazioni su Covid-19: l'ISS *(Istituto Superiore di Sanità, 2020)* le ha analizzate per ricostruire le tempistiche di diffusione del virus, mentre da una rilevazione di CNR-IRSA sui reflui di Milano e Monza e Brianza è emerso che l'eventuale presenza di tracce virali viene annientata dagli impianti di depurazione *(CNR, 2020).*

Il trattamento delle acque reflue urbane produce fanghi, che in Italia ammontano a oltre tre milioni di tonnellate *(ISPRA, 2020)*. La nostra regione ne è la prima produttrice a livello nazionale e, al riguardo, tende attivamente a ricercare soluzioni di economia circolare coerentemente con il Goal 12 *Garantire modelli sostenibili di produzione e di consumo*: nel 2018 infatti, delle 829.520 tonnellate di fanghi da depurazione prodotte in Lombardia, per più della metà si è proceduto al riciclo/recupero delle sostanze organiche e/o inorganiche in essi contenute.

Rischi naturali

Il 10% del territorio lombardo è esposto a pericolosità idraulica media, mentre è in classi ancora più elevate per frane il 6,4% *(ISPRA, 2018)*. Il 16% è soggetto a calamità idrogeologica.

Come nel resto del Nord, sono le frane gli eventi con vittime più numerose nel 2014-2019, e che nel lungo periodo 1969-2018 hanno inciso maggiormente sul tasso medio annuale di mortalità. Ad aumentare l'esposizione non solo la frequenza di alcune calamità (per esempio flash-flood) ma la debole capacità previsiva.

Cambiamenti climatici

Sintesi delle principali anomalie climatiche globali verificatesi nel corso del 2019.

(Fonte: NOAA. Elaborazione: ISPRA).

In Europa, il 2019 è stato il secondo anno più caldo dopo il 2018 e in Italia il 2019 è stato il terzo anno più caldo dall'inizio delle osservazioni dopo il 2018 e il 2015, con un'anomalia media rispetto al trentennio 1961-1990 di +1.56°C.

Anche in Lombardia, l'anno 2019, è risultato tra i più caldi registrati dall'inizio degli anni 2000, mentre non si è discostato di molto dalla media per quanto riguarda le precipitazioni.

Le temperature del 2019 in Lombardia confermano il trend climatico in atto ormai da molti decenni, ossia una complessiva anomalia positiva anche rispetto al clima recente.

Le principali ricerche sulla tematica evidenziano che la frequenza di eventi estremi relativi a temperature elevate è aumentata significativamente in tutto il bacino mediterraneo, a scapito di una diminuzione della frequenza degli eventi estremi relativi alle basse temperature *(Klein Tank et al. 2003; Luterbacher. 2004; Parry et al., 2007; Coumou et al. 2012).*

Per quanto riguarda il cambiamento climatico, Regione Lombardia si è dotata nel 2016 di un **Documento di azione regionale per l'adattamento al cambiamento climatico,** quale strumento di *governance* che da un lato riconosce e definisce gli ambiti prioritari rispetto agli effetti prodotti dal clima sul territorio lombardo, e dall'altro individua gli interventi per ridurre al minimo i rischi e gli impatti sulla popolazione, sui materiali e le risorse naturali e per aumentare la resilienza della società, dell'economia e dell'ambiente.

Qualità dell'abitare

Il rapporto OMS Housing Impacts Health *(New WHO Guidelines on Housing and Health, 2018)* evidenzia come abitazioni inadeguate possano causare effetti negativi sulla salute. In Italia il potenziale impatto negativo è un rischio concreto, in quanto il patrimonio edilizio nazionale è in buona parte obsoleto e non sempre in grado di garantire requisiti qualitativi idonei, sia dal punto di vista igienico-sanitario che in termini di sostenibilità e di sicurezza. Peraltro, in Italia – seppure siano state emanate linee guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati (Accordo Stato-Regione, anno 2001) e sia stato adottato uno schema di Regolamento edilizio tipo (RET), previsto dall'Intesa tra Stato, Regioni e Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) del 20/10/2016, per semplificare ed uniformare la programmazione territoriale in ambito comunale e nell'intento di integrare in un unico documento gli aspetti igienico sanitari, urbanistici e ambientali - manca un quadro normativo organico che affronti in maniera integrata le problematiche della qualità del microclima e dell'aria indoor, quelle energetiche e dell'edilizia.

Le persone che vivono in abitazioni con problemi strutturali o di umidità in Lombardia passano dal 13,2% del 2017 al 9,6% nel 2018, confermando il trend in riduzione degli ultimi anni, mentre quelle che vivono in abitazioni sovraffollate passano dal 26,8% del 2017 al 27,3% del 2018. Tuttavia, sul lungo periodo non emergono tendenze nette alla crescita o decrescita del dato.

Mobilità sostenibile

In Lombardia i sistemi urbani sono contraddistinti da elevata densità e notevole congestione, aspetti che pongono importanti sfide per la salute, riferite alla qualità dell'aria, alla prevenzione delle malattie non trasmissibili, al contrasto ai cambiamenti climatici e all'inclusione sociale. Una rete infrastrutturale che attribuisca un ruolo centrale alla mobilità sostenibile garantirebbe un miglioramento della qualità e fruibilità del sistema di aree verdi negli ambienti di vita, oltre a contribuire a diminuire i livelli di inquinamento atmosferico e a contrastare l'effetto dell'isola di calore urbana. Un'accorta e lungimirante pianificazione di infrastrutture ciclopedonali integrate

e sicure rappresenta una politica di fondamentale importanza in termine di prevenzione, nonché un'occasione di contrasto alle disuguaglianze.
Il quadro regionale pre-Covid *(ISTAT, 2020a)* evidenzia, rispetto alla quota nazionale, come nel 2019 siano più diffusi ogni 100 abitanti gli utenti di tram/bus (26,1 vs 24,6) e treno (38,7 vs 33,6), con una maggiore fetta di giornalieri tra i passeggeri. Dal 2010 la regione oscilla tra le prime per uso abituale del treno. Sempre nel periodo pre-Covid, la Lombardia migliora in utilizzo dei mezzi pubblici *(ISTAT, 2019)*; resta in classifica alta per passeggeri TPL ogni 1000 abitanti nei capoluoghi e per posti-km.

5.4. Incidentalità

Incidenti stradali

Indicatori	2017	2018	2019	2020
Incidenti stradali sul territorio Lombardo	32.552	32.553	32.560	
Mortalità stradale (morti / 100.000 abitanti)	4,21	4,8	4,33	
dato nazionale	5,58	5,50	5,51	
dato UE	4,97	4,91	5,25	

Fonte dei dati: Annuario Statistico Regionale

Indicatori	2018	2019	2020
Feriti in incidenti stradali	44.625	44.400	Nd**
Costo sociale per incidentalità stradale (€)*	2.968.077.303	2.890.975.380	Nd**

**Calcolato con parametri MIT; ** I dati 2020 saranno disponibili a ottobre 2021*

In relazione al fenomeno dell'incidentalità stradale, l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile ha incluso tra i 17 Goals l'obiettivo 3 "Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età" indicando, come traguardo da raggiungere entro il 2020, il dimezzamento del numero di morti e feriti per incidenti stradali (obiettivo 3.6). Tuttavia, per quanto riguarda l'andamento degli incidenti stradali si fa riferimento ai dati del 2019, in quanto causa pandemia e conseguenti restrizioni, si è assistito ad una diminuzione forzata della mobilità nel corso del 2020 (meno 26,3% in Italia, non attribuibile a comportamenti virtuosi).
Osservando i dati a livello regionale dal 2001 al 2019, il fenomeno è in miglioramento: la mortalità da incidente stradale si è ridotta del 32% in Lombardia e del 27% in Italia. In Lombardia si osserva che il numero totale di incidenti stradali, con lesioni alle persone, avvenuti nel 2019, è di 32.560 (in media 89 al giorno). Questi incidenti hanno provocato la morte di 438 persone e il ferimento di altre 44.400. Paragonando la situazione della Lombardia al territorio nazionale, l'indice di mortalità (morti ogni 100 incidenti) presenta lo stesso andamento in entrambi i territori. Rispetto al 2018, il numero di incidenti stradali risulta stabile in entrambi i territori, così come quello dei feriti. Il numero delle vittime è diminuito del 9,3% (45 morti in meno) in Lombardia e del 4,8% in Italia (meno 161 vittime). L'andamento dell'indice di lesività è costante nel tempo, con una tendenza alla diminuzione, sia a livello regionale, sia a livello nazionale. Nel 2019, in Lombardia si contano 136,4 feriti ogni 100 incidenti, contro i 141,5 dell'Italia. Considerando il rapporto tra morti per incidente stradale e il numero di abitanti (tasso di mortalità), la Lombardia presenta un valore inferiore sia alla media nazionale, sia a quella dell'Unione Europea (UE27). Se nel 2019 si contano 43,3 morti per milione di abitanti, in Italia se ne registrano 55,1 e in Unione Europea 52,5. La Lombardia mostra valori di mortalità da incidente stradale sensibilmente inferiori rispetto alla maggior parte delle altre regioni italiane, collocandosi al terzultimo posto sia per indice di mortalità (1,3 morti ogni 100 incidenti), sia per tasso di mortalità (43,3 morti per milione di abitanti) *(L'incidentalità sulle strade della Lombardia nel 2019. Dossier statistico promosso da Giunta Regionale – Regione Lombardia)*. Per monitorare il fenomeno

dell'incidentalità stradale a livello regionale sono state attivate sinergie con il Centro Regionale di Governo e Monitoraggio della Sicurezza Stradale di Regione Lombardia (CMR, nato da una convenzione sottoscritta nel 2011 dalla Giunta regionale con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti e presidiato dalla DG Sicurezza e da PoliS-Lombardia) che ha tra gli altri obiettivi, quello di favorire , sostenere, svolgere attività di studio e ricerca per approfondire la conoscenza sui fattori di rischio e sulle cause che determinano gli incidenti stradali e individuare misure e interventi adeguati per contrastare i fattori di rischio.
Tra gli infortuni stradali deve essere menzionata la categoria degli infortuni stradali in occasione di lavoro. In Italia più della metà delle morti sul lavoro è causata da un incidente stradale avvenuto in occasione di lavoro, come nel caso di tassisti o camionisti, o in itinere, nel tragitto di andata e ritorno tra la casa e il luogo di lavoro.
Il 2020 registra nell'analisi INAIL un minor numero di incidenti stradali anche tra gli infortuni in occasione di lavoro dove, in Italia, i 13mila casi che hanno visto coinvolti mezzi di trasporto (si pensi ai conducenti professionali, quali camionisti, tassisti, ecc.) sono diminuiti del 31,8%. Alla complessiva contrazione ha contribuito in maniera significativa la gestione assicurativa per conto dello Stato che, nell'arco dell'anno, ha visto ridurre le denunce di oltre il 60% (oltre 66 mila in meno, in particolare per la riduzione degli infortuni degli studenti delle scuole/università statali per molti mesi in didattica a distanza). Per tutte le gestioni assicurative si evidenzia un calo degli infortuni in itinere.

Infortuni domestici

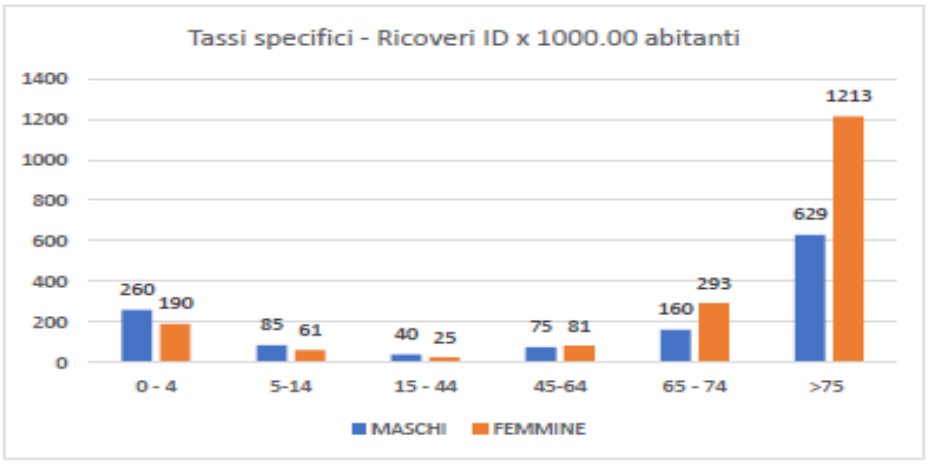
Il dato sugli incidenti domestici, riferibile a tutte le tipologie e non solo a quelli per i quali è seguito un ricovero ospedaliero, è rilevato da ISTAT.
Per quanto riguarda la Lombardia, come mostrato in Tabella, il numero degli incidenti domestici occorsi nel 2018 e 2019 per 1.000 persone nei tre mesi precedenti l'intervista, non ha avuto variazioni significative (12,2 per il 2018 e 12,7 nel 2019).

Indicatori	2018	2019
numero di incidenti domestici occorsi per 1.000 persone nei tre mesi precedenti l'intervista	12,2	12,7

Fonte: ISTAT- Aspetti della vita quotidiana

La fonte dati regionale utilizzata è costituita dalla banca dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) che fornisce informazioni sul numero di eventi e sul tipo di traumatismo, ma risulta invece carente di informazioni sulla dinamica dell'incidente. Inoltre, questi dati sono rappresentativi degli incidenti più gravi o comunque meritevoli di ricovero.
Il numero degli incidenti domestici nel corso degli anni è rimasto sostanzialmente immutato, seppur con un picco nel 2017, difficilmente interpretabile data la natura delle SDO e la pandemia da SARS-COV-2 che ha portato ad un minor numero di accessi negli ospedali.

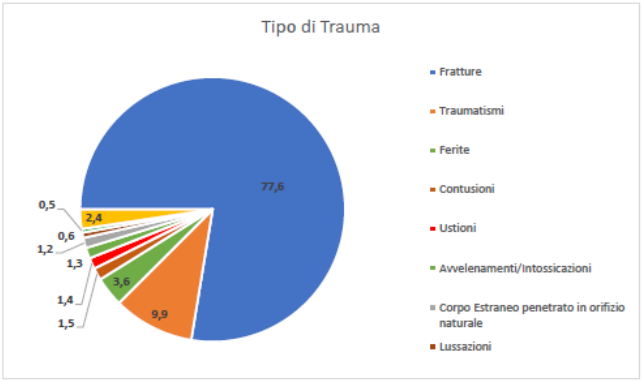
Nel 2020 dei 63.887 ricoveri urgenti, il 27,4% era dovuto a incidenti avvenuti in ambiente domestico e tra questi il 77,6% ha avuto come conseguenza una frattura.
Osservando i tassi specifici dei ricoveri emerge che le fasce più a rischio sono i bambini 0-4 anni (260 per i maschi e 190 per le femmine) e gli anziani, dai 65 anni in poi, con picchi molto alti nella fascia al di sopra dei 75 anni.



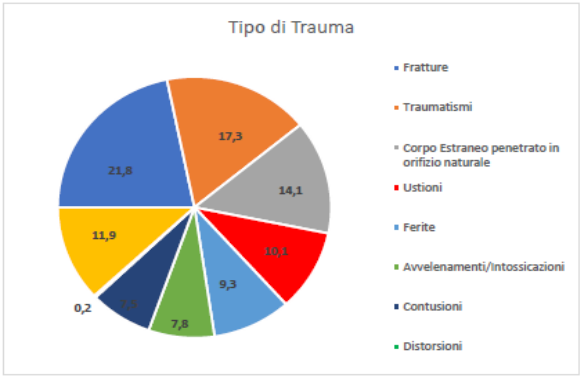
Fonte: Rilevazione SDO – Anno 2020. Osservatorio Epidemiologico regionale

Le principali tipologie di trauma a causa di un incidente domestico sono mostrate nel grafico, dove le principali cause sono le fratture (77,6%) seguite dai traumatismi (9.9%).

Per i bambini le principali cause di incidenti sono: fratture (21,8%), seguite dai traumatismi (17,3%), corpi estranei penetrati in orifizi naturali (14%), le ustioni (10%), ferite (9%); avvelenamenti (7,8%)



Fonte: Rilevazione SDO – Anno 2020. Osservatorio Epidemiologico regionale



Fonte: Rilevazione SDO – Anno 2020. Osservatorio Epidemiologico regionale

Fonte Istat

6. CONTESTO SOCIALE ED ECONOMICO

Le caratteristiche **socio-economiche** della popolazione della Lombardia e dell'Italia con il confronto anni 2010-2020 sono riportate in Tabella *(Fonte: ISTAT).*

Caratteristiche socio-economiche della popolazione. Lombardia e Italia. 2010-2020

	Lombardia		Italia	
Indicatori socio-economici	**2010**	**2020**	**2010**	**2020**
Tasso di disoccupazione (x 100)	5,5	4,8	8,4	10
Tasso di disoccupazione giovanile (x 100)	20	19,2	28	29,2
Famiglie in povertà relativa (x 100)	2,6	6 (2019)	9,6	11,4 (2019)
Famiglie in povertà assoluta (x100)*	3 (2014)	7,1	5,7(2014)	7,7
Densità abitativa (per 100 m^2)	4,2	4,2	2,7	2,6
Famiglie monocomponente (x 100)	28,7	33,5	29,6	34,1
Famiglie > 5 componenti	4,1	4,7	5,7	5,2
Occupati agricoltura (x 100)**	0,8% (Nord-Ovest)	1,0% (Nord-Ovest)	2,4%	2,8%
Occupati industria (x 100)**	34,6% (Nord-Ovest)	33,0% (Nord-Ovest)	30,4%	28,5%
Occupati servizi (x 100)**	64,7% (Nord-Ovest)	66,0% (Nord-Ovest)	67,3%	68,7%
Tasso di occupazione tra 20-64 aa (x100)	69 (2011)	71,6	61,2 (2011)	62,0
Tasso di mancata partecipazione al lavoro (100 forze di lavoro e parte delle forze di lavoro potenziali di 15-74 anni)	10,1 (2011)	9,8	17,9 (2011)	19,1
Forze lavoro >15anni (migliaia)	4.424	4.639	24.583	25.214
Occupati (migliaia)	4.179	4.406	22.527	22.904
Totale inattivi (migliaia)	3.824	4.023	26.413	26.763
Persone con almeno il diploma 25-64 anni (x 100)	50,1	64,6	53,4	60,6

**Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati Istat. Lombardia 2020, dato stimato da PoliS-Lombardia*

***Fonte dati ISTAT (http://dati.istat.it/; estrazione personalizzata per Codice Ateco, età = +15 anni, territorio= Nord Ovest)*

Il tessuto produttivo lombardo è descritto nella seguente tabella, elaborata a partire dai dati di Unioncamere Lombardia *(Infocamere)*

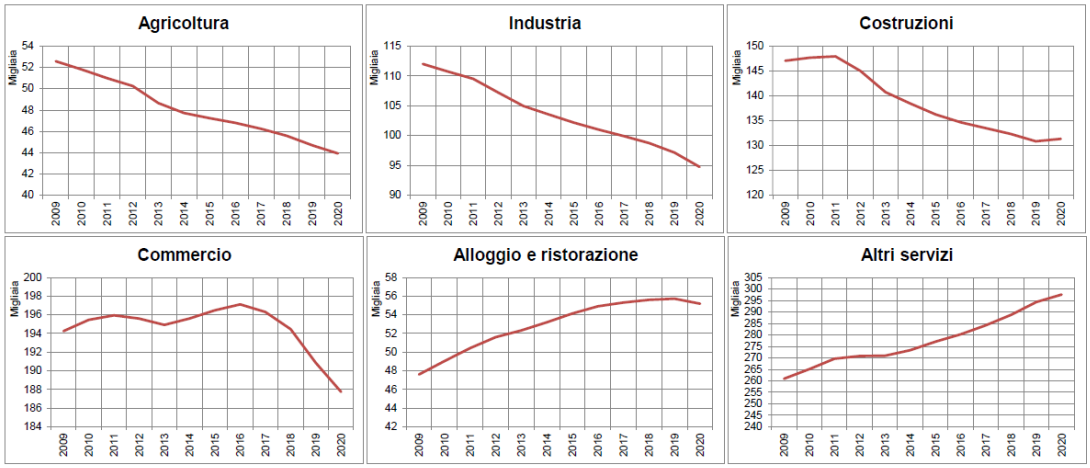
Demografia d'impresa anno 2020, dati per sezione di attività economica – Lombardia

	SEZIONE DI ATTIVA' ECONOMICA - ATECO 2007	Registrate	Attive	Iscritte	Cessate totali	Cessate non d'ufficio	Var. % attive
A	Agricoltura, silvicoltura pesca	44.598	43.930	1.049	1.862	1.811	-1,7
B	Estrazione di minerali da cave e miniere	422	331	0	16	13	-3,8
C	Attività manifatturiere	104.448	90.818	2.121	5.725	4.263	-2,7
D	Fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condiz...	2.293	2.140	110	106	100	4,4
E	Fornitura di acqua; reti fognarie, attività di gestione d...	1.630	1.458	18	69	56	0,7
F	Costruzioni	144.754	131.352	6.382	7.581	6.592	0,4
G	Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di aut...	207.153	187.729	6.747	13.106	11.424	-1,6
H	Trasporto e magazzinaggio	29.868	26.372	511	1.469	1.235	-0,8
I	Attività dei servizi alloggio e ristorazione	65.229	55.202	1.663	3.782	3.458	-1,0
J	Servizi di informazione e comunicazione	29.857	26.868	1.500	1.844	1.453	1,0
K	Attività finanziarie e assicurative	27.651	26.273	1.823	1.749	1.575	2,8
L	Attivita' immobiliari	76.743	67.850	1.232	2.864	2.207	0,3
M	Attività professionali, scientifiche e tecniche	55.467	50.346	3.461	3.602	3.074	2,9
N	Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle im...	41.305	37.553	2.254	2.495	2.226	2,4
O	Amministrazione pubblica e difesa; assicurazione sociale ...	27	22	0	6	2	-21,4
P	Istruzione	5.354	4.997	220	261	205	1,5
Q	Sanita' e assistenza sociale	7.631	6.896	137	315	285	0,9
R	Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e diver...	11.696	10.342	357	562	475	1,0
S	Altre attività di servizi	41.941	40.089	1.692	2.627	2.564	-0,6
T	Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro p...	5	4	0	0	0	0,0
U	Organizzazioni ed organismi extraterritoriali	3	3	0	0	0	0,0
NC	Imprese non classificate*	51.324	524	16.766	3.666	2.187	-6,6
	TOTALE	***949.399***	***811.099***	***48.043***	***53.707***	***45.205***	***-0,4***

Fonte: Elaborazioni Unioncamere Lombardia su dati Infocamere

Dall'analisi della serie storica per specifici settori, si assiste ad una contrazione del numero di imprese attive per settori, quali agricoltura, industria, commercio, ed ad una crescita che ha interessato i settori alloggio e ristorazione ed altri settori. Per il settore costruzioni la diminuzione nel numero di imprese ha variato la tendenza nel corso del 2019.

Numero imprese attive
serie storica 2009-2020, Lombardia - settori



Fonte: Elaborazioni Unioncamere Lombardia su dati Infocamere

6.1 Sistema agroalimentare

Il sistema agro-alimentare lombardo è il più importante a livello italiano ed uno dei più rilevanti nel contesto europeo. La produzione agricola realizzata in Lombardia, in valore assoluto, è pari a 6,35 miliardi di euro. Oltre alla forte vocazione zootecnica lombarda, confermata dai dati delle consistenze degli allevamenti e delle produzioni realizzate, la Lombardia produce il 17,9% dei cereali italiani e, in particolare, il 44% del riso italiano (21,5% della produzione europea). In regione si produce inoltre il 3% dell'uva da vino e lo 0,2% delle olive da olio. Nonostante lo scarso peso quantitativo, la Lombardia occupa un posto di rilievo per quanto riguarda la qualificazione della produzione, testimoniata dal forte orientamento a prodotti DOP e DOC, e da aree di eccellenza nel settore vitivinicolo. Negli ultimi anni sta crescendo anche il peso produttivo ed economico degli ortaggi in piena aria (5,3%), specie di cocomero, melone e pomodoro da industria. Un discreto peso sul totale nazionale (6% della produzione) hanno anche gli ortaggi in serra.

Di grande importanza è anche l'industria di trasformazione, che vede la presenza di alcuni grandi gruppi industriali e numerosissime piccole e medie imprese (PMI), operanti nel settore dei prodotti da forno e farinacei, dell'ortofrutticolo e dei piatti pronti.

Rilevante è il contributo lombardo nell'export del settore agroalimentare: la Lombardia rappresenta il 17,3 per cento dell'export totale nazionale dei "prodotti da forno e farinacei", il 18,2 per cento per quanto riguarda la categoria "cioccolato, caffè, tè, spezie e piatti pronti" e si arriva al 27,7 per cento nel settore delle "granaglie, amidi e derivati"[1].

Il settore degli alimenti di Origine Animale (OA) costituisce inoltre un importante comparto della produzione primaria, rappresentato da circa 18 mila allevamenti bovini con 1,5 milioni di capi (25% del patrimonio zootecnico nazionale) e da circa 8 mila allevamenti suini con 4,2 milioni di

[1] Fonte: studio "L'agroalimentare italiano nel mondo" realizzato dalla Camera di Commercio di Milano e dalla Coldiretti, assieme a Promos (anno 2015)

capi (56% del patrimonio zootecnico nazionale). Nonostante sia un comparto maggiormente regolamentato e soggetto a vincoli che ne limitano le possibilità di esportazione in rapporto alla specie animale ed all'area geografica di produzione, tra le imprese lombarde del settore degli alimenti di OA circa 2.600 impianti, operanti principalmente nei settori lattiero caseario e delle carni, hanno il riconoscimento comunitario e alcuni di essi sono inseriti in liste ai fini export verso Paese terzi. L'interscambio di alimenti di OA con i Paesi terzi si caratterizza per il 49% di esportazioni pari a circa 968 milioni di euro. Tra i principali settori per rilevanza d'esportazioni verso i Paesi terzi si confermano il settore lattiero-caseario (circo un terzo delle esportazioni nazionali) e il settore dei prodotti a base di carne: le esportazioni lombarde rappresentano circa un terzo delle esportazioni nazionali di questi prodotti[2].

Dagli esiti dei controlli ufficiali condotti nel 2019 sulle imprese alimentari, si può affermare che gli alimenti prodotti e distribuiti in Lombardia sono sicuri, infatti sono risultate conformi il 72% delle imprese controllate dai SIAN e il 73% di quelle controllate dai Dipartimenti Veterinari delle ATS. Nel dettaglio, tra le attività maggiormente controllate, in ragione del target sensibile di popolazione coinvolta (bambini, malati, anziani), vi sono le mense collettive, cioè le mense di scuole, ospedali, RSA, ecc.: le cui conformità si attestano intorno al 65%. Per quanto riguarda invece la ristorazione pubblica (bar e ristoranti), è necessario investire con interventi mirati per migliorare il grado di conformità, che si attesta al 59% delle strutture controllate. Con riguardo alle attività di competenza veterinaria, soggette a riconoscimento ai sensi dei regolamenti comunitari, nell'anno 2019 i Dipartimenti Veterinari hanno sottoposto ad ispezioni ed audit circa il 95% delle 4.331 attività risultate conformi per circa il 71%.

Allerta alimenti (RASFF)[3]

Per notificare in tempo reale i rischi diretti o indiretti per la salute pubblica connessi al consumo di alimenti o mangimi la Commissione Europea ha istituito, con il Regolamento (CE) 178/2002, il sistema rapido di allerta comunitario, sotto forma di rete, a cui partecipano la Commissione stessa, l'EFSA (Autorità per la Sicurezza Alimentare) e gli Stati membri dell'Unione. Se un alimento o un mangime, presente sul mercato, non è conforme ai requisiti di sicurezza previsti, gli operatori del settore devono avviare immediatamente le procedure di ritiro/richiamo dello stesso. Ogni volta che un membro della rete disponga di informazioni relative all'esistenza di un rischio, diretto o indiretto, per la salute umana dovuto ad alimenti o mangimi, queste informazioni vengono immediatamente comunicate alle Commissione nel quadro del Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF). La Commissione trasmette immediatamente queste informazioni ai membri della rete. L'efficacia del sistema è assicurata dalla semplicità della sua struttura: i punti di contatto di ciascun componente della rete sono chiaramente identificati e lo scambio di informazioni avviene sulla base di documentazione semplice e standardizzata.

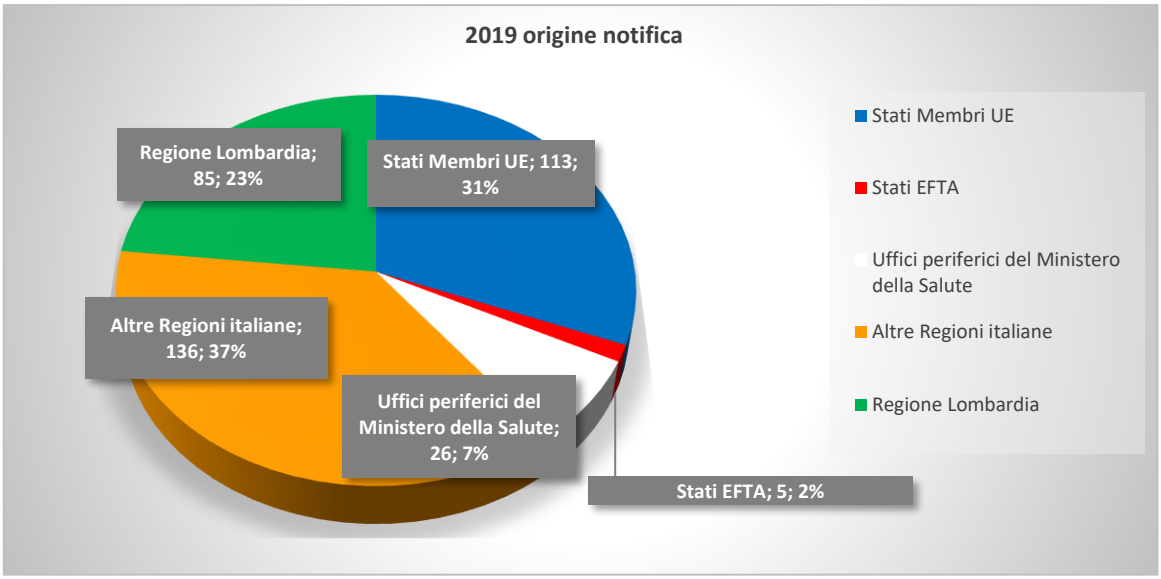
Di seguito vengono riportati i dati relativi alle notifiche ricevute nel corso dell'anno 2019, che comprendono le tre macro-categorie: alimenti, mangimi e materiali a contatto.

