

ANALISI DI CONTESTO

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2020 – 2025

REGIONE UMBRIA

Le fondamenta della progettazione. . .

Conoscere dove siamo per capire dove vogliamo andare

ANALISI DI CONTESTO PER IL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2020 – 2025

REGIONE UMBRIA

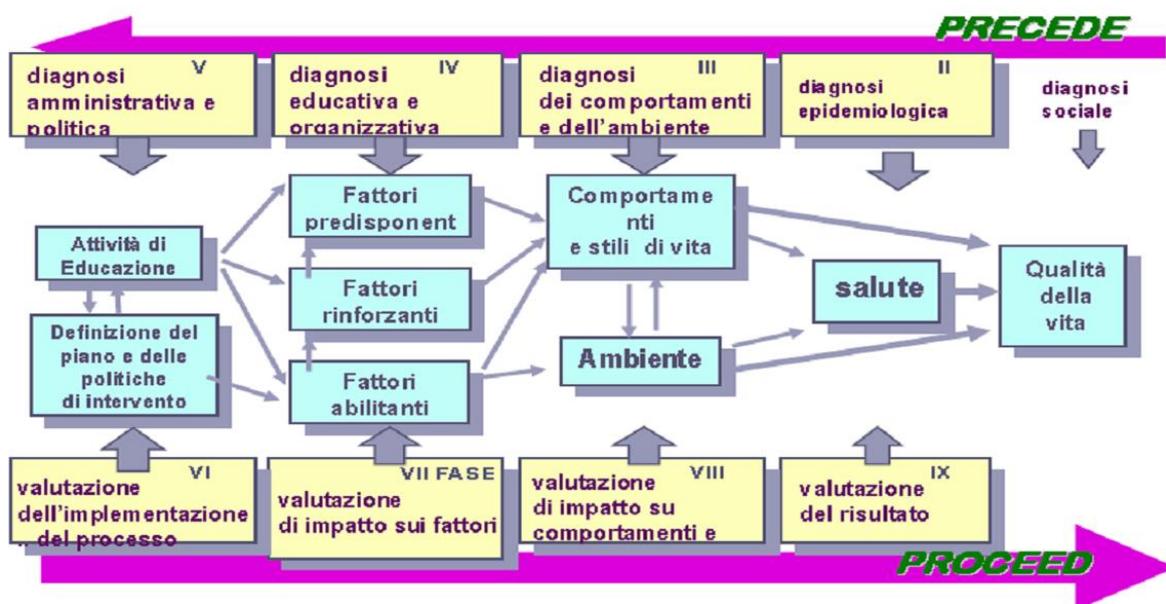
I modelli teorici di riferimento per la progettazione e realizzazione dei Progetti del PRP sono riconducibili al Project Cycle Management – PCM (Formez, 2002), con un particolare riferimento al modello PRECEDE/PROCEED di Green (Green, Kreuter, 1991) per la parte di analisi di contesto locale.

Il modello PRECEDE/PROCEED si fonda sull'idea che la Salute sia un processo multidimensionale influenzato da determinanti multipli. Tali molteplici fattori, per il modello, vanno identificati e rappresentano la base per individuare gli specifici obiettivi dell'intervento. Questo processo di progettazione si attua, nello specifico, attraverso due percorsi tra loro complementari: PRECEDE e PROCEED. Ciascun percorso si articola in fasi distinte ma interdipendenti.

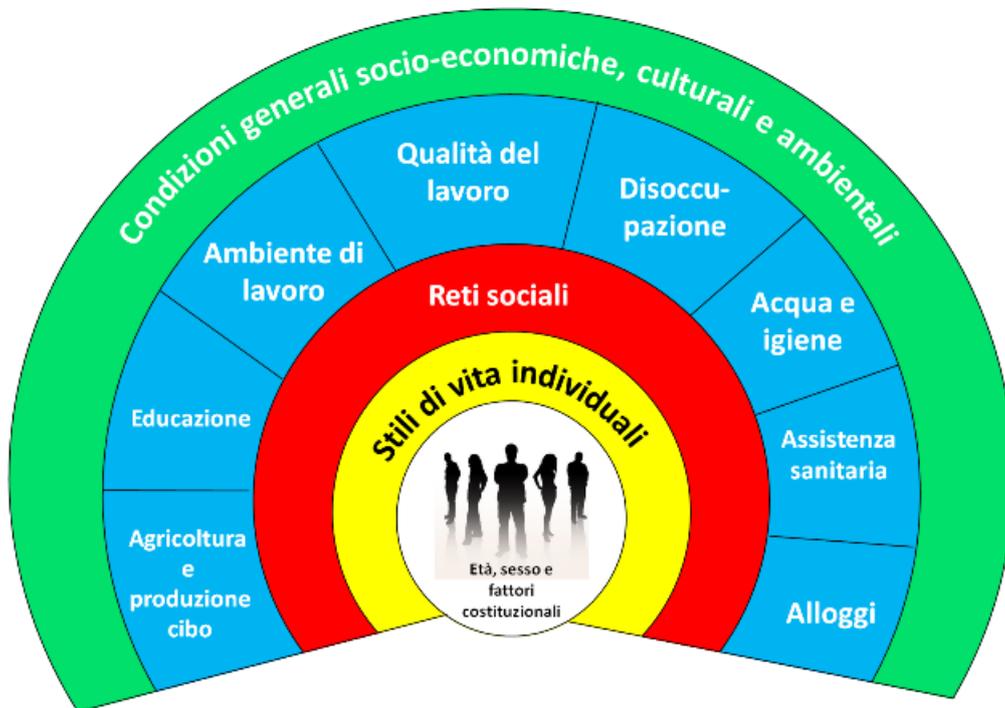
I modelli di riferimento sottendono un concetto di Salute come processo risultante dall'interazione dinamica di fattori biologici, psicologici e sociali che vanno identificati per analizzare il contesto, programmare l'intervento e definirne gli obiettivi che si istituiscono, modificano e riorganizzano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

In ultimo, un elemento centrale dei modelli è la valutazione e l'uso di essa come strumento di riflessione, di monitoraggio e di riavvio del processo.

