*Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 151, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale della prevenzione per gli anni 2020-2025.*

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

Nell'odierna seduta del

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il Governo di promuovere, in sede di Conferenza Stato —Regioni o di Conferenza Unificata, la stipula di intese dirette a favorire il conseguimento di obiettivi comuni tra Stato e Regioni;

VISTA l'Intesa Stato - Regioni del 21 dicembre 2017, concernente la proroga al 31 dicembre 2019 della vigenza del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e la rimodulazione dei Piani Regionali della Prevenzione 2014-2018, con cui si è convenuto di avviare i lavori per l'elaborazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;

VISTA l'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005, concernente l'attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che all'articolo 4, comma 1, lettera e), prevede, per la completa attuazione di quanto previsto dal Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, di destinare 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale;

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

VISTO l'Accordo Stato - Regioni del 15 settembre 2016 concernente il Piano Nazionale della Cronicità;

RITENUTO necessario consolidare il contrasto alle malattie croniche secondo un approccio integrato tra prevenzione e assistenza sul territorio, attraverso il raccordo operativo tra Piano Nazionale della Prevenzione e Piano Nazionale della Cronicità, coinvolgendo tutte le aree di competenza del Servizio Sanitario, al fine di assicurare uniformità ed equità di accesso ai cittadini;

RITENUTO, altresì, necessario rafforzare le azioni di promozione della salute e prevenzione, secondo una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente *(One Health);*

VISTA l'Intesa Stato - Regioni del 18 dicembre 2019 concernente il Patto per la salute per gli anni 2019 - 2021 e, in particolare, la Scheda 12 "Prevenzione" e la Scheda 8 "Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale".

VISTA la dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità del 30 gennaio 2020 con la quale l'epidemia da nuovo Coronavirus 2019-nCoV, successivamente denominato SARS-CoV-2, è stata valutata come un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

VISTA la successiva dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità dell'11 marzo 2020 con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come "pandemia" in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale;

CONSIDERATO che l'evoluzione della situazione epidemiologica della pandemia da COVID-19 ha confermato la necessità di adeguati interventi di Sanità Pubblica, evidenziando l'esigenza di rimodulare e potenziare, nel breve e medio periodo, gli interventi di prevenzione e promozione della salute basati su reti integrate di servizi sociosanitari e sul coinvolgimento della popolazione in processi di *empowerment;*

VISTO l'Accordo Stato — Regioni del 31 marzo 2020, concernente la proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020 (Rep. Atti n.54/CSR del 31 marzo 2020), che prevede la linea progettuale "Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione", con vincolo di risorse pari a 240 milioni di euro, di cui il 5 per mille delle risorse vincolate assegnate al Piano sanitario regionale destinato al Supporto al PNP da parte dei tre Network (ONS, AIRTUM, NIEBP);

VISTA la proposta di ripartizione delle risorse che costituiscono il livello di finanziamento corrente al Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato per l'anno 2020 (Rep. Atti n.55/CSR del 31 marzo 2020);

VISTE le note del 28/01/2019, prot. 36965, e del 12/07/2019, prot. 313630, del Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni, con le quali si chiede di adottare modalità differenti rispetto agli Accordi per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale, di cui, da ultimo, all'Accordo 54/CSR/2020, per garantire la destinazione di risorse ai network (ONS, AIRTUM, NIEBP) di supporto al PNP;

VISTA la nota in data *DATA,* diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza il *DATA,* con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini dell'acquisizione della prescritta Intesa in sede di Conferenza Stato — Regioni, il Piano indicato in oggetto;

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

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nei seguenti termini.

Articolo 1
(Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025)

1. È approvato il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP), di cui all'Allegato A), parte integrante del presente atto.
2. Il Ministero della salute, entro quattro mesi dalla data della presente Intesa, di concerto con le Regioni e le Province Autonome, rende disponibili i seguenti strumenti a supporto della predisposizione dei Piani Regionali della Prevenzione (PRP):

a) piattaforma *web-based* "I Piani Regionali della Prevenzione" (PF);
b) documento di traduzione operativa dell'*Health Equity Audit* (HEA);
c) schede degli indicatori degli Obiettivi strategici.

3. Entro il 31 dicembre 2020, le Regioni e le Province Autonome recepiscono la presente Intesa con apposito atto, che preveda la condivisione e l'impegno all'adozione, nei PRP, della visione, dei principi, delle priorità e della struttura del PNP.
4. Entro il 31 maggio 2021, le Regioni e le Province Autonome inseriscono in PF le informazioni relative alla pianificazione regionale, secondo il format previsto.
5. Entro il 31 luglio 2021, il Ministero esamina la pianificazione regionale, anche proponendo eventuali integrazioni alle Regioni e alle Province Autonome.
6. Entro il 30 settembre 2021, le Regioni e le Province Autonome adottano con apposito atto il PRP.
7. Entro il 31 marzo di ogni anno (2023-2026), le Regioni e le Province Autonome documentano in PF lo stato di avanzamento nella realizzazione dei PRP al 31 dicembre dell'anno precedente, secondo il format previsto.
8. Per l'anno 2020, la valutazione finalizzata alla certificazione del PRP ha esito positivo in presenza dell'atto regionale di recepimento dell'Intesa di PNP. Per l'anno 2021, la valutazione finalizzata alla certificazione del PRP ha esito positivo se la pianificazione regionale risponde ai criteri prefissati. Per gli anni 2022-2025, la valutazione finalizzata alla certificazione del PRP ha esito positivo se una proporzione crescente (60% nel 2022, 70% nel 2023, 80% nel 2024, 90% nel 2025) del totale degli indicatori certificativi raggiunge il valore atteso per l'anno di riferimento.
9. Il coordinamento dell'attuazione del PNP 2020-2025 è affidato al Ministero della salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria, che assicura il necessario raccordo operativo con le altre Direzioni generali del Ministero coinvolte. Le Regioni e le Province Autonome individuano con atto formale, entro novanta giorni dalla stipula della presente Intesa, il Coordinatore del PRP.
10. Restano ferme le funzioni già attribuite, nelle materie oggetto della presente Intesa, alle Regioni a Statuto speciale e alle Province Autonome ai sensi del proprio Statuto e delle relative norme di attuazione.
11. Le Regioni e le Province Autonome convengono di confermare per gli anni 2020-2025, per la completa attuazione del PNP, come previsto dall'articolo 4, comma 1 lett. e) dell'Intesa del 23 marzo 2005, la destinazione di 200 milioni di euro annui a valere sulle risorse che costituiscono il livello di finanziamento corrente al Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato per il periodo di riferimento.
12. È fatta salva la facoltà di valutare, sulla base di aggiornamenti tecnico-scientifici che si rendano disponibili, anche inerenti all'evoluzione della pandemia COVID-19, eventuali modifiche del PNP 2020-2025, ferma restando l'approvazione delle stesse attraverso Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome.

*Ministero della Salute*

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

# Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

# Indice


Sintesi ..... I
1 Introduzione ..... 1
1.1 Le prospettive del PNP 2020-2025 e l'impatto della pandemia da COVID-19 ..... 1
1.2 Il PNP come strumento di attuazione dei LEA ..... 1
1.3 Il PNP e i Piani di settore ..... 1
2 Vision e principi ..... 3
2.1 L'ottica *One Health* e gli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 dell'ONU ..... 3
2.2 Promozione della salute e prevenzione: cardini dell'assistenza primaria ..... 4
2.3 Intersettorialità e Salute in tutte le politiche *(Health in all Policies)* ..... 5
2.4 Centralità della persona e delle comunità ..... 6
2.5 Approccio *life-course*, per *setting* e di genere ..... 6
2.6 Efficacia degli interventi ed efficienza del modello organizzativo ..... 7
2.7 Equità nell'azione ..... 8
2.8 Profilo di salute ed equità ..... 9
3 Azioni trasversali ..... 11
3.1 Formazione ..... 11
3.2 Comunicazione ..... 11
4 Linee di supporto centrali ..... 13
5 Macro Obiettivi ..... 25
5.1 Malattie croniche non trasmissibili ..... 25
5.2 Dipendenze e problemi correlati ..... 43
5.3 Incidenti domestici e stradali ..... 55
5.4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali ..... 61
5.5 Ambiente, clima e salute ..... 73
5.6 Malattie infettive prioritarie ..... 91
6. Monitoraggio e valutazione del PNP e dei PRP ..... 111
6.1 Razionale della valutazione ..... 111
6.2 Obiettivi della valutazione ..... 112
6.3 Quadri Logici ..... 112
6.4 Programmi Predefiniti e Programmi Liberi ..... 113
6.5 Strumenti a supporto della pianificazione ..... 115
6.6 Monitoraggio e valutazione dei PRP e del PNP ..... 116
6.7 Criteri di certificazione ..... 116
6.8 Le schede dei Programmi Predefiniti ..... 118
Appendice ..... i
Dai principi alla pratica: metodi e strumenti ..... i
Agire con le lenti dell'equità ..... i
Utilizzare le evidenze per scegliere ..... ii
Individuare interventi efficaci e/o buone pratiche per la promozione della salute ..... ii
Modelli interpretativi di supporto alla pianificazione e alla valutazione ..... iv

## Sintesi

- L'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da COVID-19 ha mostrato che gli interventi di Sanità Pubblica sono fondamentali per lo sviluppo economico e sociale di un Paese e che la salute di tutti dipende dalla salute di ciascuno. Il Piano nazionale della prevenzione (PNP) rappresenta la cornice comune degli obiettivi di molte delle aree rilevanti per la Sanità Pubblica.
- Fondamentali nella *governance* della prevenzione, per tutti i livelli (centrale, regionale e locale), sono il monitoraggio e la valutazione del PNP e dei PRP (Piani regionali della prevenzione) per misurarne l'impatto sia nei processi sia negli esiti di salute. Strumento operativo complementare a quest'ultima funzione è l'attività di verifica degli adempimenti dei Livelli essenziali di Assistenza (LEA) e di monitoraggio dei LEA.
- Il sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione che caratterizza il PNP 2020-2025 rappresenta uno degli strumenti per dare attuazione e concretezza al LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", contestualizzando nei Macro Obiettivi programmi e relativi processi e azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute.
- Il PNP e i PRP svolgono un ruolo di *governance* e orientamento, favorendo il collegamento e l'integrazione tra le azioni previste da leggi, regolamenti, Piani di settore.
  Le principali aree di integrazione riguardano:
  - cronicità e connessione con il relativo Piano Nazionale;
  - malattie trasmesse con gli alimenti
  - malattie trasmesse da vettori
  - gestione delle emergenze epidemiche umane ed animali, incluso il COVID-19;
  - igiene urbana veterinaria;
  - produzione, commercio ed impiego di prodotti chimici tra cui i fitosanitari;
  - prevenzione del "rischio chimico"
  - rapporti con la rete oncologica, i registri tumori, i Distretti e i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta (MMG e PLS);
  - promozione della salute in gravidanza e nei primi 1000 giorni;
  - integrazione delle tematiche ambientali con quelle relative alla promozione della salute
  - relazioni con l'INAIL riguardo l'esposizione dei lavoratori a rischi chimici o fisici.

## Vision e principi

- La *vision* del Piano prende spunto dai principali indirizzi delle istituzioni internazionali ed europee elaborati e adottati con il concorso dei diversi Paesi, tra cui l'Italia.
- La drammatica recente esperienza della **pandemia da SARS-COV 2** ha rimarcato come uomo, animali e ambiente siano fortemente connessi in una relazione di interdipendenza e ha portato alla luce le già note implicazioni dell'equità sulla salute, dal momento che le fasce deboli della popolazione (anziani, malati cronici) sono risultate essere i target in cui l'impatto della pandemia è stato peggiore.
- L'approvazione dell'Agenda 2030 ha rappresentato una evoluzione verso un **approccio combinato**, in cui tutti gli obiettivi tengono conto degli aspetti economici, sociali e ambientali e mirano a porre fine alla povertà, restituire la dignità alle persone e, nel contempo, a preservare la natura e l'ambiente. La Dichiarazione di Ostrava sottolinea la necessità di rafforzare l'impegno a livello internazionale e nazionale per migliorare le strategie di protezione dell'ambiente e prevenire/eliminare gli effetti avversi, i costi e le disuguaglianze delle condizioni che impattano sull'ambiente e sulla salute. La Dichiarazione riconosce che il benessere delle popolazioni è strettamente legato agli obiettivi dell'Agenda 2030 e agli obiettivi dell'Accordo di Parigi sul clima del 2015 che, necessariamente, devono far parte integrante di una strategia su ambiente e salute.
- Nel dicembre 2017, il CIPE ha approvato la **Strategia nazionale per lo sviluppo sostenibile** (SNSvS), la cui attuazione si raccorda con i documenti programmatici esistenti. La definizione della SNSvS può rappresentare un'opportunità per il raggiungimento degli obiettivi del PNP, favorendo a vari livelli lo sviluppo di politiche e azioni trasversali e il coinvolgimento dei vari settori su obiettivi condivisi.
- Il PNP 2020-2025 rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*) che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un **approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato** per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi. L'approccio *One Health* consente di affrontare la questione trasversale della biodiversità e della salute umana, così come il contrasto efficace all'antimicrobico-resistenza, problema crescente di dimensioni globali, o come il contrasto all'emergenza di epidemie e pandemie che trovano origine nelle manomissioni e degrado degli ecosistemi con conseguenti trasferimenti di patogeni *(spillover)* dalla fauna selvatica a quella domestica, con successiva trasmissione all'uomo.
- L'elemento strategico di innovazione del PNP 2020-2025 sta nella scelta di sostenere il **riorientamento di tutto il sistema della prevenzione** verso un "approccio" di Promozione della Salute, rendendo quindi trasversale a tutti i Macro Obiettivi lo sviluppo di strategie di *empowerment* e *capacity building* raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS, coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa.
- Anche alla luce delle recenti esperienze legate alla pandemia da COVID-19, e in un contesto di conseguente crisi economica, è necessario che il SSN si ponga **nuovi obiettivi organizzativi del sistema** in cui esprimere i valori professionali dei diversi operatori. È indispensabile programmare e progettare sempre più in modo integrato e in termini di rete coordinata e integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel Territorio e gli Ospedali, i quali se isolati tra di loro e separati dal territorio che li circonda non possono rappresentare l'unica risposta ai nuovi bisogni imposti dall'evoluzione demografica ed epidemiologica.
- È necessario, quindi, disporre di **sistemi flessibili di risposta**, con capacità di richiamare su temi emergenti risorse umane per i compiti da svolgere in tempi rapidi. Questa capacità di reazione

alle emergenze va preparata con formazione di operatori di tutti i settori, che al momento opportuno possano lavorare in sinergia su uno stesso obiettivo.