Complessivamente sono stati comunicati alla Regione Lombardia 365 casi, che confermano il trend di un costante incremento anno dopo anno (361 nel 2018, 356 casi nel 2017 che erano già in aumento di circa l'4 % rispetto all'anno 2016). Dei 365 casi trattati, 23 sono stati successivamente revocati a seguito della mancata conferma dei motivi che li avevano generati.

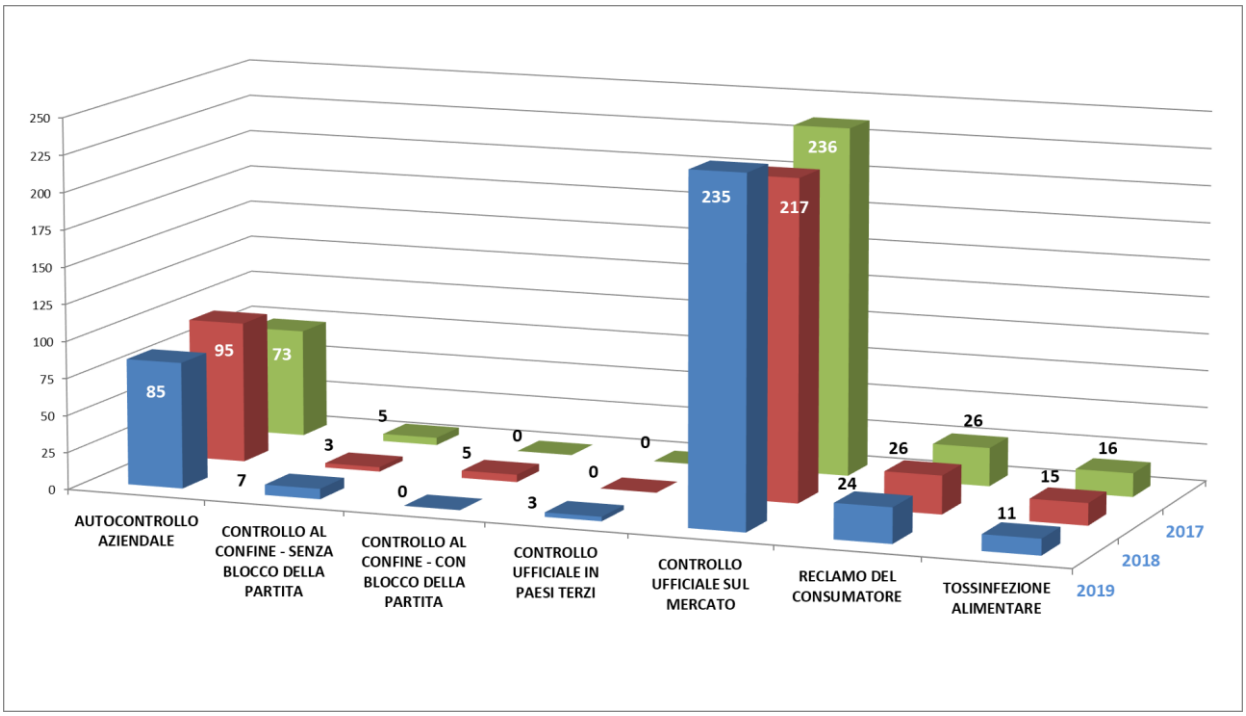
L'origine delle segnalazioni è riportata nel grafico seguente:

[2] Polis-Lombardia Commercio estero lombardo dei prodotti di origine animale – Luglio 2018

[3] Fonte: Regione Lombardia "REPORT ANNO 2019 - SISTEMA DI ALLERTA PER ALIMENTI E MANGIMI"

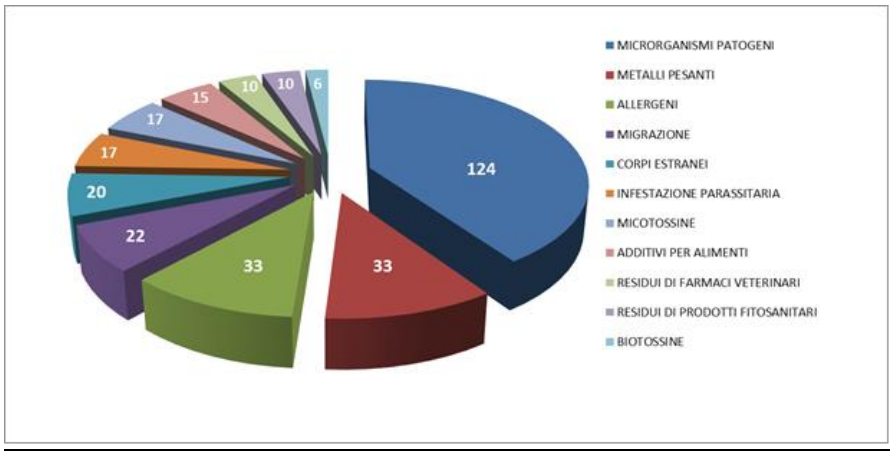


Il grafico successivo mostra la numerosità e la ripartizione delle allerte, in base all'origine della notifica stessa, che rimane sostanzialmente uniforme, nel corso degli ultimi tre anni dal 2017 al 2019:



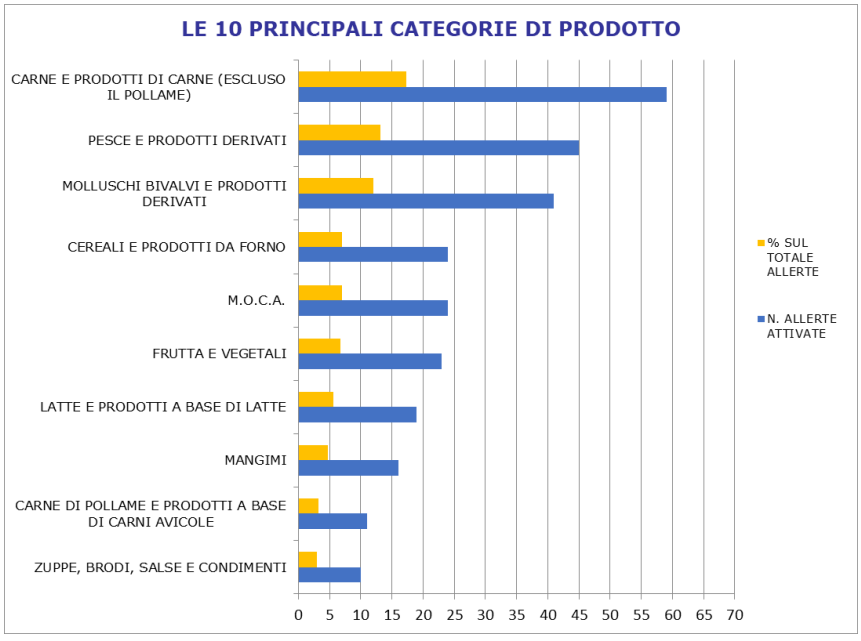
In 11 casi (dato in lieve calo rispetto all'annualità precedente) le segnalazioni sono scaturite a seguito di tossinfezione alimentare. Particolarmente impattante è stata la gestione delle notifiche relative all'insorgenza di un'epatite colestatica associata all'uso di integratori a base di Curcuma e Piperina. Solo 3 di queste allerte hanno avuto origine regionale. Da segnalare i casi innescati dalla comparsa di sintomatologia gastroenterica riconducibile alla presenza di norovirus in molluschi (4) e salmonella in carne macinata equina (1); significative anche il numero delle notifiche (3) conseguenti a episodi di intossicazione a seguito del consumo di pesce con un alto contenuto in istamina (sindrome sgombroide). I rimanenti casi hanno riguardato la presenza di

tossina botulinica in piatto pronto di pasta e fagioli, la presenza di biotossine (acido okadaico) in mitili.
Di seguito si evidenziano i motivi di non conformità riscontrati nel corso dell'anno 2019:



Come si vede i microrganismi patogeni rappresentano la principale causa di non conformità, situazione ormai consolidata negli anni. Delle 342 allerte gestite, più di un terzo ha come causa di non conformità la presenza di uno o più microrganismi patogeni.
Si segnala inoltre che in 33 casi, dato in linea con l'annualità passata, la procedura di ritiro e richiamo dal mercato è stata causata dalla presenza di allergeni non dichiarati in etichetta (proteine del latte, soia, glutine, senape e solfiti). Tre le categorie principali di prodotti interessati: "cereali e prodotti da forno" (9), zuppe, brodi, salse e condimenti (7) e gelati e dessert (4). Solo per il caso relativo al corbezzolo cinese, in cui l'allergene (anidride solforosa) non era evidenziato in etichetta, non è stata attivata una notifica di allarme. In 15 casi la segnalazione della irregolarità è pervenuta dalle industrie alimentari a seguito di analisi effettuate nell'ambito delle procedure di autocontrollo e in 4 casi da reclami del consumatore.

L'ultimo grafico rappresenta infine le 10 principali categorie di alimenti interessate da procedimenti di allerta nel corso dell'anno 2019 e la loro percentuale d'incidenza sul totale delle 342 allerte gestite:



6.2 Prevenzione, salute e sicurezza sul lavoro

La struttura produttiva lombarda è caratterizzata dalla forte rilevanza delle imprese. Il 18,6% delle imprese nazionali, pari 814.563 unità, è collocato in Lombardia (Dati estratti il 16 ago 2021 12:35 UTC (GMT) da I.Stat, anno 2019). Vi lavorano 4.196.638 addetti che rappresentano il 24% delle forze lavoro nazionali. Seppure il 93,7% delle imprese attive abbia un numero di addetti compreso tra 0-9, mentre le imprese con oltre 250 addetti rappresentano lo 0,2%, il numero di addetti impiegato nelle micro e piccole imprese è pari al numero impiegato nelle grandi (32,2% vs 32,9%).

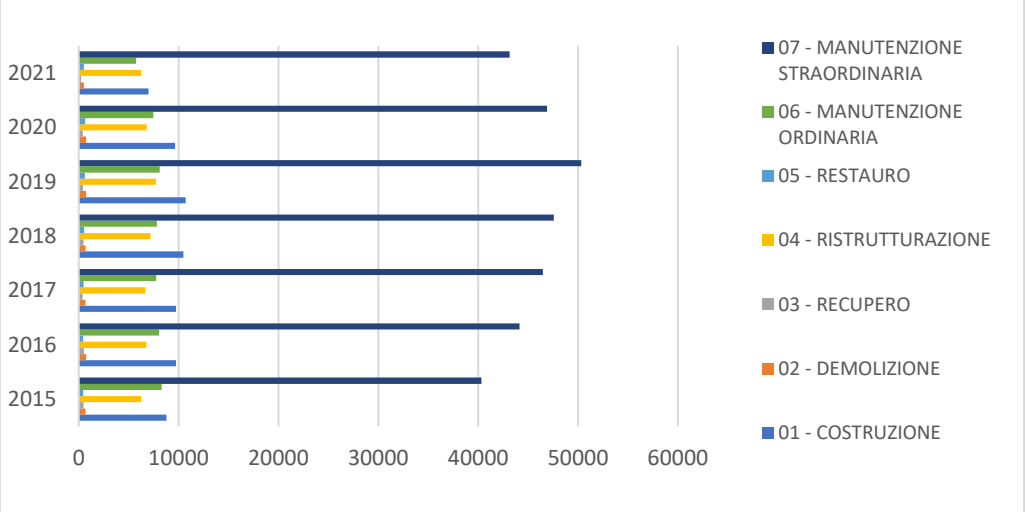
Il comparto ATECO più rappresentato per numero di imprese è il commercio all'ingrosso e al dettaglio (19,6%), seguito da attività professionali, scientifiche e tecniche (19,2%), dalle costruzioni (11,2%) e dal manifatturiero (9,8%). La più alta quota di lavoratori si trova nel manifatturiero (23%) e nel commercio (18,4%).

Territorio	Italia; Lombardia									
Impresa con dipendenti totale										
Forma giuridica totale										
Anno	2019									
Tipo dato	numero imprese attive					numero addetti delle imprese attive (valori medi annui)				
Classe di addetti	0-9	10-49	50-249	250 e più	totale	0-9	10-49	50-249	250 e più	totale
0010: TOTALE ITALIA	4149572	199340	24288	4179	4377379	7506860,4	3573389,6	2361035	3996793,3	17438078
0010: TOTALE LOMBARDIA	763119	43461	6660	1323	814563	1354525,2	801322,86	659254,03	1381536,2	4196638,3
distribuzione % Lombardia	93,7	5,3	0,8	0,2	100,0	32,3	19,1	15,7	32,9	100,0

A livello provinciale la composizione settoriale *(FONTE: CENSIMENTI PERMANENTI-ISTAT 2019 REGIONE LOMBARDIA)* non appare omogenea, con livelli di industrializzazione ben al di sopra della media regionale in 6 provincie (Bergamo, Lecco, Brescia, Varese, Mantova e Como) e, di contro, una più marcata incidenza delle imprese di servizi a Milano e Sondrio.

Oltre un terzo delle imprese lombarde (il 35,5 per cento) è localizzata in provincia di Milano, seguono Brescia e Bergamo (rispettivamente il 14 e l'11,2 per cento), Varese, Monza e Brianza, Como e Pavia (quote comprese tra l'8 e il 4 per cento).

Nel periodo 2015-2020, è stata comunicata l'apertura di circa 72.000 cantieri/anno *(Fonte: Ge.C.A., notifiche preliminari ex art. 99 DLgs 81/09, Sistema Informativo della Prevenzione)* di cui mediamente il 64% dedicato ad opere di manutenzione straordinaria ed il 21% a nuove costruzioni. Fa eccezione il 2021 che vede nel solo semestre oltre 63.000 notifiche.



Nel triennio 2018-2020, le ATS hanno mediamente effettuato 58.000 controlli/anno in circa 28.000 imprese/anno. Nell'attività 2020, il 22% dei controlli ha avuto ad oggetto la verifica dell'adozione delle misure anti-contagio COVID-19 nel 35% delle imprese controllate. Nel biennio 2018-2019 sono stati controllati mediamente 9.000 cantieri/anno su un totale di circa 66.000 notifiche preliminari ex art. 99 DLgs 81/09. In tema amianto, nel 2018 e 2019, le ATS hanno ricevuto, a norma di legge, 11.812 e 10.934 Piani di Lavoro e 1.564 e 2.275 Notifiche relativi ad interventi di bonifica su manufatti in matrice compatta o friabile da parte di imprese a ciò abilitate, e segnatamente 1.325 e 1.401 di cui circa il 66% con sede legale in Lombardia. I cantieri di bonifica amianto rappresentano, nel biennio considerato, circa il 40% del totale.
Fermo restando che le segnalazioni relative a situazioni di pericolo - effettuate da lavoratori, rappresentanti dei lavoratori, cittadini, Istituzioni - sono parte dell'attività dei Servizi di Prevenzione negli Ambienti di lavoro i controlli sono definiti sulla base di criteri di programmazione indicati a livello regionale che permettono la scelta delle situazioni a maggior rischio.

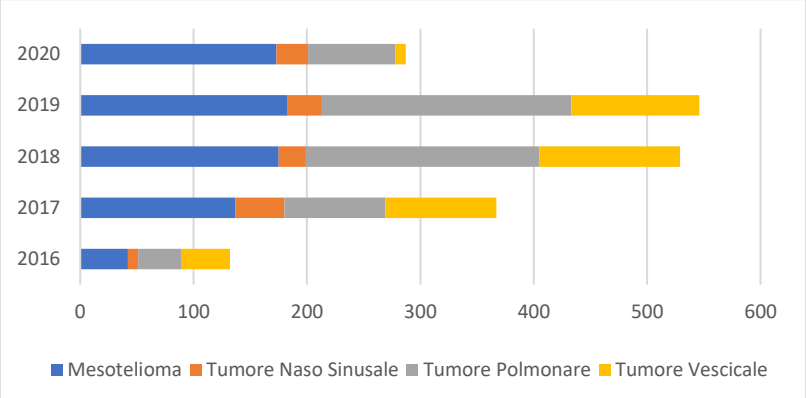
In Regione Lombardia le attività di controllo svolte dai Servizi PSAL su imprese e lavoratori sono raccolte nel Sistema Informativo della Prevenzione: le informazioni, relative anche agli esiti, sono standardizzate e fondate sulla identificazione univoca dell'impresa tramite l'impiego del Codice Fiscale o Partita IVA e del lavoratore tramite il Codice Fiscale.

Un'analisi sui dati raccolti, condotta con l'Università degli Studi di Milano[4], ha permesso di verificare l'efficacia dell'attività di controllo negli ambienti di lavoro, attraverso la misurazione della variazione dei tassi di incidenza degli infortuni nelle aziende ispezionate, prima e dopo il controllo, rispetto alle stesse variazioni osservate nel gruppo di aziende non ispezionate. Coerentemente con i dati INAIL, è stato riscontrato un andamento decrescente del tasso infortunistico all'interno del periodo considerato in tutte le aziende (ispezionate e non), mentre le aziende oggetto di controllo, nei periodi successivi all'attività di vigilanza, sono state interessate da una maggiore riduzione dei tassi di infortunio, sia totali che gravi.

Infortuni e malattie professionali

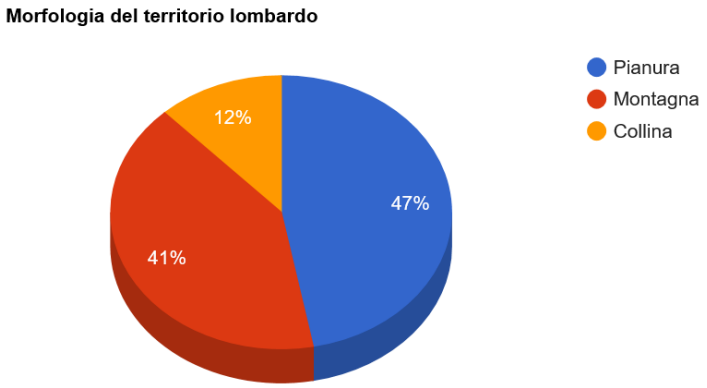
Mediamente sono condotte circa 3.700/anno indagini per infortunio sul lavoro e circa 2.500/anno per malattia professionale. Le indagini di Polizia Giudiziaria relative ai singoli eventi, oltre all'accertamento delle responsabilità all'origine dell'accadimento o della patologia, permettono di mettere in rilievo le carenze di sicurezza su cui intervenire prioritariamente per evitare nuovi danni. Per la ricostruzione della dinamica dell'evento e del nesso di causalità in Lombardia è stato adottato un modello accreditato a livello nazionale, che garantisce la standardizzazione dell'attività di indagine la cui adozione da parte dei Servizi è garantita dall'utilizzo del sistema Ma.P.I. (Malattie Professionali ed Infortuni) che è parte integrante del Sistema Regionale della Prevenzione.
In ordine alla ricerca delle malattie professionali, le ASST hanno contribuito all'emersione dei casi segnalando nel periodo 2016-2020, un numero via via crescente di patologie neoplastiche. La segnalazione è effettuata attraverso una funzionalità del SI che consente alle ATS, alle UOOML ed al Centro Operativo Regionale art. 244 DLgs 81/08, secondo le specifiche attribuzioni all'interno della rete del SSR, di riceverle senza soluzione di continuità e di indagarne l'origine professionale.

[4] *Efficacia dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (Servizi PSAL) nella riduzione degli infortuni professionali in Regione Lombardia*, Med Lav 2018; 109, 2: 110-124, DOI: 10.23749/mdl.v109i2.6472


2020
2019
2018
2017
2016
0
100
200
300
400
500
600
Mesotelioma
Tumore Naso Sinusale
Tumore Polmonare
Tumore Vescicale

7. FATTORI AMBIENTALI FACILITANTI L'ADOZIONE DI STILI DI VITA SALUTARI

La Lombardia è collocata nel cuore dell'Italia settentrionale, ai piedi delle Alpi, al centro della Pianura Padana e gode di una posizione strategicamente privilegiata poiché situata sulle principali vie di collegamento tra l'area mediterranea e l'Europa centrale. La sua superficie si estende per 23.860 kmq e si divide quasi equamente tra pianura (che rappresenta circa il 47% del territorio) e le zone montuose (che ne rappresentano il 41%). Il restante 12% della regione è collinare.



La Lombardia, pur avendo assunto la fisionomia tipica di una regione industrializzata e tecnologicamente avanzata, conserva un patrimonio naturalistico di grande interesse e notevole varietà, che rappresentano nel suo complesso fattori ambientali facilitanti l'adozione di stili di vita salutari.

Il territorio lombardo, incastonato fra la catena montuosa delle Alpi e il corso del fiume Po alterna le ampie distese della Pianura Padana ai suggestivi scorci montani dei paesaggi alpini, passando attraverso le valli di media montagna.
La regione può contare inoltre di zone immediatamente a ridosso del Lago di Garda, del Lago Maggiore e del Lago di Como, con paesaggi che rappresentano, oltre che un'attrazione turistica per visitatori provenienti da ogni parte del mondo, sia un'opportunità per promuovere attività motorie.

Di seguito alcune descrizioni del territorio lombardo quali fattori facilitanti/opportunità per adottare comportamenti favorevoli alla salute.

7.1 Montagna - Patrimonio Verde

La **montagna** in Lombardia occupa gran parte del territorio regionale. Un patrimonio inestimabile di natura, cultura e tradizioni antiche che dà l'opportunità di effettuare escursioni ad alta quota e nei rifugi.

Alcune risorse per scoprire il **patrimonio della montagna lombarda**:

- **Foreste da Vivere** la tradizionale manifestazione per promuovere la conoscenza e la fruizione delle foreste, degli alpeggi e delle riserve naturali www.ersaf.it
- **Guide Alpine Lombardia** per escursioni e arrampicate in falesia, gratuite e aperte a tutti guidealpine.lombardia.it/
- **Turismo accessibile** le risorse per il turismo accessibile invernale, di montagna o alle terme www.lombardiafacile.regione.lombardia.it

- **E-Bike Alp Experience** il progetto della messa a sistema della prima ciclovia transnazionale dedicata all'e-bike Ebike Alp Experience
- **Valle Camonica Pass incisioni** il pass per scoprire i territori della Valle dei Segni, primo Sito Unesco d'Italia Valle Camonica Pass
- **App Sporty** l'app di regione Lombardia per scoprire e prenotare le attività sportive, sia indoor che outdoor, da praticare in montagna App Sporty

Le **aree protette** in Lombardia ricoprono più del 25% dell'intero territorio lombardo e comprendono 24 parchi regionali, 105 parchi di interesse sovracomunale, 3 riserve naturali statali, 66 riserve naturali regionali, 33 monumenti naturali, oltre a una parte del Parco Nazionale dello Stelvio, il più grande d'Europa.
Questo polmone verde diffuso conserva un patrimonio inestimabile di ricchezze naturali, storiche e culturali e svolge la funzione di tutelare la biodiversità, l'ambiente, il paesaggio, le attività agricole, silvicole e pastorali.
Altro grande "patrimonio verde" della Lombardia è quello rappresentato dalle 20 Foreste regionali che, dalle vallate alpine alle distese della pianura, offrono un importante mosaico di ecosistemi naturali, abitati da una straordinaria varietà di fauna e flora, nonché un'opportunità per promuovere camminate, conoscenza e passione dell'ambiente.
Ad oggi, inoltre, sono state istituite **66 riserve naturali regionali**, ben distribuite sul territorio, che racchiudono le principali tipologie ambientali naturali lombarde e che possono essere suddivise per comodità in 3 gruppi:

- **riserve delle zone alpine e prealpine,** caratterizzate generalmente da ambienti montani e collinari
- **riserve di pianura**, spesso istituite a tutela delle ultime zone umide in corrispondenza di aste fluviali
- **riserve appenniniche.**

Alle riserve naturali regionali si affiancano **3 riserve statali:** l Bosco Fontana, il Bosco Siro Negri e Moirano e Tresero-Dosso del Vallon.

Per quanto riguarda il **verde urbano,** è possibile dettagliare con distribuzione provinciale la densità e le tipologie presenti in Lombardia. Complessivamente Sondrio è la provincia con maggiore densità di verde, seguita da Monza, Como e Milano. Le tipologie di verde più rappresentato sono verde storico, parchi urbani, verde attrezzato, aree di arredo urbano e verde incolto, oltre che altre tipologie non specificate.

Tavola 3.1 - Densità e tipologie di verde urbano nei comuni capoluogo di provincia/città metropolitana - Anno 2019
(incidenza percentuale sulla superficie comunale e composizione percentuale)

COMUNI	Densità del verde urbano (*incidenza percentuale sulla superficie comunale*)	Tipologie del verde urbano (*composizione percentuale*)													Totale
		Verde storico (*vincolato ai sensi del D.lgs 42/2004 e s.m.i.*)	Grandi parchi urbani	Verde attrezzato	Aree di arredo urbano	Forestazione urbana	Giardini scolastici	Orti botanici (a)	Orti urbani	Cimiteri (a)	Aree sportive all'aperto	Aree boschive	Verde incolto	Altro (b)	
Varese	2,84	31,43	4,14	6,38	4,85	1,99	9,78	0,00	0,43	7,16	19,38	9,66	-	4,80	100,0
Como	15,63	2,41	-	5,00	1,63	-	3,67	0,00	0,36	0,24	0,74	-	85,94	-	100,0
Lecco	1,65	12,64	-	12,04	19,64	-	4,16	0,00	1,56	0,12	15,51	-	33,68	0,65	100,0
Sondrio	30,76	0,04	7,63	2,55	2,35	0,08	0,49	0,06	0,13	0,03	1,49	85,13	-	-	100,0
Milano	13,76	3,47	41,44	28,63	14,20	0,85	5,55	0,18	0,32	2,66	0,72	-	-	1,96	100,0
Monza (c)	21,97	82,40	1,65	3,71	4,39	0,29	1,21	0,00	0,20	4,01	0,57	0,03	0,45	1,10	100,0
Bergamo	7,62	4,56	35,90	17,88	12,20	4,54	6,43	0,00	0,54	6,10	10,09	-	-	1,76	100,0
Brescia	5,65	4,67	24,19	6,81	23,70	4,96	6,80	0,00	0,19	4,00	4,24	17,10	2,41	0,94	100,0
Pavia	2,74	1,68	10,37	9,10	7,36	7,68	4,73	0,00	0,90	4,90	2,07	-	8,94	42,28	100,0
Lodi	6,34	5,75	18,09	6,52	15,21	14,93	6,02	0,00	0,14	0,00	9,41	-	0,71	23,23	100,0
Cremona	3,24	14,64	2,51	41,41	13,23	1,01	5,59	0,00	0,34	0,67	13,79	6,53	0,28	-	100,0
Mantova	3,08	21,88	4,41	2,48	5,89	2,82	6,49	0,00	0,42	0,00	12,22	18,52	0,31	24,57	100,0

7.2 Rete delle Vie di comunicazione

Grazie alla sua posizione strategica, alle caratteristiche del territorio e allo sviluppo economico è attraversata da un complesso **sistema viabilistico**: è connessa con l'Italia e con il resto del mondo da un insieme di **aeroporti**, da un'articolata **rete stradale, autostradale e ferroviaria** e da diversi sistemi di **trasporto collettivo** e **logistico**.

Il trasporto collettivo comprende il **trasporto pubblico locale** e il **servizio ferroviario** ed è il cuore pulsante del sistema di mobilità in Lombardia.

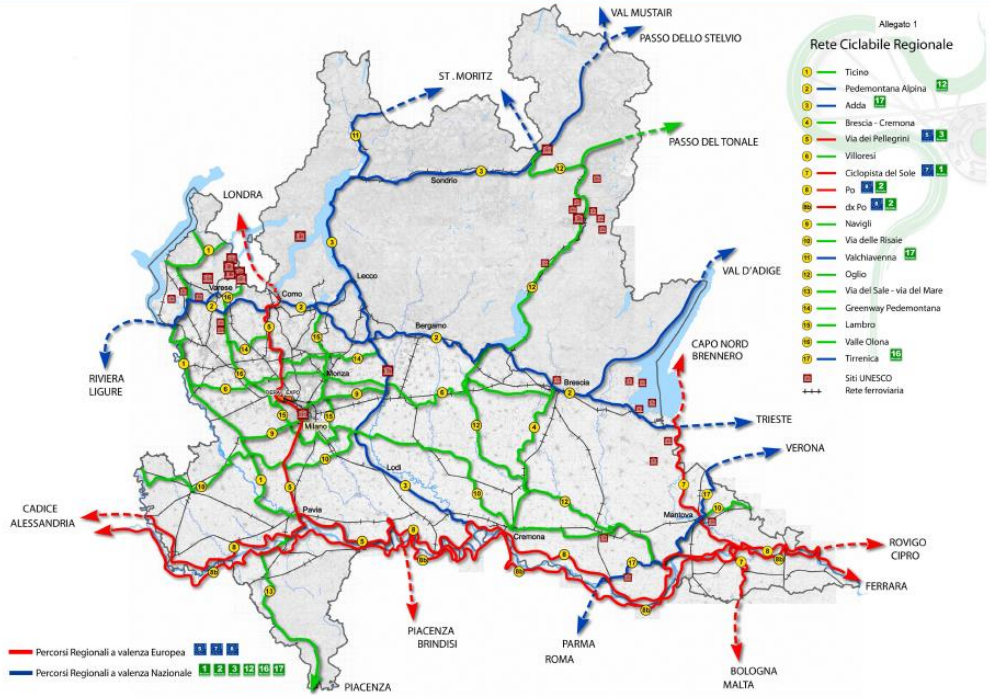
Nel territorio lombardo è presente circa il 14% dell'offerta in termini di autobus per chilometro e circa il 19% in termini di treni per chilometro. Ogni giorno circolano oltre 6.000 autobus oltre 2.300 corse ferroviarie al giorno *(CNIT 2012-2013 del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti; Rapporto Pendolaria 2014 di Legambiente)*.

Sempre più utenti preferiscono il trasporto pubblico, tra il 2002 ed il 2014 il trasporto collettivo nel suo insieme ha registrato un incremento della propria quota parte (dal 14 al 19% circa). L'uso del treno è cresciuto circa del 50%, mentre l'auto (conducente e passeggero), nonostante sia ancora la modalità più utilizzata, ha perso complessivamente circa 7 punti percentuali (dal 69 al 62% circa).