Il modello consta di 9 fasi; delle quali le prime 5 appartengono alla prima parte, il Precede, mentre le altre 4 alla seconda, il Proceed.



Il modello nasce dalla necessità che, in salute pubblica, i determinanti di salute principali sono insiti nel sistema in cui le persone vivono e sono determinanti sociali e ambientali, di cui ogni programma o progetto deve tenere conto in una sostanziale analisi di contesto.



Alla base quindi di una analisi di contesto e di un profilo di salute della popolazione si deve necessariamente tenere conto di alcuni elementi essenziali che sono importanti affinché il territorio sia in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva (individuazione casi sospetti e/o positivi e controllo dei contatti, gestione isolamento domiciliare, appropriato ricovero ospedaliero, ecc.), sia per garantire interventi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.) e affrontare le sfide della promozione della salute e della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità:

1. Identificazione e coinvolgimento dei gruppi di interesse (stakeholders)
2. Analisi dei dati socio economici di tipo quantitativo e qualitativo delle varie comunità di intervento.
3. Analisi accurata e dettagliata dei dati epidemiologici provenienti dai sistemi di sorveglianza e dai flussi correnti con disaggregazione per età, genere, istruzione, reddito ecc. *Profilo di salute*
4. Analisi e stesura di un *profilo di equità*
5. Rilevazione e analisi del contesto di comunità nei vari fattori previsti dal modello che sono
 - a. Fattori predisponenti: precedono l'assunzione di un comportamento e forniscono l'impulso iniziale e la motivazione che sottostanno l'assunzione di un comportamento.
 - b. Fattori abilitanti: sono anch'essi antecedenti all'assunzione di un comportamento e facilitano e sostengono la motivazione che realizza l'assunzione di un comportamento e la performance di un'azione condotta da un individuo o da un'organizzazione.

- c. Determinanti rinforzanti: contribuiscono e sono di incentivo al persistere e ripetersi di un comportamento. Essi interessano il giudizio (positivo o negativo) di un determinato comportamento di un soggetto.

Importante per l'analisi di contesto è la ricerca successiva delle evidenze scientifiche e dei modelli di riferimento internazionali per la misurazione ed implementazione dell'efficacia teorica ed effettiva dei programmi.

Alcuni punti fermi:

Il PNP 2020-2025 riafferma l'approccio evidence based arricchendo le dimensioni teoriche e pratiche dell'efficacia degli interventi (efficacy ed effectiveness) con altri criteri:

- La sostenibilità (sia in termini di costo della applicazione che di potenzialità per il radicamento strutturale);
- La trasferibilità (che includa gli strumenti operativi necessari a realizzarla ed una loro facile fruibilità);
- La qualità dei processi partecipati con le persone e le organizzazioni all'interno delle comunità di riferimento (quindi orientati ad empowerment e capacity building dei cittadini e dei soggetti responsabili delle politiche nei diversi setting);
- L'effetto positivo sull'equità e quindi, tra l'altro, la capacità di generare un alto grado di copertura della popolazione target dell'intervento.

Quindi il quadro logico degli interventi segue il modello DPSEA DPSEEA: Driving Force (Determinanti), Pressure (Pressione), State (Stato), Exposure (Esposizione), Effect (Effetto), Action (Azione).

Tale modello si inserisce pienamente nel concetto iniziale di progettazione partecipata e, in maniera lineare e sintetica, evidenzia i fattori di rischio sociali (disuguaglianze), comunitari (sinergie, associazioni, ecc), individuali che vengono trasformati in problemi e poi in obiettivi di salute condivisi.

Questi modelli consentono anche l'attuazione di un piano di valutazione di processo, di output e di outcome soprattutto di tipo comunitario. Questa valutazione prevede competenze di epidemiologia quantitativa ma anche di metodologia qualitativa per misurare l'empowerment, l'accettabilità, la sostenibilità, l'equità ecc. del progetto/programma.

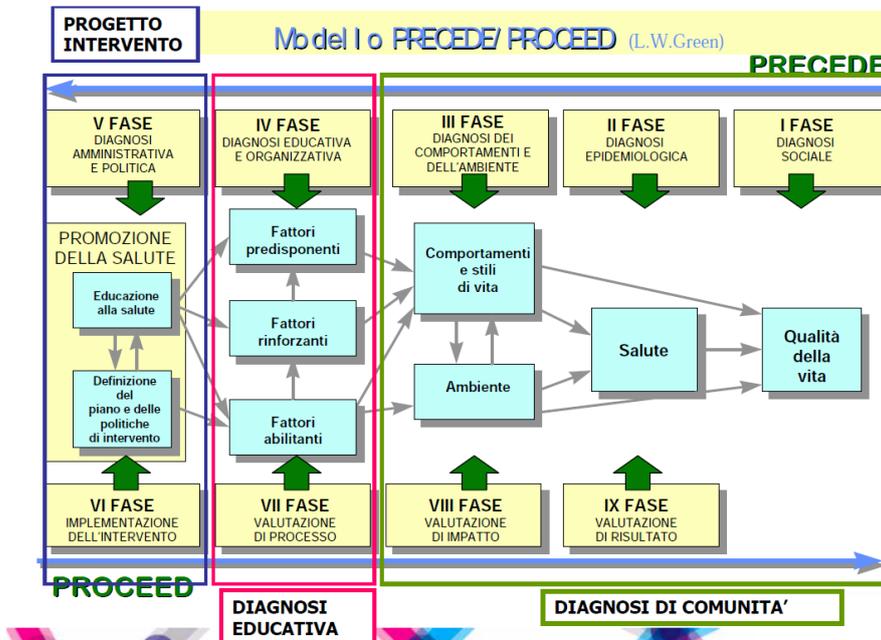
L'approccio per setting, life course, e per setting trova la propria base nella Global Health e One Health e in modelli internazionali quali il Global Burden of disease, sul worked Health Promotion, sul modello SHE delle scuole che promuovono salute e soprattutto sul modello della salute in tutte le politiche.