- Nella salute pubblica è necessario porre l'attenzione ai **determinanti sociali e ambientali** e il territorio deve essere in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva (individuazione casi sospetti e/o positivi e controllo dei contatti, gestione isolamento domiciliare, appropriato ricovero ospedaliero, ecc.), sia per garantire interventi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.) e affrontare le sfide della promozione della salute e della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità.
- Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono necessarie **alleanze e sinergie intersettoriali** tra forze diverse, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche" *(Health in all Policies)*. L'intersettorialità si basa sul riconoscimento della salute quale processo complesso e dinamico che implica interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali. Anche l'esperienza COVID-19 ha evidenziato l'importanza della collaborazione intersettoriale per affrontare le complesse conseguenze dell'epidemia (ad es. impatto economico, sociale e psicologico della crisi e del *lockdown*) e della cooperazione in ambito scientifico per le valutazioni epidemiologiche, la ricerca di farmaci efficaci e la messa a punto di un vaccino.
- Il PNP 2020-2025 intende consolidare l'attenzione alla **centralità della persona**, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l'*Health Literacy* (alfabetizzazione sanitaria) e ad accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività (*empowerment)* e di interagire con il sistema sanitario *(engagement)* attraverso relazioni basate sulla fiducia. Affermare la centralità della persona e delle comunità nell'ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria significa riconoscere che la salute, individuale e collettiva, è un processo il cui equilibrio è determinato da fattori sociali ed economici oltre che biologici.
- In tale contesto la **promozione della salute** è chiamata a caratterizzare le politiche sanitarie non solo nell'obiettivo di prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche, ma anche a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza e capacità di controllo (*empowerment*) che mantenga o migliori il capitale di salute.
- **MMG e PLS** sono figure chiave per favorire l'*health literacy* e l'*empowerment* dei cittadini e per contrastare le disuguaglianze. Pertanto, è necessario il loro attivo coinvolgimento, nell'ambito delle attività territoriali di promozione della salute, prevenzione e assistenza sanitaria primaria, affinché la loro azione sia di coerente supporto agli obiettivi nazionali di prevenzione.
- Il PNP 2020-2025 rafforza l'**approccio *life course*** nella consapevolezza che gli interventi preventivi e protettivi realizzati con tempestività nella primissima fase della vita portano a risultati di salute positivi che dureranno tutta la vita e si rifletteranno anche sulle generazioni successive e sulla comunità intera. L'approccio *life course* consente di ridurre i fattori di rischio individuali e rimuovere le cause che impediscono ai cittadini l'accesso ad ambienti e a scelte di vita salutari, mettendo in atto l'azione preventiva già a partire dai primi 1.000 giorni, cioè nel periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino.
- Il PNP 2020-2025 mira a migliorare l'**approccio per *setting*,** favorendo una maggiore interazione tra tutti i *setting* (la scuola, l'ambiente di lavoro, la comunità e i servizi sanitari) e individuando l'Ente locale (Comune) quale *"super-setting*" in cui gli altri convergono. Il *setting* è il luogo o il contesto nel quale è più facile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione. Nel contempo, il *setting* costituisce esso stesso il bersaglio dei cambiamenti da implementare sugli ambienti, sulle organizzazioni, sui centri di responsabilità.
- Il PNP 2020-2025 persegue, inoltre, l'**approccio di genere** come un cambio di prospettiva e culturale affinché la valutazione delle variabili biologiche, ambientali e sociali, dalle quali possono dipendere le differenze dello stato di salute tra i sessi, diventi una pratica ordinaria al fine di migliorare l'appropriatezza degli interventi di prevenzione e contribuire a rafforzare la "centralità della persona". La dimensione del genere consiste, dunque, in un approccio da prevedere e sostenere in ogni ambito e settore per evitare stereotipi e definire strategie volte ad evitare disuguaglianze.

- Il PNP 2020-2025 basa l'azione quanto più possibile su prove di efficacia e sulla misura dei risultati (valutazione di processo e di esito), avvalendosi dell'***Evidence-Based-Prevention*** *(EBP)* attraverso le relative reti di strutture e professionisti a supporto). Esso investe sulla messa a sistema in tutte le Regioni dei programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia (come vaccinazioni e screening oncologici) e di linee di azione (Programmi "Predefiniti", vincolanti per tutte le Regioni) basate su evidenze di efficacia, buone pratiche consolidate e documentate, strategie raccomandate, nazionali e internazionali.
- È indispensabile **rafforzare le Aziende sanitarie** nello sviluppo delle attività di I livello (prevenzione, medicina di base, attività distrettuale), legandole alle esigenze della comunità locale e garantendo i processi d'integrazione tra area sociale e socio-sanitaria e tra Territorio e Ospedale. Deve essere posta la massima attenzione nel costruire una efficace integrazione e continuità dell'intero processo, la cui realizzazione diventi un obiettivo primario anche per l'Ospedale facilitando il dialogo e lo scambio di competenze e informazioni fra tutti gli attori del sistema, ivi compresi MMG e PLS.
- Per un'efficace azione di contrasto alle malattie vanno potenziati, integrati e resi pienamente operativi i **sistemi di sorveglianza** e i **registri** già indicati nel DPCM 3 marzo 2017 ("Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie") e va potenziata la capacità di agire sul territorio con indagini sul campo e di monitorare in tutte le aree del Paese l'attività delle strutture territoriali con valutazioni di performance e di esito.
- Inoltre, occorre completare il percorso, già avanzato in alcune Regioni, verso il completo superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del MMG, in favore di **forme aggregate e integrate di organizzazione** che consentano una risposta multidisciplinare e multifattoriale ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni alla settimana. Tale organizzazione consente una efficace presa in carico dei pazienti attraverso processi ed attività di ingaggio, *counseling* ed educazione sanitaria, l'invio ad appropriate prestazioni e percorsi di secondo livello anche in collaborazione con le aree specialistiche ospedaliere e garantisce importanti ricadute sugli accessi impropri al Pronto Soccorso, sul miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni e sulla relativa *compliance*, nonché sulla riduzione dei tempi d'attesa.
- Per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l'infermiere di famiglia e di comunità, ovvero professionisti che abbiano come *setting* privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l'utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro.
- Il PNP 2020-2025 richiede, quindi, l'adozione di **sistemi di pianificazione e monitoraggio**, integrati con le linee di azione delle cure primarie e sociosanitarie, declinati su scala regionale e locale, ancorati al sistema di misurazione quali-quantitativa del raggiungimento degli obiettivi delle Direzioni aziendali, con esplicita identificazione delle relative responsabilità.
- La riduzione delle principali **disuguaglianze sociali e geografiche** rappresenta una priorità trasversale a tutti gli obiettivi del Piano, che richiede di avvalersi dei dati scientifici, dei metodi e degli strumenti disponibili e validati, per garantire l'equità nell'azione, in una prospettiva coerente con l'approccio di "Salute in tutte le politiche". Lo svantaggio sociale rappresenta il principale singolo fattore di rischio per salute e qualità della vita. Le persone, le famiglie, i gruppi sociali e i territori più poveri di risorse e capacità sono anche più esposti e più vulnerabili ai fattori di rischio che sono bersaglio del Piano e ai fattori di stress che minano la resilienza delle persone, soprattutto nelle finestre temporali cruciali per il loro sviluppo (es. infanzia e adolescenza).
- Il **profilo di salute ed equità** della comunità rappresenta il punto di partenza per la condivisione con la comunità e l'identificazione di obiettivi, priorità e azioni sui quali attivare le risorse della prevenzione e al tempo stesso misurare i cambiamenti del contesto e dello stato di salute, confrontare l'offerta dei servizi con i bisogni della popolazione, monitorando e valutando lo stato di avanzamento nonché l'efficacia delle azioni messe in campo. Nell'accezione proposta dal LEA della Prevenzione, il profilo di salute della comunità rappresenta uno strumento strategico per una

pianificazione regionale/locale degli interventi, coerente ai dati di contesto di natura epidemiologica, demografica, socioeconomica, comportamentale, organizzativa e permette di orientare la programmazione all'equità, all'intersettorialità e all'*accountability*.

- Un aspetto cruciale è la disponibilità di **dati aggiornati**, con un dettaglio locale, sulla distribuzione per variabili sociodemografiche e socioeconomiche per costruire politiche e programmi di prevenzione intersettoriali e integrati, per orientarli anche in termini di scelte allocative delle risorse, modulandoli sui gruppi per i quali sono emerse le maggiori criticità. Il Nuovo Sistema di Garanzia (DM del 12 marzo 2019 pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 e operativo a partire dal 1gennaio 2020) prevede la possibilità di monitorare le disuguaglianze sociali in tutti gli altri indicatori di garanzia dei LEA, attraverso l'integrazione tra i dati del Nuovo sistema informativo sanitario e i dati di fonti statistiche esterne che raccolgono informazioni su almeno una variabile di tipo sociale.

## Azioni trasversali

- Le azioni trasversali sono **azioni di sistema** che contribuiscono "trasversalmente" al raggiungimento degli obiettivi di salute e di equità del PNP. Esse includono le azioni volte a rafforzare l'approccio intersettoriale e a perseguire l'equità (vedi sopra), la formazione e la comunicazione.
- La **formazione** è parte integrante di tutte le strategie, elemento traversale di obiettivi e programmi essenziale per accrescere le competenze degli operatori sanitari. Essa deve essere fortemente orientata all'azione e i percorsi formativi vanno contestualizzati rispetto all'intervento da realizzare nel territorio. In quest'ottica, il coinvolgimento nei percorsi formativi delle figure strategiche del sistema dell'assistenza primaria (*in primis* MMG, PLS) resta prioritario.
- Nel PNP 2020-2025, la formazione vuole essere finalizzata a permettere l'**acquisizione di competenze nuove** (es. *counseling, Urban Health*, ecc.) per il personale dei Dipartimenti di prevenzione ma anche a fornire nuovi input alla formazione, di base e specialistica, di tutte quelle figure della prevenzione che sono coinvolte nella declinazione regionale e locale delle strategie del PNP. L'attività di formazione si rende, inoltre, necessaria per rinforzare la collaborazione intersettoriale e rendere realmente applicativo il principio *One Health*.
- La **comunicazione** è uno strumento strategico per aumentare la conoscenza e l'*empowerment*; promuovere atteggiamenti favorevoli alla salute, favorire modifiche di norme sociali, accesso e adesione ai programmi di prevenzione e di cura, coinvolgimento attivo del cittadino (*engagement*). Può facilitare la creazione di reti inter-istituzionali e la collaborazione tra le organizzazioni sanitarie e non sanitarie, sostenere la fiducia della popolazione nelle istituzioni sanitarie e contribuire all'*accountability* del sistema salute.
- La comunicazione va sviluppata sia come **comunicazione sanitaria**, sia come **comunicazione per la salute**, rispettivamente finalizzate alla "mappatura" e diffusione delle opportunità di salute presenti sul territorio e alla produzione e condivisione, all'interno della comunità, di conoscenza sui problemi di salute, con l'obiettivo di orientamento, responsabilizzazione, consapevolezza e motivazione delle persone e di supporto alle decisioni e alle politiche.
- Analogamente ad ogni altra azione di sanità pubblica, essa necessita di essere adeguatamente pianificata e valutata negli effetti. Il **processo di comunicazione** deve iniziare dalla definizione degli obiettivi e delle priorità e dall'analisi delle caratteristiche del target, proseguire con l'individuazione degli interventi da realizzare e il monitoraggio della loro corretta implementazione e concludersi con la valutazione di impatto.
- Insieme alla formazione, la comunicazione deve essere attuata come **azione di sistema**:
  - trasversale al Piano e presente in tutti i programmi;
  - a servizio dell'integrazione e dell'intersettorialità, rivolgendosi anche agli amministratori e ai *policy maker* oltre che alla popolazione e agli operatori sanitari;
  - in grado di contribuire al contrasto alle diseguaglianze.

## Linee di supporto centrali

- Le Linee di supporto centrali, dette anche **Azioni centrali** (AC) del PNP, pertinenti al livello di governo centrale, sono finalizzate a migliorare la capacità del sistema sanitario di promuovere e governare la prevenzione e a rendere più efficiente ed efficace l'insieme delle relazioni tra attori istituzionali (e tra questi e gli *stakeholder*) e, in generale, a facilitare il raggiungimento degli obiettivi del PNP.
- Obiettivo delle AC è, tra l'altro, favorire il raggiungimento dei risultati di salute, secondo il **modello di *stewardship*** in base al quale il Ministero della Salute, in collaborazione con altri Ministeri e Istituzioni centrali, supporta la programmazione regionale, svolgendo un ruolo di indirizzo, promozione e coordinamento, ma anche di accompagnamento alle Regioni. Il sostegno centrale si realizza anche attraverso strumenti formali (accordi, patti, protocolli di intesa intersettoriali e interistituzionali, declinabili a livello regionale, ecc.).
- Le AC del PNP 2020-2025 sono mirate a **promuovere e sostenere la prevenzione**, favorendo una interlocuzione efficace con gli altri attori del sistema salute, in particolare con MMG e PLS, e con il Dipartimento di Prevenzione, nonché una stretta integrazione e un utilizzo coordinato di tutte le risorse esterne al sistema sanitario.
- Il PNP 2020-2025, pertanto valorizza la **funzione di integrazione** tra i diversi livelli di governo e individua le Linee di supporto centrali come di seguito indicato, definendole in termini di elementi pianificatori e operativi (obiettivi specifici, output attesi, responsabilità).

**LINEA N. 1: *Attivazione di Tavoli tecnici per il rafforzamento delle strategie di promozione della salute e prevenzione secondo l'approccio di "Health in all policies (HiAP)"***

**Obiettivo**

Sostenere la realizzazione degli obiettivi del PNP attraverso la definizione dei ruoli e delle responsabilità dei settori e degli *stakeholder* coinvolti nei diversi ambiti di intervento e il coordinamento nazionale delle reti delle Scuole e dei Luoghi di lavoro che promuovono salute.

**Risultati attesi**

- Predisposizione di documenti di *policy* e di linee di indirizzo.
- Istituzione del "Coordinamento nazionale delle reti regionali delle Scuole che promuovono salute".
- Istituzione del "Coordinamento nazionale delle reti regionali dei Luoghi di lavoro che promuovono salute".