7.3 Piste ciclabili

La varietà del paesaggio, le numerose zone di pianura, i fiumi e i laghi che attraversano il territorio fanno della Lombardia una regione ideale da percorrere in bicicletta. Più di 4000 km di piste ciclabili uniscono le città d'arte ai laghi, le zone montane alle vie d'acqua.

La rete relativa alle piste ciclabili disponibili in Lombardia è mostrata nella cartina sottostante



7.4 Vie d'acqua

La Lombardia conta 1.000 chilometri di coste navigabili. La navigazione è una realtà molto importante del territorio e dell'economia lombarda. I soli cinque laghi maggiori rappresentano una superficie navigabile di più di 800 kmq, dove si contano più di 400 porti turistici per circa 12.000 posti barca disponibili.

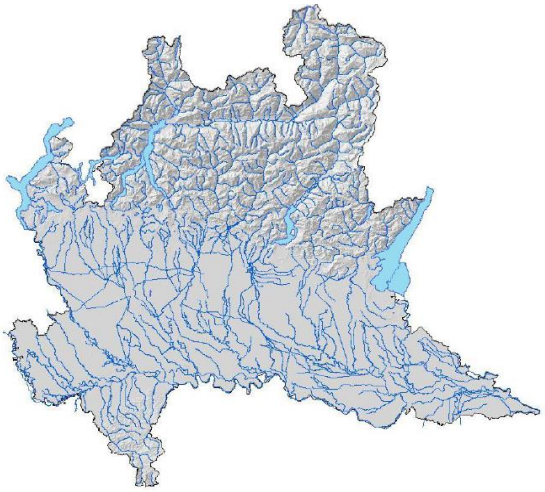


Figura 2 – Corpi Idrici individuati sul territorio della regione Lombardia

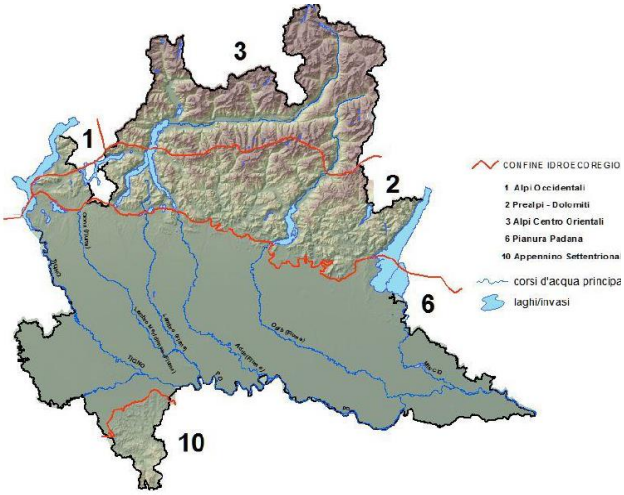


Figura 1 – Suddivisione del territorio della Lombardia in Idroecoregioni

8. ASPETTI ORGANIZZATIVI – RISORSE

8.1 Rete sanitaria

Nel corso del 2019 è proseguito il processo di definizione dei requisiti organizzativi ospedalieri con particolare riguardo alla rete dell'emergenza-urgenza. Si riporta di seguito la **tabella** con il **numero di strutture accreditate per tipologia** di **unità d'offerta sanitaria e i relativi posti letto**, con **dettaglio per quelli di terapia intensiva**, nel triennio 2017-2019.

Numero di strutture accreditate per tipologia di unità d'offerta sanitaria e i relativi posti letto triennio 2017-2019

	2017	2018	2019	Variaz 2019/2017
OSPEDALI ASST	88	85	85	-3
OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI	85	81	80	-5
FONDAZIONI IRCCS PUBBLICI	5	5	5	
IRCCS PRIVATI	20	21	21	+1
TOTALE STRUTTURE	**198**	**192**	**191**	**-7**
PS OSPEDALI PUBBLICI	78	78	78	
PS OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI	21	21	20	-1
PS IRCCS PUBBLICI	2	2	2	
PS IRCCS PRIVATI	8	8	9	+1
TOTALE PRONTO SOCCORSO	**109**	**109**	**109**	
POSTI LETTO OSPEDALI PUBBLICI	20794	20868	20727	-67
POSTI LETTO OSPEDALI PUBBLICI - TERAPIA INTENSIVA	528	543	527	-1
POSTI LETTO OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI	10081	10043	9939	-142
POSTI LETTO OSPEDALI PRIVATI ACCREDITATI - TERAPIA INTENSIVA	156	160	160	
POSTI LETTO IRCCS PUBBLICI	2308	2298	2345	+37
POSTI LETTO IRCCS PUBBLICI - TERAPIA INTENSIVA	62	62	71	+9
POSTI LETTO IRCCS PRIVATI	5036	5071	5089	-53
POSTI LETTO IRCCS PRIVATI - TERAPIA INTENSIVA	125	125	120	-5
TOTALE POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA	**871**	**890**	**878**	**+7**
TOTALE POSTI LETTO	**39.090**	**39.170**	**38.978**	**-112**

In Lombardia sono presenti le Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro (UOOML) organizzate in Rete che concorrono alla erogazione, in ambito ospedaliero, delle attività di prevenzione per la tutela della salute e sicurezza del lavoratore.

In Lombardia sono, inoltre, presenti tre Centri Antiveleno che forniscono consulenza tossicologica specialistica al pubblico ed agli operatori sanitari per la diagnosi, la cura e la prevenzione delle intossicazioni acute.

8.2 Rete sociosanitaria

La rete delle unità **d'offerta sociosanitarie** lombarde comprende **servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari** rivolti:

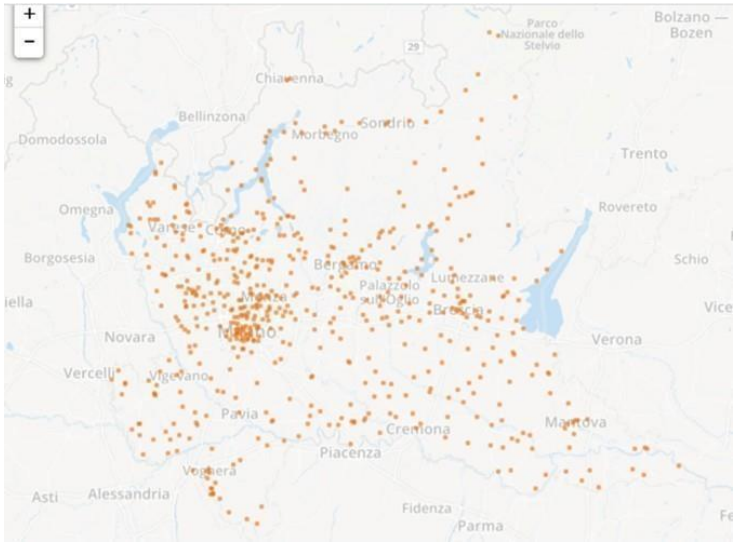
- agli anziani: residenze sanitarie assistenziali (RSA) e centri diurni integrati (CDI);
- ai disabili: residenze sanitarie assistenziali per disabili (RDS), comunità socio-sanitarie per disabili (CSS), centri diurni disabili (CDD);
- alle famiglie: consultori familiari;
- alla fase terminale della vita: hospice e cure palliative domiciliari;
- ai soggetti affetti da dipendenze patologiche: servizi territoriali, comunità, servizi diurni;
- ai soggetti fragili in generale: assistenza domiciliare integrata (ADI) e cure intermedie.

Si tratta di una rete di servizi capillarmente diffusa sul territorio regionale per favorire una risposta ai bisogni dei cittadini.

Numero di strutture accreditare per tipologia e i relativi posti letto, alla data del 10 aprile 2020

UDO	N. UDO	Setting	Nr. Posti accreditati / Trattamenti	
Assistenza Domiciliare Integrata	226		-	
Centri Diurni Disabili	265		6.750	
Centri Diurni Integrati	310		7.594	
Consultori	220		-	
Comunità Socio Sanitarie	177		1.606	
Hospice	72		847	
Residenze Sanitarie Assistenziali	693		*Ordinari*	*Alzheimer*
			58.024	4.334
Residenze Sanitarie per Disabili	101		4.240	
SERT	74		-	
Servizi Multidisciplinari Integrati	12		-	
Tossicodipendenze	171	*Residenziale*	2.443	
		Semiresidenziale	232	
		Residenziale bassa int.	208	
Cure Palliative Domiciliari	126		-	
Cure Intermedie/Riabilit.	49		2.835	

Nel quadro generale, la **rete sociosanitaria lombarda** rappresenta **poco più del 25% dei posti letto** totali complessivi accreditati a livello nazionale. Nel grafico di seguito si riporta la distribuzione geografica delle strutture RSA:



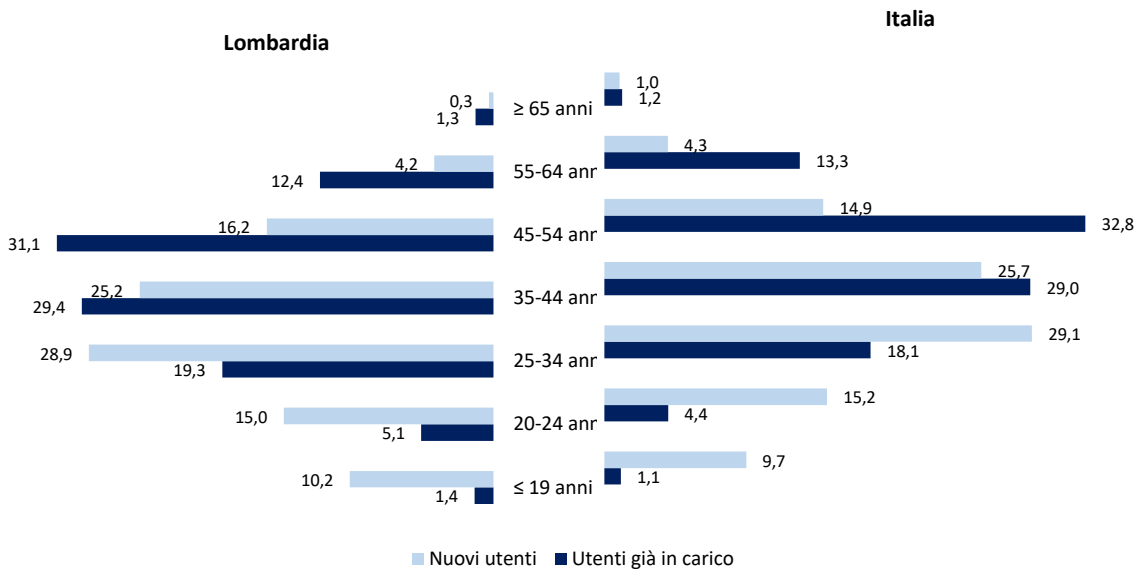
Distribuzione geografica strutture

Il sistema di **cura delle dipendenze** ha in carico oltre 40.000 assistiti presso le 74 strutture ambulatoriali pubbliche e private accreditate.
Le 114 strutture residenziali/semiresidenziali offrono a questa utenza 2.552 posti letto. Parte di questi soggetti sono trattati anche da equipe specializzate operanti in tutti gli istituti penitenziari della regione. L'azione di miglioramento nella cura degli assistiti avrà un impatto principalmente su:

- 27.000 persone con problemi di dipendenza da sostanze illegali
- 9.000 persone con problemi di dipendenza da alcol
- 2.500 persone con problemi di Gioco D'Azzardo Patologico.

Utenti in carico ai Servizi - valori assoluti (N.) e percentuali (%)				
Anno 2019	**Lombardia**		**Italia**	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
	Utenti già in carico			
≤ 19 anni	171 (1,2%)	63 (2,5%)	962 (1,0%)	304 (1,9%)
20-24 anni	731 (5,0%)	158 (6,3%)	3.916 (4,1%)	983 (6,2%)
25-34 anni	2.784 (18,9%)	557 (22,2%)	16.833 (17,5%)	3.542 (22,3%)
35-44 anni	4.365 (29,6%)	706 (28,1%)	28.138 (29,2%)	4.459 (28,0%)
45-54 anni	4.731 (32,1%)	645 (25,7%)	32.548 (33,8%)	4.270 (26,9%)
55-64 anni	1.797 (12,2%)	340 (13,5%)	12.842 (13,3%)	2.118 (13,3%)
≥ 65 anni	180 (1,2%)	41 (1,6%)	1.137 (1,2%)	226 (1,4%)
	Nuovi utenti			
≤ 19 anni	211 (9,9%)	41 (12,4%)	1.435 (9,4%)	296 (11,5%)
20-24 anni	307 (14,4%)	61 (18,4%)	2.227 (14,5%)	489 (19,0%)
25-34 anni	611 (28,7%)	99 (29,9%)	4.443 (29,0%)	770 (29,9%)
35-44 anni	537 (25,2%)	84 (25,4%)	4.027 (26,3%)	571 (22,2%)
45-54 anni	358 (16,8%)	40 (12,1%)	2.393 (15,6%)	277 (10,8%)
55-64 anni	98 (4,6%)	6 (1,8%)	660 (4,3%)	116 (4,5%)
≥ 65 anni	8 (0,4%)	---	131 (0,9%)	53 (2,1%)
	Totale			
Utenti già in carico	14.759 (87,4%)	2.510 (88,3%)	96.376 (86,3%)	15.902 (86,1%)
Nuovi utenti	2.130 (12,6%)	331 (11,7%)	15.316 (13,7%)	2.572 (13,9%)
TOTALE	16.889 (100%)	2.841 (100%)	111.692 (100%)	18.474 (100%)

Utenti in carico - valori percentuali (%)



Fonte: Ministero della Salute – NSIS (https://nsis.sanita.it/) - accesso 09/02/2021

Utenti in carico per sostanza primaria - valori assoluti (N.) e percentuali (%)		
	Lombardia	**Italia**
Eroina	9.445 (47,9%)	81.888 (62,9%)
Altri Oppiacei	258 (1,3%)	2.450 (1,9%)
Cocaina/Crack	7.071 (35,8%)	28.205 (21,7%)
Altri stimolanti	55 (0,3%)	276 (0,2%)
Ipnotici e sedativi	59 (0,3%)	628 (0,5%)
Allucinogeni	4 (0,02%)	51 (0,04%)
Cannabinoidi	2.536 (12,9%)	15,262 (11,7%)
Altre illegali	275 (1,4%)	996 (0,8%)
Farmaci non prescritti	27 (0,1%)	372 (0,3%)
NPS	1 (0,01%)	35 (0,03%)
TOTALE	**19.731 (100%)**	**130.163 (100%)**

Tempi di latenza per sostanza primaria (anni tra esordio dl consumo e presa in carico)						
	Lombardia			**Italia**		
	Maschi	**Femmine**	**Totale**	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**
Oppiacei	5,5	4,2	5,2	7,4	5,8	7,6
Cocaina	10,4	8,3	10,1	9,9	8,3	9,6
Cannabis	11,5	7,2	10,8	9,7	7,6	9,3

Decessi direttamente droga-correlati (overdose)										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Lombardia	33	20	24	18	16	25	21	14	32	37
Italia	374	363	392	348	313	308	268	297	336	373
% su totale	8,8	5,5	6,1	5,2	5,1	8,1	7,8	4,7	9,5	9,9

Fonte: ISTAT su dati Ministero della Salute

Servizi nell'area della salute mentale

Le strutture Pubbliche e Private Accreditate dedicate alla Salute Mentale nelle due aree di Psichiatria e Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza presenti sul territorio lombardo sono complessivamente 922 (dati al 31.07.21), così suddivise:

	Ambulatorio principale (Polo Ospedaliero)	**Attività Ambulatoriale ad Alta Complessità Assistenziale**	**Attività del Centro diurno**		**CPS: Centro Psico-Sociale**	**Day Hospital**	**Polo Territoriale NPI**		**Reparto di degenza**	**SRP1-CRA**		**SRP1-CRM**		**SRP2-CPA**		**SRP2-CPM**		**SRP3-CPB**	**Struttura residenziale terapeutico-riabilitativa NPI**		**Totale complessivo**
A CONTRATTO (NO/SI)	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	
Neuropsichiatria infantile	34	3	18	32		12	3	94	7										12	25	240
Psichiatria	39	13	10	119	89	27			53	4	60	4	22	24	110	17	80	11			682
Totale complessivo	73	16	28	151	89	39	3	94	60	4	60	4	22	24	110	17	80	11	12	25	922

Nel 2019 (ultimo anno pre-pandemia di stabilità organizzativa e di continuità sia di erogazione di prestazioni che di continuità residenziale e semiresidenziali), la popolazione seguita dai servizi di Psichiatria adulti e NPIA è stata pari a:

PAZIENTI PRESI IN CARICO DAI SERVIZI TERRITORIALI	
PSICHIATRIA	**147.000**
NPIA	**119.000**

POSTI LETTO NPIA E PSICHIATRIA		
	POSTI LETTO CONTRATTO	**POSTI LETTO ACCREDITATI**
STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRIA	3896	467
STRUTTURE RESIDENZIALI NPIA	231	73
REPARTI DEGENZA PSICHIATRIA	844	
REPARTI DEGENZA NPIA	112	
TOTALE	**5083**	**540**

NPIA	RESIDENZIALITA
PAZIENTI	338
GIORNATE	74.738

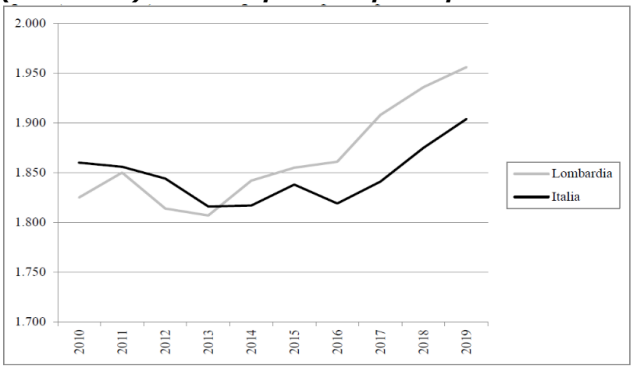
PSICHIATRIA ADULTI	RICOVERI	RESIDENZIALITA
PAZIENTI	12.461	5.348
GIORNATE	285.233	1.375.905

Le prestazioni erogate dalle UONPIA e dalle UO di Psichiatria sono di carattere ambulatoriale, domiciliare, residenziali, semiresidenziali e di ricovero.
I percorsi ambulatoriali, territoriali e specialistici, prevedono una condivisione, oltre che con la persona assistita se maggiorenne, anche con la famiglia la famiglia/tutore o Amministratore di Sostegno: gli interventi concordati e l'impegno reciproco nel percorso di cura, sono declinati nel Piano Terapeutico Riabilitativo. La valutazione che porta alla stesura del PTRI è di tipo clinico, multidimensionale e multifunzionale.
Le attività sono ricondotte a interventi specialistici per disciplina, riabilitativi, educativi, sociali ma anche preventivi e di supporto.
I dati relativi ai ricoveri ospedalieri per la disciplina di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, sono limitati ai 7 reparti di NPIA presenti sul territorio lombardo; i ricoveri complessivi per la disciplina di NPIA non sono esclusività dei 112 posti ospedalieri attivi in regione ma sono rilevabili in differenti altri reparti quali la Pediatria, Neurologia, Medicina, Ortopedia, ecc.

8.3 Spesa sanitaria pro-capite

In Lombardia il valore dell'indicatore relativo alla spesa sanitaria pubblica pro-capite, nel 2019, è pari a 1.956€ (valore nazionale 1.904€), con un trend in aumento sia a livello nazionale, che regionale dal 2013. Considerando l'arco temporale 2010-2019, si osserva un andamento altalenante sia a livello regionale che nazionale e l'aumento è pari a +7,2% in Lombardia e a +2,4% a livello nazionale *(Osservasalute 2020)*.

Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite - Anni 2010-2019



8.4 Qualità delle cure – differenze territoriali

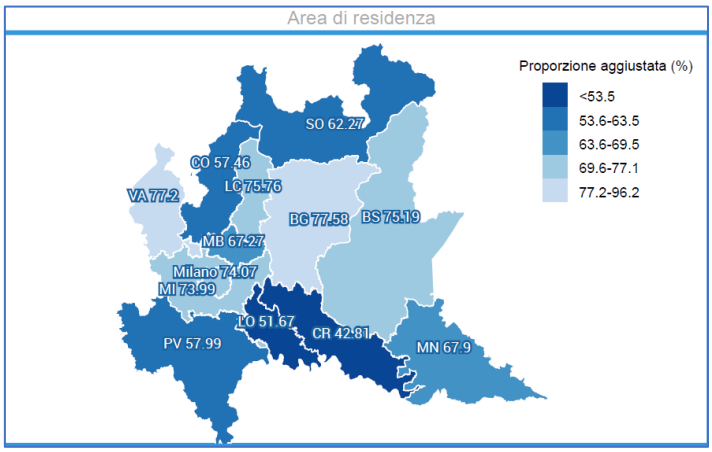
Un buon livello di qualità della cura richiede che i servizi sanitari siano sicuri, appropriati, clinicamente efficaci e rispondenti ai bisogni di salute dei pazienti *(Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en.).*

In Italia il PNE-Programma Nazionale Esiti, sviluppato da AGENAS su mandato del Ministero della Salute, ha l'obiettivo di valutare l'efficacia nella pratica clinica, l'appropriatezza, l'equità di accesso e la sicurezza delle cure garantite nell'ambito del SSN; specifici indicatori sono presenti anche nel monitoraggio effettuato dall'OCSE. Di seguito vengono riportati i valori di alcuni indicatori rilevati in Lombardia nel 2019, con evidenza di eventuali variabilità intra-regionali tra le strutture sanitarie, che potrebbero determinare ricadute in termini di equità di accesso della popolazione residente a servizi di provata efficacia clinica.

Area clinica muscolo-scheletrica

Frattura del collo del femore: Intervento chirurgico entro 2 giorni in pazienti di età ≥65 anni. L'intervento tempestivo sulla frattura del collo del femore nell'anziano, riducendo la mortalità e l'insorgenza di complicanze post-operatorie, consente di diminuire le ricadute cliniche, sociali ed economiche di quella che, a livello globale, è tra le 10 maggiori cause di disabilità.

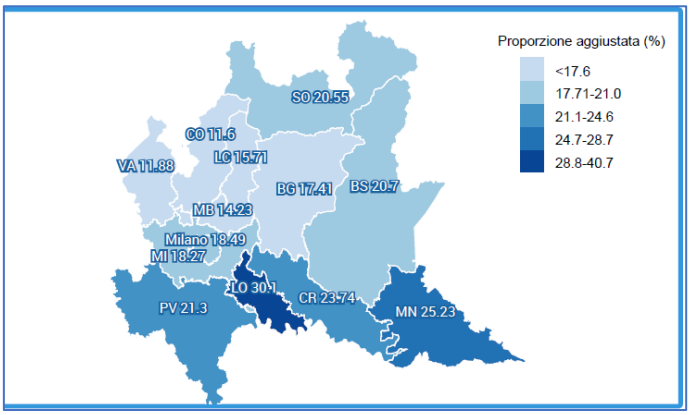
In Lombardia, la quota di fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età operate entro 2 giorni è passata dal 42% del 2012 al 73,2% del 2019 (67% in Italia; soglia minima in base a riferimento normativo è 60%). Il dato mediano si mantiene costante nell'ultimo triennio, analogamente tuttavia ad una certa variabilità intra-regionale tra le strutture (scarto interquartile – IQR 18%).



Frattura del collo del femore in pazienti di età ≥65 anni: proporzione aggiustata (per 100) di interventi chirurgici entro 2 giorni - Anno 2019, distribuzione per residenza dell'assistito. *Fonte: Agenas*

Area clinica perinatale – modalità del parto

Parti con taglio cesareo primario. In Lombardia il valore mediano di tagli cesarei primari, intervento che secondo le indicazioni cliniche deve essere effettuato solo in presenza di indicazioni materne o fetali specifiche, pur storicamente contenuto e in progressiva riduzione, ha tuttavia registrato nel 2019 un lieve ma significativo incremento, tornando ai valori del 2015: 17,4%, (rispetto al 21,5% dell'Italia); si evidenzia un aumento della variabilità tra le strutture (scarto interquartile - IQR 9,9%).



Parto cesareo primario: proporzione aggiustata (per 100) - Anno 2019, distribuzione per residenza dell'assistito - *Fonte Agenas*

Parti vaginali in donne con pregresso cesareo. La riduzione nel ricorso al parto chirurgico per ragioni non mediche può essere ottenuta sia riducendo il numero di parti cesarei primari sia promuovendo il ricorso al parto naturale nelle donne con pregresso parto cesareo che non hanno controindicazioni.
In Lombardia, nel 2019 il valore mediano è del 14,9% maggiore rispetto al 10% nazionale; si registrano inoltre il secondo e il terzo dato più elevati in Italia.

Area cardio e cerebro-vascolare

Mortalità a 30 giorni per infarto miocardico acuto (IMA) – (indicatore OCSE di efficacia dell'assistenza ospedaliera). L'indicatore di mortalità a 30 giorni dopo un episodio di IMA ha lo scopo di valutare la qualità del percorso assistenziale complessivo del soggetto affetto da tale patologia, che inizia con la domanda dei servizi di prima emergenza nel momento in cui insorge l'evento.
In Lombardia il dato mediano è rimasto sostanzialmente stabile nel tempo: da 8,6% nel 2012 a 8,2% nel 2019 (7,9% in Italia).
IMA con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) trattato con PTCA (angioplastica coronarica percutanea transluminale) entro 2 giorni. Le evidenze scientifiche mostrano migliori esiti clinici (soprattutto riduzione degli eventi ischemici ricorrenti) nei pazienti con IMA STEMI assegnati ad una strategia invasiva precoce, inclusa la PTCA, che è considerata il trattamento di scelta quando viene eseguita entro 90 minuti dal primo contatto con il SSN. La quota di Infarti STEMI trattati con PTCA entro 2 giorni in Lombardia è passata dal 71,2% del 2012 al 79,2% del 2019, valore in linea con quello nazionale.
Mortalità a 30 giorni dopo intervento di bypass aorto-coronarico isolato. In Lombardia nel 2019 la mortalità mediana è di 1,5% (in Italia di 1,7%; la soglia massima prevista dalla normativa del 4%) in riduzione rispetto al 2,1% del 2012. Si registra tuttavia una rilevante variabilità intra-regionale.
Mortalità a 30 giorni da ricovero per ictus ischemico. L'indicatore intende valutare l'appropriatezza e l'efficacia del processo diagnostico-terapeutico del paziente nel corso del primo mese dall'evento acuto. In Lombardia, il valore mediano è nel 2019 pari a 9,2% (10% in Italia), con un andamento irregolare ma di complessiva riduzione nel tempo.

Chirurgia oncologica e chirurgia generale

Re-intervento entro 120 giorni da un intervento conservativo per carcinoma mammario. L'indicatore misura la necessità di sottoporre la paziente con carcinoma mammario a un ulteriore intervento chirurgico, in via integrativa e compensativa rispetto a un primo intervento di resezione per tumore maligno della mammella. In Lombardia, nel 2019 la proporzione è pari a 4,9% (6,4% in Italia), con un andamento irregolare ma in generale riduzione dal 2012. Si registra una certa variabilità tra strutture.

Colecistectomia laparoscopica: degenza post-operatoria < 3 giorni. Una degenza post-operatoria dopo intervento di colecistectomia laparoscopica superiore al necessario non è associata a nessun beneficio in termini di salute e aumenta il rischio di complicanze correlate alla permanenza in ospedale, in particolare di infezioni ospedaliere. La proporzione di ricoveri per intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post- operatoria < 3 giorni in Lombardia è passata da un valore mediano del 60% nel 2012 all'81% nel 2019, in linea con quello nazionale; si registra una variabilità tra strutture (IQR 15%).

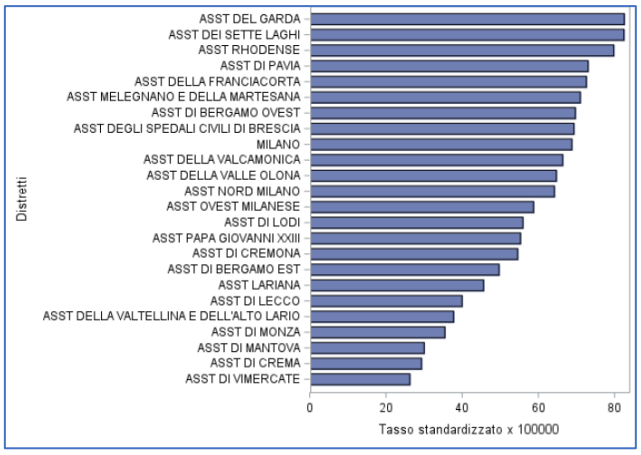
Ospedalizzazioni a rischio di inappropriatezza. Per alcune prestazioni o condizioni cliniche considerate a elevato rischio di inappropriatezza (tra cui la tonsillectomia), il PNE calcola i tassi di ospedalizzazione (standardizzati per età e genere), allo scopo di monitorare eventuali eccessi nel ricorso al ricovero. In Lombardia, il tasso di ospedalizzazione per **tonsillectomia** è passato dal 2,3‰ del 2012 a 1,8‰ nel 2019 (analogamente al dato nazionale).

Ospedalizzazioni potenzialmente evitabili (indicatori OCSE di efficacia dell'assistenza primaria).

Alcuni indicatori di ospedalizzazione misurano indirettamente la qualità delle cure territoriali, individuando le aree (ATS) nelle quali si osservano eccessi di ospedalizzazione potenzialmente evitabili grazie alla corretta presa in carico del paziente a livello territoriale.

Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO): Per l'anno 2019, in Lombardia il tasso di ospedalizzazione per BPCO è pari a 1,6‰, in progressiva riduzione nel tempo ed inferiore al valore medio nazionale (1,82‰).

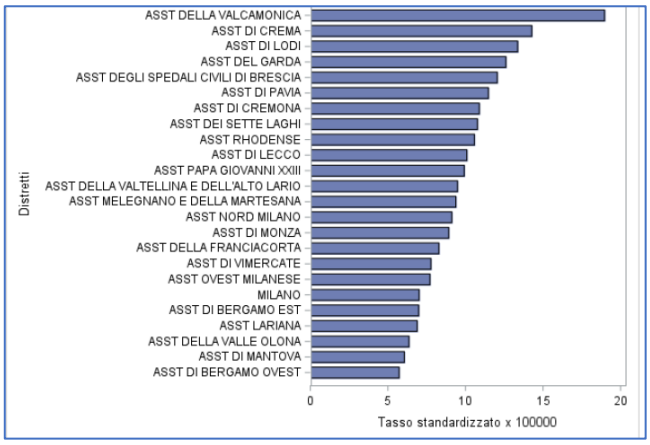
Analisi effettuate in Regione Lombardia evidenziano una certa variabilità tra distretti di residenza degli assistiti nel tasso standardizzato di ricovero per BPCO.