Nella Pratica dei Programmi del Piano per l'analisi di contesto si riporteranno a livello regionale i dati relativi:

1. Alla descrizione della situazione sociale, economica, sanitaria di riferimento
2. Al contesto epidemiologico generale e alle differenze territoriali
3. Alla situazione legata alle disuguaglianze con il metodo della "lente dell'equità" (profilo di salute e di equità con dettagli di programma)
4. Alla definizione dell'intersettorialità mediante l'individuazione degli stakeholders
5. Alle buone pratiche di riferimento generali e locali se presenti, sotto forma di evidenze di letteratura e di progetti già valutati
6. Alla competenza e conoscenza degli attori e del setting
7. Ad eventuali attività di formazione e comunicazione

Nei paragrafi che seguiranno si riportano gli step regionali generali che saranno dettagliati poi nei programmi specifici sia pre-definiti che liberi. Questo rappresenta un quadro metodologico e operativo basato sul modello Precede/proceed elaborato da Green e poi Revisionato successivamente

Dettaglio delle modalità operative modello Precede/Proceed



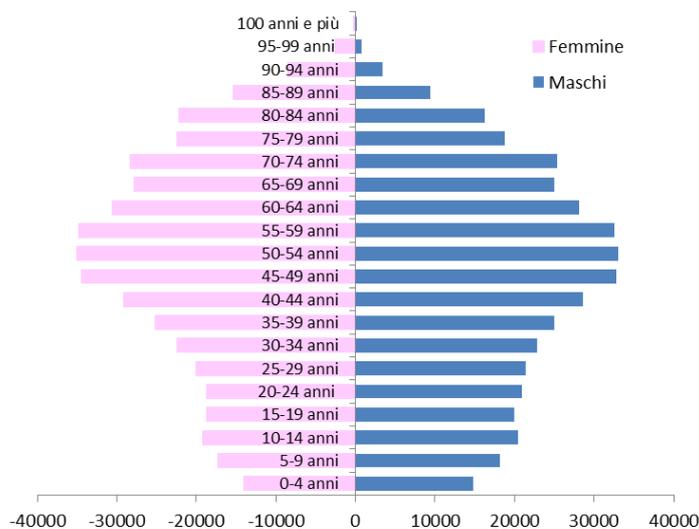
Da dove partiamo?

DIAGNOSI DI COMUNITA'

Fase 1 "Diagnosi Sociale": non a caso rappresenta il primo passaggio di una analisi di contesto, i determinanti sociali della salute influenzano in modo importante la salute della popolazione e soprattutto sono fattori modificabili. La base di questo è ovviamente un processo democratico e di riconoscimento dei diritti umani e della lotta alle disuguaglianze sociali e socio – economiche.

Struttura della popolazione e peculiarità:

Popolazione residente per sesso e fasce d'età al 01/01/2021. Umbria



Complessivamente la popolazione è composta per il 48.3% da maschi e 51,7% da femmine.

La fascia di età tra 0-14 anni rappresenta il 12.0% del totale, quella di 15-64 anni il 61.8% mentre la popolazione anziana (65 anni e +) è arrivata al 26,2%. L'età media è 47.5 anni, superiore rispetto a quella media italiana (46.0 anni).

Si riduce il numero delle nascite rispetto al 2019 (-5.9%) e il numero medio di figli per donne in età fertile (1.15 vs 1.24 Italia). L'età media al parto è 32.3 anni (vs 32.2 in Italia).

In tabella si riportano i principali indicatori di bilancio demografico.

Tab. -Indicatori di bilancio demografico anno 2020 Tassi x 1000 residenti. Confronto Umbria Italia.

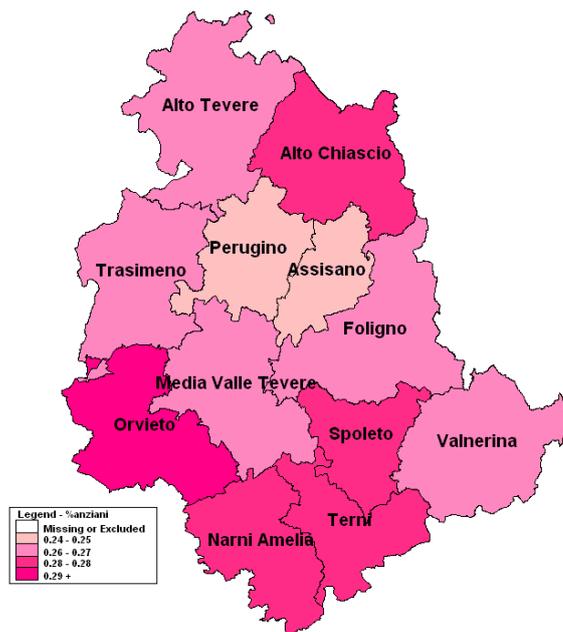
Ripartizioni	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso migratorio interno	Tasso migratorio estero	Tasso migratorio totale
Umbria	6.0	12.8	-6.8	0.6	1.8	2.4
ITALIA	6.8	12.6	-5.8	0.0	1.3	1.3

Peculiarità: La popolazione umbra di 65 anni e più è costituita da 226.502 soggetti, pari al 26.2% della popolazione residente totale. Questa percentuale, in costante aumento, colloca l'Umbria tra le regioni più anziane.