**LINEA N. 2*: Implementazione di un sistema di sorveglianza nazionale per la rilevazione dei tassi di allattamento materno al 1°, 3° e 6° mese***

**Obiettivo**

Sostenere la realizzazione degli obiettivi del PNP attraverso un sistema di monitoraggio permanente e diffuso su tutto il territorio nazionale, con rappresentatività regionale, dei tassi di allattamento materno.

**Risultati attesi**

Definizione e sperimentazione di un sistema di sorveglianza nazionale dell'allattamento materno al 1°, 3° e 6° mese.

**LINEA N. 3: *Attivazione di Tavoli tecnici per il rafforzamento della Salute globale del lavoratore secondo l'approccio Total Worker Health***

**Obiettivo**

Sostenere la realizzazione degli obiettivi del PNP attraverso la leva della Responsabilità Sociale d'Impresa che 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 il miglioramento dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro in termini di incremento delle opportunità strutturali per l'adozione di scelte comportamentali salutari e il contestuale coinvolgimento di tutto il personale per favorire l'aumento di conoscenze e competenze.

**Risultati attesi**

- Predisposizione di progetti di *Total Worker Health (TWH*) finalizzati alla diffusione di Buone pratiche condivise in sede di Comitato di Coordinamento ex art. 7 D. Lgs 81/2008, di cui almeno una per il settore sanitario.
- Elaborazione di una proposta di modifiche e integrazioni all'art. 40 - Allegato 3B D.lgs. 81/2008 a esito dei lavori di revisione e perfezionamento in corso per il miglioramento dei flussi informativi tra Medico Competente e Ministero della salute ex art. 40 D. Lgs 81/2008.
- Definizione di strumenti per incentivare, orientare e monitorare le azioni di *welfare* aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore.

**LINEA N. 4: *Promozione, a livello nazionale e regionale, del coordinamento e della definizione di politiche, programmi e interventi integrati in campo ambientale e sanitario***

**Obiettivo**

Promuovere l'integrazione e il coordinamento degli interventi per la tutela della salute e dell'ambiente, individuando i settori di azione congiunta e definendo programmi operativi e linee di indirizzo.

**Risultati attesi**

Accordo Quadro tra Ministero della salute, Ministero dell'ambiente e Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

**LINEA N. 5: *Integrazione delle informazioni derivanti da dati ambientali e sanitari per il miglioramento delle conoscenze su rischi ambientali e salute e loro relazioni***

**Obiettivo**

Consentire la lettura integrata dei dati ambientali e sanitari e favorire il dialogo, la collaborazione e la condivisione di esperienze tra tutti i soggetti interessati dei settori Ambiente e Salute.

**Risultati attesi**

- Sviluppo di un sistema informativo nazionale integrato ambiente e salute per la lettura combinata dei dati di monitoraggio/esposizione/effetto, anche ai fini della stima degli impatti sulla salute della popolazione.
- Istituzione di una rete nazionale integrata ambiente e salute, costituita da operatori del SSN e SNPA, e istituzioni centrali per la condivisione di conoscenze ed esperienze sviluppate a livello regionale in materia di ambiente e salute e a supporto delle attività di valutazione degli impatti sanitari di politiche, piani e programmi.

**LINEA N. 6: "*From science to action". Sviluppo di un approccio metodologico per l'elaborazione di proposte italiane di misure di gestione del rischio nel contesto del regolamento REACH***

**Obiettivi**

- Consentire la lettura integrata dei dati ambientali e sanitari e favorire il dialogo, la collaborazione e la condivisione di esperienze tra tutti i soggetti interessati dei settori Ambiente e Salute.
- Rafforzare la partecipazione proattiva dell'Italia ai processi normativi europei per la gestione di rischi chimici nel contesto del regolamento REACH.

**Risultati attesi**

- Sviluppo, da parte di ISPRA/CNSC-ISS, di un approccio metodologico appropriato per la preparazione di dossier allegato XV di cui al regolamento REACH da parte dell'Italia, in connessione anche la citata rete integrata ambiente e salute.
- Avvio dell'applicazione pratica dell'approccio metodologico con una o più sostanze che destano preoccupazione (es. PFAS a catena corta).

**LINEA N. 7**: ***Definizione di linee di indirizzo per orientare i regolamenti d'igiene edilizia in chiave eco-compatibile e sviluppare specifiche competenze sul tema degli ambienti confinati e dell'edilizia residenziale negli operatori dei Servizi Sanitari Regionali***

**Risultati attesi**

- Diffusione attraverso piattaforma *e-learning* di un pacchetto formativo, già predisposto nell'ambito del progetto CCM[1] "Individuazione di buone pratiche ed obiettivi prestazionali sanitari in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione e/o ristrutturazione di edifici, ai fini della predisposizione dei regolamenti d'igiene edilizia", indirizzato a operatori delle ASL e diversi portatori di interesse, sulle buone pratiche sanitarie sulla sostenibilità ed eco-compatibilità in edilizia, anche allargando i confini delle competenze degli operatori sanitari all'intero "spazio urbano" visto come contesto facilitante la salute (logica dell'*Urban Health*).
- Elaborazione e adozione di Linee di indirizzo per la definizione e l'aggiornamento degli obiettivi e delle prestazioni sanitarie da inserire come parte integrante nei Regolamenti Edilizi Tipo (RET).

**LINEA N. 8**: ***Definizione di un Piano nazionale per la qualità dell'aria indoor (IAQ)***

**Obiettivo**

Migliorare la qualità dell'aria e il microclima negli ambienti indoor, in particolare negli ambienti frequentati dai bambini e negli edifici pubblici.

**Risultati attesi**

Elaborazione di Linee di indirizzo/Piano Nazionale.

**LINEA N. 9**: ***Piattaforme informatiche per i prodotti chimici e per le bonifiche dall'amianto***

**Obiettivi**

- Ottimizzare il flusso e la gestione dei dati sui controlli dei prodotti chimici snellendo, attraverso il supporto delle tecnologie informatiche esistenti, il lavoro di "*back office*" sia delle autorità di controllo regionale che della Autorità Competente Nazionale (ACN).
- Agevolare ai fini LEA le fasi di pianificazione, rendicontazione delle attività di controllo, formazione e informazione che le Regioni svolgono così come la gestione dei dati da parte dell'ACN-REACH/CLP ai fini della elaborazione della fotografia su scala nazionale.
- Sostenere il rafforzamento della rete dei laboratori a supporto dei controlli analitici dei prodotti chimici, immessi sul mercato nazionale, alle disposizioni di restrizione di cui al regolamento REACH e di classificazione di cui al regolamento CLP.
- Ottenere il trend su scala nazionale dei quantitativi di amianto rimossi rispetto a quanto ancora presente sul territorio nazionale e quanti operatori sono ancora impegnati nelle attività di rimozione o addetti agli impianti coibentati con amianto.

**Risultati attesi**

Nel contesto dell'assetto strategico dei sistemi informativi del Ministero salute, si intende realizzare una piattaforma dedicata alle autorità di controllo REACH/CLP quale:

- ausilio per una maggior efficienza della comunicazione di pianificazione e rendicontazione delle azioni di controllo, formazione e informazione anche ai fini LEA;
- strumento di raccordo fra le diverse strutture coinvolte per lo scambio dei campioni, ai fini di un più rapido riscontro alle esigenze analitiche, sollevate dalle autorità di controllo da parte della rete dei laboratori;
- supporto alla comunicazione fra gli ispettori regionali e il *focal point* del sistema RAPEX del Ministero della salute per la trasmissione di informazioni puntuali atte ad attivare una allerta europea;
- punto di raccolta degli elementi di base REACH /CLP in modalità e-learning (collegamento piattaforma TRIO) di tutto il materiale di formazione predisposto annualmente per l'aggiornamento degli ispettori, e delle Linee guida stabilite dall'Accordo Stato Regioni 181/2009 (approvate dal Gruppo Tecnico Interregionale - GTI e in via di adozione da parte della ACN);
- ausilio per lo scambio di informazioni concernenti l'amianto fra Regioni e Ministero della salute.

**LINEA N. 10:** ***Perseguimento dell'equità nella offerta e nella erogazione dei programmi di screening oncologico organizzato su tutto il territorio nazionale e valutazione di modelli tecnico-organizzativi anche in nuovi ambiti di patologia***

**Obiettivi**

- Rendere omogenea l'offerta di screening su tutto il territorio nazionale attraverso il potenziamento della rete esistente coordinata dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS).
- Definire linee di indirizzo su specifici argomenti con il coinvolgimento degli *stakeholder* impegnati nei diversi ambiti di intervento.

**Risultati attesi**

- Definizione dei requisiti dei coordinamenti multidisciplinari di screening e piano di monitoraggio delle azioni regionali da parte dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS).
- Definizione dei percorsi di screening del cervico-carcinoma per le donne vaccinate contro l'HPV.

**LINEA N. 11:** ***Definizione di un Piano nazionale/Linee di indirizzo per le dipendenze***

**Obiettivo**

Definire indirizzi uniformi per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze, per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e per l'organizzazione del sistema dei servizi sociosanitari dedicati.

**Risultati attesi**

Elaborazione di Linee di indirizzo/ Piano Nazionale

**LINEA 12:** ***Sviluppo dell'approccio One Health e Planetary Health per la governance della prevenzione primaria post COVID-19***

**Obiettivo**

Sostenere il ruolo della prevenzione primaria sul rischio ambientale delle malattie infettive emergenti (EID) e sull'evoluzione delle epidemie.

**Risultati attesi**

Predisporre una linea guida di *policy* per sostenere il ruolo e per l'integrazione delle attività dei sistemi di prevenzione di salute ambientale, umana e veterinaria.

**LINEA N. 13:** ***Predisposizione, aggiornamento e attuazione di un piano nazionale condiviso tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta a una pandemia influenzale***

**Obiettivo**

Definire ruoli e responsabilità dei diversi soggetti a livello nazionale, regionale e locale per l'attuazione delle misure previste dalla pianificazione ed altre eventualmente decise.

**Risultati attesi**

Accordo tra Ministero della salute e Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

# Macro Obiettivi

## MO1 - Malattie croniche non trasmissibili

- Le **malattie croniche non trasmissibili** (MCNT), malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, problemi di salute mentale, disturbi muscolo scheletrici restano le principali cause di morte a livello mondiale. Consumo di tabacco, errate abitudini alimentari, insufficiente attività fisica, consumo rischioso e dannoso di alcol, insieme alle caratteristiche dell'ambiente e del contesto sociale, economico e culturale rappresentano i principali fattori di rischio modificabili, ai quali si può ricondurre il 60% del carico di malattia (*Burden of Disease*), in Europa e in Italia. A ciò si aggiunge la carente organizzazione e l'insufficiente ricorso ai programmi di screening organizzato.
- Negli ultimi decenni in Italia, con l'**invecchiamento** progressivo della popolazione, si è registrato un aumento dell'aspettativa di vita, legato al miglioramento delle condizioni sociali e ai progressi nella diagnosi precoce e nella cura delle malattie. La presenza di patologie cronico-degenerative e il dolore fisico che spesso le accompagna condizionano notevolmente le normali attività quotidiane degli anziani, comportando una progressiva riduzione nell'autonomia. Un altro effetto negativo del rapido invecchiamento della popolazione è rappresentato dall'aumento dell'incidenza delle persone affette da demenza che è una delle principali cause di disabilità e non autosufficienza tra gli anziani va affrontata con un approccio di sanità pubblica.
- **L'alimentazione non corretta** è associata frequentemente al basso livello socioeconomico delle famiglie, al livello di istruzione, al costo degli alimenti e al marketing pubblicitario e incide sulla qualità della vita, nonché sulle condizioni psico-fisiche della popolazione. È nota, tra l'altro, la stretta la correlazione tra abitudini alimentari e **sovrappeso/obesità**, specie infantile. L'aumento del sovrappeso e dell'obesità nei bambini e giovani è particolarmente allarmante alla luce del forte legame tra eccesso di adiposità e danni alla salute in età avanzata. L'**obesità** incide profondamente sullo stato di salute poiché si accompagna ad importanti malattie che peggiorano la qualità di vita e ne riducono la durata.
- La presenza di **allergeni** negli alimenti o la carenza nutrizionale di iodio sono condizioni che possono avere effetti negativi sulla salute in tutte le fasi della vita
- Anche **inattività fisica** e sedentarietà contribuiscono al carico di malattie croniche e incidono notevolmente sui processi volti a un invecchiamento in buona salute.
- Il **fumo di tabacco** nel nostro Paese rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile, con una prevalenza di fumatori in calo, ma con preoccupanti dati relativi ai consumi tra i giovani, alla riduzione della percentuale di quanti provano a smettere e alla comparsa sul mercato di nuovi prodotti a base di nicotina dannosi per la salute.
- L'**alcol** è la terza causa di morte prematura. A fronte di una riduzione del consumo di vino durante i pasti, si registra un progressivo aumento di consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti e resta allarmante nei giovani il fenomeno del *binge drinking*.
- Inattività fisica, fumo, diabete, ipertensione, obesità della mezza età, depressione e bassa scolarizzazione hanno mostrato una forte associazione con l'eziologia della **demenza**. In generale la salute mentale è parte integrante della salute e del benessere e, inoltre, i disturbi mentali si presentano spesso in comorbilità con altre malattie croniche o queste ne influenzano la comparsa. Nel contesto degli interventi volti a sviluppare e attuare politiche e programmi per la prevenzione delle MCNT è essenziale tener conto delle esigenze delle persone con disturbi mentali, ma anche della necessità di proteggere e promuovere il benessere mentale di tutti i cittadini in tutte le fasi della vita.
- L'**inquinamento atmosferico** indoor e outdoor, considerato dall'OMS il principale fattore di rischio ambientale per la salute e tra le cause principali dei decessi dovuti a malattie croniche non trasmissibili, si aggiunge ai fattori di rischio sopra descritti.

## Strategie

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

- **Strategie di comunità**

  *Approccio intersettoriale*

  La creazione di reti e alleanze intersettoriali consente di porre la salute ed il contrasto alle disuguaglianze di salute al centro delle strategie e degli interventi sanitari ed extra-sanitari e di considerare in ogni contesto la centralità della persona, i suoi diritti e le sue scelte. La "Salute in tutte le politiche" rappresenta un approccio doppiamente vincente poiché fa sì che settori diversi traggano vantaggio (strategia *win-win*), rafforzando i risultati, dall'includere nella programmazione delle proprie politiche la valutazione dei potenziali effetti sulla salute.