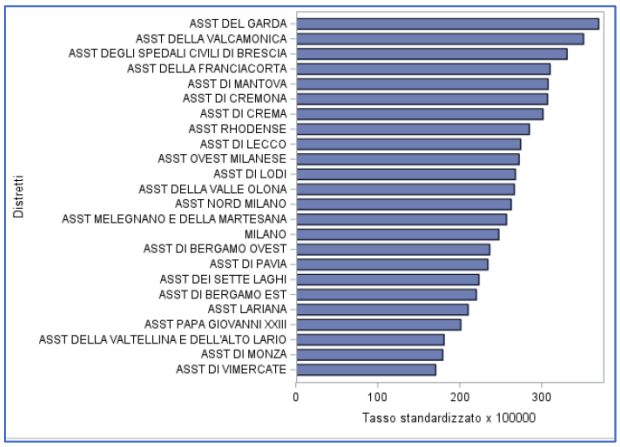


BPCO - Tasso standardizzato di ricovero (per 100.000) - Anno 2019, distribuzione per residenza dell'assistito

Fonte: Regione Lombardia

Le successive figure riportano il tasso standardizzato di ricovero per **altre patologie correlate all'assistenza territoriale (asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione arteriosa)** derivanti da analisi effettuate in Regione Lombardia.

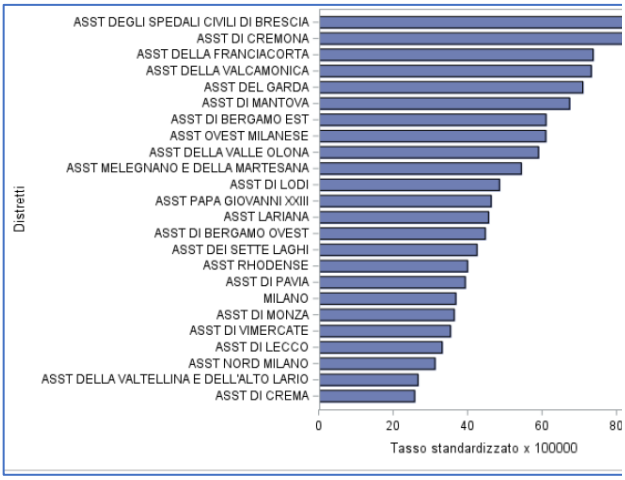


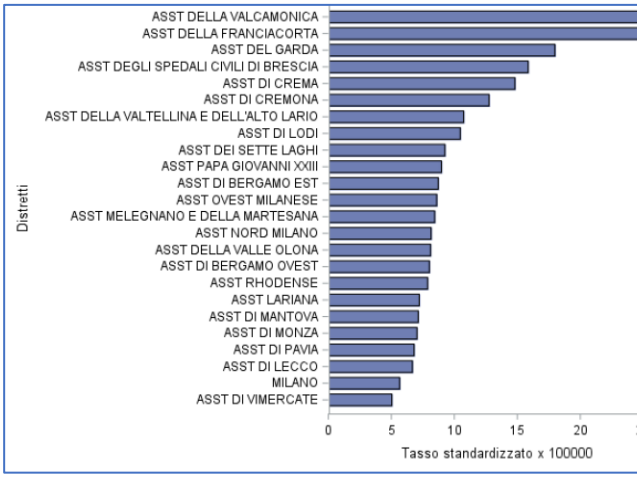


ASMA ***SCOMPENSO CARDIACO***

Tasso standardizzato di ricovero (per 100.000) - Anno 2019, distribuzione per residenza dell'assistito

Fonte Regione Lombardia





DIABETE ***IPERTENSIONE ARTERIOSA***

Tasso standardizzato di ricovero (per 100.000) - Anno 2019, distribuzione per residenza dell'assistito

Fonte Regione Lombardia

La prescrizione di antibiotici sul territorio

La prescrizione di antibiotici sul territorio viene considerata un indicatore di qualità dell'assistenza fornita dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatra di Libera Scelta (PLS), in quanto, se eccessiva e inappropriata, è in grado di determinare lo sviluppo di antimicrobico-resistenza (AMR).

Nel 2019 la Lombardia registra in genere dati di prescrizione migliori rispetto a quelli nazionali e con trend positivo negli anni, ma nel complesso e per alcune classi soggette a potenziale inappropriatezza d'uso e rischio di sviluppare AMR (penicilline in associazione, fluorochinoloni, macrolidi) meno performanti rispetto alle Regioni del Nord Italia, che per alcuni indicatori costituiscono l'area geografica di maggiore appropriatezza prescrittiva a livello nazionale. L'analisi combinata dei consumi e del costo medio per giornata di terapia a livello regionale colloca comunque la Lombardia tra le Regioni a minor spesa e consumo di antibiotici.

Il consumo complessivo di antibiotici è pari a 13,1 DDD/1000 ab die, inferiore al dato nazionale che peraltro supera la media europea (15,6) ma superiore a quello del Nord Italia (12,4); la riduzione del -5,4% nel periodo 2016-2019 non consente il raggiungimento dell'obiettivo PNCAR di riduzione>10% nel periodo 2016-2020 (come a livello nazionale).

- Le penicilline in associazione, comprendenti amoxicillina-calvulanato, pur rappresentando molecole di seconda scelta e a rischio di sviluppo di AMR, sono la classe maggiormente

prescritta con valori inferiori a quelli nazionali ma superiori a quelli del Nord Italia; al contrario il consumo di penicilline ad ampio spettro risulta più limitato, sebbene maggiormente raccomandato come prima scelta.

- Il consumo di fluorochinoloni si riduce in modo rilevante negli ultimi anni per effetto delle raccomandazioni restrittive dell'EMA sul rischio di gravi eventi avversi e di selezione di resistenze, con conseguente raggiungimento dell'obiettivo PNCAR di riduzione >10% del consumo nel periodo 2016-2020 (tra 2016-2019 già a -34,6%); la prescrizione è inferiore a quella nazionale, anche in fasce di popolazione a rischio d'uso inappropriato (donne giovani e adulte, soggetti over 75 anni), ma superiore a quella del Nord Italia.
- Le cefalosporine orali registrano un aumento dei consumi, mentre quelle parenterali una riduzione; di minore entità è la riduzione della prescrizione di macrolidi. Per queste classi il consumo in Lombardia è sovrapponibile a quello del Nord Italia.
- Rispetto alle caratteristiche della popolazione trattata, si osserva una maggiore prescrizione nelle fasce di età estreme, prevalendo nel genere maschile, mentre nell'età adulta è superiore nelle donne.
- Si registra una variabilità della prescrizione nelle ATS per le maggiori categorie di antibiotici, con variabile incidenza sulla prescrizione totale di penicilline associate (range tra le ATS di 71,8%-64,9%), di cefalosporine di terza e quarta generazione (15,3%-10,3%), di fluorochinoloni (19,8%-16,4%).

L'analisi dei dati di prescrizione farmaceutica convenzionata, unitamente ad evidenze di letteratura derivanti da studi farmaco-epidemiologici regionali, consente l'identificazione di alcune condizioni (epidemiologiche, territoriali) e alcuni gruppi di popolazione a maggiore rischio d'uso inappropriato di antibiotici, pertanto da considerare target prioritari per implementare azioni di miglioramento finalizzate alla riduzione dello sviluppo di AMR:

- la popolazione pediatrica, soprattutto nei sottogruppi con età più bassa, nei maschi, nella popolazione pediatrica straniera;
- le donne giovani-adulte e i soggetti over 75 anni trattati con fluorochinoloni;
- popolazioni fragili: anziani, soggetti polipatologici e in politerapia, soggetti con maggiore frequenza di ospedalizzazione, ospiti di Residenze Sanitario Assistenziali (RSA).
- L'uso di antibiotici in questi gruppi di popolazione generalmente presenta una variabilità territoriale tra le ATS di residenza degli assistiti.

8.5. L'impatto del COVID-19 nell'accesso ai servizi

Il COVID-19 ha mutato la condizione socio-economica di numerosi individui e famiglie in tutto il mondo. Non solo fattori economici (lavoro, situazione reddituale) ma anche relazionali (rinuncia a relazioni con familiari, amici), oltre che sanitari.

Sarà pertanto da verificare come è mutato il grado di benessere soggettivo della popolazione italiana e lombarda a seguito della pandemia in corso, stante l'ipotesi di un peggioramento del grado di benessere soggettivo e di un aumento delle disuguaglianze.

Accesso ai Servizi, ricoveri, screening e mortalità in tempo di Covid

Erogazione prestazioni

La sospensione dell'attività elettiva (quindi con l'eccezione per gli interventi urgenti, quelli salvavita e quelli di tipo oncologico) dovuta ai provvedimenti presi per contrastare l'epidemia Covid-19 tra marzo e maggio 2020, ha comportato effetti sull'erogazione di diverse prestazioni assistenziali.

Elaborazioni di Agenas per conto del Ministero della Salute evidenziano che in Lombardia nel 2020 si è registrata una riduzione del volume di ricoveri pari al -23,8% rispetto al 2019 (corrispondente a -345.528 ricoveri, passati da 1.453.039 a 1.107.511), di poco superiore al -

21,5% complessivo in Italia, ma paragonabile alla quota di altre Regioni tra cui Liguria e Valle d'Aosta (sebbene esse eroghino volumi inferiori).
Considerando le variazioni 2010/2019 per trimestre, la maggiore riduzione si registra nel periodo marzo-giugno (-40,1%), seguita dal -26% tra ottobre-dicembre (-26%) e dal -11,9% del trimestre luglio-settembre.

Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali di controllo, la riduzione 2020/2019 è del 32,9% che colloca la Lombardia al 9° posto tra le Regioni per livello di riduzione percentuale (range tra le Regioni -20,1% e -66,7%).

L'andamento delle prestazioni erogate va interpretato in una prospettiva di lettura complessiva del diverso impatto del Covid-19 nelle Regioni.
In questa ottica, Agenas e Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa - Laboratorio Management e Sanità hanno recentemente elaborato un "*Sistema di valutazione della capacità di resilienza del sistema sanitario nazionale*", finalizzato a monitorare il mantenimento dei livelli di erogazione dei servizi durante la pandemia Covid-19 nelle Regioni.

Obiettivo specifico è valutare la capacità dei sistemi sanitari regionali di mantenere la risposta ai bisogni sanitari della popolazione anche in situazione di stress pandemico, attraverso il confronto tra i livelli di prestazioni erogate nel 2019 con quelli erogati nel 2020. Le analisi sono effettuate considerando anche la diversa incidenza dell'infezione tra le Regioni nel 2020: la Lombardia ha un'incidenza cumulata di 4.760,14 casi per 100.000 residenti che la colloca nel terzile più alto in cui sono suddivise le Regioni.

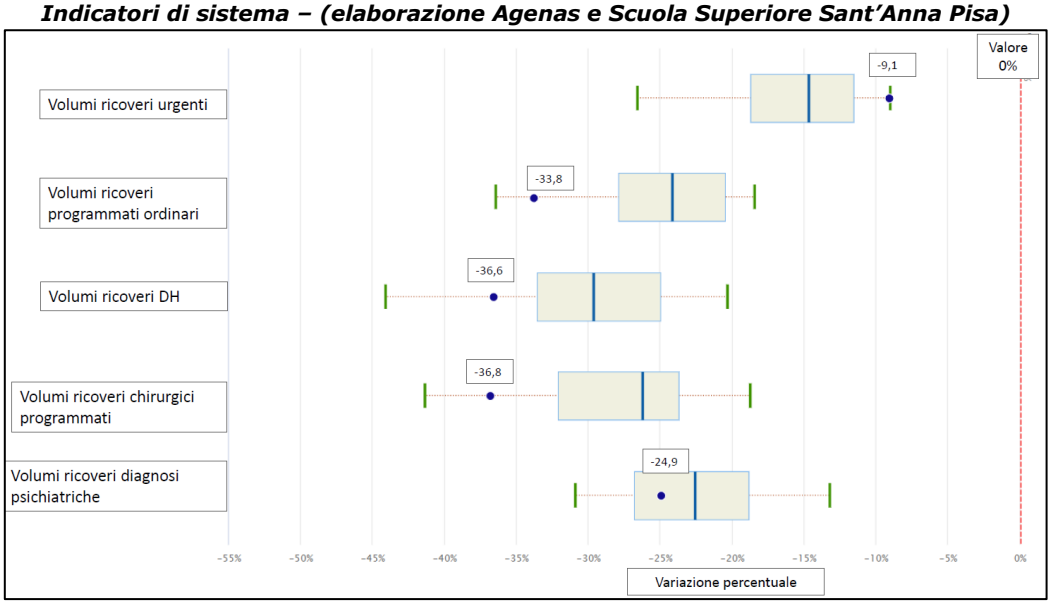
Dal punto di vista metodologico, gli indicatori selezionati sono stati raggruppati in tre tipologie:

- Area tenuta complessiva del sistema ospedaliero: questa tipologia include indicatori di sistema, relativi a macro-categorie di prestazioni ospedaliere e indicatori inerenti attività potenzialmente differibili, rispetto alle quali è lecito presumere un rebound nei mesi successivi (pur in una complessiva prospettiva di potenziale recupero di appropriatezza).
- Area indicatori di qualità: questa tipologia include indicatori di qualità ospedalieri che non dovrebbero subire variazioni anche in condizioni di emergenza perché basati su standard nazionali.
- Area attività non procrastinabile: in questa tipologia sono raggruppati indicatori che monitorano volumi di interventi per i quali sono presenti indicazioni nazionali che li considerano prioritari e non differibili.

Di seguito è riportata una sintesi di alcuni risultati relativi alla Lombardia, in cui è opportuno evidenziare che sulla riduzione dei volumi incide anche la riduzione della mobilità interregionale rispetto a quelle prestazioni per cui strutture lombarde risultano attrattive.

Per quanto riguarda i volumi dei ricoveri monitorati tra gli "**Indicatori di sistema ospedaliero**", le differenze percentuali 2020/2019, illustrate nel grafico successivo, evidenziano l'elevata performance di risposta del sistema lombardo nel caso di ricoveri urgenti, che presentano la riduzione più bassa in Italia (-9,1%), e la buona risposta nel caso di ricoveri con diagnosi psichiatriche. Gli altri indicatori riguardano comunque attività potenzialmente differibili.

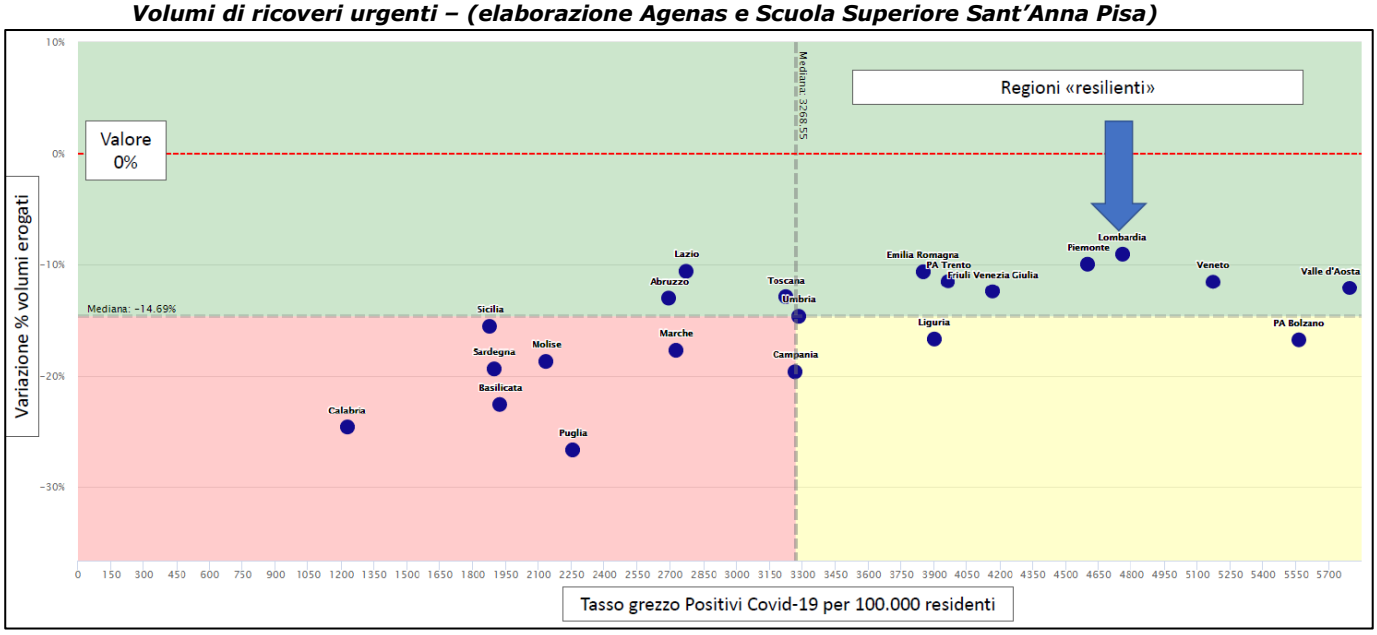
Indicatori di sistema – (elaborazione Agenas e Scuola Superiore Sant'Anna Pisa)



Nota: il box plot riporta il valore della Lombardia (pallino blu), i valori minimo e massimo tra le Regioni (linee verticali verdi), il range interquartile (differenza tra il 25° e il 75° percentile della distribuzione, rappresentato dal riquadro del box) e il valore mediano tra quello delle Regioni (la linea verticale interna al riquadro).

Per i ricoveri urgenti, inoltre, la Lombardia si colloca tra le Regioni resilienti, cioè quelle che sono riuscite a garantire queste prestazioni rispetto al 2019 con minore riduzione rispetto alle altre Regioni, nonostante una maggiore incidenza del virus (grafico successivo: quadrante in alto a destra).

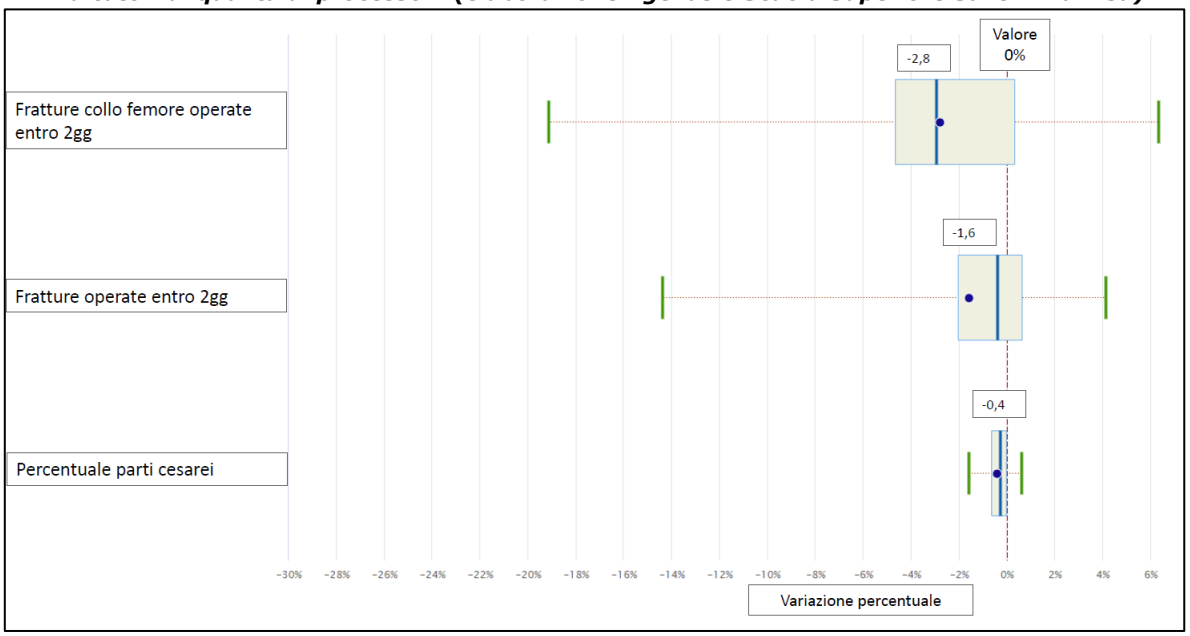
Volumi di ricoveri urgenti – (elaborazione Agenas e Scuola Superiore Sant'Anna Pisa)



Per permettere la confrontabilità dei dati, vengono rappresentate le sole Regioni che abbiano registrato nel 2019 almeno 40 casi della prestazione in esame.

Per quanto riguarda gli "**Indicatori di qualità**" ospedalieri, le differenze percentuali 2020/2019 evidenziano una buona risposta di sistema, con minime riduzioni e comprese nel range interquartile dei valori delle Regioni (differenza tra il 25° e il 75° percentile della distribuzione del valore tra le Regioni, rappresentato dal riquadro del box).

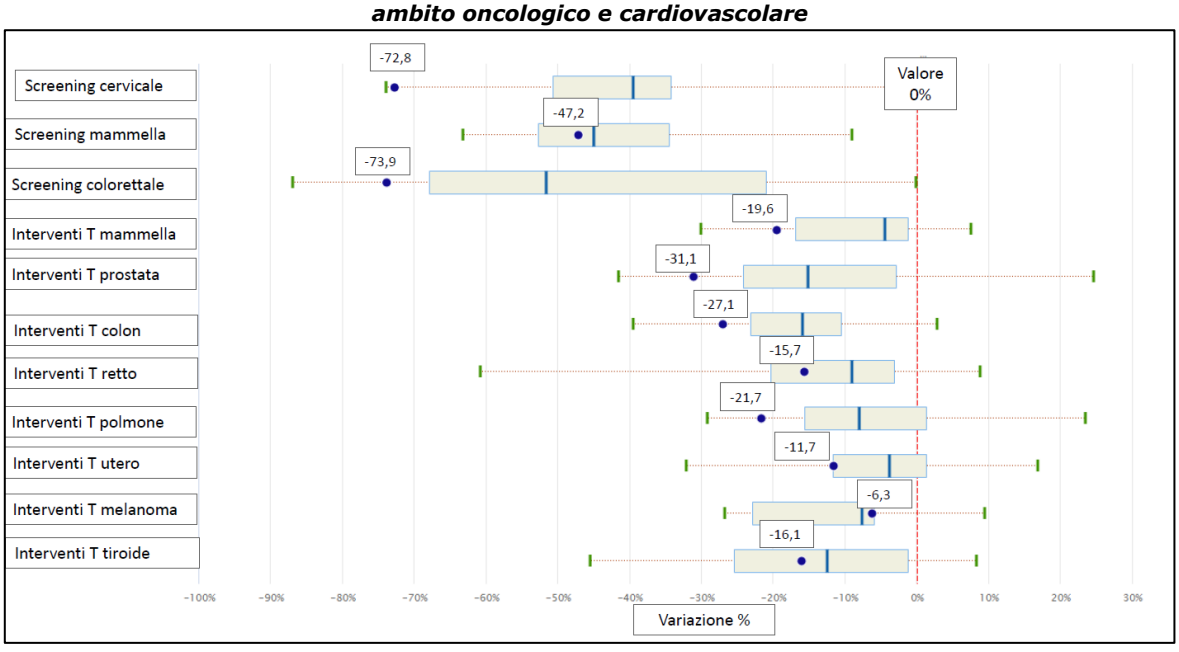
Indicatori di qualità di processo – (elaborazione Agenas e Scuola Superiore Sant'Anna Pisa)

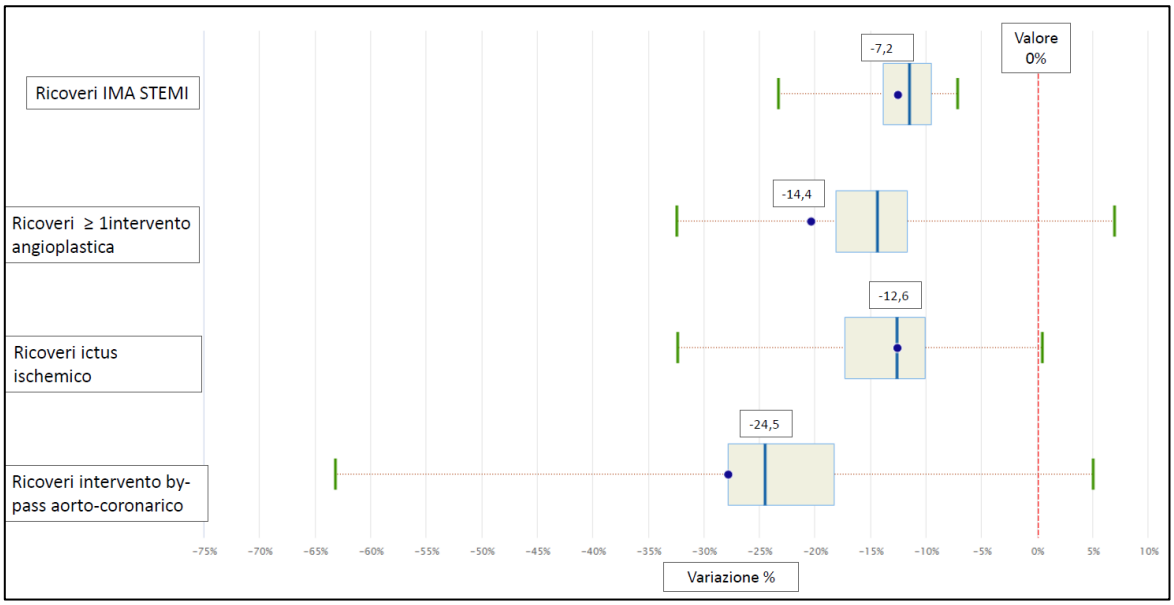


Vedi nota grafico precedente

In riferimento agli "**Indicatori non procrastinabili**" ospedalieri, limitando l'analisi all'area oncologica (tra cui gli interventi con priorità A) e cardiovascolare, si osserva per la maggior parte degli indicatori una riduzione percentuale nel range interquartile, con maggiori criticità per alcune prestazioni di screening e alcuni interventi chirurgici oncologici.

Indicatori attività non procrastinabile – (elaborazione Agenas e Scuola Superiore Sant'Anna Pisa): ambito oncologico e cardiovascolare





Vedi nota grafico precedente

Accesso alle cure: soddisfazione della popolazione per i servizi sanitari regionali durante la pandemia

L'Istituto Sant'Anna di Pisa ha anche effettuato un'indagine mediante questionario sulla soddisfazione da parte della popolazione residente in ogni Regione rispetto ai servizi erogati durante la pandemia. I risultati in Lombardia, in linea con quelli medi italiani, evidenziano una sostanziale tenuta del sistema sanitario: il 43,6% della popolazione è soddisfatto dell'assistenza sanitaria ricevuta e il 27,3% dà un giudizio medio (con quote di poco inferiori alla media nazionale), mentre il 29,1% si dichiara insoddisfatto. Il maggiore livello di soddisfazione è espresso da chi ha contratto l'infezione e da chi è stato preso in carico dal SSN in termini di tracciamento e di visite domiciliari.

L'indagine ha anche permesso di rilevare la proporzione di cittadini che per propria scelta ha evitato di usufruire dei servizi sanitari nel 2020, che in Lombardia è pari al 51,9%, quota significativa nell'interpretazione dei dati relativi alla riduzione delle prestazioni ambulatoriali che quindi solo in parte sono stati determinati da una riduzione dell'offerta.

8.6. Il Sistema Sociale

La l.r. 12 marzo 2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale", modificata dalla l.r. 11 agosto 2015, n. 23,

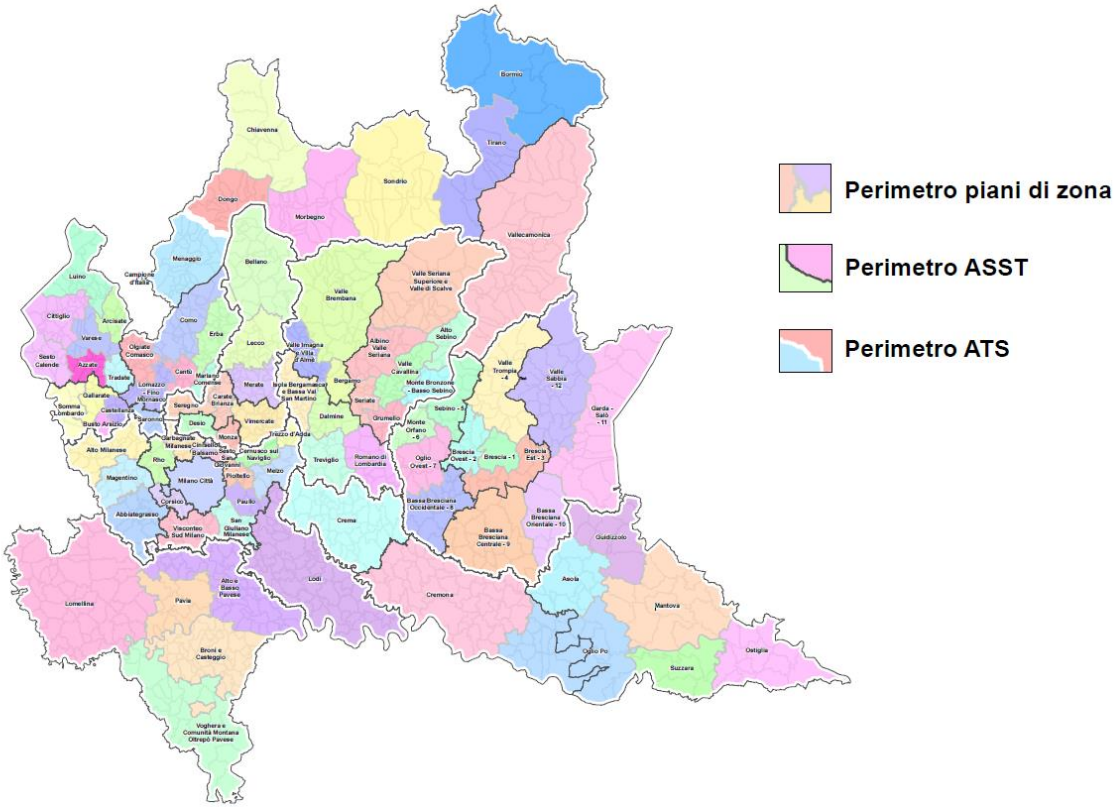
- prevede (art. 11, c.1, lettera a) attribuisce alla Regione la funzione di indirizzo per la programmazione delle unità di offerta sociali;
- attribuisce (articolo 13, comma 1, lettera a) ai Comuni singoli e associati e alle Comunità montane, ove delegate, la funzione di programmare, progettare e realizzare la rete locale delle unità di offerta sociali, nel rispetto degli indirizzi e conformemente agli obiettivi stabiliti dalla Regione, anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 3;
- individua (articolo 18) il Piano di Zona quale strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale, nel quale sono definiti le modalità di accesso alla rete, gli obiettivi e le priorità di intervento, gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione;
- definisce le modalità di approvazione, di attuazione, la durata e l'ambito territoriale di riferimento del Piano di Zona.