È costituita per il 43,7% da maschi e per il 56.3% da femmine.

La percentuale di popolazione di 65 anni e più ha una grande variabilità nel territorio regionale, andando dal 23.9% del distretto dell'Assisano fino a raggiungere la sua maggior concentrazione nel distretto dell'Orvietano (29.9%).

Popolazione residente (%) di 65 anni e più per distretto di residenza al 01/01/2021. Umbria

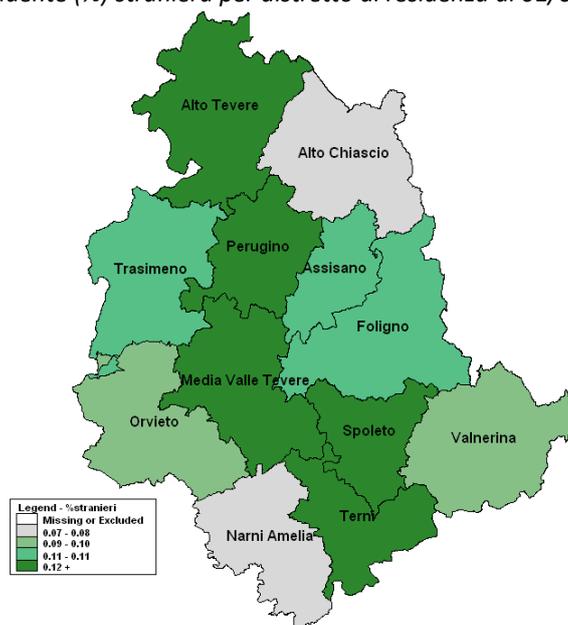


Uno degli elementi fondamentali di questa peculiarità è la probabilità di avere soggetti fragili, disabili e con bisogni assistenziali, proporzionalmente maggiori di altre regioni. Nella nostra regione, poi, la variabilità territoriale di questo fenomeno di invecchiamento produce bisogni diversi nei vari distretti.

La popolazione straniera umbra è costituita da 92.083 soggetti, pari al 10.6% della popolazione residente totale. Per il 45% sono maschi e il 55% sono femmine contro una media italiana dell' 8,5%.

Anche la popolazione straniera si distribuisce nel territorio regionale in maniera disomogenea, andando dal 7.1% del distretto dell'Alto Chiascio all' 11.9% del distretto del perugino

Popolazione residente (%) straniera per distretto di residenza al 01/01/2021 in Umbria



Livello di istruzione e caratteristiche peculiari

Al 31 dicembre 2019, tra gli 811.201 umbri di 9 anni e più, il 38,4% ha un diploma di scuola secondaria di secondo grado o di qualifica professionale, il 25,5% la licenza di scuola media e il 15,7% la licenza elementare. Le persone con un titolo terziario o superiore sono il 15,7%: il 4,1% ha conseguito un titolo di primo livello, l'11,2% uno di secondo.

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

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

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

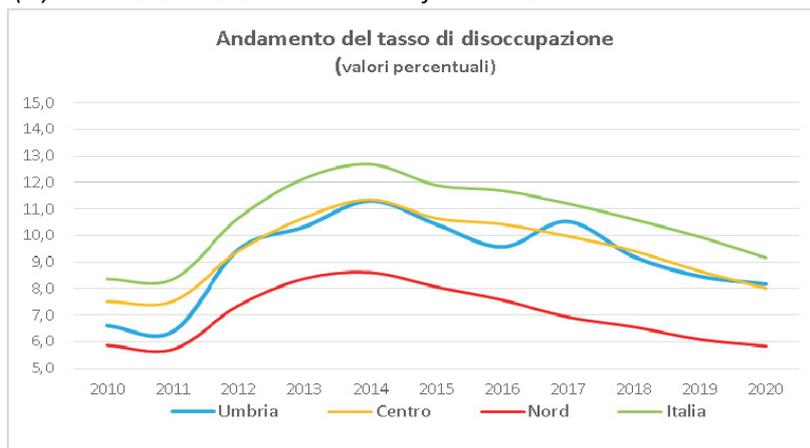
Rispetto alla situazione nazionale, in Umbria il grado d'istruzione presenta un profilo caratterizzato da un peso maggiore di titoli di studio secondario (+2,7 punti percentuali) e terziario o superiore (+1,5 punti percentuali). All'interno della regione, la provincia di Terni presenta una quota leggermente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

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

Occupazione e livello socio-economico

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

Tasso di disoccupazione (%). Trend 2010 – 2020. Umbria e confronto nazionale



Fonte: Umbria. Analisi socio-economica: uno sguardo d'insieme – Servizio Supporto al sistema di controllo strategico. Trasparenza, anticorruzione, privacy e tutela dei consumatori – Direzione Regionale Risorse, programmazione, cultura, turismo