  *Approccio life-course e di genere*

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

  *Approccio per setting*

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

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

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

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

- **Strategie basate sull'individuo**

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

  L'attività dell'operatore sanitario sul singolo è supportata nel territorio dalla disponibilità di interventi sia di comunità (es. gruppi di cammino, pedibus) sia terapeutici specifici (es. trattamento del tabagismo, consulenza nutrizionale, prescrizione esercizio fisico, ecc.), tali da poter permettere la costruzione di percorsi personalizzati per livello di rischio.

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

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

  a. la prevenzione su persone individuate come "a rischio" di patologia cronica, attraverso la definizione di percorsi condivisi e misurabili nei loro esiti intermedi e finali;
  b. la prevenzione delle complicanze proprie delle patologie croniche considerate.

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

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

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

---

## MO2 - Dipendenze e problemi correlati

- L'OMS definisce la "**dipendenza patologica**" come "condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte

comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione". In questa definizione rientrano anche le *dipendenze senza sostanza*, che riguardano comportamenti problematici come il disturbo da gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo, la *new technologies addiction* (dipendenza da internet, *social network*, videogiochi, televisione, ecc.).

- La **dipendenza da sostanze** ha conseguenze dirette e indirette sull'ordine pubblico e sulla spesa sanitaria e sociale ed è oggetto di interventi generici e specifici da parte dello Stato. Il progressivo abbassamento dell'età di prima assunzione, associato - sul versante dell'offerta - a un mercato che, a prezzi sempre più bassi, offre una gamma molto ampia di principi attivi (comprese le cd. NPS - *New Psychoattive Substance*, spesso non ancora tabellate e quindi legali), fa sì che i fenomeni di consumo abbiano un impatto rilevante sulla salute pubblica già nelle fasi che precedono l'insorgere di una vera e propria dipendenza. Le conseguenze negative sulla salute possono essere dirette, e derivare dagli effetti farmacologici della sostanza e dalla via di assunzione, o indirette, come epatite B e C, AIDS, disturbi del sistema nervoso centrale (SNC), cui si aggiungono conseguenze sociali legate a comportamenti illegali, violenze, incidenti.
- Il consumo di **sostanze psicotrope illegali** e l'uso sperimentale di droghe sta diventando un aspetto sempre più comune del comportamento degli adolescenti. Negli ultimi anni si stanno modificando il significato e la modalità di consumo, la tipologia del consumatore e dell'utente in carico ai servizi sanitari e si è assistito all'aumento di modalità di assunzione a maggior rischio, quali il policonsumo, anche in età precoci. Secondo la Relazione annuale al Parlamento 2018, aumenta il consumo di tutte le sostanze; la diffusione di internet e delle nuove tecnologie, ha provocato un'impennata degli acquisti online di sostanze psicoattive anche da parte di giovanissimi. La programmazione degli interventi deve tenere conto, pertanto, del passaggio da un quadro dominato da modalità di assunzione e sostanze considerate "classiche", come ad esempio cocaina ed eroina, a un quadro in cui spicca l'assunzione di nuove sostanze sempre più sofisticate e pericolose e nuove modalità di consumo.
- Per quanto riguarda le **sostanze legali**, una seria forma di dipendenza psico-fisica è anche quella da farmaci **fuori prescrizione medica**. I dati relativi alla prevalenza del consumo di psicofarmaci non prescritti tra i giovani (studio ESPAD), evidenziano in Italia un trend in aumento.
- Relativamente all'**alcol**, si registra nel nostro paese un progressivo aumento del consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti. I comportamenti di consumo a rischio, essenzialmente distinti in "consumo abituale eccedentario" e "*binge drinking"* (consumo di più di 5/6 UA in un'unica occasione), prevalentemente diffusi tra i giovani, causano non solo danni alla salute, ma anche problemi legati alla sicurezza, soprattutto in riferimento all'incidentalità stradale, all'esposizione a situazioni di rischio e agli infortuni sul lavoro.
- Per quanto riguarda il **tabacco** occorre continuare a livello nazionale e regionale a investire ed implementare un approccio globale al fenomeno orientato a promuovere ambienti e persone libere dal fumo e fondato su una visione intersettoriale e interdisciplinare del problema, integrando politiche e azioni efficaci per contrastare il fenomeno, quali monitoraggio dei consumi (anche relativamente ai nuovi prodotti), politiche di prevenzione e di protezione della popolazione, sostegno alla cessazione, informazione sui pericoli del tabacco, nonché rafforzamento dei divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazioni del tabacco, politiche fiscali e dei prezzi.
- Accanto alla dipendenza da sostanze illegali e legali è necessario considerare la crescente diffusione delle **dipendenze di natura comportamentale**, problematiche diverse nelle manifestazioni cliniche, ma per molti aspetti correlate sul piano eziologico e psicopatologico. Esse comprendono un ampio ventaglio di manifestazioni (il disturbo da gioco d'azzardo, le dipendenze da nuove tecnologie, le dipendenze sessuali, lo shopping compulsivo, ecc.) ad oggi inserite solo in parte nelle classificazioni diagnostiche internazionali.
- Il **disturbo da gioco d'azzardo** (di seguito DGA) è classificato nel DSM 5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) quale "comportamento persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi". Questa patologia ha conosciuto negli ultimi anni una crescita esponenziale, dovuta alla concomitanza di diversi fattori, quali la crisi economica e l'enorme ampliamento dell'offerta d'azzardo. Le conseguenze drammatiche di tale fenomeno quali gli alti costi a livello sociale, familiare e sociale che il DGA

provoca, fanno di esso una questione di salute pubblica che si ripercuote fortemente sulla sfera comunitaria e sociale.

- La **dipendenza da internet**, meglio nota nella letteratura psichiatrica con l'espressione inglese *Internet Addiction Disorder* (*IAD*), è un disturbo del controllo degli impulsi. Essa comprende il *Gaming disorder* (Dipendenza da videogame) che, nel 2018, è stato incluso dall'OMS tra i disturbi dovuti a comportamenti che generano dipendenza nell'*International Classification of Disease* (ICD 11). La dipendenza da internet determina un assorbimento totale del tempo dei soggetti interessati che passano intere giornate e notti in Rete, con compromissione di tutte le attività della vita familiare, lavorativa, sociale. Può presentare anche sindrome astinenziale caratterizzata da malessere psichico e/o fisico con agitazione psicomotoria, ansia, pensiero ossessivo.

## Strategie

- Le età preadolescenziale e adolescenziale rappresentano una fase cruciale per lo sviluppo dell'individuo e costituiscono quindi un momento chiave nel quale poter intervenire efficacemente con adeguate politiche di promozione della salute e interventi che indirizzino verso l'elaborazione di valori positivi e facilitino l'adozione di comportamenti orientati ad uno stile di vita sano.
- La prevenzione è la principale azione per evitare e ridurre i rischi e i danni alla salute correlati all'uso e abuso di sostanze psicoattive legali e illegali e all'insorgenza di disturbi comportamentali.
- Sono necessari approcci strategici multicomponente che mirino a:
  -contrastare e ridurre l'offerta, attraverso l'adozione di politiche volte alla regolazione dell'accesso;
  -ridurre la domanda, operando sulla modifica degli atteggiamenti;
  -favorire il coordinamento intersettoriale fra le diverse politiche messe in atto.
- La complessa interazione tra fattori soggettivi, relazionali, sociali, ambientali che influiscono sull'eziologia delle dipendenze, rende opportuno attuare interventi con strategie diversificate a seconda del target di riferimento e dei modelli culturali e sociali che condizionano il fenomeno.
- L'impegno istituzionale deve essere orientato a promuovere programmi di intervento in grado di ridurre i fattori di rischio e di potenziare i fattori protettivi, ma il compito non può essere delegato esclusivamente al sistema socio-sanitario (Dipartimenti di Prevenzione e Dipartimenti Dipendenze). È fondamentale il coinvolgimento e il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali presenti a livello nazionale, regionale e territoriale per garantire un sistema di intervento complessivo che metta in sinergia tutte le risorse (umane, professionali, tecniche, organizzative, sociali e finanziarie) necessarie, affidando ai Dipartimenti Prevenzione, in collaborazione con quelli delle Dipendenze, un ruolo importante nel governo delle diverse strategie e attività preventive, valorizzando il patrimonio di esperienze maturate negli anni ed il ruolo di tutti i soggetti in campo.
- È essenziale definire strategie integrate, che possano da una parte potenziare le abilità di vita (*life-skill*) dell'individuo, dall'altra intervenire sull'**ambiente di vita**. La Famiglia e la Comunità rappresentano, in questo senso, gli interlocutori privilegiati per azioni che consentano di valorizzare le funzioni educative e relazionali cruciali per lo sviluppo di adeguate competenze di salute. Anche la Scuola e i luoghi dell'aggregazione giovanile rappresentano contesti fondamentali nei percorsi di crescita e acquisizione di adeguate competenze di vita, attraverso il confronto fra pari e l'interazione con adulti di riferimento. È, inoltre, necessario allargare l'intervento ad altri contesti di vita (luoghi di lavoro, di aggregazione informale e divertimento, ecc.), dove è possibile intercettare gruppi vulnerabili di popolazione.
- Occorre affiancare agli interventi di prevenzione la presa in carico multidisciplinare, nonché gli interventi di **Riduzione del Danno** (RdD) che, pur adottati da oltre vent'anni, presentano forti disomogeneità tra le Regioni, con conseguenti disuguaglianze nell'accesso a servizi e prestazioni.
- Relativamente al Disturbo da Gioco d'Azzardo la legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) ha previsto l'istituzione presso il Ministero della salute del **Fondo per il gioco d'azzardo patologico** (GAP)". Attraverso il fondo, le Regioni e le Province Autonome di Trento

e di Bolzano elaborano e implementano un proprio Piano pluriennale di Prevenzione, cura e riabilitazione per le persone e i giovani ancora non dipendenti e per i pazienti in cura presso i Dipartimenti per le dipendenze, che si affianca con le altre iniziative.

- Per quanto riguarda l'**alcol-dipendenza**, occorre diffondere l'identificazione precoce e il *counseling* breve nei contesti della medicina generale e in quelli lavorativi, oltre che in altri contesti che possono risultare adeguati, tramite una specifica formazione degli operatori. È necessario, inoltre, prevedere interventi di sostegno destinati alle famiglie dei bevitori, favorendo la collaborazione tra servizi alcologici territoriali e servizi sociali e con Associazioni di auto-mutuo aiuto, per promuovere modifiche dei comportamenti non solo dell'alcolista e della sua famiglia, ma dell'intera comunità.
- È importante attivare azioni coordinate tra i diversi attori interessati (Servizi sanitari, di Polizia, autorità che rilasciano le licenze, commercianti, ecc.) per assicurare l'applicazione delle leggi che regolano la **vendita di alcolici** e la formazione del personale addetto alla vendita e alla somministrazione di bevande alcoliche, affinché sia preparato a prevenire il consumo eccessivo e a evitare problemi derivanti dall'ubriachezza.
- La prevenzione dell'uso di alcol fra i **minorenni** sta diventando una priorità, confermata dai dati epidemiologici relativi al *binge drinking*. Pertanto, è necessario il rafforzamento delle azioni di contrasto all'offerta di alcol, ma anche interventi di promozione della salute effettuati in ambiti mirati (luoghi di socializzazione, luoghi in cui si svolgono attività sportive, scuola, ecc.).

---

## MO3 - Incidenti domestici e stradali

- L'impatto sociale del **fenomeno infortunistico** è di estrema rilevanza, non solo a livello sanitario, ma anche dal punto di vista economico.
- L'incidenza degli **infortuni domestici** è difficilmente stimabile poiché non esiste un sistema "corrente" di rilevazione del fenomeno a livello nazionale, le fonti di rilevazione appaiono disomogenee e non permettono un confronto tra le Regioni e la maggior parte degli eventi non gravi, non accedendo alla rete ospedaliera, sfugge all'osservazione.
- Per gli **ambienti di vita e domestici** manca una definizione univoca e condivisa di "infortunio domestico". Un riferimento importante è rappresentato dalla Legge del 3 dicembre 1999, n. 493 "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici", che attribuisce ai Dipartimenti di prevenzione, in collaborazione con i servizi territoriali, i compiti di valutazione e prevenzione dei rischi e di educazione sanitaria in materia di incidenti domestici. Nella stessa legge viene introdotta la definizione di "ambito domestico" inteso come *l'insieme degli immobili di civile abitazione e delle relative pertinenze ove dimora il nucleo familiare dell'assicurato; qualora l'immobile faccia parte di un condominio, l'ambito domestico comprende anche le parti comuni condominiali*.
- L'Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) definisce l'infortunio domestico come un evento dannoso che presenta le seguenti caratteristiche:
  - comporta la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona, a causa di lesioni di vario tipo;
  - è accidentale, si verifica cioè indipendentemente dalla volontà umana;
  - si verifica in un'abitazione, intesa come l'insieme dell'appartamento e di eventuali estensioni esterne (balconi, giardino, garage, cantina, scala, *etc*.).
- I Centri Antiveleni (CAV), operanti in rete per tutto il territorio nazionale, rilevano le principali caratteristiche degli incidenti in ambito domestico dovuti a esposizione e intossicazione da prodotti chimici. La sistematica disamina dei dati rilevati dai CAV rende disponibile una base informativa per l'identificazione di problematiche che possono derivare dall'immissione in commercio di nuovi prodotti, utile anche al fine di orientare interventi di prevenzione e informazione mirati.
- La prima causa degli **incidenti domestici** va ricercata nella diffusa convinzione che la casa, in particolare quella propria, sia un posto sicuro. I fattori di rischio possono essere suddivisi in fattori individuali e ambientali. I fattori individuali sono correlati allo sviluppo psicomotorio dei

primi anni di vita (bambini), alle attività lavorative in ambito domestico (donne) e alle condizioni di comorbidità, deficit neuro-motori e cognitivi, fragilità o scarsa attività fisica (anziani). I fattori ambientali sono relativi alle caratteristiche strutturali della casa, degli arredi, degli impianti e delle pertinenze, alla presenza e conservazione di farmaci e prodotti di uso comune che possono contenere sostanze chimiche tossiche.