In questa cornice, il "Programma Regionale di Sviluppo della XI Legislatura" (PRS) – Missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia" - prevede lo sviluppo della rete delle unità di offerta sociali al fine di:

- adottare una lettura del bisogno più efficace, in un'ottica preventiva, di differenziazione, di integrazione tra i settori sanitario e sociosanitario e di personalizzazione degli interventi;
- realizzare la semplificazione dell'accesso ai servizi promuovendo attività di informazione, orientamento e accompagnamento della persona;
- garantire una presa in carico che tenga conto dei bisogni complessivi della persona;
- rafforzare gli interventi e i servizi per la famiglia e l'infanzia;
- potenziare gli interventi domiciliari a favore delle persone anziane e delle persone con disabilità.

In Lombardia sono presenti 92 Ambiti territoriali di Zona articolati ed organizzati in maniera differente tra loro, in coerenza con le specificità territoriali.

ATS	Ambito Territoriale	Comuni	Popolazione (ISTAT 01/01/2020 estrazione luglio 2020
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	17	193	3.510.551
ATS DELL'INSUBRIA	15	270	1.479.339
ATS DELLA MONTAGNA	7	133	297.720
ATS DELLA BRIANZA	8	139	1.215.354
ATS DI BERGAMO	14	243	1.116.384
ATS DI BRESCIA	12	164	1.168.697
ATS DELLA VAL PADANA	8	177	769.409
ATS DI PAVIA	5	186	546.515



Il modello lombardo di programmazione e azione del Piano di Zona vede il pieno coinvolgimento e la partecipazione attiva – istituzionalizzata attraverso tavoli permanenti e altri strumenti di cooperazione individuati dal Piano di Zona – degli attori sociali che operano sul territorio (associazioni, sindacati, Enti di Terzo Settore, ecc.), che di fatto aiutano a veicolare nel sistema i bisogni e le criticità provenienti dalla società, co-progettando, co-programmando e co-realizzando azioni innovative in sinergia con gli attori istituzionali.

Piani di Zona ed emergenza Covid-19. L'impatto della pandemia sugli interventi territoriali

La programmazione degli interventi e l'erogazione dei servizi ha subìto a causa della crisi pandemica un importante contraccolpo nel 2020 e tale crisi, inevitabilmente, influenzerà l'organizzazione dei servizi sociali nei prossimi anni (sia dal punto di vista degli obiettivi della programmazione, sia nelle forme erogative). Nel contesto emergenziale gli Ambiti hanno garantito la risposta locale ai bisogni sociali dei cittadini. Come evidenziato dagli stessi Uffici di Piano, le criticità sono state molte nella prima fase acuta di emergenza e persistono nel medio-lungo periodo.

Istituzioni non profit

Sono 359.574 le istituzioni non profit in Italia, di cui il 16% in Lombardia, la Regione con il maggior numero di organizzazioni in Italia, con 190.000 dipendenti e oltre 1 milione di volontari. Più del 60% opera nel settore della cultura, dello sport e delle attività ricreative (Fonte: Censimento permanente delle istituzioni non profit ISTAT 2018*)*. Il trend è in forte crescita: secondo l'ultima pubblicazione ISTAT del 2018, negli ultimi anni il numero di istituzioni non profit in Lombardia è cresciuto notevolmente, con un incremento del 20% circa tra 2014 e 2018.

Istituzioni non profit e dipendenti per ripartizione geografica e regione. Anno 2018 (valori assoluti)

	Istituzioni non profit	**Dipendenti**
Lombardia	57.710	190.122
ITALIA	**359.574**	**853.476**

Istituzioni non profit e dipendenti per forma giuridica, ripartizione geografica e regione. Anno 2018 (valori assoluti)

	Istituzioni non profit					Dipendenti				
	Forma Giuridica					Forma Giuridica				
	Associazione	Cooperativa sociale	Fondazione	Altra forma giuridica	TOTALE	Associazione	Cooperativa sociale	Fondazione	Altra forma giuridica	TOTALE
03 - Lombardia	48.251	2.212	2.219	5.028	57.710	26.759	85.996	47.186	30.181	190.122

Istituzioni non profit per forma giuridica, settore di attività. Anno 2018 (valori assoluti)
Associazione riconosciuta e non - Settore di attività prevalente

Cultura, sport e ricreazione	34.386
Istruzione e ricerca	1.132
Sanità	1.821
Assistenza sociale e protezione civile	3.648
Ambiente	840
Sviluppo economico e coesione sociale	266
Tutela dei diritti e attività politica	1.041
Filantropia e promozione del volontariato	708
Cooperazione e solidarietà internazionale	1.019
Religione	451
Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi	2.793
Altre attività	146
TOTALE	**48.251**

Cooperativa sociale - Settore di attività prevalente[(a)]

Cultura, sport e ricreazione	90
Istruzione e ricerca	166
Sanità	232
Assistenza sociale e protezione civile	1.000
Sviluppo economico e coesione sociale	689
Altre attività	35
TOTALE	**2.212**

(a) Il settore 'Altre attività' comprende anche i settori 'Ambiente', 'Tutela dei diritti e attività politica', 'Filantropia e promozione del volontariato, 'Cooperazione e solidarietà internazionale', 'Religione' e 'Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi'

Fondazione - Settore di attività prevalente [(b)]

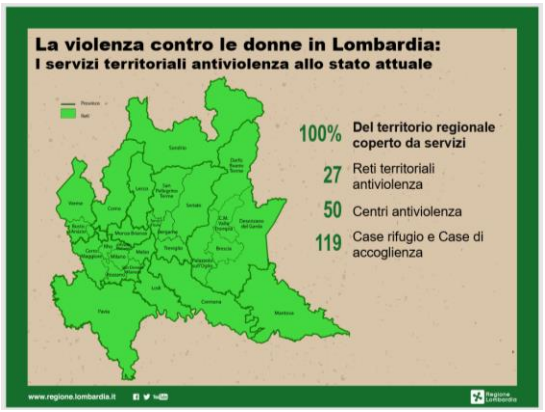
Cultura, sport e ricreazione	513
Istruzione e ricerca	635
Sanità	283
Assistenza sociale e protezione civile	550
Filantropia e promozione del volontariato	57
Cooperazione e solidarietà internazionale	76
Religione	29
Altre attività	76
TOTALE	**2.219**

(c) Il settore 'Altre attività' comprende anche i settori 'Ambiente', 'Sviluppo economico e coesione sociale', 'Tutela dei diritti e attività politica', 'Filantropia e promozione del volontariato', 'Cooperazione e solidarietà internazionale' e 'Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi'

La presenza di una rete diffusa di organizzazioni non profit caratterizza il tessuto sociale lombardo e ne rinforza la coesione. Il Terzo Settore è anche un attore fondamentale del sistema di welfare sussidiario, rappresenta una risorsa per individuare e interpretare i bisogni e affiancare il sistema pubblico di Regione Lombardia nell'offrire risposte coerenti ed efficaci.Questa esperienza di integrazione e collaborazione, ha trovato nuovo impulso nella attuazione della Riforma e del Codice del Terzo Settore che hanno ridefinito il quadro normativo del non profit, semplificandolo e rendendolo omogeno a livello nazionale e hanno incoraggiato uno sviluppo di un settore sempre più centrale per la crescita dell'intero Paese.

Servizi territoriali antiviolenza

Dal 2018 i Servizi territoriali antiviolenza coprono interamente l territorio regionale.
Attualmente sono attive 27 Reti Territoriali all'interno delle quali operano 50 Centri antiviolenza e 119 tra Case rifugio e Case di accoglienza convenzionati con gli Enti locali capofila delle reti e che allo stato attuale beneficiano dei programmi di finanziamento regionali.



Servizi territoriali antiviolenza

	Rilevazione dicembre 2013	Rilevazione febbraio 2020
n. Reti Antiviolenza	13	27
n. Gestori Centri Antiviolenza	21	40
n. Gestori di strutture di ospitalità (case rifugio/case accoglienza)	11	44
Copertura territoriale	37%	100%

Fonte: elaborazione su dati Regione Lombardia

Percorsi delle donne nei Centri Antiviolenza e donne ospitate nelle strutture di ospitalità

	2018	2019
n. percorsi	11.323	16.512
n. donne ospitate	517 *	295

Fonte: elaborazione su dati Regione Lombardia

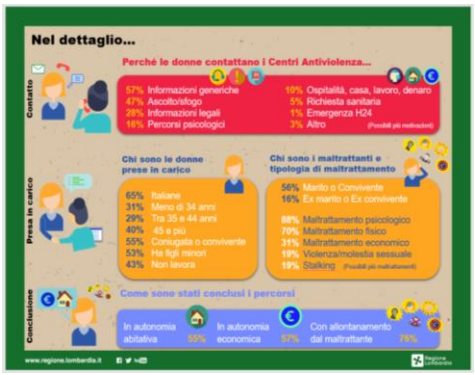
(*) Non essendo, nel 2018, ancora operativo il sistema O.R.A. i dati delle donne ospitate in case rifugio sono stati rilevati attraverso una scheda di rilevazione inviata a tutte le strutture di ospitalità convenzionate con gli enti locali capifila. Questo pone dei limiti rispetto alla comparabilità dei dati tra il 2018 e il 2019.

Nel 2020 (dati Osservatorio Regionale Antiviolenza al 15.10.20)

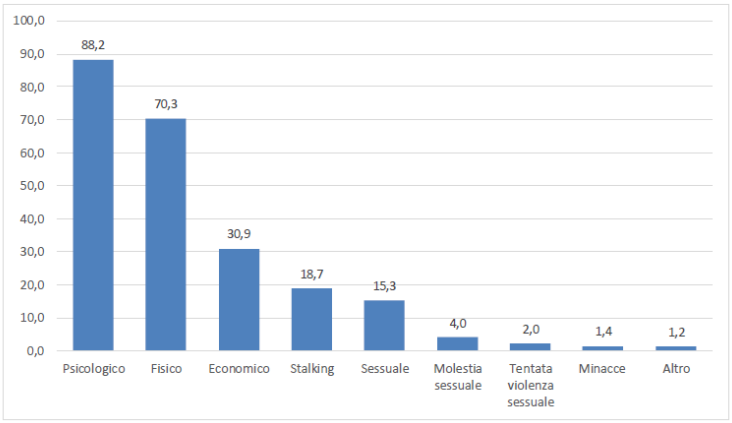
- erano in carico complessivamente **6527 donne, di cui 1913** hanno avviato il percorso nel 2020
- si sono registrati **complessivamente 4168 contatti** (nel 94,2% dei casi si è trattato di donne che contattavano il Centro per la prima volta)
- **sono state effettuate 3118 accoglienze**

I percorsi avviati nel corso del 2020 che si sono **conclusi** sono invece **83** a fronte di **185 che sono stati interrotti o abbandonati**.





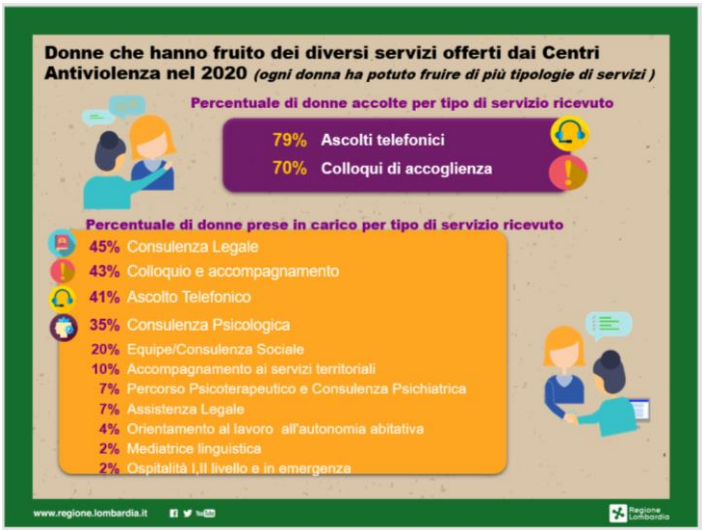
Le tipologie di maltrattamento di cui sono vittime le donne prese in carico dai Centri Antiviolenza, dal 1 gennaio al 15 ottobre 2020 (valore percentuale*)



** Possibili più forme di maltrattamento*
Fonte: elaborazioni dati O.R.A. (dati al 15 ottobre 2020)

In riferimento alle prestazioni/servizi erogati alle donne che hanno contattato i Centri Antiviolenza e sono state prese in carico nel 2020, ben il 79,4% delle 3118 accolte ha beneficiato dell'ascolto telefonico, molto utilizzato anche per via del periodo di chiusura dei Centri durante il lockdown dovuto all'emergenza sanitaria da COVID 19, e il 70% di colloqui di accoglienza, servizi base la cui rilevanza è confermata anche durante la fase di vera e propria presa in carico presso il centro antiviolenza.

Tra i servizi specialistici erogati alle donne prese in carico, risultano particolarmente utilizzati la consulenza legale (45,3%), a cui si aggiunge il 9,8% di donne che hanno ricevuto una effettiva assistenza legale, e la consulenza psicologica (35,4%), seguiti dai servizi di equipe/consulenza sociale (20,3%), dai servizi di accompagnamento territoriale utilizzati dal 9,8% delle donne prese in carico nel corso del 2020 e dai percorsi psicoterapeutici/psichiatrici erogati al 7,4% delle donne.



Sistema scolastico

In regione Lombardia il sistema scolastico è caratterizzato da un alto grado di complessità, in virtù delle tante variabili geografiche, economiche e sociali proprie del territorio.
Su tutto il territorio lombardo sono presenti 5.501 punti di erogazione del servizio scolastico statale, così suddivisi:

Plessi scolastici statali (*)

Tipologia	*Sedi/plessi*
Infanzia	1.339
Primaria	2.197
Secondaria primo grado	1.195
Secondaria secondo grado	747
Convitti ed educandati	4
CPIA	19
TOTALE	**5.501**

(*) comprendono anche i corsi serali
Fonte: USR – settembre 2020

Scuole statali - Istituzioni scolastiche e plessi per Provincia e alunni

Provincia	*Istituzioni*	*Plessi*	*Alunni*	*Di cui disabili*
Bergamo	141	658	134.567	4.847
Brescia	144	773	154.490	4.590
Como	67	367	65.167	2.601
Cremona	43	280	44.397	2.054
Lecco	42	218	38.368	1.623
Lodi	29	162	29.832	1.021

Mantova	50	330	51.863	2.349
Milano	332	1268	360.541	14.823
Monza e Brianza	99	364	102.859	4.113
Pavia	55	384	61.555	2.833
Sondrio	32	198	23.357	656
Varese	105	468	106.603	3.827
TOTALE	***1.139***	***5.480***	***1.173.599***	***45.337***

Fonte: USR – settembre 2020

Scuole statali - Plessi per provincia e tipologia

Provincia	***Infanzia***	***Primaria***	***I grado***	***II grado***	***Convitti/ educandati***	***Totale***
Bergamo	121	281	167	88	1	658
Brescia	169	319	173	113		774
Como	84	175	80	28		367
Cremona	92	96	53	39		280
Lecco	47	100	43	28		218
Lodi	50	63	33	16		162
Mantova	119	109	65	37		330
Milano	306	476	278	206	2	1268
Monza e Brianza	78	145	82	59		364
Pavia	124	142	75	43		384
Sondrio	64	75	37	21	1	198
Varese	86	214	109	69		478
TOTALE	***1.339***	***2.195***	***1.195***	***747***	***4***	***5.480***
POPOLAZIONE ALUNNI (°)	***106.653***	***412.089***	***268.013***	***386.844***		***1.173.599***

(°) Dati all'1.04.20
Fonte: USR – settembre 2020

Scuole non statali - Plessi per provincia e tipologia

Provincia	***Infanzia***	***Primaria***	***I grado***	***II grado***	***Totale***
Bergamo	227	31	27	47	332
Brescia	273	27	22	44	366
Como	132	14	13	33	192
Cremona	47	8	3	8	66
Lecco	92	9	7	16	124
Lodi	42	5	4	1	52
Mantova	38	3	2	4	47
Milano	446	92	67	100	705
Monza e Brianza	123	24	18	33	198
Pavia	68	8	7	19	102
Sondrio	29	1	1	0	31
Varese	197	22	20	51	290
TOTALE	***1.714***	***244***	***191***	***356***	***2.505***

Fonte: USR – settembre 2020

Di seguito viene mostrato come varia il numero degli alunni negli anni scolastici 2015/16 – 2020/21, suddivisi per tipologia di scuola.

Alunni in Lombardia dall'a.s. 2015/16 al 2020/21

Anno scolastico	*Infanzia*	*Primaria*	*I grado*	*II grado*	*Totale*	*Incremento annuale*
2015/16	118.553	436.426	260.252	370.489	1.185.720	0,32%
2016/17	115.884	437.415	260.854	376.301	1.190.454	0,40%
2017/18	113.109	434.749	263.812	380.087	1.191.757	0,11%
2018/19	110.493	430.362	265.256	382.469	1.188.580	- 0,27%
2019/20	108.877	422.040	268.114	384.503	1.183.534	- 0,42%
2020/21	105.653	412.089	268.013	386.844	1.173.599	- 0,84%

Fonte: USR – settembre 2020

La tabella mostra come varia il numero degli alunni con cittadinanza non italiana suddivisi per provincia, anno scolastico 2019/20.

Alunni con cittadinanza non italiana per provincia

Provincia	*Alunni con cittadinanza non italiana*	*di cui Nuovi ingressi*
Bergamo	23.671	617
Brescia	30.676	599
Como	8.117	219
Cremona	8.735	138
Lecco	4.686	106
Lodi	5.721	166
Mantova	10.283	288
Milano	73.097	2.339
Monza e Brianza	n.d.	n.d.
Pavia	10.962	639
Sondrio	1.722	49
Varese	13.804	404
TOTALE	***191.474***	***5.564***

Fonte: USR – settembre 2020
I dati degli alunni con cittadinanza non italiana sono relativi all'a.s.2019/20, tratti da rilevazioni integrative.
Per i nuovi ingressi non è compreso il dato dell'infanzia.
Il dato relativo a Provincia Monza Brianza non è ricompreso nei dati originali.

9. DISEGUAGLIANZE E PROFILO DI EQUITA'

9.1 Differenze socio-economiche territoriali in base all'indice di deprivazione

Gli indici di deprivazione (ID) costituiscono misure multidimensionali di risorse materiali e sociali e sono comunemente utilizzati in ambito epidemiologico sia come proxy dello status socioeconomico individuale sia di condizioni socioeconomiche di contesto. La revisione dell'ID italiano per sezione di censimento 2001 recentemente proposta grazie alla disponibilità di microdati censuari individuali del 2011, riconsidera in particolare l'indicatore sulla bassa istruzione (che viene limitato alla classe di età 15-60) e quello sulle famiglie monogenitoriali (considerando solo le convivenze con figli minorenni) in modo da renderli più adatti rispetto alle finalità che tali indicatori si pongono *(Rosano A. et al., Epidemiol Prev 2020; 44 (2-3):162-170. doi: 10.19191/EP20.2-3. P162.039).*

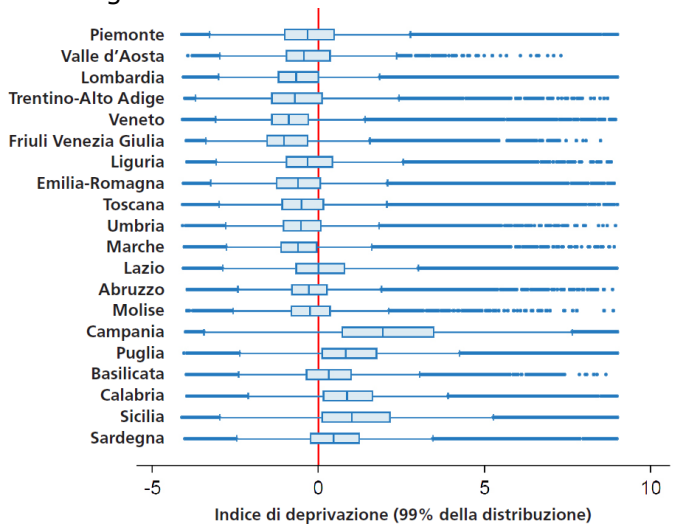
La distribuzione dei quintili dell'ID 2011_rev per le principali variabili demografiche è riportata nella tabella successiva. Le sezioni di censimento con più alta deprivazione si concentrano al Sud, dove la quota di sezioni con il livello massimo di deprivazione sono attorno al 40%, contro meno del 9% del Nord.

Distribuzione regionale dell'ID 2011_rev calcolato sulle sezioni di censimento: valori mediani, 25° e 75° percentile, valori estremi.

VARIABILI*	QUINTILI DI DEPRIVAZIONE				
	1	2	3	4	5
Percentuale maschi	20,05	19,96	19,94	19,97	20,08
Percentuale femmine	19,95	20,04	20,06	20,03	19,93
Percentuale popolazione 0-14	18,28	19,32	19,70	20,37	22,32
Percentuale popolazione 15-34 anni	17,47	18,71	19,68	21,07	23,06
Percentuale popolazione 35-64 anni	20,50	20,37	20,11	19,79	19,24
Percentuale popolazione 65-74 anni	22,89	20,91	20,02	18,87	17,30
Percentuale popolazione 75+ anni	22,65	21,16	20,61	19,27	16,31
Nord-Est	39,01	26,03	17,96	10,98	6,01
Nord-Ovest	26,05	26,91	22,34	15,91	8,80
Centro	19,43	23,57	24,26	20,63	12,12
Sud	4,77	8,97	16,37	26,68	43,20
Isole	5,96	10,20	18,16	30,09	35,58
Percentuale stranieri§	4,76	6,53	7,54	7,96	7,05
Percentuali disoccupati§	5,24	7,46	9,91	13,58	22,50
Percentuali case in affitto§	8,68	13,24	16,26	19,76	33,95
Percentuali famiglie monogenitoriali con figli minori§	3,51	4,77	5,51	6,31	8,22
Percentuale persone con bassa istruzione, classe d'età 15-60§	5,35	4,34	4,93	6,43	13,78
Percentuale persone laureate nella classe d'età 25+§	16,60	14,36	13,04	11,81	8,74
Percentuale famiglie con 1 componente§	32,76	32,12	32,00	31,05	27,14
Percentuale famiglie con 5+ componenti§	4,33	4,57	5,05	5,96	9,12
Densità abitativa media (abitanti/100 m²)	2,08	2,36	2,48	2,63	3,36

* Percentuali di riga (laddove non diversamente specificato) / *Row percentage (when not otherwie specified)* § percentuali di colonna / *Column percentage*

La Lombardia si colloca tra le Regioni con i valori più bassi dell'ID, anche rispetto alla media nazionale, insieme ad altre Regioni del Nord.



Il nuovo indicatore sul livello di istruzione limitato tra 15-60 anni fa scendere la Lombardia al 15 posto tra le Regioni (dal 4 con il precedente indicatore) e il nuovo indicatore sulle famiglie monogenitoriali con figli minorenni fa salire la Lombardia al 3 posto dall'11.

REGIONE	POPOLAZIONE CON ISTRUZIONE ≤ ALLA LICENZA ELEMENTARE	RANK	POPOLAZIONE CON ISTRUZIONE ≤ ALLA LICENZA ELEMENTARE NELLA CLASSE 15-60 ANNI	RANK	FAMIGLIE MONO-GENITORIALI	RANK	FAMIGLIE MONO-GENITORIALI CON FIGLI MINORENNI	RANK
	%		%		%		%	
Piemonte	30,15	11	5,19	8	15,63	17	4,76	8
Valle d'Aosta	28,74	7	3,46	2	16,20	18	4,65	4
Lombardia	27,17	4	7,97	15	13,57	11	4,52	3
Trentino-Alto Adige	26,82	3	3,07	1	11,47	6	5,21	12
Veneto	30,16	12	5,55	10	13,13	9	4,00	1
Friuli Venezia Giulia	26,73	2	4,63	5	16,39	19	4,50	2
Liguria	28,15	6	4,66	6	17,75	20	5,12	10
Emilia-Romagna	30,03	9	4,13	4	14,98	16	4,74	7
Toscana	30,00	8	5,19	7	14,80	15	5,02	9
Umbria	30,14	10	3,70	3	14,75	14	6,16	17
Marche	31,59	15	5,20	9	14,31	13	4,68	5
Lazio	24,41	1	6,04	13	13,95	12	8,16	19
Abruzzo	30,72	13	6,01	12	13,48	10	6,12	16
Molise	34,83	20	5,71	11	11,93	8	5,19	11
Campania	30,75	14	19,16	20	10,40	1	8,35	20
Puglia	33,24	19	14,77	19	10,89	2	5,88	15
Basilicata	33,07	17	7,14	14	11,17	3	4,69	6
Calabria	33,07	18	12,23	18	11,29	4	5,66	13
Sicilia	32,40	16	10,75	17	11,38	5	5,85	14
Sardegna	27,24	5	9,00	16	11,76	7	6,55	18
Italia	29,60		7,70		13,45		5,59	

9.2 Povertà e Disuguaglianze

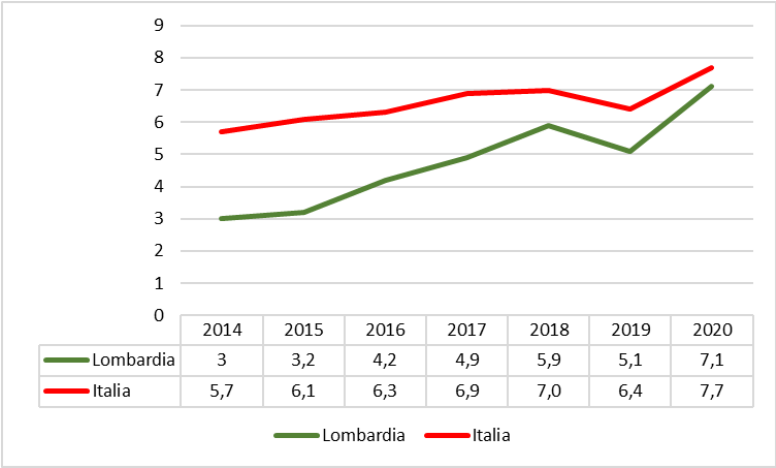
L'emergenza legata alla diffusione del COVID-19 sta avendo delle conseguenze rilevanti non solo sul piano economico, ma anche su quello sociale. La crisi epidemica ha avuto un impatto notevole sul tessuto sociale lombardo colpendo in maniera più rilevante le fasce di popolazione più vulnerabili, acuendo il loro rischio di scivolare verso una condizione di maggiore povertà e favorendo processi cumulativi di esclusione sociale. Nonostante non sia ancora possibile capire quanto esteso possa essere il problema, già oggi si può ipotizzare che allo scadere dei provvedimenti di aiuto del governo si potrà avere un innalzamento significativo della povertà.

All'inizio del mese di marzo Istat ha diffuso le stime preliminari delle statistiche sulle conseguenze del Covid-19 in Italia nel corso del 2020, anticipando di alcuni mesi le stime definitive; i dati riguardano il numero di persone in condizione di povertà assoluta e l'andamento della spesa familiare. Si tratta di dati suscettibili di revisioni che offrono un primo quadro delle conseguenze che la grave crisi economica innescata dalla pandemia e dall'emergenza sanitaria ha determinato sulle condizioni di vita delle famiglie nell'anno appena trascorso. Nel corso del 2020 si è registrato infatti un aumento senza precedenti delle persone in condizione di povertà: il lockdown forzato ha generato una crisi che si è ripercossa su tutta l'economia, sul PIL, sull'occupazione, sulla spesa e ha creato povertà.

Secondo le stime preliminari, nel 2020 le famiglie in povertà assoluta sono oltre 2 milioni (il 7,7% del totale, da 6,4% del 2019, +335mila) per un numero complessivo di individui pari a circa 5,6 milioni (9,4% da 7,7%, ossia oltre 1 milione in più rispetto all'anno precedente). L'incremento della povertà assoluta è maggiore nel Nord del Paese e riguarda 218 mila famiglie (7,6% da 5,8% del 2019), per un totale di 720 mila individui; questo maggiore incremento è riconducibile anche al fatto che alcune regioni del Nord sono state colpite prima e in maniera maggiore dalla pandemia e, per questo, anche le misure di contenimento del virus messe in atto sono state più restrittive. Nonostante ciò, il Mezzogiorno resta l'area dove la povertà assoluta è

più elevata: coinvolge il 9,3% delle famiglie contro il 5,5% del Centro. Nel 2020, l'incidenza di povertà assoluta cresce soprattutto tra le famiglie con persona di riferimento occupata (7,3% dal 5,5% del 2019). Si tratta di oltre 955 mila famiglie in totale, 227mila famiglie in più rispetto al 2019. Tra queste ultime, oltre la metà ha come persona di riferimento un operaio o assimilato (l'incidenza passa dal 10,2 al 13,3%), oltre un quinto un lavoratore in proprio (dal 5,2% al 7,6%). L'aumento della povertà assoluta si inquadra nel contesto di un calo record della spesa per consumi delle famiglie (su cui si basa l'indicatore di povertà).
L'incidenza della povertà assoluta[5]nelle famiglie Lombarde è quasi raddoppiata tra il 2014 (3,0%) ed il 2018 (5,9%), per poi scendere al 5,1% nel 2019 e risalire, secondo una stima preliminare di PoliS-Lombardia, al 7,1% nel 2020. In Italia, pur partendo da una maggiore incidenza, la crescita è stata meno marcata: dal 5,7% nel 2014 al 7,0% nel 2018; 6,4% nel 2019 e 7,7% nel 2020.