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

Reddito e distribuzione della ricchezza:

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

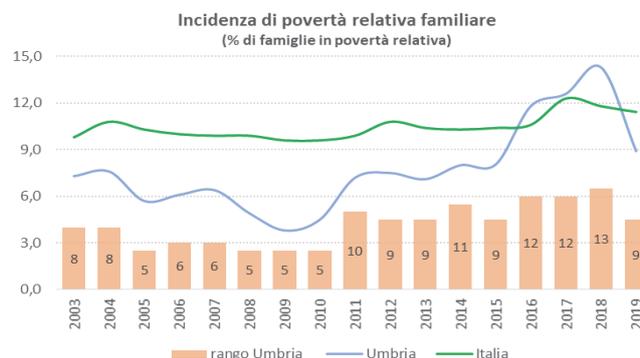
Il coefficiente di Gini, relativo alla distribuzione del reddito medio delle famiglie umbre ed espressione di disuguaglianza, è cresciuto da 0,29 a 0,32 negli anni della crisi, per poi decrescere negli anni seguenti, a significare una riduzione della disomogeneità distributiva. Nel 2018, nella nostra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

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

Coefficiente di Gini. Trend 2003 – 2018. Umbria e confronto nazionale



Incidenza di povertà relativa familiare (%). Trend 2003 – 2019. Umbria e confronto nazionale



Fonte: Umbria. Analisi socio-economica: uno sguardo d'insieme – Servizio Supporto al sistema di controllo strategico. Trasparenza, anticorruzione, privacy e tutela dei consumatori – Direzione Regionale Risorse, programmazione, cultura, turismo

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

Fase 2 “Diagnosi Epidemiologica”: Riferimento - Profilo di salute per il PRP 2020-2025 Umbria

Sintesi:

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

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

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

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

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

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

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

tumore del polmone nelle donne particolarmente significativo nella nostra regione. In aumento nelle donne umbre anche la mortalità per questo tipo di tumore.

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

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

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

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

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

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

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

I programmi di popolazione

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

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

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

Fase 3 "Diagnosi dei comportamenti e dell'ambiente"

Lo stato di salute di una popolazione è il risultato delle relazioni che intercorrono con l'ambiente sociale, culturale e fisico in cui la popolazione vive.

Si definiscono determinanti di salute quei fattori che influenzano lo stato di salute e comprendono non solo fattori biologici naturali (età, sesso, etnia) ma anche comportamenti e stili di vita, l'ambiente fisico e sociale, l'accesso alle cure sanitarie e ai servizi in generale, spesso strettamente interconnessi. Le differenze dei determinanti all'interno di una popolazione possono riflettersi in disuguaglianze sanitarie.

C'è quindi sempre maggior richiesta di informazioni sui determinanti di salute della popolazione anche come lettura del rapporto ambiente e salute.

Il rapporto con l'ambiente è infatti uno dei determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione. Comprendere quali sono gli elementi da tenere in considerazione per valutare l'impatto di diversi fattori sullo stato di salute è un compito molto complesso.

Attraverso l'utilizzo dei dati ambientali, territoriali e di indicatori socio-demografici si può tracciare, per una determinata popolazione, una serie di scenari possibili.

I metodi epidemiologici consentono di descrivere lo stato di salute di una popolazione nel suo complesso e di fare una descrizione dell'associazione tra esposizioni ambientali ed esiti di salute ad essa riconducibili.

Per quanto riguarda l'ambiente in senso lato l'Umbria ha nell'area Ternana un Sito di Interesse Nazionale riguardo ai programmi ambientali che corrisponde all'area dell'Acciaieria. Sito sotto osservazione permanente anche nel progetto del Ministero SENTIERI.

I fattori di rischio comportamentali

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

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

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

L'Umbria si conferma la regione con la più alta prevalenza di fumatori: tra i 18-69enni infatti circa 1 su 4 è fumatore, con un trend stabile e in controtendenza rispetto al dato nazionale in costante diminuzione. Sotto la media italiana anche la percezione del rispetto del divieto nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro e la percentuale di case "libere da fumo".

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

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

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

Per quanto riguarda il sovrappeso, ad essere più esposti al fattore di rischio risultano gli uomini di 65-74 anni. Le disuguaglianze incidono per le donne in tutte le classi di età, soprattutto per quelle nella fascia 30-44 anni. Eliminando le disuguaglianze il rischio di mortalità per il fattore sovrappeso si ridurrebbe per le donne di 55-64 anni del 2,3% e per le donne di 65-74 anni del 2,4%.

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

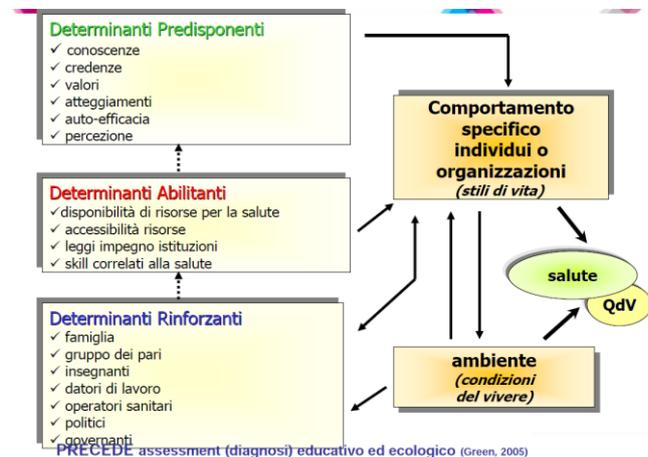
Eliminando le disuguaglianze il rischio di mortalità per il fattore abitudine al fumo si ridurrebbe per gli uomini di 30-44 anni del 6,8% e per quelli di 45-54 anni del 7,8%.