- Per quanto riguarda gli **incidenti stradali,** essi sono un grande problema di sanità pubblica a livello mondiale dato il loro notevole impatto sulla salute delle persone. L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile indica come traguardo da raggiungere entro il 2020 il dimezzamento del numero di morti e feriti per incidenti stradali (obiettivo 3.6). La stima delle conseguenze economiche degli incidenti stradali è molto alta, calcolata tra l'1% e il 3% del prodotto interno lordo di ciascun Paese.
- Gli **incidenti stradali** sono favoriti da alcuni determinanti legati alla persona, quali l'età, le condizioni di salute, l'assunzione di farmaci compromettenti l'attenzione, l'uso di sostanze, l'equilibrio e i riflessi. Nello specifico, alcuni fattori di rischio sono riconducibili a stili di vita che comportano consumo rischioso e dannoso di alcol e consumo di sostanze psicotrope. Inoltre, bisogna considerare anche alcuni comportamenti alla guida errati (es. mancato rispetto della precedenza, la velocità troppo elevata, utilizzo dei cellulari ecc.) e altri determinanti attribuibili alla sicurezza delle strade e alla sicurezza dei veicoli. Nel determinismo degli incidenti stradali incidono anche fattori sociali che di fatto determinano un minor accesso a formazione e informazione sulle misure di prevenzione.

## Strategie

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

  Occorre inoltre strategicamente favorire il sostegno alle attività dei CAV non solo nello svolgimento dell'azione di consulenza specialistica ma anche nel cosiddetto lavoro di *back office* concernente il flusso informativo verso i decisori regionali/nazionali. Risulta funzionale, a tal proposito, favorire una più rapida comunicazione degli esiti del trattamento tra i CAV e le strutture sanitarie che li hanno contattati in fase di emergenza.
  È, infine, necessario istituire un sistema di sorveglianza valido su scala nazionale per valutare l'entità del fenomeno e confrontare i risultati di studi effettuati su diverse realtà nazionali e internazionali e fra gruppi di popolazione a rischio.

- In ambito sanitario, il DPCM 12 gennaio 2017, al punto B.6 dell'Allegato 1, definisce la **promozione della sicurezza stradale** come un LEA. Pertanto, gli interventi di promozione della salute, le campagne di prevenzione e informazione con differenti target di popolazione sono prestazioni sanitarie che devono essere garantiti alla collettività. Per avere effetti sulla riduzione del numero e della gravità degli incidenti stradali sono necessari programmi di lungo periodo, la stabilizzazione degli interventi di prevenzione fino a ora attuati, l'attuazione di ulteriori misure di prevenzione e, considerata l'etiologia multifattoriale di questa tipologia di incidenti, l'attuazione di interventi che incidano simultaneamente su più fattori di rischio.
  Le campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione sono importanti anche per sostenere l'applicazione della legislazione, in quanto permettono di far conoscere meglio i rischi e le sanzioni secondari delle infrazioni.

Gli interventi che si sono dimostrati efficaci per la riduzione degli incidenti stradali sono distinti sulla base dei tre elementi che concorrono al verificarsi di un incidente stradale: strada, macchina e uomo.

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

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

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

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

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

È utile, inoltre, migliorare il sistema di rilevazione dei dati sugli incidenti stradali in particolare per conoscere con maggiore accuratezza il numero dei feriti gravi, per identificare meglio cause e dinamiche, al fine di mettere in campo le più appropriate modalità di intervento di prevenzione come suggerito anche a livello europeo.

---

## MO4 - Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali

- Gli **infortuni sul lavoro** continuano a rappresentare un grave onere per i costi sia economici sia sociali di disabilità e morti evitabili. L'interruzione di una serie storica virtuosa, che vedeva in calo gli infortuni sul lavoro, può trovare giustificazione nella precarietà del lavoro, nella mancanza di adeguata formazione per i lavoratori socialmente più deboli (giovani, stranieri), nell'invecchiamento della popolazione esposta al rischio. Sugli andamenti degli infortuni incidono anche la casualità del verificarsi degli eventi (come da definizione stessa di infortunio sul lavoro) e il rischio da circolazione stradale, determinante sia per gli infortuni in itinere sia per quelli in occasione di lavoro con mezzo di trasporto coinvolto.
- Per quanto riguarda le **malattie professionali**, le denunce sono state circa 59mila e 500, il 2,6% in più rispetto al 2017. Nel quinquennio 2013-2017, l'agricoltura ha registrato l'incremento più significativo di malattie professionali, poco meno del 20%; più contenuti, anche se significativi, gli aumenti per la gestione dei dipendenti del conto Stato (+10,9%) e dell'industria e dei servizi che registra la maggiore crescita in valore assoluto (4.338 denunce in più, +10,4%). Distinguendo le malattie rispetto al genere, si osservano delle differenze legate oltre che alle caratteristiche fisiche (peso, altezza media e forza, in generale inferiori nelle donne), anche come conseguenza degli agenti chimici, fisici, biologici, ecc., con i quali i lavoratori sono in contatto

quotidianamente, e dei movimenti e sforzi fisici che gli stessi effettuano nell'espletare la propria attività. Al fine di attuare politiche di prevenzione mirate occorre tener presenti anche tali differenze caratterizzanti il genere.

- Esistono **fattori di rischio trasversali** a tutte le attività produttive (età, precarietà del lavoro, scarso benessere organizzativo). Per i giovani giocano un ruolo importante la tipologia lavorativa, spesso precaria, e la mancanza di formazione e informazione sui rischi correlati all'attività lavorativa specifica. Si assiste, inoltre, a un notevole invecchiamento della popolazione lavorativa, aspetto sempre più importante da considerare nell'orientare le politiche di prevenzione.
- Tra i rischi trasversali particolare attenzione va posta al dato delle **aggressioni** e alle violenze sul luogo di lavoro, in particolare per alcune attività di front-office, quali sanità, istruzione, trasporti, servizi sociali, vigilanza e ispezione.
- Nel novero dei rischi trasversali è inclusa la scarsa applicazione dei **principi ergonomici** nella progettazione di layout delle postazioni di lavoro e delle attrezzature di lavoro.
- Il **sovraccarico biomeccanico** derivante da movimenti ripetuti o movimentazione manuale dei carichi, all'origine di patologie a carico dell'apparato muscolo scheletrico, è, a sua volta, un rischio trasversale a moltissime attività produttive.
- Si deve, inoltre, sottolineare la ricorrenza di infortuni gravi e mortali, anche collettivi, derivanti da **utilizzo di macchine e attrezzature di lavoro non conformi** ai requisiti essenziali di sicurezza (RES) e a una inadeguata gestione o ad un uso scorretto di impianti. Tali fattori di rischio si riscontrano con particolare rilevanza in ambito agricolo.
- Importanti fattori di insorgenza di malattie professionali sono, infine, l'**esposizione ad agenti fisici, chimici, biologici e cancerogeni**, compresa l'esposizione professionale ad amianto. In relazione all'esposizione a tali agenti, occorre strutturare un approccio più articolato a tali fattori di rischio e prestare attenzione da un lato alla pluri-esposizione, valutandone le interazioni e gli effetti sulla salute del lavoratore, dall'altro alle micro-esposizioni anche a più agenti pericolosi.

## Strategie

- Il cambiamento del mondo del lavoro, la mutevolezza e precarietà dei contratti, la femminilizzazione di alcuni settori, il lavoro notturno e su turni, le differenze di genere, l'inserimento e il reinserimento lavorativo di lavoratori con disabilità, l'utilizzo di nuove tecnologie (industria 4.0) richiedono un approccio culturalmente diverso alle politiche di prevenzione e di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. È necessario, pertanto, adottare più efficaci e complessivi modelli di intervento, come peraltro suggerito dal *Global plan of action-WHO* che, tra le altre cose, richiama la necessità di affrontare tutti gli aspetti della salute dei lavoratori attraverso l'***Healthy Workplace Model***.
- Tale approccio è indicato anche dal *National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH*) che, nel giugno 2011, ha lanciato il programma ***Total Worker Health*** (TWH). La TWH è definita dall'insieme di politiche, programmi e pratiche che integrano la prevenzione dai rischi per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con la promozione delle azioni di prevenzione di danni acuti e cronici, a favore di un più ampio benessere del lavoratore. L'adozione di un approccio di TWH permetterebbe, nel pianificare politiche e interventi di prevenzione, di considerare adeguatamente la sinergia tra rischi lavorativi, ambiente, stili di vita e condizioni personali (età, genere, condizioni di salute, disabilità, tipologia contrattuali).
- Per quanto riguarda le politiche dell'Unione Europea, dalla **Strategia europea 2014-2020** si evincono le sfide fondamentali che sono comuni a tutta l'UE e che richiedono specifiche iniziative. La Strategia individua **3 sfide** e 7 obiettivi strategici fondamentali. Le sfide sono:
    1. migliorare l'attuazione delle disposizioni di legge da parte degli Stati membri, in particolare rafforzando la capacità delle microimprese e delle piccole imprese di mettere in atto misure di prevenzione dei rischi efficaci ed efficienti;
    2. migliorare la prevenzione delle malattie legate al lavoro affrontando i rischi attuali, nuovi ed emergenti;
    3. far fronte al cambiamento demografico.

- La Strategia europea si inserisce in un contesto normativo italiano ben strutturato e articolato. Il **Decreto legislativo 81/2008** definisce infatti un assetto istituzionale chiaro, affinché il livello centrale si faccia carico di elaborare le politiche e le strategie nazionali per la salute e sicurezza sul luogo di lavoro e fornisca supporto e indirizzi per le attività di prevenzione svolte a livello regionale, locale e territoriale.
- Il PNP 2020-2025 richiama la necessità strategica di agire su tutto il sistema complesso dei diversi attori coinvolti nelle politiche di prevenzione della salute e sicurezza sul luogo di lavoro e, in particolare, di:
    - **rafforzare il coordinamento** tra Istituzioni e partenariato economico-sociale e tecnico-scientifico, anche attraverso il miglioramento del funzionamento del Sistema Istituzionale di coordinamento ex D.lgs. 81/08;
    - **realizzare un confronto costante** all'interno del Comitato (ex art. 5 D.lgs. 81/08) nonché della Commissione Consultiva permanente (ex art. 6 D.lgs. 81/08), per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
    - **garantire l'operatività** dei Comitati Regionali di Coordinamento art. 7 previsti dal D.lgs. 81/08 ai fini della corretta attuazione delle politiche di prevenzione e del corretto feedback dal territorio.
- Il PNP 2020-2025 intende rafforzare la **collaborazione con la scuola** affinché, i giovani acquisiscano conoscenze e competenze specifiche in materia di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e più in generale, conferma la necessità di sviluppare una alleanza più forte tra tutti gli attori coinvolti nella salute e sicurezza dei lavoratori, in particolare con i medici competenti, e con le figure strategiche dei professionisti della sicurezza ai fini dell'adeguata valutazione e gestione dei rischi, anche nell'ottica della gestione degli appalti pubblici.
- Il PNP 2020-2025, inoltre, riconosce nel **Piano Mirato di Prevenzione** (PMP) lo strumento in grado di organizzare in modo sinergico le attività di assistenza e di vigilanza alle imprese, per garantire trasparenza, equità e uniformità dell'azione pubblica e una maggiore consapevolezza da parte dei datori di lavoro dei rischi e delle conseguenze dovute al mancato rispetto delle norme di sicurezza, anche e soprattutto attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati per una crescita globale della cultura della sicurezza. Il PMP si configura come un modello territoriale partecipativo di assistenza e supporto alle imprese nella prevenzione dei rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro, da attivare in tutte le Regioni (in qualità di Programma Predefinito)
- A livello regionale e locale è necessario consolidare e strutturare più capillarmente i **Piani di prevenzione tematici** (Piano nazionale edilizia, Piano nazionale agricoltura, Piano nazionale patologie da sovraccarico biomeccanico, Piano nazionale stress lavoro correlato, Piano nazionale cancerogeni occupazionali e tumori professionali).
- Tra le numerose azioni da mettere in campo, le **buone pratiche per la salute e sicurezza nei cantieri edili**, di facile consultazione e semplice applicazione, rivestono sempre di più un ruolo strategico per la promozione della salute e della sicurezza nei cantieri edili e possono contribuire in modo significativo alla riduzione degli infortuni.
- Dal punto di vista della sicurezza e salute sul luogo di lavoro, l'agricoltura è un settore produttivo ad alto rischio infortunistico e con presenza di rischi importanti per la salute. In rapporto ad altri settori produttivi si osserva un fenomeno quantitativamente rilevante di denuncia di malattie professionali. È necessario, pertanto, strutturare un **Piano nazionale di prevenzione in agricoltura** che abbia, tra gli altri, la priorità di controlli e verifiche su aziende e macchine agricole, ricordando che numerosi infortuni, spesso mortali, accadono per il non corretto uso o per la vetustà del parco macchine di cui l'agricoltura, sempre più meccanizzata, si avvale.
- Tra le malattie da lavoro più gravi vi sono le neoplasie professionali per le quali emerge, anzitutto, la necessità di **conoscere meglio il fenomeno** dal punto di vista quali-quantitativo. Tale azione di emersione deve essere necessariamente accompagnata da una sufficiente conoscenza della diffusione dei principali agenti cancerogeni nelle imprese e nei comparti produttivi, prerequisito per una corretta pianificazione e programmazione delle attività di controllo da parte delle istituzioni preposte. Queste maggiori conoscenze possono essere ottenute attraverso il pieno funzionamento dei sistemi istituzionali e delle banche dati già previste dal sistema istituzionale del D.lgs. 81/08 e successivi accordi e decreti applicativi, che tuttavia devono essere attivate

laddove ancora non avviene e comunque messe in rete tra gli Enti che sono incaricate di gestirle. Il **Piano Nazionale Cancerogeni e tumori professionali** è uno strumento di cui ogni Regione deve avvalersi per l'emersione di tali patologie sottostimate e, talora, ancora poco conosciute.

- La crescente diffusione di patologie dell'apparato muscolo scheletrico (MSK), conferma la necessità di una diffusione capillare e strutturata del **Piano nazionale prevenzione malattie muscoloscheletriche** i cui principali obiettivi sono, da un lato, favorire la emersione delle patologie professionali muscoloscheletriche, dall'altro, implementare e rafforzare le capacità del sistema pubblico e privato di valutare e gestire le diffuse condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo per strutturare idonei interventi di prevenzione delle patologie professionali muscoloscheletriche e dei relativi esiti.
- Si ravvisa, inoltre, la necessità di strutturare e consolidare il **Piano nazionale stress lavoro correlato**. Lo stress lavoro-correlato (SLC) risulta al secondo posto in Europa tra i problemi di salute dovuti al lavoro, dopo i disturbi muscolo-scheletrici, con evidenti ripercussioni anche a livello di produttività delle aziende ed economico. Il Piano intende contribuire all'accrescimento e al miglioramento complessivo del sistema di gestione dei rischi psicosociali, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione delle indicazioni normative e tecniche, la definizione di standard per gli interventi formativi e la realizzazione di azioni mirate di prevenzione.
- Congiuntamente ai Piani di Prevenzione tematici è possibile individuare da parte di ogni Regione alcuni **"ambiti" specifici** nei quali intervenire (con un PMP), secondo un approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore, ossia orientato al supporto/assistenza alle imprese (vedi i Programmi Predefiniti in Capitolo 6).