Incidenza della povertà assoluta. Italia e Lombardia, 2014-2020 (% di famiglie)



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Lombardia	3	3,2	4,2	4,9	5,9	5,1	7,1
Italia	5,7	6,1	6,3	6,9	7,0	6,4	7,7

Fonte: Elaborazioni PoliS-Lombardia su dati Istat. Lombardia 2020, dato stimato da PoliS-Lombardia

Reddito equivalente al variare dei profili familiari

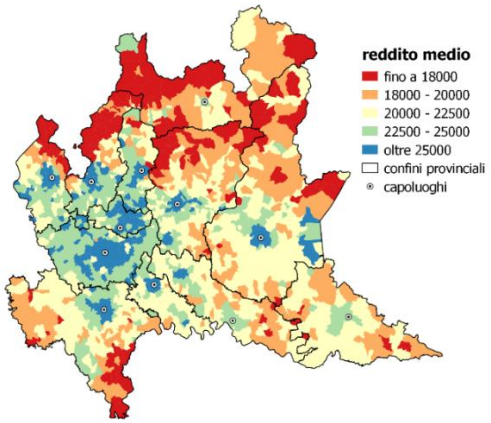
A fronte di un valore medio del reddito equivalente nel 2016 di 26.669 euro per il complesso delle famiglie considerate, in quelle i cui componenti sono tutti cittadini italiani ("famiglie italiane"), il reddito equivalente è pari 28.106 euro, nelle altre ("famiglie straniere") di 13.432 euro. Il reddito equivalente, con l'eccezione delle famiglie con un solo membro, decresce al crescere del numero di componenti. In particolare, le famiglie straniere con sette o più componenti in media hanno un reddito equivalente lordo annuo inferiore ai 10 mila euro[6].
Le coppie senza figli hanno redditi equivalenti relativamente elevati (31.639 euro quelle italiane, 19.539 quelle straniere), mentre i redditi delle famiglie monogenitoriali sono decisamente sotto la media (22.694 euro tra gli italiani, 9.390 euro tra gli stranieri).
L'intensità lavorativa è associata positivamente al livello del reddito equivalente: nelle famiglie in cui il totale dei mesi lavorati dai componenti della famiglia è prossimo al massimo potenziale i redditi sono maggiori rispetto a quelli medi nelle famiglie con bassa intensità lavorativa[7].

[5] Sono classificate come assolutamente povere le famiglie con una spesa mensile pari o inferiore al valore della soglia di povertà assoluta (che si differenzia per dimensione e composizione per età della famiglia, per ripartizione geografica e per tipo di comune di residenza).
[6] *E' stato analizzato il reddito annuo lordo equivalente 2016 delle famiglie lombarde calcolato da Istat nell'ambito del progetto "Condizioni socioeconomiche delle famiglie – ARCH.I.M.E.DE", escludendo le famiglie anagrafiche in comuni con meno di 5.000 abitanti. L'analisi è stata effettuata sui dati completi, per un totale di 3.347.340 famiglie lombarde. Per rendere equivalenti i redditi di famiglie diverse si usa la scala di equivalenza OCSE modificata, pari alla somma di più coefficienti individuali (1 per il primo adulto, 0,5 per altro componente ei età maggiore o uguale a 14 anni, 0,3 per ogni componente di età inferiore a 14 anni).*
[7] L'intensità lavorativa rappresenta il rapporto fra il totale di mesi lavorati dai componenti della famiglia di età compresa tra 18 e 59 anni e il totale di mesi potenzialmente disponibili per attività lavorative. L'intensità lavorativa assume valori compresi tra 0 e 1 (rispettivamente: totale assenza di segnali lavorativi nell'anno, e partecipazione continuativa nel mercato del lavoro nel corso dell'anno). La variabile assume valore 0 anche nel caso in cui i componenti siano inattivi (pensionati, bambini, casalinghe).

Povertà nei Comuni Lombardi

All'interno del territorio lombardo emergono differenze significative per quanto riguarda il reddito medio desumibile dalle dichiarazioni dei redditi (Si precisa che le elaborazioni si basano sulle dichiarazioni dei redditi relativi all'anno 2019). Nell'area milanese, e più in generale nella fascia occidentale della regione, si registrano mediamente i redditi (imponibili per percettore) più elevati.

Reddito imponibile medio. comuni lombardi, dichiarazione 2020 (valori in euro)



Fonte: elaborazioni PoliS-Lombardia su open data MEF.

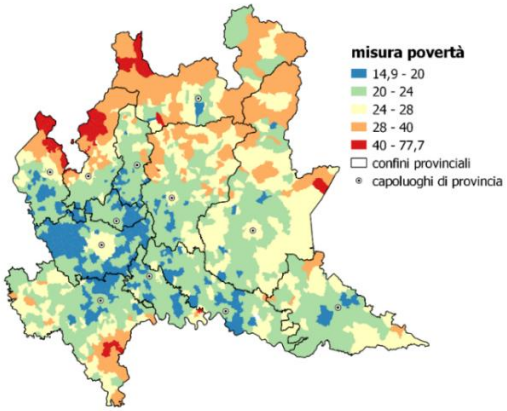
I più contenuti, invece, risultano essere gli importi nei comuni della fascia settentrionale della regione ma anche in tutta l'area orientale che include i comuni delle province di Brescia, Bergamo, Mantova e Cremona. Per questi territori risulta tuttavia opportuno segnalare che nei capoluoghi e nei comuni circostanti i redditi imponibili medi sono comunque più elevati rispetto agli altri comuni delle province stesse.

L'incidenza di percettori di reddito che nel 2020 hanno dichiarato, per l'anno precedente, un imponibile inferiore a 10 mila euro può essere considerata come proxy della misura della diffusione della povertà[8].

In linea con i dati relativi al reddito medio emerge una minore diffusione di percettori a basso reddito nei comuni dell'area padana della regione e una maggiore diffusione nella fascia settentrionale della Lombardia, nei territori montani e nell'Oltrepò pavese.

Misura di povertà: proxy calcolata come quota % dei percettori di reddito con reddito imponibile annuo inferiore a 10.000 euro sul totale dei contribuenti. Comuni lombardi, dichiarazione 2020 (valori %)

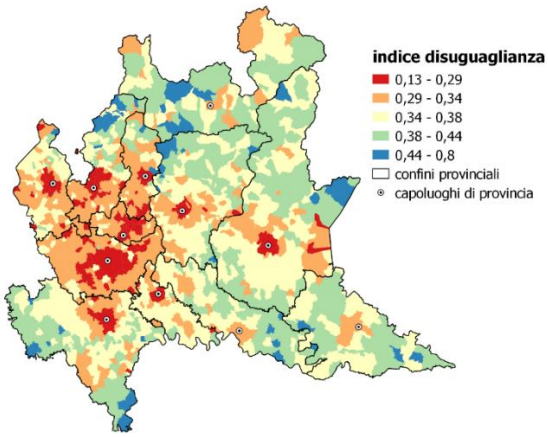
Fonte: elaborazioni PoliS- Lombardia su open data MEF.



[8] Si tratta dei redditi dichiarati nella dichiarazione dei redditi del 2020 e percepiti nel 2019. Trattandosi dei soli redditi dichiarati restano esclusi i redditi derivanti dall'economia sommersa.

A livello comunale emerge una quota maggiore di contribuenti a basso reddito soprattutto nelle province di Sondrio (27,5%), di Como (25,4%) e di Brescia (24,4%), mentre le province con un numero minore (relativo) di percettori a basso reddito risultano essere a pari merito quelle di Lodi e di Monza e Brianza (20,7%).
Le differenze territoriali restano marcate anche quando si considera una misura di disuguaglianza nella distribuzione del reddito. Rapportando la quota di reddito percepita dai più poveri (chi ha un imponibile inferiore a 15.000 euro) con la quota di percettori che rientrano in questa fascia si ottiene un indice di disuguaglianza in cui valori più bassi indicano una maggiore disuguaglianza nella distribuzione dei redditi. Le aree con redditi medi per percettore più elevati sono anche quelle con maggiore disuguaglianza nella distribuzione dei redditi: si tratta principalmente dell'area metropolitana, dei capoluoghi di provincia e dell'area padana più urbanizzata, mentre le aree montane e in quella basso padana sono quelle in cui emerge una maggiore omogeneità nella distribuzione dei redditi.

Indice di disuguaglianza: rapporto fra la quota di reddito percepita da chi ha un imponibile inferiore a 15.000 euro e la quota di percettori che rientrano in questa fascia. Lombardia, anno 2019



Fonte: elaborazioni PoliS-Lombardia su dati MEF

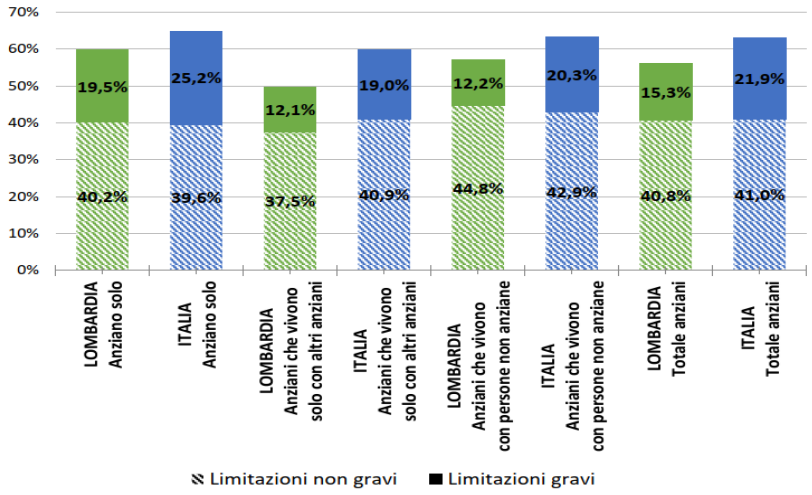
Famiglie con anziani o con soggetti con limitazioni

In Lombardia, secondo le stime aggiornate al 2018 (Fonte: elaborazioni Polis Lombardia – Statistica su dati ISTAT), sono quasi **450 mila le famiglie** composte da **anziani che vivono soli** e **150 mila sono le coppie di anziani** (o più anziani che vivono insieme). Le famiglie in cui è presente almeno un anziano insieme a componenti più giovani sono invece circa 300 mila. Complessivamente in **Lombardia** quindi vi sono quasi 900 mila famiglie, pari al **20,2% delle famiglie**, in cui è presente **almeno un over 75enne**, in linea con la media nazionale (21,6%). Circa il **56%** degli **anziani lombardi** ha delle **limitazioni** nello **svolgimento** delle **attività quotidiane**,
(41% di casi con limitazioni più lievi e 15% con gravi limitazioni). In fase di isolamento a casa a causa dell'emergenza sanitaria, la quota di anziani con delle gravi limitazioni è più elevata negli anziani che vivono soli (19,5% in Lombardia vs 25,2% in Italia).
In questa condizione di **isolamento** sono risultate di fondamentale importanza alcune **caratteristiche dell'ambiente** in cui gli anziani vivono:

- *Caratteristiche dell'abitazione*: il 4% delle famiglie lombarde con anziani percepisce di vivere in una abitazione troppo piccola. Quasi il 10% delle famiglie con anziani non ha né un balcone o terrazzo, né un giardino privato;
- *Accesso ai mezzi di comunicazione*: quasi il 70% degli over 75enni lombardi che vivono da soli o in coppia con un altro anziano non posseggono un telefono cellulare che si connette ad internet e quindi non in grado di fare delle video-chiamate. Questo dato è ulteriormente confermato se si osserva la quota di anziani che non hanno mai usato internet (nei 12 mesi

precedenti all'intervista), e pari a circa all'80% degli anziani soli o in coppia con altri anziani e all'85% di quelli che vivono con parenti più giovani.

Percentuale di anziani che hanno limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane in base alla famiglia di appartenenza, Lombardia e Italia, anno 2018.

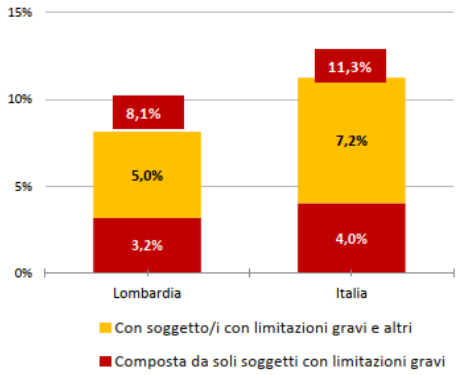


Fonte: elaborazioni PoliS Lombardia su dati ISTAT

Spostando l'attenzione dai soli anziani a **tutti i soggetti**, a prescindere dall'età, che hanno dichiarato di avere delle limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane è emerso che circa il **4% della popolazione lombarda** ha delle **gravi limitazioni**, a cui si aggiunge un **ulteriore 18%** con **limitazioni non gravi** (Fonte: elaborazioni Polis Lombardia – Statistica su dati ISTAT). Valutando gli individui con gravi limitazioni emerge che la maggioranza riguarda gli over 75enni (il 42%), mentre significativa è anche la quota che riguarda i 65-74enni (il 20%) e i 18-64enni (il 34%); più marginale invece è la quota che riguarda i minorenni (3,5%).

Le famiglie lombarde in cui è presente almeno un soggetto con delle limitazioni gravi sono circa 350 mila, pari all'8% delle famiglie, di cui quasi 150mila sono persone che vivono sole.

Percentuale di famiglie con soggetti che hanno limitazioni gravi nello svolgimento delle attività quotidiane, Lombardia e Italia, anno 2018



Fonte: elaborazioni PoliS Lombardia su dati ISTAT

Famiglie con figli

In Lombardia, come nel resto del Paese, si assiste a una graduale aumento dei nuclei familiari e a una contestuale diminuzione del numero medio di componenti. In particolare, la contrazione delle famiglie numerose è attestata dal 13,3% sul totale di famiglie di quattro componenti e dal 4,3% di famiglie con 5 e più componenti. Se osservate dal punto di vista del numero di figli, sono il 51,1% le coppie con un solo figlio in regione e solo il 9,7% quelle con tre figli o più.

Le famiglie più numerose hanno maggiore probabilità di trovarsi nella condizione di povertà. Nelle famiglie lombarde con 4 componenti l'incidenza della povertà assoluta (9,2%) è quasi doppia rispetto alle famiglie con un solo componente (5,7%) o in coppia (5%). Nelle famiglie con 5 o più componenti l'incidenza triplica (14,8%).
La presenza di almeno un minore nel nucleo familiare aumenta notevolmente la probabilità di trovarsi in condizioni di povertà assoluta (10%), mentre la presenza di almeno un anziano over 65 ne riduce la probabilità (3,1%). In media l'incidenza della povertà si riduce all'aumentare dell'età della persona di riferimento. Le famiglie più giovani dispongono mediamente di redditi più contenuti e di minori risparmi accumulati.
Le famiglie con figli in età 0-2 anni non hanno spesso accesso ai servizi di prima infanzia. Come documentato da ISTAT nel 2018 solo 15 bambini su 100 nella fascia di età 0-2 anni sono accolti nei nidi comunali in Lombardia. Oltre a un limitato tasso di copertura (il servizio è offerto dal 76% dei comuni lombardi), a ostacolare l'accesso delle famiglie ai servizi di prima infanzia vi sono anche i costi: si stima infatti che il carico medio annuo che deve sostenere una famiglia per il servizio di asilo nido nel 2019 è pari a 2.208 euro. La spesa che andrebbe a gravare sulla famiglia è considerata la causa più frequente della rinuncia al nido. Sono quindi le famiglie più vulnerabili spesso ad avere difficoltà ad accedere al servizio.

Povertà assoluta

L'incidenza di povertà assoluta è inferiore in Lombardia rispetto al valore medio nazionale: le **famiglie** che si trovano in tale condizione sono **il 5,9% in Lombardia** mentre in **Italia** sono il **7,0%**.
L'esposizione alla **povertà** varia in base ad alcune **caratteristiche sociodemografiche** (ampiezza familiare; presenza di minori / anziani; cittadinanza). L'incidenza aumenta a 9% e più nel caso di famiglie con 4 e più componenti; al 10% nelle famiglie in cui è presente almeno un minore; all'11,4% nel caso di famiglie di cittadinanza mista fino al 31,9% nelle famiglie composte da soli stranieri.

Reddito / Pensione di Cittadinanza

Il Reddito di cittadinanza (RdC) è una misura che coniuga il contrasto alla povertà con una politica attiva del lavoro, mentre la Pensione di cittadinanza (PdC) è un beneficio riservato a nuclei familiari composti esclusivamente da uno o più componenti di età pari o superiore a 67 anni.
INPS ha rilevato che al mese di aprile 2020, in Lombardia sono presenti **77.769 nuclei famigliari** che percepiscono il reddito di cittadinanza e **14.034 nuclei famigliari** che percepiscono la pensione di cittadinanza.

	Reddito di Cittadinanza	*Pensione di Cittadinanza*
Nuclei Famigliari	77.769	14.034
Persone impattate	181.585	15.435
Importo Medio per Nucleo	486,58 euro	216,36 euro

Considerando la dinamica dei nuclei percettori di RdC/PdC al netto dei decaduti dal diritto, si evidenzia che a gennaio 2020 in Lombardia i percettori erano 90.048 e ad agosto 109.587, con un aumento del 21,7%. Milano si conferma come la provincia lombarda più interessata, con un aumento dei nuclei beneficiari del 31,2%.

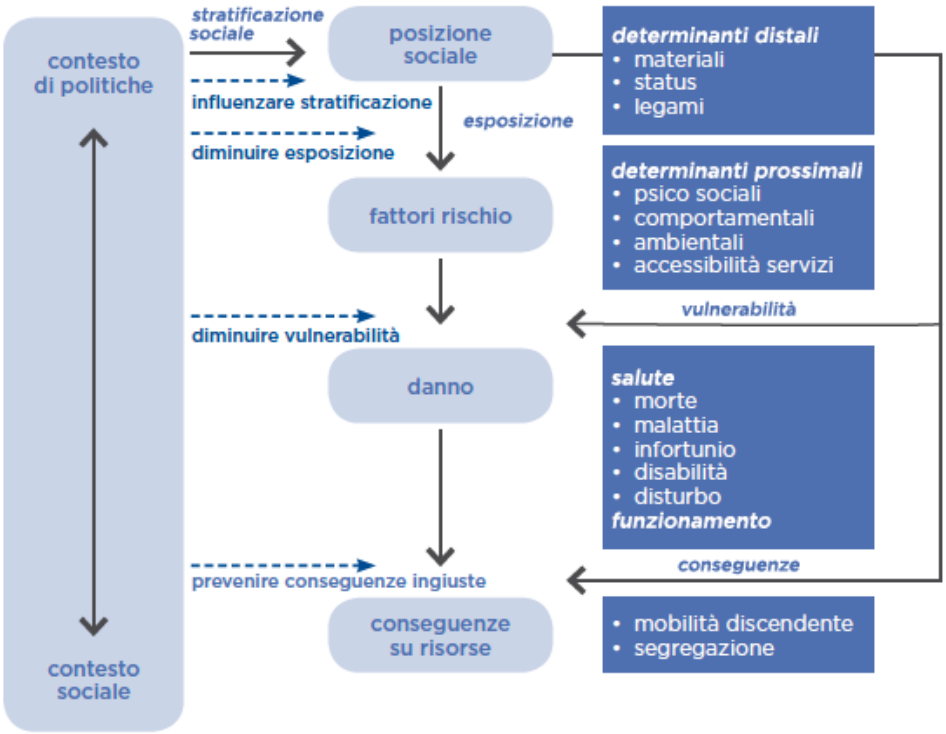
L'Osservatorio statistico sul Reddito/Pensione di Cittadinanza dell'INPS pubblica un report trimestrale riferito ai nuclei percettori di RdC/PdC e basato sulle domande trasmesse all'Istituto dai Caf, dai Patronati e dalle Poste Italiane.
In provincia di Milano la crescita della popolazione residente si è interrotta a marzo 2020. Tra marzo 2020 a giugno 2020 l'indice decresce da 100,6 a 100,3. Nelle restanti province la popolazione era già stagnante, con la pandemia si è avviata una fase di decrescita (da 100,0 marzo 2020 a 99,6). (Fonte: Istat, Bilancio demografico, anni 2019 - 2020 (dati provvisori).

9.3 Salute diseguale

(Fonte: L'ITALIA per L'EQUITÀ nella SALUTE, Ministero della Salute)

La salute disuguale è il risultato di meccanismi evidenziati nel modello causale proposto da Diderichsen *(Diderichsen E, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T. et al., eds. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press 2001)*, che offre un quadro esplicativo dei nessi e delle concatenazioni attraverso cui lo svantaggio sociale influenza le disuguaglianze di salute, indispensabile per poter individuare e sviluppare azioni mirate di contrasto.

Figura 1 *Schema esplicativo dei meccanismi di generazione delle disparità nella salute e dei relativi punti di ingresso per le politiche e gli interventi di contrasto.*



Il punto di partenza del modello è la stratificazione sociale, cioè un insieme di processi economici, sociali e culturali che portano a una distribuzione disuguale dei più importanti fattori che permettono a una persona di avere una maggiore capacità di autodeterminazione: i "determinanti sociali di salute" (o determinanti distali, cioè le cause remote). Questi determinanti sono riconducibili in particolare alle risorse materiali, quali il reddito, al prestigio come lo status sociale e ai legami familiari e sociali. In tale ambito ricadono anche le differenze di genere o etnia, talvolta all'origine di discriminazioni (ad esempio sul luogo di lavoro) e di un accesso diseguale alle opportunità *(Di Napoli A, Gatta R, Rossi A, Perez M, Costanzo G, Mirisola C, Petrelli A. Discriminazione percepita sul luogo di lavoro in quanto straniero: uno studio sulla salute mentale percepita dagli immigrati in Italia. Epidemiol Prev 2017 May-Aug; 41(3-4 (Suppl 1)):33-40)*. Sono fattori molto importanti nel condizionare le dinamiche di salute all'interno della popolazione.

A contrastare le cause distali possono contribuire le politiche, in particolare quelle redistributive, che ricadono prevalentemente sotto la responsabilità di soggetti istituzionali non sanitari.

La stratificazione sociale influenza la distribuzione disuguale dell'esposizione ai principali fattori di rischio per la salute, che intermediano l'effetto sulla salute dei determinanti sociali (determinanti prossimali, cioè recenti). In questo meccanismo un ruolo importante è svolto dalla sanità, in particolare della prevenzione. I principali fattori di rischio cui potrebbero essere più esposte le persone svantaggiate sono:

- le condizioni fisiche, chimiche, biologiche, ergonomiche o meccaniche che creano un rischio disuguale negli ambienti di vita e di lavoro, come rilevato ad esempio da uno studio francese che ha osservato una più alta prevalenza di esposizione alla maggior parte delle condizioni

sopramenzionate tra gli operai, rispetto ai liberi professionisti, ai tecnici e agli impiegati *(Niedhammer I, Chastang JF, David S, Kelleher C. The contribution of occupational factors to social inequalities in health: findings from the national French SUMER survey. Soc Sci Med 2008;67(11):1870-81)*;

- i fattori di rischio psicosociali, come ad esempio lo squilibrio tra ciò che si esige da una persona e il grado di libertà con cui questa può rispondere, oltre alla remunerazione che ne riceve e all'aiuto di cui può disporre;
- gli stili di vita insalubri, come fumo, alcool, sovrappeso, sedentarietà, alimentazione non equilibrata, rapporti sessuali non protetti. Ad esempio, un'indagine europea, ha mostrato che la percentuale di soggetti in sovrappeso aumentava progressivamente all'abbassarsi del titolo di studio, passando dal 27% tra i più istruiti al 38,5% tra i meno istruiti *(European Health Interview Survey. Almost 1 adult in 6 in the EU is considered obese. Newsrelease 203/2016, Eurostat 2016)*;
- le barriere culturali nell'accesso alle cure appropriate: come, ad esempio, è stato dimostrato per le donne immigrate, che ricorrono meno delle italiane agli screening femminili, con una percentuale inferiore di 15 punti per il pap-test e di quasi 20 punti per la mammografia.

La stratificazione sociale, inoltre, è in grado di influenzare anche la distribuzione diseguale delle condizioni di vulnerabilità delle persone agli effetti sfavorevoli dei determinanti prossimali sulla salute: le persone più svantaggiate dal punto di vista socio-economico hanno maggiore probabilità di sviluppare esiti negativi per la salute, se esposti ai fattori di rischio sopra descritti.

I determinanti sociali di salute

I meccanismi di generazione delle disuguaglianze nell'esposizione ai fattori di rischio e nella prevenzione interpellano più direttamente le responsabilità di tutti gli attori, sanitari e non sanitari, nella promozione degli stili di vita, e nella prevenzione ambientale e nei luoghi di lavoro.
I determinanti sociali influenzano la distribuzione dei principali fattori di rischio per la salute, quelli materiali, quelli ambientali, quelli psicosociali, gli stili di vita insalubri e in molti casi anche l'accesso alle cure appropriate, che sono determinanti prossimali e possono essere in parte modificati con adeguate politiche.
Diversamente dagli stili di vita individuali, gli interventi di prevenzione ambientale sono meno condizionati dalla disponibilità e dall'adesione al cambiamento da parte delle singole persone, in quanto la prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro si fonda essenzialmente su interventi di regolazione normativa e su attività di controllo della loro applicazione. Inoltre, gli effetti prodotti interessano tutti gli esposti, indipendentemente dalla loro posizione sociale.
Si tratta di interventi che, in partenza, hanno una maggiore probabilità di successo nel ridurre le disuguaglianze di salute, per quanto ancora oggi sussistano – in diversi ambiti lavorativi (soprattutto di lavori manuali) – importanti criticità nella tutela della salute.

Aspettativa di vita

Il gradiente delle disuguaglianze nella speranza di vita per titolo di studio è ben definito ed evidenzia interessanti differenze. L'aspettativa di vita media alla nascita varia da 82,3 anni per gli uomini con livello di istruzione alto a 79,2 anni per i meno istruiti (+3,1 anni) e tra le donne da 86,0 a 84,5 anni (+1,5 anni).

Speranza di vita alla nascita della popolazione al Censimento 2011, per regione, genere e livello di istruzione. Periodo di osservazione dei decessi 2012-2014

	Femmine				Maschi			
	Livello di istruzione				Livello di istruzione			
	Basso	Medio	Alto	Tutti	Basso	Medio	Alto	Tutti
Lombardia	84,9	85,8	86,4	85,4	79,5	81,3	82,9	80,8
Italia	**84,5**	**85,3**	**86,0**	**84,9**	**79,2**	**80,9**	**82,3**	**80,3**

Dati Istat, Tavole di Mortalità

Nella figura sottostante è possibile osservare quanti anni di vita un lombardo sopravvissuto fino all'età di trenta anni (età in cui si è ormai stabilizzata la propria carriera scolastica) può aspettarsi di vivere ancora prima di entrare nell'età della fragilità (ottantacinque anni), in base allivello di istruzione, da cui emergono significative disuguaglianze. I maschi con al massimo il titolo dell'obbligo hanno 1,8 anni di svantaggio rispetto a coloro con la maturità, i quali, a loro volta, presentano uno svantaggio di 1,6 anni rispetto ai laureati. Tra le donne, le disuguaglianze sono inferiori (0,9 anni di svantaggio tra obbligo e maturità e 0,7 tra maturità e laurea).

Speranza di vita alla nascita per livello di istruzione, area geografica di residenza e sesso

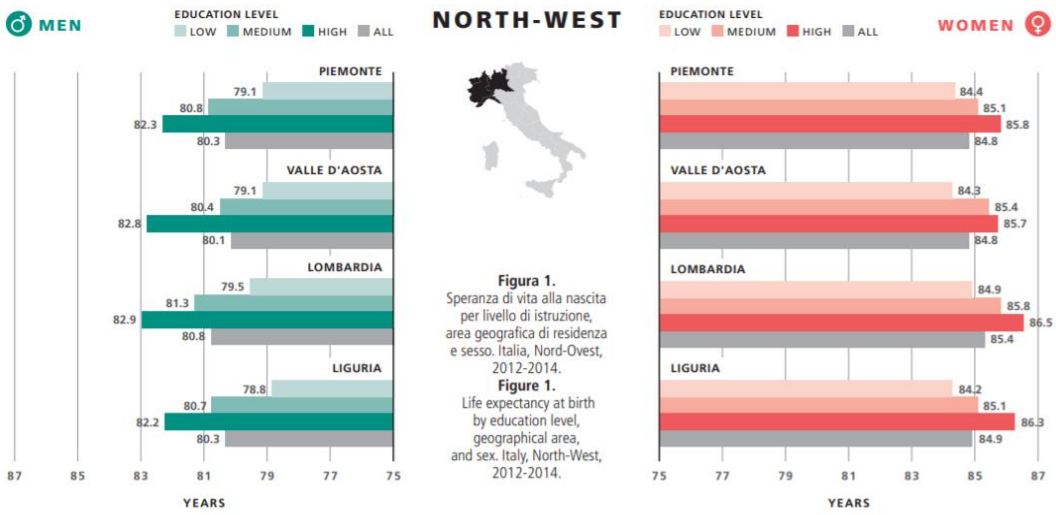


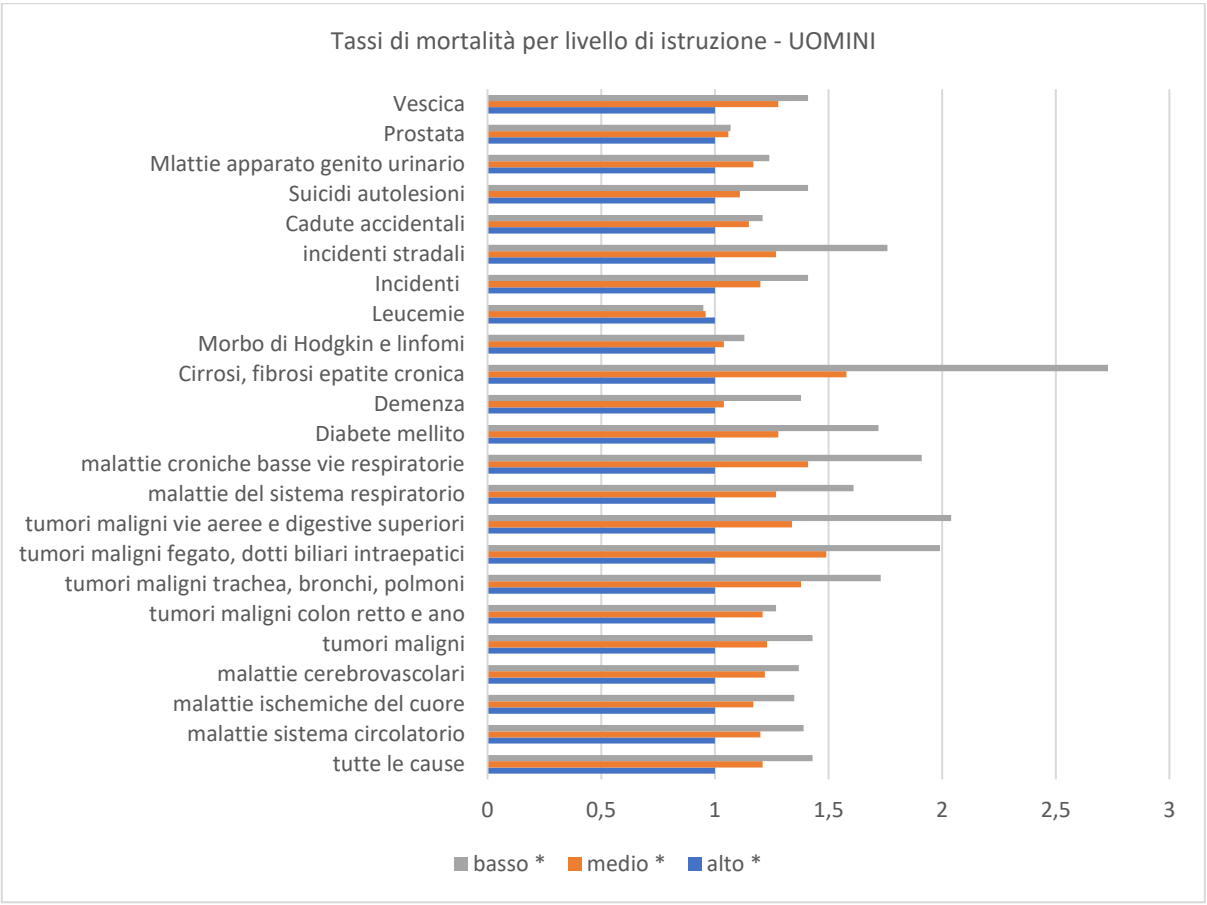
Figura 1.
Speranza di vita alla nascita per livello di istruzione, area geografica di residenza e sesso. Italia, Nord-Ovest, 2012-2014.
Figure 1.
Life expectancy at birth by education level, geographical area, and sex. Italy, North-West, 2012-2014.