Cosa abbiamo a disposizione e cosa stiamo già mettendo in essere?

DIAGNOSI EDUCATIVA:

Fase 4 “Diagnosi educativa e organizzativa”

Si basa fondamentalmente sui **fattori predisponenti** che sono quelli personali e di comunità che influenzano comportamenti e capacità di resilienza; **Rinforzanti** in grado di aumentare le capacità di salute dell'individuo attraverso conoscenza e supporto sociale; **Abilitanti** che sono i più vicini ai diritti sociali fra cui la disponibilità di risorse e l'aumento dell'offerta di salute.



Alla base dei programmi di promozione della salute c'è la “progettazione Partecipata” soprattutto per l'attuazione a livello locale dei programmi/progetti, molti operatori in Umbria sono formati sul **Project Cycle Management** che ha come primo step la conoscenza a livello di comunità locale dei fattori di debolezza su cui incidono e si radicano i comportamenti a rischio e la deprivazione sociale e culturale. La conoscenza dei fattori predisponenti e la partecipazione degli stessi con la popolazione e i portatori di interesse, tramite metodologie quali i laboratori Goal Oriented Project Program permette di individuare le soluzioni possibili che passano attraverso poi i determinanti rinforzanti.

Esempio di determinanti rinforzanti presenti nei vari programmi:

Conoscenza delle evidenze in promozione della salute e modelli correlati:

- HEA
- Aziende che promuovono Salute
- Scuole che promuovono salute
- Programmi di resilienza e presa di coscienza
 - Educazione fra pari
 - Unplugged
 - Educazione socio affettiva
 - Formazione esperenziale
 - Ascolto attivo
 - Focus group
 - World caffè
 - Survey specifiche
 - Ricerca azione
 - Approccio One Health
 - Approccio Global Health
- Conoscenza dei modelli di lotta alle MCNT e al global Burnden of disease
- Cultura della valutazione di processo, output, outcome di comunità e individuali ecc.

Esempio di Programmi abilitanti strutturali alla promozione della salute presenti e o da integrare

- Concetti essenziali della promozione della salute – carta di ottawa e successive
- Strutture di promozione della salute nelle aziende sanitarie trasversali ai servizi
- Presenza del Centro Regionale di Salute Globale
- Istituzioni di reti strutturate fino al livello distrettuale con tavoli locali per la promozione della salute
- Esperti in analisi qualitativa dei dati
- Formazione congiunta operatori e target
- Risposta ai bisogni di salute
- Riorganizzazione dei servizi

Fase 5 “Diagnosi amministrativa e politica”

E' la fase più complessa nell'analisi di contesto perché prevede la definizione chiara delle politiche di intervento basate su:

- Normative ad hoc e risorse
- Definizione chiara di obiettivi basati sulle evidenze e sostenibili (sostenibilità di comunità-prosecuzione nel tempo)
- Interventi strutturati e multisettoriali (Global Health Approach)
- Sistemi informatici digitali di supporto

Attività presenti o in itinere:

- Si è messo a punto un programma libero di diffusione delle evidenze e dei modelli validati internazionali basati sul riconoscimento democratico dei diritti umani e sull'equità;
- Si sta costruendo e strutturando l'osservatorio epidemiologico regionale che contenga dati sociali, di salute e di risposta alle esigenze di prevenzione e cura della popolazione;
- Necessità di un gruppo di lavoro sull'equità;
- Sono in sede di rafforzamento i rapporti con l'Ufficio scolastico regionale per un percorso verso il modello SHE;
- Sono state siglate alleanze con ANCI Umbria per le attività a livello di distretto sanitario e di area sociale;
- Sono stati definiti programmi e protocolli per attività sull'emergenza COVID
- Sono stati effettuate molte attività formative con risorse regionali tramite la scuola regionale di formazione di Villa Umbra ed enti collegati.
- Esistono protocolli di intesa con associazioni territoriali anche se non uniformi sul territorio regionale.

Dove vogliamo andare e come?

Fase 6 “Implementazione degli interventi”

Programmi pre-definiti: L'iter di intervento è stabilito nel programma stesso, compresi gli obiettivi, la definizione delle azioni da realizzare teorica (Efficacy) per diventare efficace prevede una condivisione di comunità nell'ottica della Progettazione partecipata, del marketing sociale e dell'empowerment di popolazione, per cui i programmi dovranno comunque essere declinati in ambito comunitario e completamente condivisi.

Programmi liberi: Vanno ad implementare i programmi pre – definiti, la scelta dell’Umbria è stata quella di avere un programma trasversale per l’approccio ai modelli internazionali, e alcuni programmi ad integrazione di aree ritenute scoperte che riguardano ad esempio la sicurezza alimentare e le zoonosi, aree della salute mentale, della salute materno infantile soprattutto con riferimento agli 0 – 2 anni ecc.

Il tutto necessita di un monitoraggio attivo e con indicatori semplici ma misurabili e correlati con gli obiettivi di promozione della salute il cui scopo è quello di aumentare le capacità di salute, trasformare i bisogni in domanda di salute e rispondere aumentando o indirizzando l’offerta. Il tutto nell’ottica salutogenica su una popolazione diversamente “sana” e ineguale.

Stiamo facendo la cosa giusta?

LA VALUTAZIONE NEI VARI STEP:

Il piano di valutazione della Regione Umbria prevede 4 step non necessariamente consecutivi di valutazione che devono essere condivisi comunque con i target e gli stakeholders.