---

## MO5 - Ambiente, clima e salute

- L'ambiente, nella sua accezione più completa e complessa, comprensiva di stili di vita, condizioni sociali ed economiche, è un determinante fondamentale per il benessere psicofisico e quindi per la salute delle persone e delle popolazioni. La **Dichiarazione di Ostrava** della Sesta Conferenza Interministeriale Ambiente e Salute (OMS 2017) indica i punti cruciali su cui deve svilupparsi la Strategia ambiente e salute per i prossimi anni e riconosce che il benessere delle popolazioni è strettamente legato a tutti gli obiettivi dell'Agenda 2030 e agli obiettivi dell'Accordo sul Clima di Parigi, che devono necessariamente far parte integrante della strategia.
- La **Strategia Nazionale per la Biodiversità** riconosce il valore dell'approccio *One Health* per affrontare la questione trasversale della biodiversità e della salute umana come approccio integrato coerente con l'approccio ecosistemico, promuovendo una visione sistemica della salute, multidisciplinare e transdisciplinare, per affrontare i rischi potenziali o esistenti che hanno origine all'interfaccia tra la salute umana, quella degli ecosistemi e degli ambienti antropizzati.
- Il **cambiamento climatico** rappresenta una grave minaccia per la salute globale e una grande sfida per il 21° secolo. Aumenteranno anche le ineguaglianze di genere, la marginalizzazione sociale ed economica, i conflitti e le migrazioni. La resilienza e l'adattamento al clima per la salute, nonché le strategie di mitigazione devono interconnettersi ai programmi e alle attività sanitarie e la salute è centrale nel quadro generale di riferimento nel contrasto ai cambiamenti climatici.
- L'**Agenda 2030** delle Nazioni Unite e il citato **Accordo sul Clima di Parigi** 2015, rappresentano due quadri di riferimento fondamentali per contrastare i cambiamenti climatici e guidare verso un modello di sviluppo più sostenibile.
- L'**inquinamento atmosferico**, indoor e outdoor, è il principale fattore di rischio ambientale per la salute. I trasporti e il riscaldamento domestico sono i principali responsabili delle emissioni di inquinanti di interesse tossicologico che destano una maggiore preoccupazione in termini di impatto sanitario a causa dell'elevato numero di persone esposte, in ambito urbano ed extraurbano. Anche le emissioni provenienti dall'agricoltura, dalla produzione di energia, dall'industria e dagli insediamenti domestici contribuiscono ad inquinare l'aria. Recenti studi dimostrano che l'inquinamento indoor domestico è il terzo fattore di rischio per il carico globale di malattia, dopo l'ipertensione arteriosa e il fumo di tabacco.

- Occorre inoltre sottolineare il carico di malattie associato all'esposizione indoor e outdoor a **sostanze chimiche**. Ad esacerbare o alterare gli impatti negativi sulla salute contribuisce l'esposizione a più sostanze chimiche contemporaneamente, anche a basse dosi (effetto cocktail).
- In tutto questo non possiamo non considerare l'impatto ambientale da parte del **mondo zootecnico**. Questo significa studiare ed applicare politiche atte a promuovere e sostenere una filiera più sostenibile, con l'obiettivo di ridurre gas serra e tutti i fattori inquinanti a partire dall'allevamento passando per tutti i processi produttivi, il trasporto e la distribuzione, nell'ottica anche di ridurre lo spreco e quindi la produzione di rifiuti.
- Si individuano le seguenti categorie di fattori di rischio:
  1. Esposizione ad agenti chimici, fisici e microbiologici in ambienti indoor e outdoor;
  2. Cambiamenti climatici ed eventi meteorologici estremi.
- Inoltre, sono presenti le criticità di sistema di seguito indicate, in grado di inficiare le attività di prevenzione e riduzione dei fattori di rischio, e che potrebbero essere risolte attraverso strategie ed interventi di tipo giuridico-amministrativo:
  - A Settorialità di norme e competenze delle attività di sorveglianza sanitaria e monitoraggio ambientale;
  - B Frammentazione delle competenze e carenza di sinergie tra attività di prevenzione e promozione della salute del SSN e attività di tutela ambientale del SNPA;
  - C Scarsa rilevanza delle tematiche ambiente e salute nelle politiche di altri settori: trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, rifiuti, istruzioni;
  - D Inadeguata applicazione degli strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute di problematiche ambientali.

## Strategie

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

### *Obiettivi delle Linee strategiche 1 e 2*

**Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute**

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

**Promuovere lo sviluppo di conoscenze e l'integrazione delle competenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente sulla sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto sanitario da esposizione a fattori ambientali antropici e naturali, anche cumulativo rispetto a più fattori e sorgenti inquinanti, la comunicazione e la gestione integrata dei rischi**

Ciò richiede la condivisione di progetti formativi, di ricerca e tecnologia, con particolare attenzione alla gestione integrata delle tematiche emergenti e ai modelli di valutazione del rischio e di impatto sulla salute. Sono necessari, pertanto, interventi formativi indirizzati specificamente agli operatori del

SSN, compresi i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) da attuare, per quanto possibile, in maniera integrata con gli operatori della rete Ispra-SNPA.

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

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

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

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

### *Obiettivi della Linea strategica 3*

**Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività di specifici settori (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, edilizia, ecc.) e rafforzare nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico**

L'attuazione di due regolamenti (1907/2006 REACH, 1272/2008 CLP) persegue l'approccio strategico per la gestione internazionale dei prodotti chimici (Strategic Approach to International Chemicals Management - SAICM). I citati regolamenti mirano a favorire l'ottimizzazione della gestione dei prodotti chimici durante tutto il loro ciclo di vita, affinché le sostanze siano prodotte, utilizzate e recuperate in modo da ridurre al minimo gli impatti negativi sulla salute umana e sull'ambiente.

Per garantire il corretto svolgimento dei compiti degli operatori del Servizio Sanitario Regionale nella gestione del rischio chimico e tutelare la salute della popolazione è necessario aggiornare e sviluppare le conoscenze e competenze degli operatori del Servizio Sanitario Regionale in materia di sicurezza chimica, in sinergia con la rete SNPA. Occorrerà inoltre continuare a sostenere un'efficace azione di controllo non solo su prodotti chimici immessi sul mercato europeo ma anche nelle fasi di produzione lungo la filiera distributrice. È altresì rilevante favorire a livello nazionale e regionale l'integrazione tra i piani di controllo settoriali per rafforzare l'azione di verifica della conformità di prodotti e di imprese.

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

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

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

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

Per contribuire a superare le criticità in questo settore è importante anche l'elaborazione di strumenti di valutazione della rispondenza ai requisiti, igienico-sanitari e di qualità dell'aria indoor degli edifici con diverse destinazioni d'uso, destinati agli operatori delle ASL.

Il Ministero della Salute ha definito un elenco di buone pratiche ed obiettivi prestazionali che integrino l'esigenza di risparmio energetico con le esigenze di comfort e sicurezza per la costruzione/ristrutturazione di edifici da inserire nel regolamento Edilizio Tipo regionale. Tali indicazioni permettono di armonizzare la regolamentazione e favorire una progettazione integrata. Sono, inoltre, necessari interventi di formazione specifica destinati agli operatori dei Dipartimenti di prevenzione e ai diversi portatori di interesse.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Prevenire e eliminare gli effetti ambientali e sanitari avversi, in situazioni dove sono riconosciute elevate pressioni ambientali, come ad esempio i siti contaminati, tenendo conto delle condizioni socio-economiche nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze**

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

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

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

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

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

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

- la valutazione di impatto sulla salute quale misura condizionante le scelte strategiche, incentivando in particolare le misure per la riduzione della produzione dei rifiuti;
- le iniziative di promozione della salute e di sensibilizzazione, anche sul tema della corretta gestione dei rifiuti domestici, nell'ottica dell'economia circolare, della sostenibilità ambientale e tutela della salute, rafforzando i processi di comunicazione e partecipazione.

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

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

Il settore sanitario deve contribuire direttamente alle politiche di sostenibilità ambientale e di mitigazione dei CC. A tal fine sono necessari specifici interventi formativi del personale sanitario, in particolare MMG e PLS, riguardo i rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici e le misure di prevenzione, in linea con l'approccio *One Health,* nonché interventi di informazione e sensibilizzazione della popolazione. Le istituzioni sanitarie devono impegnarsi anche nel rafforzare la resilienza e sicurezza delle proprie strutture, al fine di tutelare la salute del personale sanitario, dei pazienti ricoverati e degli altri utenti delle strutture.

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

**Promuovere l'applicazione di misure per ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica, nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria**

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

Per garantire condizioni di sanità e benessere animale e di sicurezza degli alimenti che ne derivano, sono attivate iniziative di formazione e informazione rivolti ai veterinari del SSN, ai veterinari liberi professionisti, agli allevatori, agli agricoltori e ai consulenti coinvolti nelle produzioni agro-zootecniche.

Devono essere rafforzate attività finalizzate a coinvolgere il personale responsabile della sorveglianza delle aree naturali protette, anche attraverso specifici protocolli d'Intesa, al fine di supportare i servizi veterinari territoriali per limitare il diffondersi e la trasmissione di malattie tra gli animali selvatici e gli animali domestici, che potrebbe comportare anche un rischio per la salute umana.

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

---

## MO6 - Malattie infettive prioritarie

- Le malattie infettive continuano ad essere una delle più rilevanti cause di malattia, disabilità e morte. La globalizzazione e la frequenza e velocità degli spostamenti di merci e persone favoriscono la diffusione di microorganismi, spesso antibiotico-resistenti, con potenziale rischio elevato di esportazione tra Paesi geograficamente distanti.
- L'emergenza (virus Ebola, SARS-CoV-2) e/o la ri-emergenza (poliovirus selvaggio, virus epatite A) di agenti infettivi impattano sulla sostenibilità dei sistemi sanitari, come ha dimostrato la recente diffusione del coronavirus (SARS-CoV-2). La diffusione di quest'ultimo ha determinato la necessità della dichiarazione dello stato di emergenza internazionale di salute pubblica da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e ha reso necessario assumere con effetto immediato iniziative di carattere straordinario e urgente, per fronteggiare adeguatamente possibili situazioni di rischio per la salute della popolazione. L'emergenza ha confermato la necessità di rafforzare le misure volte a migliorare la capacità del sistema sanitario di rispondere a un eventuale situazione di crisi, nonché a proseguire l'impegno nei programmi di prevenzione delle malattie infettive, avviandone di nuovi se opportuno, garantendone applicabilità e sostenibilità.
- La sorveglianza delle malattie infettive rientra tra le prestazioni definite dall'allegato A del Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"
- Si riportano di seguito gli ambiti di intervento ritenuti prioritari sui quali dovranno essere concentrate le attività di prevenzione.

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

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

**Morbillo e rosolia**

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

**Malattie prevenibili da vaccino (MPV)**

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

**Infezioni sessualmente trasmesse (IST)**

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

La percentuale di HIV positivi tra le persone con una IST confermata e in atto è in continuo incremento dal 2008.

**HIV e AIDS**

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

**Tubercolosi (TBC)**

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

**Zoonosi**

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

**Malattie trasmesse da vettori**

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

**Poliomielite**

- Nonostante i progressi realizzati, il processo di eradicazione del virus appare rallentato e complicato per la persistenza di infezioni inapparenti con conseguente circolazione del virus nell'ambiente.
- Il rischio di reintroduzione di poliovirus nel nostro Paese è legato alla frequenza di viaggi internazionali, diretti e/o provenienti, da aree in cui persistono focolai infettivi da poliovirus o in cui si usa ancora il vaccino orale Sabin per le campagne di vaccinazione.
- L'aumento di scambi internazionali e il verificarsi di focolai di poliomielite in Paesi già dichiarati liberi dalla poliomielite richiama l'attenzione sulla possibilità che la malattia possa riemergere e sulla necessità di mantenere alte coperture vaccinali (almeno il 95% della popolazione) e sistemi di sorveglianza efficienti per la precoce identificazione di casi e/o di virus circolante nell'ambiente e conseguenti opportuni interventi di contenimento.

**Epatiti virali B e C**

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

**Antimicrobico-resistenza (AMR)**

- Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è un'emergenza di sanità pubblica a livello globale. L'OMS, riconosce che può essere affrontato solo con interventi coordinati multisettoriali e promuove un approccio *One Health*, sistematizzato nel 2015 con l'approvazione del Piano d'Azione Globale per contrastare l'AMR. Il 2 novembre 2017 è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il Piano nazionale di contrasto dell'AMR (PNCAR) 2017-2020, coerente con l'approccio *One Health*. È auspicabile che grazie al PNCAR siano attuate azioni di contrasto concrete e efficaci che passino attraverso una armonizzazione delle strategie in atto nelle diverse realtà del Paese.

**Infezioni correlate all'assistenza (ICA)**

- Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite nel corso dell'assistenza e possono verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali ospedalieri e territoriali. Il rischio infettivo associato all'assistenza ha un posto particolare nell'ambito dei rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, per dimensioni, complessità dei determinanti e trend epidemiologico in aumento.
- L'impatto clinico-economico è rilevante: secondo un rapporto dell'OMS, le ICA causano prolungamento della degenza, disabilità a lungo termine, aumento dell'antibiotico-resistenza (AMR), costi aggiuntivi e mortalità in eccesso. Il PNCAR, approvato il 2 novembre 2017, evidenzia la necessità di Linee di indirizzo uniche e un più forte coordinamento nazionale, per

poter guidare meglio e armonizzare le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA e garantire il rispetto in tutto il paese di standard comuni condivisi.

- Elemento preliminare ai fini dell'individuazione delle strategie di prevenzione più appropriate è la corretta e sistematica identificazione dei **fattori di rischio e dei determinanti**:
  - esposizione all'agente eziologico
  - presenza di soggetti suscettibili nella popolazione generale e in specifici sottogruppi
  - comportamenti e atteggiamenti individuali, nella popolazione generale che provocano una maggior esposizione oppure una minore adesione ai trattamenti di cura, alle misure di profilassi, all'offerta di vaccinazioni;
  - bassa *compliance* degli operatori sanitari nei confronti della sorveglianza delle malattie trasmissibili e delle misure di prevenzione;
  - comportamenti e atteggiamenti degli operatori sanitari nelle pratiche assistenziali
  - vulnerabilità del sistema di risposta alle emergenze infettive (inclusi i focolai epidemici)

  Agiscono, infine, come fattori che non favoriscono la prevenzione delle infezioni sia la particolare complessità ed eterogeneità organizzativa dei servizi di prevenzione sia l'insufficiente coordinamento tra i diversi livelli di competenza territoriale.