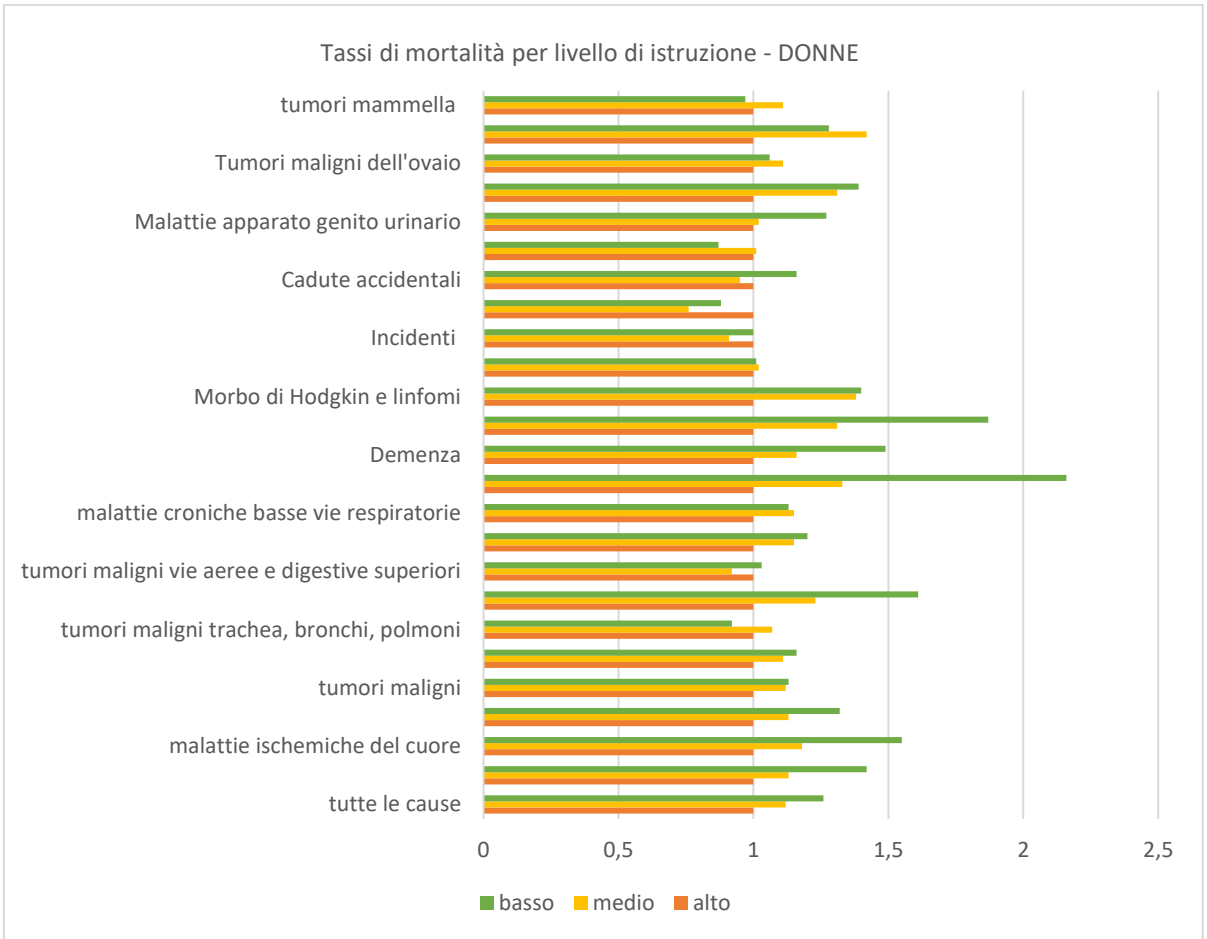
Fonte: Atlante italiano delle diseguaglianze di mortalità per livello di istruzione

In Lombardia, quindi, le persone meno istruite di sesso maschile mostrano una speranza di vita alla nascita inferiore di 3,4 anni rispetto alle persone più istruite, così come, anche per le donne lombarde meno istruite la speranza di vita alla nascita è inferiore di circa 1,6 anni rispetto a quelle più istruite.

Malattie che conducono a morte *(Atlante italiano delle diseguaglianze di mortalità per livello di istruzione)*

Rilevanti differenze geografiche nella mortalità sono state osservate tra Paesi con diverso livello di sviluppo economico e all'interno dei Paesi stessi, sia negli Stati Uniti sia in Europa.
Indipendentemente dal livello di mortalità, le differenze per livello socioeconomico sono presenti in tutti i Paesi. Nelle differenze socioeconomiche, la direzione osservata è sempre di un peggior stato di salute nei livelli socioeconomici più bassi, sia su indicatori di salute oggettiva, quali morbosità, disabilità e mortalità, sia su indicatori di salute autoriferita.
In Italia, nonostante il progressivo miglioramento delle condizioni di salute osservato negli ultimi decenni e livelli di disuguaglianza tra classi sociali meno pronunciati rispetto agli altri Paesi europei, esistono differenze sistematiche: le persone più svantaggiate stanno peggio, si ammalano di più e vivono di meno. Allo stesso modo, le regioni italiane più povere mostrano indicatori di salute e di assistenza sanitaria meno favorevoli.
È quindi evidente come il livello di istruzione incide, anche in maniera diversificata, e spesso significativa sulle cause di morte della popolazione. Nelle figure sottostanti viene mostrato per uomini e donne come varia, in funzione del livello di istruzione, il rapporto tra tassi di mortalità standardizzato per età nelle persone con livello d'istruzione medio e basso, rispetto a quello osservato tra chi ha un livello di istruzione alto. In particolare, posto come 1 il rapporto tra tassi standardizzati di mortalità-mortality rate ratios (MRR) della categoria assunta come riferimento (soggetti più istruiti), valori maggiori o inferiori a 1 indicano una possibilità rispettivamente maggiore o minore rispetto alla categoria di riferimento.


Tassi di mortalità per livello di istruzione - UOMINI
Vescica
Prostata
Mlattie apparato genito urinario
Suicidi autolesioni
Cadute accidentali
incidenti stradali
Incidenti
Leucemie
Morbo di Hodgkin e linfomi
Cirrosi, fibrosi epatite cronica
Demenza
Diabete mellito
malattie croniche basse vie respiratorie
malattie del sistema respiratorio
tumori maligni vie aeree e digestive superiori
tumori maligni fegato, dotti biliari intraepatici
tumori maligni trachea, bronchi, polmoni
tumori maligni colon retto e ano
tumori maligni
malattie cerebrovascolari
malattie ischemiche del cuore
malattie sistema circolatorio
tutte le cause
0
0,5
1
1,5
2
2,5
3
basso *
medio *
alto *


Tassi di mortalità per livello di istruzione - DONNE
tumori mammella
Tumori maligni dell'ovaio
Malattie apparato genito urinario
Cadute accidentali
Incidenti
Morbo di Hodgkin e linfomi
Demenza
malattie croniche basse vie respiratorie
tumori maligni vie aeree e digestive superiori
tumori maligni trachea, bronchi, polmoni
tumori maligni
malattie ischemiche del cuore
tutte le cause
0
0,5
1
1,5
2
2,5
basso
medio
alto

Quasi tutte le malattie causa di morte sono in eccesso tra le persone meno istruite. Solo alcune cause tra le donne, come i tumori del polmone e della mammella sono in eccesso tra le donne più istruite, poiché i loro rispettivi fattori di rischio (fumo e ritardo di prima gravidanza) sono comportamenti assunti prima tra le donne più istruite. Tutte le malattie causa di morte tra gli uomini e gran parte tra le donne sono, invece, a svantaggio dei soggetti con titoli di studio inferiori. L'ampiezza dell'eccesso di mortalità varia tra le diverse malattie.
Scorrendo la fascia alta della graduatoria emergono i potenziali fattori di rischio che possono aver generato questi eccessi di mortalità per specifiche malattie: tumori delle vie aree e digestive superiori (VADS) tra gli uomini, potenzialmente associati a tabacco e alcool; tumori dello stomaco potenzialmente associati alle infezioni e legate a scarsa igiene alimentare; incidenti da mezzi di trasporto tra gli uomini potenzialmente legati alla sicurezza stradale, le malattie del sistema respiratorio tra gli uomini associate ai rischi da lavoro e al fumo; diabete mellito, soprattutto tra le donne, potenzialmente associato all'obesità e alla qualità delle cure; salute mentale (suicidi) potenzialmente legata al disagio sociale; i tumori del polmone tra gli uomini correlati al fumo.
In ogni caso tutte le altre malattie continuano a segnare eccessi di mortalità tra i meno istruiti, ancora intorno al 20- 50%.
Le disuguaglianze sociali di mortalità sono meno pronunciate tra gli anziani, probabilmente perché i soggetti vulnerabili hanno già scontato lo svantaggio in termini di mortalità prematura, dal momento che i poveri tendono ad ammalarsi e a morire in più giovane età.

Il livello di istruzione influenza anche il tasso degli anni di vita persi per morte prematura (per 10.000 residenti), standardizzato per età, come mostrato nelle tabelle sottostanti.

LOMBARDIA - UOMINI - Stand. Yll rate x10.000			
Cause di morte	**alto ***	**medio ***	**basso ***
Demenza	10	12	14
Cadute accidentali	19	21	29
Malattie apparato genito urinario	20	25	30
Vescica	26	36	42
Leucemie	39	40	43
Prostata	47	49	49
Morbo di Hodgkin e linfomi	37	43	52
malattie croniche basse vie respiratorie	31	46	65
Diabete mellito	37	51	77
incidenti stradali	44	63	90
Cirrosi, fibrosi epatite cronica	28	53	104
Suicidi autolesioni	80	89	117
tumori maligni vie aeree e digestive superiori	51	82	128
tumori maligni colon retto e ano	109	138	140
malattie cerebrovascolari	87	127	148
malattie del sistema respiratorio	80	110	150
tumori maligni fegato, dotti biliari intraepatici	61	120	167
Incidenti	88	119	177
malattie ischemiche del cuore	226	299	379
tumori maligni trachea, bronchi, polmoni	243	356	473
malattie sistema circolatorio	485	651	815
tumori maligni	1050	1385	1667
tutte le cause	2132	2840	3667

LOMBARDIA - DONNE - Stand. Yll rate x10.000			
Cause di morte	alto *	medio *	basso *
malattie sistema circolatorio	207	248	327
malattie ischemiche del cuore	60	76	106
malattie cerebrovascolari	68	80	96
tumori maligni	883	1011	1012
tumori maligni colon retto e ano	71	84	88
tumori maligni fegato, dotti biliari intraepatici	21	33	41
tumori maligni trachea, bronchi, polmoni	146	164	149
tumori maligni vie aeree e digestive superiori	19	21	23
malattie del sistema respiratorio	41	48	61
malattie croniche basse vie respiratorie	17	21	23
Diabete mellito	15	20	36
Demenza	5	7	10
Cirrosi, fibrosi epatite cronica	14	22	32
Morbo di Hodgkin e linfomi	21	26	28
Leucemie	22	25	27
Incidenti	34	31	37
incidenti stradali	14	13	16
Cadute accidentali	7	6	8
Suicidi autolesioni	30	32	29
Tumori maligni dell'utero	26	40	47
Tumori maligni dell'ovaio	54	62	56
Malattie apparato genito urinario	10	11	18
Vescica	8	11	9
Tumori mammella	217	238	214
Tutte le cause	1411	1639	1831

**Stand. Yll rate x10.000 - rappresenta il tasso degli anni di vita persi per morte prematura (per 10.000 residenti), standardizzato per età, e calcolato rispetto alla speranza di vita alla nascita della popolazione italiana (82,6 anni), utilizzata come standard

Fonte: Atlante italiano delle diseguaglianze di mortalità per livello di istruzione

Le differenze nella salute determinate da fattori sociali come l'istruzione sono, almeno in parte, evitabili e modificabili. Scoprire che alcune cause di morte (es. quelle correlate all'alcol o ai virus dell'epatite come tumori del fegato e cirrosi) sono più sensibili, cioè maggiormente influenzate, dalle disuguaglianze sociali e dal livello di istruzione rispetto ad altre può servire per programmare politiche utili a prevenire morti evitabili.

Rispetto al panorama europeo, le disuguaglianze sociali di salute osservate in Italia appaiono simili a quelle di altri Paesi ad alto reddito ma meno pronunciate. L'Italia ha il differenziale più basso d'Europa, con soli 4 anni di differenza per gli uomini e 2 per le donne. Si può ipotizzare che il vantaggio relativo dell'Italia rispetto alle disuguaglianze di mortalità nel panorama europeo sia attribuibile alla protezione garantita da alcune peculiarità del nostro Paese, i cui benefici sono distribuiti in modo uniforme nella società italiana: l'alimentazione basata sulla dieta mediterranea, il servizio sanitario nazionale universalistico, le reti familiari (*INMP, 2017*).

Istruzione

La letteratura ha ampiamente dimostrato che esiste una correlazione fra disuguaglianze nell'istruzione e salute: chi ha svolto buone esperienze educative, relazionali ed emozionali a scuola gode di migliori condizioni di salute fisica, mentale, rispetto ai comportamenti e al benessere.

L'esperienza educativa ha ricadute sul profilo psicologico, sulle prospettive di occupazione e di reddito, sulle capacità cognitive, sugli stili di vita rilevanti per la salute, sulle capacità di accesso ai servizi e sul capitale sociale.

Sono almeno quattro i passaggi nei quali si riproducono le disuguaglianze sociali di origine e si riducono le opportunità per le persone svantaggiate: la possibilità di accedere a un ciclo di istruzione, la possibilità di completarlo con successo, il tipo di indirizzo seguito e la qualità della

preparazione conseguita. Le ricerche evidenziano da sempre il vantaggio sistematico dei giovani che hanno genitori più istruiti, più risorse economiche e maggiori margini di investimento.
In Italia, negli ultimi 30-40 anni, i punti critici in cui pesano le disuguaglianze, mostrano che si è quasi azzerato l'abbandono nelle scuole primaria e secondaria di primo grado ed è aumentata la partecipazione femminile. Tuttavia, l'Italia rimane agli ultimi posti in Europa per l'elevato numero di ragazzi e ragazze che nella minore età accumulano ritardi e poi rimangono fuori da percorsi di istruzione superiore o formazione professionale. L'accesso e soprattutto la conclusione del ciclo di istruzione superiore rimangono ancora ambiti di forte differenziazione per origine sociale. Lo stesso vale per l'università, in cui il livello di abbandono, intorno al 40%, è elevatissimo. Con la crisi e la pandemia, peraltro, è aumentata la difficoltà delle famiglie a sostenere investimenti scolastici nell'istruzione superiore.
Le disuguaglianze sociali nella povertà educativa nascono fuori dalla scuola, hanno origine dalle disuguaglianze nelle competenze genitoriali e nell'offerta di scuola dell'infanzia e generano svantaggi di base nelle competenze e capacità cognitive, affettive e sociali dei bambini.

La tabella sottostante mostra la situazione lombarda in relazione al livello di istruzione e formazione, confrontata a quella italiana.

	Partecipazione al sistema scolastico dei bambini di 4-5 aa (a) 2018/219	Persone con almeno il diploma (25-64 anni) (b) II Trim 2020	Laureati e altri titoli terziari (30-34 anni) (c) II Trim 2020	Passaggio all'università (d) 2018	Uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione (e) II Trim 2020	Giovani che non lavorano e non studiano (Neet) (f) II Trim 2020	Partecipazione alla formazione continua (b) II Trim 2020	Competenza alfabetica non adeguata (g) 2018/19	Competenza numerica non adeguata (g) 2018/19	Competenze digitali elevate (h) 2019	Bambini di 0-2 anni iscritti al nido (i) (*) 2018/20	Laureati in discipline tecnico-scientifiche (STEM) (j) 2018	Partecipazione culturale fuori casa (k) (*) 2020	Lettura di libri e quotidiani (k) (*) 2020	Fruizione delle biblioteche (l) (*) 2020
Lombardia	92,7	64,6	....	54,5	....	17,0	7,6	18,6	22,5	26,6	26,5	14,1	35,5	46,7	18,4
Italia	94,8	62,6	27,9	50,4	13,5	23,9	7,2	30,4	37,8	22,0	28,2	15,1	30,8	39,2	12,8

(a) Per 100 bambini di 4-5 anni. (b) Per 100 persone di 25-64 anni. (c) Per 100 persone di 30-34 anni. (d) Tasso specifico di coorte. (e) Per 100 persone di 18-24 anni. (f) Per 100 persone di 15-29 anni. g) Per 100 studenti frequentanti la II classe della scuola superiore di secondo grado. (h) Per 100 persone di 16-74 anni. (i) Per 100 bambini di 0-2 anni. (j) Per 1.000 residenti di 20-29 anni. (k) Per 100 persone di 6 anni e più. (l) Per 100 persone di 3 anni e più. (*) Dati provvisori.
Fonte: BES 2020

Il confronto tra i dati nazionali (I) e quelli lombardi (RL), evidenzia una minore performance della Lombardia rispetto ai seguenti indicatori: *Partecipazione al Sistema scolastico dei bambini di 4-5 anni* (92,7 RL vs 94,8 I), *Percentuale di bambini iscritti al nido 0-2 anni* (26,5 RL vs 28,2 I) e *di laureati in discipline tecnico scientifiche* (14,1 RL vs 15,1 I).

Occupazione

Le condizioni di lavoro hanno un impatto rilevante sulla salute, costituiscono fonte di reddito, di identità personale, di organizzazione del tempo e della vita e di reti sociali.
In generale i fattori di rischio occupazionale determinano danni che costituiscono "iniquità di salute" e che possono essere all'origine di condizioni di deprivazione sociale, anche grave (basti pensare alle conseguenze di un infortunio invalidante in termini di idoneità alla mansione, ovvero di mantenimento della precedente occupazione).
Tra le malattie professionali, considerati gli anni compresi nel periodo 2015-2019, prevale nettamente la patologia muscolo scheletrica (6.132 casi), seguita dai danni da rumore (1.230 casi) (Rif. denunciate e riconosciute da INAIL – in Lombardia sono 9.345 casi totali).

Nella Tabella sottostante è mostrato percentualmente il Livello di condizione professionale, età 15 anni e più, in Lombardia ed Italia, anno 2019.

	Occupato	Disoccupato/In cerca I occ.	Casalinga	Studente	Ritirato dal lavoro	Altra condizione
Italia	45.6	6.9	10.8	7.9	22.3	6.6
Lombardia	51,0	4,9	8,4	7,3	23,7	4,6

Fonte: Censimenti permanenti di popolazione 2019

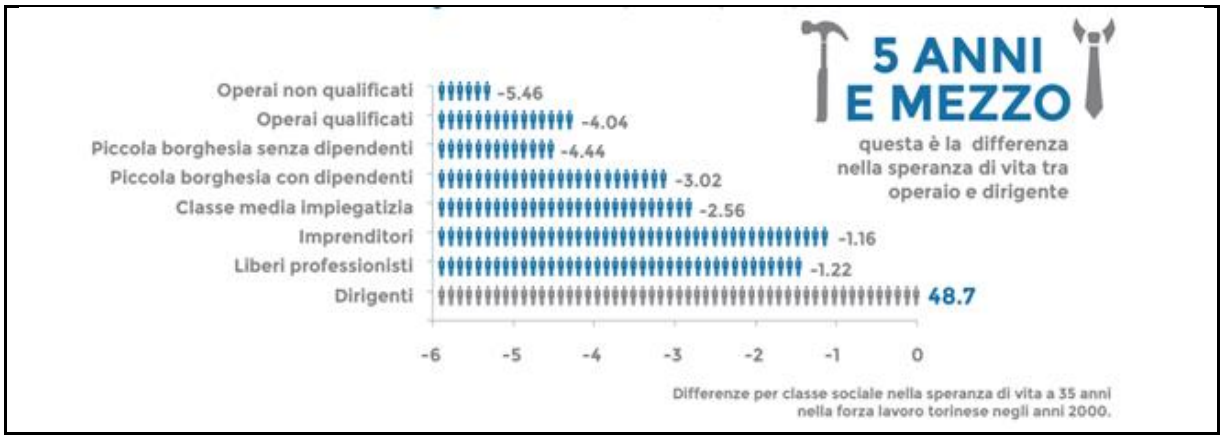
Se il lavoro ha caratteristiche di orario e di condizioni fisiche e sociali, retribuzione, stabilità percepita, significati attribuiti, troppo lontani dai bisogni della persona e dalle caratteristiche mediamente ritenute soddisfacenti, emergono effetti di breve e lungo periodo sulla salute. Se si è disoccupati, l'effetto di logoramento sulla salute è ancora più accentuato *(Costa G, Bassi M., Gensini GF, Marra M et al. L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità, Milano 2014, Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editor).*

L'accesso a opportunità di lavoro e a carriere e posizioni professionali di qualità è fortemente condizionato dalle disuguaglianze sociali, che a partire dalle famiglie di origine si riflettono sui titoli di studio conseguiti, sulla qualità delle esperienze di apprendimento e sulle relazioni personali e familiari su cui si può contare nella ricerca del lavoro *(Ballarino G., Barone C, Panichella N. Origini sociali e occupazione in Italia. Rassegna Italiana di Sociologia 2016, Fascicolo 1, gennaio-marzo (ISSN 0486-0349) (doi: 10.1423/82904))*.

Nel Secondo Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità (*Costa, Bassi, Marra et al., 2014 - Dors | Equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle diseguaglianze sociali in Sanità)* un affondo sul contesto lavorativo mette in luce quanto questo settore possa ampliare le diseguaglianze sociali di salute già preesistenti. I lavoratori meno istruiti che, generalmente, appartengono a una classe sociale a basso reddito e gli stranieri tendono a essere impiegati in lavori manuali o in professioni a bassa qualifica in cui sono presenti maggiori rischi fisici, chimici, biologici e/o ergonomici e che presentano un tasso più elevato di infortuni. Ne consegue che le disuguaglianze negli infortuni e nelle malattie correlate al lavoro sono quasi esclusivamente a carico delle posizioni sociali più basse. I rischi sono maggiori nell'edilizia, nell'agricoltura, nei trasporti, nell'industria estrattiva.

Un esempio concreto di quanto le caratteriste del contesto di appartenenza possano rendere vulnerabili è relativo all'incidenza di infortuni sul lavoro tra gli stranieri immigrati: a parità di età e attività professionale, i lavoratori immigrati hanno più infortuni perché, a causa di difficoltà linguistiche o culturali, non riescono a trarre pieno beneficio dagli interventi di formazione e controllo della sicurezza sul luogo di lavoro, quando questi non siano specificamente orientati. In aggiunta, molti degli stili di vita a rischio sono in genere più frequenti tra la popolazione con livelli di istruzione inferiori.

Tutto ciò è ben rappresentato dai dati relativi alla mortalità dei lavoratori manuali non qualificati che è più elevata rispetto a tutte le altre tipologie di ruolo professionale per qualsiasi causa. Tale differenza è chiamata Diseguaglianza sociale nella salute. In Italia, il rischio di morire cresce con l'abbassarsi del titolo di studio. L'aspettativa di vita per un lavoratore manuale non qualificato è inferiore di 5 anni e mezzo rispetto a quella di un dirigente.



Fonte: LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E IL RUOLO DEL LAVORO (Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità)

Le diseguaglianze nel contesto lavorativo sono state rese evidenti anche dalla pandemia Covid-19. Chi svolge attività intellettuali ha continuato a lavorare nella forma dello smart working proteggendosi dal virus, mentre gli addetti a mansioni manuali hanno continuato a lavorare in presenza, esponendosi maggiormente al rischio del contagio.
"La pandemia ha di fatto condizionato l'andamento del fenomeno infortunistico nel 2020 in seguito alla riduzione dell'esposizione al rischio per gli eventi 'tradizionali' e 'in itinere', a causa del lockdown e del rallentamento delle attività produttive ma ha generato la specifica categoria di infortuni per il contagio da Covid-19" *(Commento del presidente Franco Bettoni Relazione annuale Inail 2020 - Relazione annuale Inail 2020: nell'anno della pandemia in calo infortuni e malattie professionali, ma aumentano i casi mortali - INAIL)*. La ripresa economica post pandemia, con la sua accelerazione repentina nel primo semestre 2021, rischia di essere pagata dalle classi sociali più basse: in questi mesi, infatti, si registra un netto aumento dei casi di infortuni mortali (rispetto allo stesso periodo dello scorso anno).

Gli ammortizzatori sociali hanno attenuato la caduta dell'occupazione e la riduzione del reddito delle persone interessate. Il ruolo degli ammortizzatori sociali però non è stato altrettanto efficace nel diminuire le disuguaglianze, essendosi concentrato soprattutto su quanti erano maggiormente incardinati nel mercato del lavoro a svantaggio dei più giovani.
Sul benessere e la salute percepita sul lavoro, l'Italia è nelle migliori posizioni in Europa riguardo alla qualità fisica degli ambienti di lavoro (seconda su 35), mentre è nelle ultime (quintultima) per la qualità sociale degli ambienti e delle relazioni di lavoro. Anche rispetto alle competenze e all'autonomia lavorativa l'Italia sembra piuttosto indietro, vicina ai valori più bassi tra i paesi europei; poco meglio riguardo alla formazione promossa dall'impresa, che coinvolge meno di un terzo dei dipendenti (soprattutto quelli più professionalizzati); molto indietro sulle prospettive di miglioramento e sviluppo professionale dei dipendenti (terzultima e ultima, a seconda degli indici); ultima nel valutare positivamente le relazioni tra la vita lavorativa e familiare *(Eurofound. Sixth European Working Conditions Survey – Overview report, Luxembourg 2016, Publications Office of the European Union).*

Relativamente ai fattori di rischio dell'ambiente occupazionale e di vita, si è già osservato come condizioni di minore sicurezza e igiene sui luoghi di lavoro siano più frequenti tra i lavoratori impiegati in attività manuali, con la conseguenza che le disuguaglianze negli infortuni e nelle malattie correlate al lavoro sono quasi esclusivamente a carico delle posizioni sociali più basse.

Nella tabella sottostante è riportato il confronto degli indicatori relativi all'ambito occupazionale in Lombardia con quelli italiani. L'indicatore *Occupati (15-64 aa) che svolgono più di 60 ore settimanali di lavoro retribuito e/o familiare*, mostra una percentuale superiore di 2,2 punti di lavoratori lombardi che svolgono più di 60 ore settimanali di lavoro retribuito e/o familiare rispetto a quelli italiani.

	Tasso di occupazione (20-64 aa) (a)	Tasso di mancata partecipazione al lavoro (b)	Trasformazioni da lavori instabili a lavori stabili (c)	Tasso di infortuni mortali e inabilità permanente (g)		Occupati non regolari (f)	Occupati (15-64 aa) che svolgono più di 60 ore settimanali di lavoro retribuito e/o familiare (f)	Soddisfazione per il lavoro svolto (l)
	II trim 2020	II trim 2020	2018/19	2018		2018	2013/2014	II trim 2020
Lombardia	71,6	9,8	31,4	7,6		10,4	51,8	7,5
Italia	**62,0**	**19,1**	**21,8**	**11,3**		**12,9**	**49,6**	**7,5**

(a) Per 100 persone di 20-64 anni. (b) Per 100 forze di lavoro e parte delle forze di lavoro potenziali di 15-74 anni. (c) Per 100 occupati in lavori instabili al tempo t0. (f) Per 100 occupati. (g) Per 10.000 occupati. (l) Soddisfazione media in una scala da 0 a 10.
Fonte:BES 2020

Comportamenti a rischio per la salute.