Valutazione ex ante: Efficacia teorica efficacy

Criteria

Pertinenza

lettura dei problemi generali

lettura dei problemi di contesto

lettura dei problemi di progetto (AP)

identificare e definire i problemi in numero e dettaglio

adeguata identificazione dei gruppi di interesse

adeguata strategia di coinvolgimento dei gruppi di interesse

validità dell'identificazione degli obiettivi sui problemi

Logica di progetto

Obiettivi ben definiti e armonicamente organizzati nella logica verticale

Benefici del target chiaramente identificati

Il quadro logico è solido anche orizzontalmente

Gli indicatori sono corretti e sufficienti

Il modello logico ben costruito sul criterio 1: popolazione beneficiaria

Il modello logico ben costruito sul criterio 2 : per ricerca evidence

Adeguata scelta fra diverse strategie

Il piano di valutazione

E' basato su metodi quantitativi e qualitativi

Gli indicatori sono validi per la valutazione di processo e di outcome

Tempi e modi della valutazione sono ben stabiliti

La temporizzazione, compiti e responsabilità

L'analisi delle attività è ben realizzata (WBS)

Le responsabilità delle attività sono ben distribuite

Le attività sono ragionevolmente distribuite lungo l'arco del progetto

Questi sono i requisiti stabiliti dalla nostra regione per la valutazione di efficacia teorica del progetto (Efficacy) e l'attenzione ai vari step risulta fondamentale per partire con il piede giusto.

Fase 7 "valutazione di processo"

- La prima tappa del metodo è costituita dall'inventario delle "domande di valutazione", cioè dall'identificazione di tutti gli aspetti che, per gli operatori del sistema, sono particolarmente importanti per il processo dell'intervento. Le domande verranno raccolte in occasione di incontri diretti o attraverso e-mail dalle principali figure implicate nella realizzazione dell'intervento: referenti e operatori regionali o aziendali, tecnici e ricercatori, membri del gruppo tecnico e responsabili del progetto.
- La seconda tappa è incentrata sulla scelta del disegno dello studio. Essendo prevalentemente descrittiva, la valutazione di processo si baserà essenzialmente sulla raccolta di dati attraverso questionari, in caso di dati quantitativi, o griglie messe a punto per la raccolta di dati qualitativi (analisi SWOT).
- La terza tappa è costituita dall'analisi dei dati (in prevalenza qualitativi) cui seguirà il consolidamento a livello nazionale.
- L'ultima tappa è costituita dalla comunicazione in sede ufficiale a tutti coloro che hanno partecipato alla valutazione al fine di provocare proposte sulla ri-programmazione migliorativa del progetto per la realizzazione della sua seconda fase.

Dove siamo arrivati?

Fase 8 “valutazione di impatto” Efficacia pratica Effectivness

La valutazione di impatto sulla salute è una combinazione di procedure, metodi e strumenti attraverso i quali una politica, un programma, un prodotto o un servizio possono essere giudicati in base agli effetti che producono sulla salute della popolazione (Who Health Promotion Glossary: new terms, 2006; [traduzione italiana](#)).

Sono risultati a breve termine o intermedi ma che hanno un grande valore in promozione della salute perché misurano generalmente i cambiamenti che il progetto ha prodotto sui determinanti (ad esempio aumento di conoscenze, cambiamento di credenze o cambiamento nello stile e nelle condizioni di vita di comportamenti che possono essere considerati frutto di uno o più interventi programmati (assunzione di più frutta e verdura ecc.). Sostanzialmente indicano il beneficio diretto che il destinatario target ha tratto dal progetto ma in ambito comunitario. In promozione della salute questi sono considerati OUTCOMES DI COMUNITA'. Sono la base essenziale di presa di coscienza e consapevolezza, quindi la capacità di salute e di scelta consapevole.

La valutazione di impatto utilizza metodi quantitativi o semi quantitativi ma soprattutto metodologie qualitative quali:

- Focus group
- Questionari strutturati con domande chiuse e aperte (analisi epidemiologica e analisi del testo)
- Schede SWOT
- World Cafè
- Ecc.

Analisi qualitativa con software NVIVO effettuata dal Centro Regionale per la Salute globale.

Fase 9 “valutazione di risultato o di outcomes” Efficacia pratica Effectivness

Sono i risultati a lungo termine. Consistono in cambiamenti nello stato di salute o nella qualità della vita, ad esempio riduzione della mortalità per incidenti stradali, meno disuguaglianze nell'accesso ai servizi o miglioramento della qualità della vita in alcune categorie specifiche.

Si misurano con una serie di strumenti strutturati e confrontabili con il periodo precedente.

Dati amministrati correnti:

- Ricoveri per patologia
- Esenzioni per patologia
- Registri tumori e di patologia
- Daily e anni di vita potenzialmente persi
- Aspettativa di vita
- Cause di morte
- Registro malattie infettive
- Altri dati

Sistemi di sorveglianza nazionali e regionali:

Passi
Passi d'Argento
OKkio alla salute
HBSC
SIVAR
Ecc.

Survey specifiche pre e post

Il risultato sarà un nuovo profilo di salute e di equità, tenendo sempre conto che i determinanti principali della salute sono distali di tipo socio economico e non modificabili dal sistema sanitario che invece può attivare con metodologie corrette le comunità e infine le persone.

Da dove ripartiamo?