## Strategie

- La prevenzione delle malattie trasmissibili negli ambiti prioritari indicati si avvale delle seguenti strategie fondamentali:

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

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

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

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

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

     Appare, inoltre, di fondamentale importanza la sorveglianza epidemiologica delle epatiti B e C per indirizzare in maniera efficace gli interventi di prevenzione, concentrando gli sforzi su quelle fasce della popolazione maggiormente affette dall'infezione nelle quali è necessario

promuovere la diagnosi e l'accesso alle cure. L'impegno dovrà essere teso a: aumentare l'offerta per i test di screening onde poter far emergere le infezioni nascoste, progettare azioni di comunicazioni, a livello regionale coordinate a livello nazionale, rivolte soprattutto agli operatori sanitari per potenziare le attività di prevenzioni nei luoghi di cure e di comunicazione alla popolazione, promuovere azioni di prevenzione rivolte ai soggetti appartenenti ai gruppi a rischio.

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

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

2. **L'organizzazione per le emergenze infettive,** sviluppando sia azioni di prevenzione (mirate alla riduzione dei rischi) sia interventi di preparazione alle emergenze. Si tratta di potenziare la funzione di intelligence per anticipare le possibili situazioni critiche (orientando a questo fine anche la funzione di sorveglianza epidemiologica), di preparare procedure e piani e protocolli per la gestione delle principali tipologie di emergenza di sanità pubblica, attraverso:
   - la definizione di un modello organizzativo per la gestione delle principali emergenze che comprenda la previsione e applicazione di misure di prevenzione e controllo delle infezioni in tutte le strutture sanitarie, inclusi i servizi di pronto soccorso;
   - la definizione di modalità di coordinamento con i diversi livelli istituzionali centrali e regionali e tra le varie competenze territoriali nella attuazione degli interventi di prevenzione, nella raccolta e nel periodico ritorno delle informazioni, nel sistematico monitoraggio della qualità e dell'impatto delle azioni;
   - una adeguata formazione degli operatori sanitari coinvolti, dei MMG e dei PLS;
   - interventi di comunicazione per la popolazione
3. **Il rafforzamento e miglioramento del monitoraggio delle coperture vaccinali**, mediante il completamento delle anagrafi vaccinali informatizzate a livello locale/regionale, interoperabili con quella nazionale, favorisce la disponibilità e l'accesso a tutti i punti di somministrazione delle vaccinazioni (centri vaccinali, reparti ospedalieri, MMG, PLS).

4. **Il rafforzamento degli interventi di prevenzione,** individuati in base alla loro efficacia di campo e offerti in modo tempestivo e omogeneo alla popolazione. Il contrasto alla diffusione delle malattie richiede un complesso integrato di interventi che comprendono, in varia misura: la corretta informazione e educazione dei soggetti, l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione, la promozione della immunizzazione attiva e la profilassi dei soggetti esposti, la tempestività e la qualità delle diagnosi, l'appropriatezza e la completezza dei trattamenti terapeutici, il monitoraggio degli esiti degli interventi e dei loro eventuali eventi avversi. Nel prossimo quinquennio l'impegno dovrà essere teso a: la realizzazione del concetto di adesione consapevole, da parte della popolazione, all'offerta dei diversi interventi preventivi; il superamento delle differenze territoriali in termini sia di standard di copertura che di qualità dell'offerta; la promozione dell'equità verticale potenziando le azioni di prevenzione rivolte ai soggetti più a rischio e ai gruppi più difficili da raggiungere.

5. **La comunicazione rivolta alla popolazione e la formazione degli operatori sanitari.** Una comunicazione assolutamente trasparente, che garantisca accessibilità, accuratezza, coerenza e semplicità dei contenuti, che assicuri il dialogo e lo scambio delle conoscenze. Le priorità per il prossimo quinquennio sono: la progettazione di azioni di comunicazione articolate su scala locale, regionale e coordinate a livello nazionale, l'offerta di iniziative di formazione specifiche per i professionisti della sanità pubblica sulle tematiche prioritarie individuate.

- **Il coordinamento e l'integrazione funzionale** tra i diversi livelli istituzionali e le varie competenze territoriali nella attuazione degli interventi di prevenzione, nella raccolta e nel periodico ritorno delle informazioni, nel sistematico monitoraggio della qualità e dell'impatto delle azioni poste in essere.
- Trasversale a tutte queste strategie è l'attenzione alla protezione delle persone a rischio per la presenza di patologie croniche, per età o per stati di riduzione delle difese immunitarie. Va, inoltre, considerata la criticità legata alle problematiche sociali, alla crescita della povertà e ai fenomeni migratori.

## Monitoraggio e valutazione del PNP e dei PRP

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

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

  A partire da questi elementi, le Regioni costruiscono la pianificazione regionale (**Quadro logico regionale** – QLr) attraverso una articolazione dei PRP, e, a cascata, dei piani attuativi locali, tale da "coprire" tutti gli obiettivi del PNP con Programmi il più possibile integrati e trasversali, anche ai fini del miglior uso delle risorse disponibili nel contesto di riferimento.
- La Tabella 1 schematizza gli elementi del QLc e del QLr.

**Tabella 1- Struttura del PNP e dei PRP**

| QLc | | | | | QLr | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Macro Obiettivi | Obiettivi strategici | Linee strategiche di | LEA di riferimento | Indicatori degli | Programmi Predefiniti | Obiettivi Specifici | Indicatori di monitoraggio | Azioni |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | intervento | | Obiettivi strategici | Programmi Liberi | | | |

## Programmi Predefiniti e Programmi Liberi

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

  -I PRP sono organizzati in Programmi.

  -Il Programma è l'unità elementare di pianificazione nonché l'oggetto del monitoraggio dei PRP.

  -I Programmi vengono definiti coerentemente alla specificità e alla analisi del contesto regionale (documentate nel profilo di salute, prerequisito di tutti i PRP).

  -I Programmi devono, nel complesso del PRP, coprire tutti i Macro Obiettivi e tutti gli Obiettivi strategici del PNP, tenendo conto che un Programma può, e auspicabilmente dovrebbe, essere il più possibile trasversale a più Macro obiettivi e a più Obiettivi strategici (dello stesso Macro obiettivo o di altri), al fine di declinare i principi fondanti del PNP (ottica *One Health*, approccio *life-course* e per *setting*, trasversalità degli interventi rispetto ad obiettivi e setting).

  -I Programmi devono rispondere alle Linee strategiche del PNP che, per loro stessa definizione, scendono ad un dettaglio più ampio ed articolato degli Obiettivi strategici ai quali afferiscono, proprio perché ne forniscono l'indicazione attuativa.

  -Alcuni Programmi, correlati ad uno o più Obiettivi strategici e Linee strategiche del Macro o dei Macro obiettivi di riferimento, sono "predefiniti" (**Programmi Predefiniti** - PP).

  -I PP:

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

  -I PP rispondono alle seguenti finalità:

  - ✓ rendere attuabili, e quindi più facilmente esigibili e misurabili, i programmi del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica";
  - ✓ rafforzare il raccordo strategico ed operativo tra il PNP, i nuovi LEA e i Piani di settore/Documenti di programmazione nazionale affinché convergano, in maniera efficiente ed efficace, verso obiettivi comuni;
  - ✓ diffondere su tutto il territorio nazionale metodologie, modelli e azioni basati su evidenze di costo-efficacia ed equità, raccomandazioni e buone pratiche validate e documentate;
  - ✓ includere all'interno del sistema di monitoraggio dei PRP anche misure di copertura e impatto delle suddette azioni/buone pratiche;
  - ✓ vincolare ed omogenizzare il sistema di monitoraggio dei PRP, dal momento che le Regioni sono tenute a rendicontare, con indicatori uguali per tutte, i PP individuati per quegli Obiettivi.

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

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

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

  -Entrambi i Programmi (PP e PL) perseguono:

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

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

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

-I PP che il Piano individua sono i seguenti:

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

-Le Schede descrittive dei PP sono parte integrante del format di pianificazione/rendicontazione/monitoraggio dei PRP implementato in piattaforma *web based*.

---

## Strumenti a supporto della pianificazione

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

1. **Piattaforma *web based* (PF)**

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

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

A queste si aggiungono, nella versione 2020-2025, le seguenti funzionalità:
-Pianificazione: presentazione da parte di ciascuna Regione del PRP
-*Repository* di documenti a supporto della pianificazione oltre che della valutazione e del monitoraggio dei Piani
-Analisi di dati a fini valutativi e di ricerca: produzione di report statistici su dati della PF.
Il passaggio all'utilizzo sistematico ed esclusivo della PF per la presentazione dei PRP ha lo scopo di indirizzare le Regioni a seguire una metodologia unica e condivisa nel redigere i Piani. Da qui l'identificazione di un "format", per l'inserimento e la valutazione della pianificazione di Programma, in grado di accogliere sia i PP che i PL.

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

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

3. **Schede degli indicatori degli Obiettivi strategici**

   Per ciascun indicatore, le scheda fornisce i seguenti elementi:
   a. formula di calcolo;
   b. fonte dei dati;
   c. indicazioni operative per l'interpretazione dell'indicatore;
   d. ove possibile trend o valore puntuale atteso nei 5 anni di vigenza del PNP.

---

## Monitoraggio e valutazione dei PRP e del PNP

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

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

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

---

## Criteri di certificazione

Con Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005, sono stati individuati gli Adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al SSN. A tutt'oggi il PNP

è parte integrante dell'Adempimento "Prevenzione". Di seguito sono indicate regole e tempistica della valutazione finalizzata alla certificazione del PNP 2020-2025 in relazione al suddetto Adempimento.

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

# 1 Introduzione

## 1.1 Le prospettive del PNP 2020-2025 e l'impatto della pandemia da COVID-19

L'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da COVID-19 ha mostrato che gli interventi di Sanità Pubblica sono fondamentali per lo sviluppo economico e sociale di un Paese e che la salute di tutti dipende dalla salute di ciascuno. Il Piano nazionale della prevenzione (PNP) rappresenta la cornice comune degli obiettivi di molte delle aree rilevanti per la Sanità Pubblica. L'emergenza COVID-19 ha evidenziato l'esigenza di rimodulare e potenziare, nel breve e medio termine, gli interventi di prevenzione del rischio e promozione della salute basati su reti integrate di servizi sociosanitari e sul coinvolgimento della popolazione in processi di *empowerment*. Il PNP 2020-2025 diventa quindi strumento a sostegno della capacità di risposta all'attuale e ad altre eventuali pandemie, confermando, in linea con il PNP 2014-2018, prorogato al 2019, la volontà e l'impegno delle Istituzioni centrali e regionali ad investire nella promozione della salute e nella prevenzione, attraverso i Piani Regionali della Prevenzione (PRP) e le Linee di supporto (Azioni centrali) pertinenti al livello di governo centrale.

La *governance* della prevenzione è un elemento strategico per le scelte di *policy* e di programmazione degli interventi e si fonda sull'integrazione delle politiche nazionali/regionali/locali attraverso una pianificazione coordinata, condivisa e partecipata delle stesse, per favorire il raggiungimento dei risultati di salute. Per tutti i livelli (centrale, regionale e locale), fattori fondamentali nella *governance* sono il monitoraggio e la valutazione del PNP e dei PRP per misurarne l'impatto sia nei processi sia negli esiti di salute. Strumento operativo complementare a quest'ultima funzione è l'attività di verifica degli adempimenti dei Livelli essenziali di Assistenza (LEA) e di monitoraggio dei LEA.

Il Ministero della salute guida la programmazione, svolgendo una funzione di indirizzo, promozione e coordinamento centrale, nonché di accompagnamento alle Regioni, che a loro volta svolgono tale funzione nei confronti delle Aziende sanitarie.

## 1.2 Il PNP come strumento di attuazione dei LEA

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017 ha definito e aggiornato i LEA. Il DPCM ridefinisce completamente il livello della Prevenzione. La denominazione da "Assistenza sanitaria collettiva" diventa "*Prevenzione collettiva e sanità pubblica"* della quale vengono esplicitati missione *(salute della collettività)* e obiettivo generale *(evitare l'insorgenza delle malattie).* Vengono quindi declinate con maggiore chiarezza attività e prestazioni che caratterizzano i processi di prevenzione, rispetto all'ambito assistenziale.

Il sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione che caratterizza il PNP 2020-2025 rappresenta uno degli strumenti per dare attuazione e concretezza al LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", contestualizzando nei Macro Obiettivi programmi e relativi processi e azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute.

## 1.3 Il PNP e i Piani di settore

Il PNP e i PRP svolgono un ruolo di *governance* e orientamento, favorendo il collegamento e l'integrazione tra le azioni previste da leggi, regolamenti, Piani di settore. L'obiettivo è diffondere processi efficaci ed efficienti di promozione della salute e prevenzione, nel rispetto di obiettivi specifici e linee di attività previste da Piani di settore e/o da normative vigenti.

Le principali aree di integrazione riguardano:

- cronicità e connessione con il relativo Piano Nazionale;
- malattie trasmesse con gli alimenti attraverso: integrazione tra i risultati della sorveglianza umana e quelli dei controlli di laboratorio sulle matrici alimentari e i collegamenti con il Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (esposizione a rischi di mangimisti, allevatori e veterinari e rischi ambientali);

- malattie trasmesse da vettori, anche in merito alla sorveglianza sui nuovi insetti circolanti e sulle influenze dei cambiamenti climatici;
- gestione delle emergenze epidemiche umane ed animali, inclusa quella da COVID-19;
- igiene urbana veterinaria;
- produzione, commercio ed impiego di prodotti chimici tra cui i fitosanitari;
- prevenzione del "rischio chimico", secondo un'ottica orientata alla tutela della salute e all'ambiente;
- rapporti con la rete oncologica, i registri tumori, i Distretti e i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta (MMG e PLS), anche al fine di collegare le conoscenze sui siti contaminati e sulle relative sostanze chimiche con i percorsi di diagnosi clinica dei tumori;
- promozione della salute in gravidanza e nei primi 1000 giorni;
- integrazione delle tematiche ambientali con quelle relative alla promozione della salute, in particolare per l'attuazione degli indirizzi adottati nella Sesta Conferenza Interministeriale della Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) su ambiente e salute di Ostrava 2017, in relazione alle correlazioni tra biodiversità e salute umana e per il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile sottoscritta nel 2015 dai 193 Paesi membri dell'Organizzazione delle Nazione Unite (ONU);
- relazioni con l'INAIL riguardo l'esposizione dei lavoratori a rischi chimici o fisici.