A parità di età e genere molti stili di vita malsani sono più frequenti tra le fasce della popolazione con un livello socioeconomico più basso. Solo il 13% delle persone con alta istruzione fuma, percentuale che sale al 22% tra coloro che hanno frequentato al massimo la scuola dell'obbligo. Analogamente, solo il 7% di chi ha un titolo di studio elevato è obeso e il 52% è sedentario, contro il 14% e il 72% rispettivamente tra i meno istruiti. Lo stesso per il consumo inadeguato di frutta e verdura. Solo per l'abuso di alcol non sembrerebbe evidenziarsi una differenza statisticamente significativa tra i diversi livelli di studio *(L'Italia per l'equità nella salute - I determinanti sociali di salute e le politiche non sanitarie).*

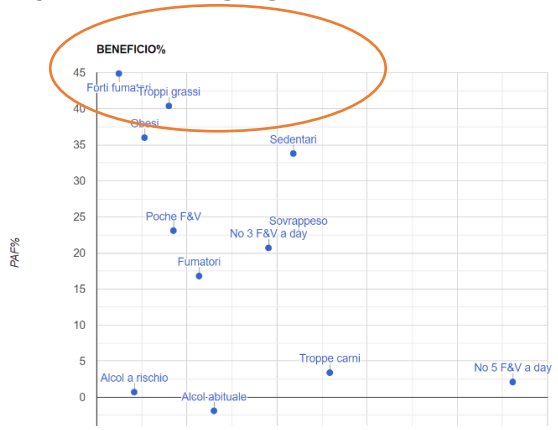
Le banche dati CoEsDi e CoMoDi consentono di stimare, rispettivamente, di quanto si potrebbe ridurre l'esposizione ai fattori di rischio e la mortalità correlata, se si potessero eliminare le disuguaglianze sociali. Sono presi in considerazione indicatori relativi ai 4 principali fattori di rischio comportamentali: alcol (abituale e a rischio), fumo, sedentarietà e alimentazione scorretta (per esempio poca verdura e molti grassi).

Sono strumenti utili per capire su quali fattori di rischio converrebbe lavorare per ottenere il maggior effetto di riduzione delle diseguaglianze sociali nella salute e della mortalità dovuta alle diseguaglianze. Per usare COESDI e COMODI bisogna ragionare in modo controfattuale: per capire l'impatto reale delle diseguaglianze sociali bisogna pensare a cosa succederebbe se le diseguaglianze non esistessero, cioè cosa succederebbe se tutti fossero esposti al fattore di rischio preso in considerazione, come nei soggetti meno svantaggiati. In questi strumenti le diseguaglianze sociali sono valutate in base al titolo di studio. Nelle rappresentazioni grafiche, in ascissa (asse X) si evidenziano i valori riferiti alla popolazione. In ordinata (asse Y) gli effetti delle diseguaglianze.

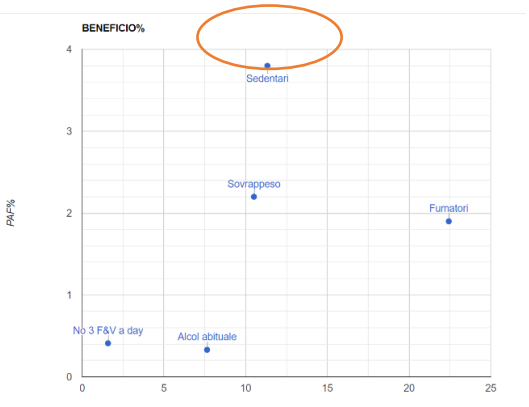
La situazione in Lombardia è riassunta nella tabella e nei grafici seguenti.

Fattore di rischio	CoEsDi			CoMoDi		
	Prevalenza%	PAF%	N. soggetti dis	RA	PAF%	N. morti dis
Alcol abituale	26	-1,9	1.622.303	7,6	0,3	79
Alcol a rischio	8,3	0,7	515.137			
Fumatori	22,7	16,8	1.416.845	22,4	1,9	453
Forti fumatori	4,9	44,9	300.930			
Sedentari	43,6	33,8	2.692.304	11,3	3,8	908
No 5 F&V a day	92,3	2,1	3.672.775			
No 3 F&V a day	38,1	20,7	1.515.612	1,6	0,4	98
Poche F&V	17	23,1	1.057.672			
Troppe carni	51,7	3,4	3.225.596			
Troppi grassi	16	40,4	992.962			
Sovrappeso	44,7	22,5	2.817.304	10,5	2,2	525
Obesi	10,6	36	665.588			

Impatto delle disuguaglianze sociali sui fattori di rischio comportamentali. Lombardia, 30-74 anni



COESDI: fattori di rischio che potrebbero essere ridotti se si eliminassero le diseguaglianze



COMODI: Mortalità per fattore di rischio che potrebbe essere ridotta se si eliminassero le diseguaglianze

I dati riportati graficamente aiutano a capire che in Lombardia i fattori di rischio più influenzati dalle diseguaglianze sociali sono:

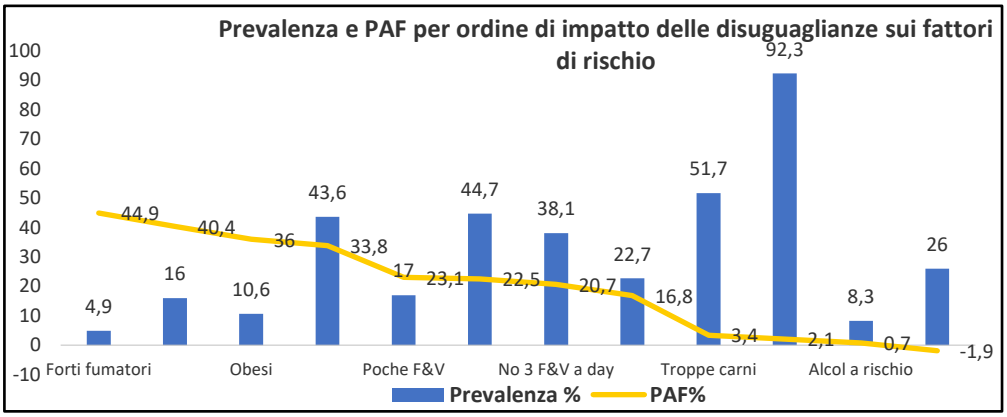
- Essere forti fumatori
- Essere troppo grassi
- Essere obesi
- Essere sedentari

Osservando la prevalenza di questi fattori si rileva che il più frequente è la sedentarietà che riguarda oltre quasi 2.700.000 persone. Se si potessero azzerare le diseguaglianze quasi 90.000 persone in meno sarebbero esposte a questo fattore.

Il meno frequente è "essere forti fumatori" che in termini assoluti riguarda circa 1.400.000 persone. In questo caso, se si potessero azzerare le diseguaglianze oltre 230.000 persone in meno sarebbero esposte a questo fattore.

Quando il valoro PAF (rappresentato sull'asse delle Y) è superiore al valore della prevalenza (rappresentato sull'asse delle X), l'eliminazione delle disuguaglianze potrà essere maggiore del valore della prevalenza del fattore di rischio. Per esempio, rispetto al fattore "essere forti fumatori", la prevalenza è pari a quasi il 5% ma oltre il 44% (quindi quasi la metà) è spiegata dalle diseguaglianze.

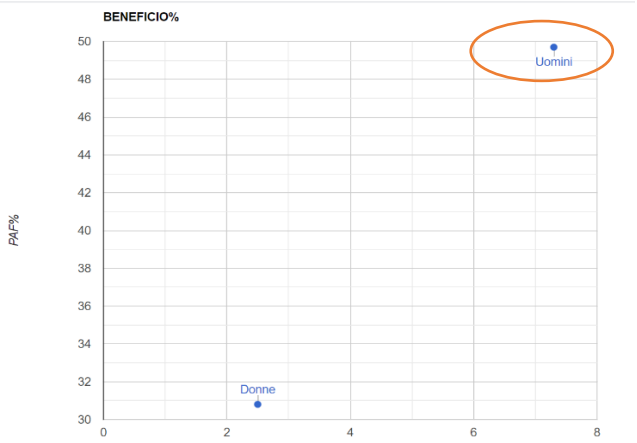
Il grafico seguente ben rappresenta l'impatto delle diseguaglianze e il beneficio (indicato dalla linea gialla) che si potrebbe ottenere in Lombardia eliminandole, sui fattori di rischio la cui prevalenza è descritta dagli istogrammi.

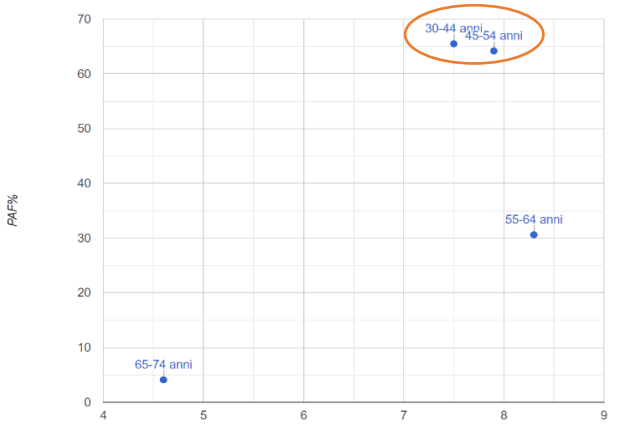


Rielaborazione su fonte CoEsDi

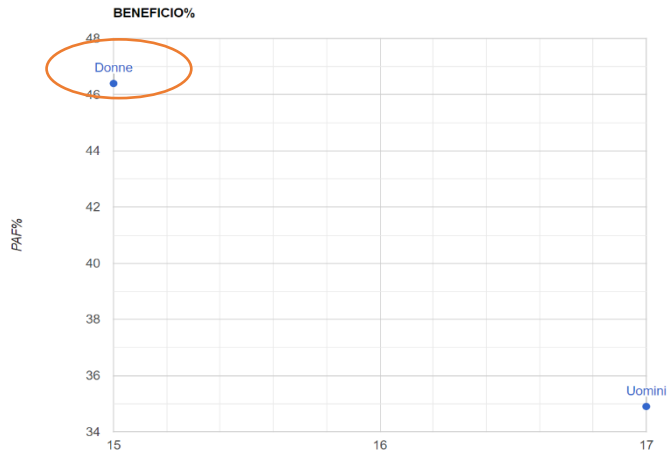
La prevalenza dei fattori di rischio e l'influenza delle diseguaglianze sociali di salute si distribuiscono diversamente anche relativamente al genere e all'età. Di seguito sono presi in esame i fattori di rischio risultati maggiormente influenzati dalle diseguaglianze sociali in Lombardia.

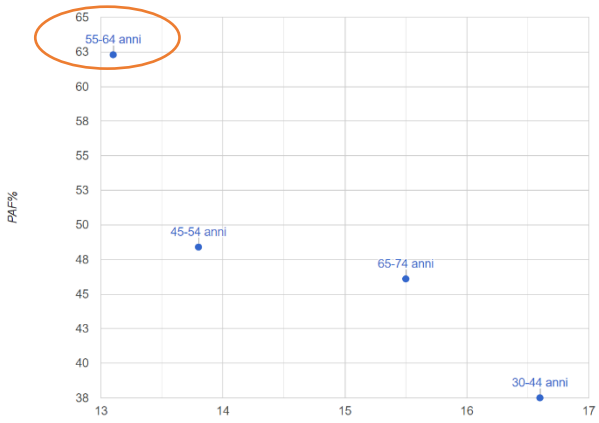
Forti fumatori





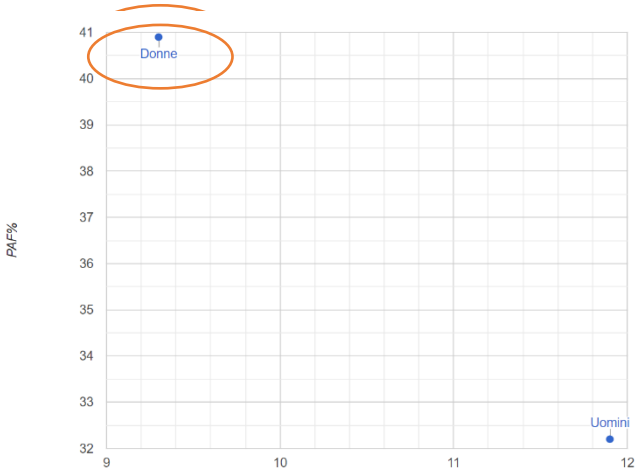
Sia la prevalenza sia l'influenza delle disuguaglianze sociali sono più evidenti per gli uomini particolare nella fascia d'età 30. 54 anni.

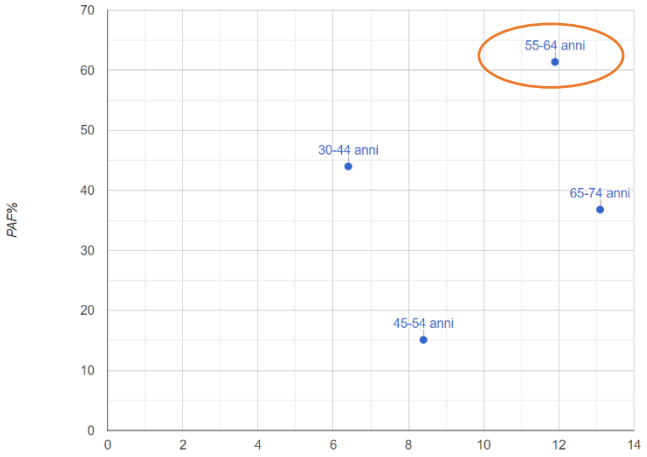




Per questo fattore di rischio, il beneficio maggiore che si otterrebbe eliminando le diseguaglianze è più forte per le donne comprese nella fascia d'età 55-64.

Obesi

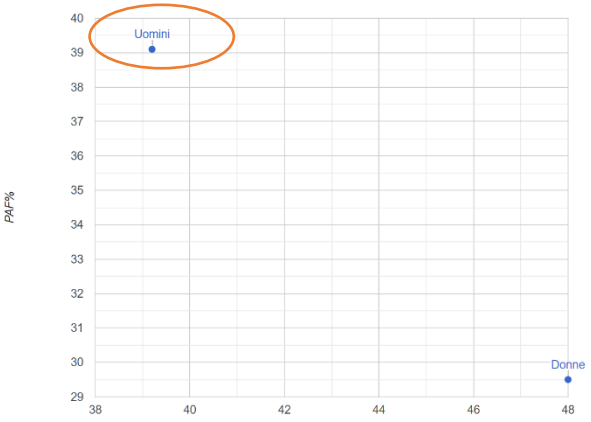


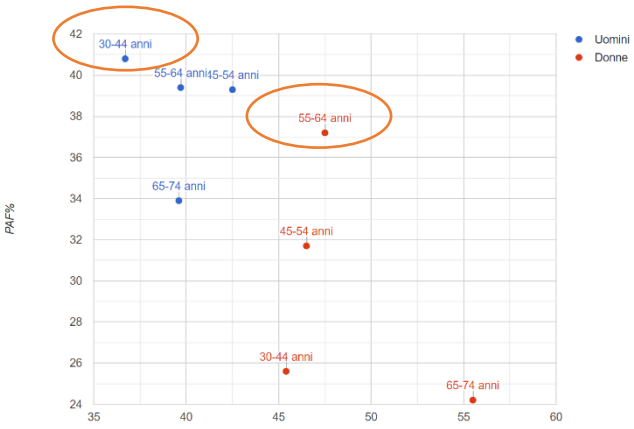


Anche per questo fattore di rischio, il beneficio maggiore che si otterrebbe eliminando le disuguaglianze è maggiore per le donne comprese nella fascia d'età 55-64.

Sedentarietà

Questo fattore di rischio, oltre ad essere tra quelli che il Lombardia è maggiormente influenzato dalle disuguaglianze di salute e secondo COMODI, è quello che in Lombardia permetterebbe di ridurre maggiormente la mortalità dovuta all'iniquità tra livelli socioeconomici. In termini assoluti, se si agisse su questo fattore riducendo le disuguaglianze, permetterebbero salvare circa 2700 persone.





In questo fattore sono state riportate le differenze di età per entrambi i generi. Per gli uomini il beneficio massimo, riducendo le diseguaglianze, si otterrebbe per la fascia 30-44 anni, per le donne per la fascia 55-64.

Prevenzione

Le principali indicazioni in merito alle diseguaglianze nella prevenzione si traggono dal caso degli screening e da quello delle vaccinazioni.

Un esempio virtuoso di prevenzione orientata all'equità è rappresentato dagli interventi proattivi di screening per i tumori della mammella, del colon-retto e del collo dell'utero. È noto che le donne meno istruite, o con maggiori difficoltà economiche, oppure straniere, si sottopongono meno frequentemente allo screening cervicale o mammografico *(Francovich L, Di Napoli A, Giorgi Rossi P, Gargiulo L, Giordani B, Petrelli A. La prevenzione dei tumori femminili nelle donne immigrate residenti in Italia. In Petrelli, Di Napoli A, Perez M, Gargiulo L (a cura di). Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat. Epidemiol Prev 2017; 41 (3-4) Suppl 1: 18-25).*

L'implementazione di programmi di screening organizzato su un territorio aumenta per definizione l'equità dell'offerta di diagnosi precoce oncologica, riducendo le diseguaglianze nell'accesso ai servizi. Ciò avviene tramite l'aumento della copertura che si ottiene con l'invito attivo, con l'offerta di percorsi diagnostico-terapeutici gratuiti e con l'implementazione di strategie di ingaggio mirate per popolazioni svantaggiate *(Anttila, 2009).* Tuttavia, livelli non ottimali di adesione e copertura possono ridurre, se non addirittura vanificare, l'effetto degli screening sull'equità e perpetuare diseguaglianze all'accesso se permangono sacche di popolazione non invitate come, ad esempio, le persone carcerate, le persone straniere non residenti e le persone prive di assistenza *(Deandrea, 2016)*. Il progetto europeo EU-TOPIA *(https://eu-topia.org/)* ha individuato le categorie principali di soggetti il cui coinvolgimento sub-ottimale nei programmi contribuisce a determinare le diseguaglianze in ambito di screening, ma i ricercatori sono giunti alla conclusione che non esistono al momento indicatori condivisi per la misurazione del fenomeno.

Le dimensioni raccomandate per l'analisi di possibili diseguaglianze nell'accesso o più in generale nella fruizione dei programmi di screening, in sintesi, sono demografiche (genere, età, stato civile, etc.), sociali (istruzione, stato socio-economico, reddito, occupazione, disabilità, altre forme di marginalizzazione), culturali (etnia, nazionalità, religione, lingua, etc.), geografiche (zona urbana/rurale, aree deprivate, etc.).

Strategie che possono ridurre le diseguaglianze associate ai programmi di screening includono *(Deandrea, 2016)* l'analisi di contesto e ricerca sulle cause e dinamiche delle diseguaglianze all'accesso, strategie informative (campagne informative generali o con materiale adattato a specifiche sottocategorie di popolazione), miglioramenti dell'accessibilità al programma come l'ampliamento o le modifiche degli orari di accesso alle sedi, il miglioramento dell'accessibilità alle sedi anche attraverso la messa a disposizione di unità mobili nelle aree rurali, il meccanismi di partecipazione sociale ed empowerment (esempio di ciclo HEA).

Il caso dei programmi vaccinali mostra come anche gli strumenti di prevenzione di iniziativa, pur garantendo parità di accesso, possono incontrare le disuguaglianze sociali o culturali nella resistenza o nella suscettibilità all'intervento.

A volte però non è sufficiente impostare i programmi di prevenzione in modo pro-attivo per raggiungere tutti i soggetti a maggiore rischio, ma è anche necessario rimodulare l'intervento per venire incontro alla loro particolare vulnerabilità. Ad esempio, nei programmi di copertura vaccinale, dove, nonostante l'offerta attiva, alcuni gruppi più svantaggiati, sia italiani che stranieri, aderiscono di meno. È il caso della vaccinazione antirosolia nelle donne in età fertile dove le immigrate mostrano tassi di immunizzazione di molto inferiori rispetto alle italiane *(Fabiani M, Ferrante G, Minardi V, Giambi C, Riccardo F, Declich S, Masocco M. (2017) Comparison of rubella immunization rates*

in immigrant and Italian women of childbearing age: Results from the Italian behavioral surveillance system PASSI (2011-2015). PLoS ONE 12(10): e0178122). È, quindi, necessario adottare una comunicazione culturalmente orientata, capace di superare le cause della scarsa adesione.

Esposizione a fattori ambientali e disuguaglianze sociali

Nelle valutazioni delle disuguaglianze sociali relative all'esposizione a inquinanti ambientali e all'effetto di tali esposizioni nei diversi gruppi socioeconomici emerge che, in generale, i soggetti più svantaggiati socialmente lo sono anche rispetto alle condizioni di vita e all'ambiente che li circonda. Uno studio effettuato nel Lazio, vicino a siti industriali o potenzialmente inquinati, evidenzia che la popolazione residente ha una posizione socioeconomica medio-bassa *(Ancona 2015)*, mentre diversa è la situazione rispetto all'inquinamento dell'aria, ad esempio a Roma, dove la zona centrale ha concentrazioni di inquinanti più alte della periferia e i residenti hanno un'alta posizione socioeconomica *(Cesaroni 2010 e 2013).* Altre evidenze hanno mostrato che i gruppi più svantaggiati sono risultati essere più suscettibili agli effetti acuti dell'inquinamento dell'aria *(Forastiere 2007),* e hanno goduto di più benefici quando, nel 2005, è stata adottata la legge di divieto di fumo in tutti i locali pubblici *(Cesaroni 2008).*

Studi sull'impatto delle ondate di calore e del freddo intenso sulla mortalità e sui ricoveri ospedalieri in funzione della posizione socioeconomica hanno mostrato che l'impatto delle ondate di calore è eterogeneo all'interno delle grandi aree urbane sia per l'effetto dell'isola di calore urbano, sia per le disuguaglianze sociali e abitative all'interno del territorio urbano che influenzano la vulnerabilità individuale e la capacità di risposta dei soggetti.
Più in generale si può affermare che:

- L'inquinamento dell'aria e le alte temperature hanno particolari effetti negativi sugli anziani, sui bambini e sulle persone portatori di problemi di salute pre-esistenti. I senzatetto e le persone che vivono in case non adeguate o non riscaldate sono più influenzati dal freddo.
- Le persone con un basso stato socio-economico tendono a vivere, lavorare e frequentare scuole in posti con una peggior qualità dell'aria e più alti livelli di rumore. In molte città, le comunità più povere sono esposte a maggiori temperature quale risultato di un effetto di riscaldamento urbano.
- L'esposizione sproporzionata di gruppi socio-economici svantaggiati all'inquinamento ambientale e al rumore stradale è fortemente dalla pianificazione dell'uso del territorio e dal mercato immobiliare. La qualità dell'abitazione influenza l'esposizione a temperature estreme tra i gruppi vulnerabili.

(Fonte: EEA Report No 22/2018 Unequal exposure and unequal impacts: social vulnerability to air pollution, noise and extreme temperatures in Europe).

Impatti sulla salute della combinazione di vulnerabilità ed esposizione a rischi ambientali per la salute



Sources: EEA, based on IPCC (2014b), WHO Europe (2010) and Aalbers et al. (2014). The report addresses the aspects of exposure and vulnerability to a varying extent.

Per i rischi ambientali, pertanto, si verificano disuguaglianze che la letteratura scientifica inquadra nell'ambito delle questioni relative all' *environmental justice*: ad esempio, le persone che già risiedono in aree più deprivate hanno una probabilità doppia di abitare nei pressi di una discarica o di un sito inquinato, più frequentemente collocati in queste aree *(Martuzzi M, Mitis F, Forastiere F. Inequalities, inequities, environmental justice in waste management and health. Eur J Public Health 2010;20(1):21-6).*

Diversamente dagli stili di vita individuali, gli interventi di prevenzione sull'ambiente non riguardano solo il controllo dei fattori di rischio, ma anche la riqualificazione dei contesti, facilitanti sé l'adozione di comportamenti sani.

L'integrazione delle attività tra ambiente e salute è di importanza fondamentale per proteggere la salute dai rischi derivanti dalla contaminazione ambientale, dagli effetti dei cambiamenti climatici e per garantire luoghi di vita e di lavoro che tutelino cittadini e lavoratori.

I tratti costitutivi della Lombardia sono sia la forte antropizzazione, la concentrazione urbana, la presenza di attività economiche che producono fattori di rischio - che caratterizzano la fascia di pianura e i fondovalle - sia i territori montani e/o marginali, caratterizzati da forte capitale naturale e dispersione insediativa. Una conformazione che presenta notevoli disuguaglianze territoriali e che espone a ricorrenze critiche proprie sia dei rischi antropici che naturali e degli effetti dei cambiamenti climatici.

Una più appropriata politica di prevenzione, fondata su un approccio *One Health* ha la necessità di confrontarsi meglio e più sistematicamente con le dimensioni dei determinanti ambientali, sociali e comportamentali del contesto lombardo.

Per attuare azioni in termini di equità è necessario dotarsi di migliori strumenti di conoscenza dei determinanti ambientali ai quali è esposta la popolazione lombarda, ai quali è richiesto di territorializzare le analisi, di fornire nuovi elementi per finalizzare gli interventi sui nessi causali e sulle determinanti del rischio, ricercando soluzioni più avanzate ed oggettivate per la valutazione delle politiche compiute.

Di seguito viene riportato il confronto relativo agli indicatori tra Lombardia ed Italia riferiti all'ambito ambientale e paesaggistico ed alla qualità di alcuni servizi usufruiti dalle famiglie.

Ambiente

	Dispersione da rete idrica comunale (c) 2018	Conferimento dei rifiuti urbani in discarica (d) 2019	Qualità dell'aria - PM2,5 (e) 2019	Disponibilità di verde urbano (g) 2018	Soddisfazione per la situazione ambientale (h) 2020 (*)	Preoccupazione per la perdita di biodiversità (h) 2020 (*)	Preoccupazione per i cambiamenti climatici (h) 2020 (*)	Siti contaminati (i) 2019	Popolazione esposta al rischio di frane (l) 2017	Popolazione esposta al rischio di alluvioni (l) 2017	Trattamento delle acque reflue (m) 2015	Aree protette (n) 2017	Energia elettrica da fonti rinnovabili (o) 2018	Impermeabilizzazione del suolo da copertura artificiale (n) 2019	Rifiuti urbani raccolti (p) 2019	Indice di durata dei periodi di caldo (q) 2020	Giorni consecutivi senza pioggia (q) 2020
Lombardia	29,8	4,2	97,0	28,2	69,5	25,2	72,0	7,8	0,5	4,4	62,9	16,1	24,0	12,1	538	22,5	25,0
Italia	42,0	20,9	81,9	32,8	70,1	24,3	70,3	8,0	2,2	10,4	59,6	21,6	34,3	7,1	504	17,0	26,0

(c) Percentuale dei volumi immessi in rete. (d) Percentuale sul totale dei rifiuti urbani raccolti. (e) Percentuale di misurazioni valide superiori al valore di riferimento definito dall'Oms (10 µg/m_3) sul totale delle misurazioni valide delle concentrazioni medie annuali di $PM_{2,5}$. (f) Percentuale di costa balneabile sul totale della linea di costa. (g) Metri quadri per abitante. (h) Per 100 persone di 14 anni e più. (n) Percentuale sulla superficie territoriale. (o) Percentuale sul totale dei consumi interni lordi. Il dato Italia per il 2019 è 35%. (q) Numero di giorni.*Fonte: BES 2020*

Il confronto evidenzia minori performance per la Lombardia rispetto a quelle nazionali in riferimento ai seguenti indicatori: *Qualità dell'aria - PM2,5 (97,0% RL vs 81,9% I); Disponibilità di verde urbano (28,2m2 RL vs 32,8m2 I); Soddisfazione per la situazione ambientale (69,5% RL vs 70,5% I); Preoccupazione per la perdita di biodiversità (25,2% RL vs 24,3% I); Preoccupazione per i cambiamenti climatici (72,0% RL vs 70,3% I); Aree protette (16,1% RL vs 21,6% I); Energia elettrica da fonti rinnovabili (24,0% RL vs 34,3% I); Impermeabilizzazione del suolo da copertura artificiale (12,1% RL vs 7,1% I); Indice di durata dei periodi di caldo (22,5 giorni RL vs 17,0 giorni I).*

Paesaggio

	Abusivismo edilizio (c) 2019	Erosione dello spazio rurale da dispersione urbana (d) 2011	Erosione dello spazio rurale da abbandono (d) 2011	Pressione delle attività estrattive (e) 2018	Impatto degli incendi boschivi (f) 2019	Diffusione delle aziende agrituristiche (g) 2018	Densità di verde storico (h) 2020	Insoddisfazione per il Paesaggio del luogo di vita (i) 2020	Preoccupazione per il deterioramento del paesaggio (i) 2019
Lombardia	5,9	24,0	31,0	541	7,1	2,7	15,9	15,6	0,5
Italia	17,7	22,2	36,1	259	8,1	1,8	19,2	12,5	1,2

(c) Costruzioni abusive per 100 costruzioni autorizzate. (d) Percentuale sul totale della superficie regionale. (e) Metri cubi estratti per km^2 di superficie regionale. (f) Superficie percorsa dal fuoco, valori per 1.000 km^2. (g) Numero di aziende per 100 km^2. (h) Metri quadri per 100 m^2 di superfice urbanizzata. (i) Per 100 persone di 14 anni e più. Dati provvisori

Fonte: BES 2020

Il confronto mostra minori performance per la Lombardia rispetto a quelli nazionali in riferimento ai seguenti indicatori: *Erosione dello spazio rurale da dispersione urbana (24,0% RL vs 22,2% I); Pressione delle attività estrattive (541m3 RL vs 259m3 I); Densità di verde storico (15,9m2 RL vs 19,2m2 I); Insoddisfazione per il paesaggio del luogo di vita (15,6% RL vs 12,5% I); Preoccupazione per il deterioramento del paesaggio (0,5% RL vs 1,2% I).*

Qualità di alcuni servizi usufruiti dalle famiglie

	Difficoltà di accesso ad alcuni servizi (c) 2018-2020 (*)	Irregolarità nella distribuzione dell'acqua (d) 2020 (*)	Irregolarità del servizio elettrico (e) 2019	Posti-km offerti dal Tpl (f) 2018	Soddisfazione per i servizi di mobilità (g) 2020 (*)	Copertura della rete fissa di accesso ultra veloce a Internet (c) 2019	Utenti assidui dei mezzi pubblici (h) 2020 (*)	Servizio di raccolta differenziata Dei rifiuti urbani (c) 2019
Lombardia	3,6	3,1	1,4	10.471,7	22,4	32,1	16,3	75,3
Italia	6,1	9,0	2,4	4.553,2	19,5	30,0	12,6	51,9

(c) Per 100 persone. (d) Percentuale sul totale dei residenti. (e) Numero medio di interruzioni per utente. (f) Posti-km per abitante. Il dato si riferisce all'insieme dei comuni capoluogo di provincia. (g) per 100 utenti assidui di almeno un tipo di mezzo. (h) per 100 persone di 14 anni e più. (*) Dati provvisori. *Fonte: BES 2020*