Nota 1 - Piccola appendice di riflessione sulla pandemia da SARS COV 2:

Per gli effetti della pandemia sul contesto della promozione della salute si rimanda ad altri documenti regionali:

- Profilo di salute
- Profilo di equità
- Il modello umbro della promozione della salute
- I bisogni degli insegnanti durante la pandemia

www.regione.umbria.it

È evidente come la pandemia abbia modificato tutte le parti di riferimento di questa analisi di contesto che sono state analizzate e prese in considerazione nel profilo di salute che porta un ampio quadro. Quello che è cambiato nei determinanti sociali:

- 1- Istruzione in DAD e disuguaglianze di accesso
- 2- Abbandono scolastico
- 3- Perdita di socialità aumento delle patologie correlate
- 4- Diminuzione delle possibilità economiche delle famiglie
- 5- Disoccupazione o lavoro precario in aumento
- 6- Inasprimento delle disuguaglianze
- 7- Difficoltà di accesso ai servizi
- 8- Aumento patologie croniche long covid e correlate

Nella fase di analisi di contesto di programmi e progetti a livello locale non si potrà non tenere conto dell'impatto sul sistema globale dell'evento pandemico.

Nota 2 – Alcuni significati essenziali

Si intende per **Empowerment** per la salute il processo attraverso il quale le persone e le comunità acquisiscono il controllo sulle decisioni e sulle azioni che riguardano la propria salute (Health Promotion Glossary, WHO, 1998).

“E’ un processo di azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico, per migliorare l’equità e la qualità della vita” (Wallerstein N., What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?, WHO, Health Evidence Network, 2006).

Tale definizione contempla, oltre all’aspetto psicologico dell’empowerment, anche quello organizzativo e di comunità, presentando l’empowerment quale costruito multilivello; Labonté e Laverack (Labonté R., Laverack G., Health Promotion in Action: from local to global empowerment, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2008) descrivono l’empowerment come un processo che si sviluppa attraverso un continuum dinamico ed evolutivo che comprende:

- empowerment personale
- sviluppo di piccoli gruppi di supporto
- organizzazioni di comunità
- partnership tra organizzazioni
- azione sociale e politica

Tale classificazione di Labonté e Laverack appare particolarmente interessante perchè è proposta all’interno di un quadro concettuale che cerca di ricomporre due diversi approcci alla promozione della salute: quello “bottom-up” che contraddistingue l’empowerment di comunità e quello “top-down” che caratterizza le campagne di prevenzione di sanità pubblica.

Partecipazione

I programmi di promozione della salute hanno un maggiore successo se sono integrati nella vita quotidiana delle comunità, basati sulle tradizioni locali e condotti da membri della comunità stessa. (Delineare il futuro della promozione della salute: le priorità per l’azione, IUHPE, 2007; Vedi anche Coppo A., Tortone C., Collaborare: senso e metodi per la partecipazione e l’empowerment).

Pertanto è importante che i destinatari (intermedi e finali) dell’intervento siano coinvolti nella pianificazione e nella realizzazione del progetto.

Si intende per **setting** "il luogo o il contesto sociale nel quale le persone si impegnano nelle attività quotidiane nelle quali i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono per ripercuotersi sulla salute e sul benessere." (OMS, 1998, p. 23). Un intervento ha maggiori possibilità di successo quanto più opera su differenti livelli: individuale, di gruppo, organizzativo, di comunità e di azione politico sociale (WHO, carta di Ottawa e carta di Bangkok).

Un setting è più di un luogo, esso funge sia da strumento che da risultato dell’interazione sociale. Gli individui appartengono e vengono influenzati da setting diversi. Nell’ambito della promozione della salute per setting o ambiente organizzativo s’intende un sistema sociale delimitato, analizzato e definito a fini d’interventi favorevoli alla salute e nel quale vengono prese le decisioni e le misure tecniche necessarie per provvedimenti concreti volti a promuovere la salute. Il concetto di setting generalmente ha una connotazione locale. Esempi di setting sono: scuola, azienda, comune, quartiere, famiglia.

Per **promozione della salute basata sulle prove** (evidence based health promotion) si intende l'utilizzo di informazioni che derivano da una ricerca sperimentale e da una indagine sistematica volte a individuare le cause e i fattori che contribuiscono ai bisogni di salute e a identificare le azioni più efficaci di promozione della salute che devono essere adottate in specifici contesti e popolazioni (WHO, Glossario, 2006).

Le migliori prove di efficacia di un intervento, di un metodo o di una procedura vengono identificate attraverso una ricerca sistematica della letteratura. I professionisti della salute non hanno la possibilità di padroneggiare l'enorme quantità di informazioni disponibili. Attualmente, senza un metodo di sintesi e di valutazione critica delle conoscenze, sono incapaci di decidere quali nuove conoscenze introdurre (e quali vecchie conoscenze abbandonare) nella loro attività.

Le **azioni sostenibili** di promozione della salute sono quelle in grado di mantenere i propri vantaggi per le comunità e le popolazioni oltre alla loro fase iniziale di implementazione. Azioni sostenibili possono continuare ad essere realizzate, tenendo conto dei limiti dati dai finanziamenti, dalle competenze, dalle infrastrutture, dalle risorse naturali e dalla partecipazione da parte dei portatori di interesse (Who Health Promotion Glossary: new terms, 2006; traduzione italiana).

Per **risorse** si intendono tutti elementi di un individuo/organizzazione che consentono di raggiungere i propri obiettivi

Per **tempi** si intende la scansione temporale e la durata prevista per le diverse attività

Per **vincoli** si intendono tutti gli elementi individuali e/o ambientali che possono interferire con il raggiungimento degli obiettivi prefissati