**Sulla base dell'esperienza del precedente Piano, il PNP 2020-2025:**

- **riafferma il modello di *governance* intersettoriale e multilivello;**
- **sostiene la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) alle emergenze sanitarie;**
- **sostiene un maggiore coinvolgimento della comunità e dei suoi gruppi di interesse, attraverso idonei modelli organizzativi;**
- **favorisce il processo di attuazione dei LEA della prevenzione anche attraverso un adeguato sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione dei processi e dei risultati;**
- **promuove le attività di prevenzione volte ad integrare le azioni già previste da leggi, regolamenti o Piani di settore con quelle improntate a sostenere una nuova visione e cultura della prevenzione.**

# 2 Vision e principi

La *vision* del Piano prende spunto dai principali indirizzi delle istituzioni internazionali ed europee elaborati ed adottati con il concorso dei diversi Paesi, tra cui l'Italia.

## 2.1 L'ottica *One Health* e gli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 dell'ONU

Il PNP 2020-2025 rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*).

Per garantire a tutti i cittadini un futuro all'insegna di uno sviluppo in salute e più sostenibile, occorre affrontare tutti i determinanti socio-culturali, ambientali, relazionali ed emotivi che influenzano la salute, attraverso una programmazione *multistakeholder*, condivisa e partecipata, con il coinvolgimento attivo delle comunità nei processi decisionali. Ciò è in linea con l'approccio *One Health* che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi.

L'approccio *One Health* consente di affrontare la questione trasversale della biodiversità e della salute umana, così come il contrasto efficace all'antimicrobico-resistenza, problema crescente di dimensioni globali, o come il contrasto all'emergenza di epidemie e pandemie che trovano origine nelle manomissioni e degrado degli ecosistemi con conseguenti trasferimenti di patogeni *(spillover)* dalla fauna selvatica a quella domestica, con successiva trasmissione all'uomo.

La drammatica recente esperienza della pandemia da SARS-COV 2 ha rimarcato come uomo, animali e ambiente siano fortemente connessi in una relazione di interdipendenza e ha reso consapevoli che potrebbero presentarsi nuove emergenze per la diffusione di altri microorganismi patogeni a causa di modifiche e trasformazioni globali degli ecosistemi, anche conseguenti ad attività umane irrispettose dell'ambiente (deforestazione, allevamenti intensivi, ecc.). L'epidemia ha aumentato la consapevolezza che le risorse del pianeta, sia naturali sia di beni materiali, non sono illimitate e che è necessario abituarsi a ragionare in termini di risparmio e di uno stile di vita diverso, più misurato e solidale. Inoltre ha portato alla luce le già note implicazioni dell'equità sulla salute, dal momento che le fasce deboli della popolazione (anziani, malati cronici, ecc.), le quali non sono equamente distribuite rispetto a fattori sociali, geografici, ecc., sono risultate essere quelle maggiormente colpite dal virus più e suscettibili alle sue conseguenze sfavorevoli.

L'approccio *One Health* mira a ricomprendere in una strategia comune sanità umana e animale, contrasto del cambiamento climatico e difesa della biodiversità del pianeta, secondo una logica in cui la prevenzione rappresenta l'elemento centrale per salvaguardare in ogni comunità, dal livello locale fino al livello mondiale, "beni comuni" come la salute, l'ambiente e la biodiversità.

L'approvazione dell'Agenda 2030, con i suoi 17 obiettivi, concepiti come inscindibili e pensati in modo da integrarsi e interagire tra loro, ha rappresentato una evoluzione verso un approccio combinato, in cui tutti gli obiettivi tengono conto degli aspetti economici, sociali e ambientali e mirano a porre fine alla povertà, restituire la dignità alle persone e, nel contempo, a preservare la natura e l'ambiente, rispondendo ai bisogni del presente senza compromettere la capacità delle generazioni future di soddisfare i propri. Ciò richiede l'impegno costante dei Governi e la collaborazione a livello internazionale e nazionale, ma anche un'azione coerente delle autorità e delle comunità locali.

La Dichiarazione di Ostrava, approvata nel giugno 2017 dai Ministri della salute e dell'ambiente degli Stati membri della Regione europea dell'OMS durante la Sesta Conferenza ministeriale su ambiente e salute, sottolinea la necessità di rafforzare l'impegno a livello internazionale e nazionale per migliorare le strategie di protezione dell'ambiente e prevenire/eliminare gli effetti avversi, i costi e le disuguaglianze

delle condizioni che impattano sull'ambiente e sulla salute. La Dichiarazione riconosce che il benessere delle popolazioni è strettamente legato agli obiettivi dell'Agenda 2030 e agli obiettivi dell'Accordo di Parigi sul clima del 2015 che, necessariamente, devono far parte integrante di una strategia su ambiente e salute.

Con il documento "*Il futuro sostenibile dell'Europa: prossime tappe",* anche l'Unione Europea ha evidenziato le priorità per contribuire ai 17 obiettivi dell'Agenda 2030[1]; per l'Italia, nel dicembre 2017, il CIPE ha approvato la Strategia nazionale per lo sviluppo sostenibile (SNSvS), la cui attuazione si raccorda con i documenti programmatici esistenti, in particolare con il Documento di Economia e Finanza (DEF), nel quale sono inclusi gli indicatori di benessere equo e sostenibile (BES[2]). Inoltre, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri è stata istituita la "Commissione nazionale per lo sviluppo sostenibile" e le Regioni, sono impegnate, con il supporto del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare (MATTM), nella redazione della Strategia Regionale per lo Sviluppo Sostenibile.

La definizione della SNSvS può rappresentare un'opportunità per il raggiungimento degli obiettivi del PNP, favorendo a vari livelli lo sviluppo di politiche e azioni trasversali e il coinvolgimento dei vari settori su obiettivi condivisi, compresi quelli inerenti alla salute, al benessere e alla qualità della vita.

## 2.2 Promozione della salute e prevenzione: cardini dell'assistenza primaria

Con il Documento di consenso della "Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute" del 1986 (noto come "Carta di Ottawa"), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la Promozione della Salute come *«il processo che consente alle persone e alle comunità di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla.».* Il Documento esplicita i cinque obiettivi da perseguire per sostanziare tale definizione: *1. Costruire una politica pubblica per la salute; 2. Creare ambienti favorevoli; 3. Dare forza all'azione della comunità; 4. Sviluppare le abilità personali; 5. Riorientare i servizi sanitari.*

L'elemento strategico di innovazione del PNP 2020-2025 sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione (nella sua articolazione di compiti e responsabilità che coinvolge tutti i servizi socio-sanitari del territorio, sviluppata e/o orientata dai Dipartimenti di Prevenzione) verso un "approccio" di Promozione della Salute, rendendo quindi trasversale a tutti i Macro Obiettivi lo sviluppo di strategie di *empowerment* e *capacity building* raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS, coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa.

Alla luce di alcuni degli elementi emersi nel corso della pandemia da COVID-19 in relazione all'importanza dello sviluppo di servizi territoriali per fare fronte ai bisogni di salute esterni all'offerta ospedaliera, appare utile richiamare che il concetto di Promozione della Salute nasce dall'affermazione del concetto di assistenza sanitaria primaria (rif. WHO Conferenza Internazionale sulla Assistenza Sanitaria Primaria del 1978 - "Dichiarazione di Alma Ata") - dove si sancisce che "*(...) L'assistenza sanitaria primaria: (...) riflette e si sviluppa dalle condizioni economiche e dalle caratteristiche socioculturali e politiche di un paese e delle sue comunità essa si fonda sul l'applicazione dei risultati significativi ottenuti dalla ricerca sociale, biomedica e nei servizi sanitari e sull'esperienza maturata in sanità pubblica; (...) affronta i principali problemi di salute nella*

[1]Il principio dello sviluppo sostenibile è presente nel quadro normativo comunitario fin dal Trattato di Amsterdam (art. 3) del 1997 ed è oggi inserito nel Trattato di Lisbona (art. 3), entrato in vigore il 1° dicembre 2009, che costituisce attualmente la carta fondamentale dell'Unione europea. Inoltre dal 2010 si è dotata di un quadro strategico decennale per la crescita e l'occupazione (Strategia "Europa 2020") basata su tre priorità tra loro reciprocamente interconnesse: crescita intelligente, mediante lo sviluppo di un'economia basata sulla conoscenza, la ricerca e l'innovazione; crescita sostenibile.

[2] Con la Legge 163/2016 che ha riformato la legge di bilancio, il BES è entrato per la prima volta nel processo di definizione delle politiche economiche evidenziandone l'effetto su alcune dimensioni fondamentali per la qualità della vita. In virtù di tale norma, il Ministero dell'Economia e delle Finanze con il Decreto del 16 ottobre 2017 ha adottato 12 indicatori di benessere equo e sostenibile: reddito medio disponibile aggiustato pro capite; indice di diseguaglianza del reddito disponibile; indice di povertà assoluta; speranza di vita in buona salute alla nascita; eccesso di peso; uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione; tasso di mancata partecipazione al lavoro, con relativa scomposizione per genere; rapporto tra tasso di occupazione delle donne di 25-49 anni con figli in età prescolare e delle donne senza figli; indice di criminalità predatoria; indice di efficienza della giustizia civile; emissioni di CO2 e altri gas clima alteranti; indice di abusivismo edilizio. L'Istat pubblica annualmente un Rapporto sugli indicatori BES e presenta periodicamente un aggiornamento degli indicatori utili alla misurazione dello sviluppo sostenibile e al monitoraggio dei suoi obiettivi.

*comunità, fornendo i necessari servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione; (…) comprende almeno l'educazione sui principali problemi di salute e sui metodi per prevenirli e controllarli; (…) coinvolge, oltre al settore sanitario, tutti gli altri settori e aspetti dello sviluppo nazionale e della comunità che sono collegati, in particolare l'agricoltura, la zootecnia, la produzione alimentare, l'industria, l'istruzione, l'edilizia, i lavori pubblici, le comunicazioni e altri settori inoltre necessita del coordinamento delle attività tra tutti questi settori;(…) richiede e promuove al massimo l'autonomia dell'individuo e della comunità e la partecipazione alla progettazione, organizzazione, funzionamento e controllo dell'assistenza sanitaria primaria stessa (…), per questo fine sviluppa, attraverso un'adeguata educazione, la capacità delle comunità a partecipare (…)"*

Anche alla luce delle recenti esperienze legate alla pandemia da COVID-19, e in un contesto di conseguente crisi economica, è necessario che il SSN si ponga nuovi obiettivi organizzativi del sistema in cui esprimere i valori professionali dei diversi operatori. Essendo prioritario garantire equità, continuità e omogeneità di accesso agli interventi preventivi e alle prestazioni sanitarie in servizi di qualità per tutti i cittadini, è indispensabile programmare e progettare sempre più in modo integrato ed in termini di rete coordinata e integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel Territorio e gli Ospedali, i quali se isolati tra di loro e separati dal territorio che li circonda non possono rappresentare l'unica risposta ai nuovi bisogni imposti dall'evoluzione demografica ed epidemiologica. È necessario quindi disporre di sistemi flessibili di risposta, con capacità di richiamare su temi emergenti risorse umane per i compiti da svolgere in tempi rapidi. Questa capacità di reazione alle emergenze va preparata con formazione di operatori di tutti i settori, che al momento opportuno possano lavorare in sinergia su uno stesso obiettivo.

## 2.3 Intersettorialità e Salute in tutte le politiche *(Health in all Policies)*

L'intersettorialità si basa sul riconoscimento della salute quale processo complesso e dinamico che implica interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali. Ne discende quindi una corresponsabilità da parte di tutti i settori le cui politiche, a vario titolo, hanno impatto su tali determinanti (governi a tutti i livelli, terzo settore, associazionismo, impresa, commercio, mobilità, ricerca, sistema sociale e sanitario, istruzione, ecc.).

Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono necessarie alleanze e sinergie tra forze diverse. "Salute in tutte le Politiche" *(Health in all Policies)* significa quindi riconoscere nelle decisioni politiche dei diversi settori il benessere generale della popolazione come obiettivo comune.

Costruire convergenze programmatiche e alleanze di scopo e coinvolgere il più ampio e qualificato numero di *stakeholder* è, dunque, un passaggio determinante, che richiede l'individuazione dei diversi livelli decisionali e di *policy making* e presuppone la creazione di occasioni di confronto, scambio, contaminazione di competenze e linguaggi, riconoscimento di identità e ruoli diversi.

L'esperienza COVID-19 ha evidenziato ancora una volta l'importanza della collaborazione intersettoriale per affrontare le complesse conseguenze non solo sanitarie dell'epidemia (ad es. impatto economico, sociale e psicologico della crisi e del *lockdown*) e della cooperazione in ambito scientifico attraverso la condivisione dei dati sia per le valutazioni epidemiologiche sia per la ricerca di farmaci efficaci e la messa a punto di un vaccino.

La pandemia e le sue conseguenze hanno imposto non solo una radicale trasformazioni delle modalità nelle normali relazioni sociali, ma soprattutto la improrogabilità di un cambiamento del sistema sanitario e dei suoi assetti organizzativi. È necessario un ripensamento delle reti territoriali di prevenzione e dei percorsi di presa in carico dei pazienti che, garantendo la centralità della persona, siano fortemente orientati ai bisogni della comunità, attraverso il coinvolgimento di più attori sanitari (Dipartimenti di prevenzione, MMG e PLS, Usca-Unità speciali di continuità assistenziale, strutture territoriali intermedie, laboratori, ospedali, Cliniche Universitarie, ecc.) e non sanitari (Sindaci, Prefetti e Forse dell'Ordine, Protezione civile/CROSS, Associazionismo/Volontariato, Società civile, Imprese, relazioni industriali, ecc.).

È sempre più evidente, infatti, che per la salute pubblica è necessaria l'attenzione ai determinanti sociali e ambientali e che il territorio deve essere in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva (individuazione casi sospetti e/o positivi e controllo dei contatti, gestione isolamento domiciliare, appropriato ricovero ospedaliero, ecc.), sia per garantire

interventi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.) ed affrontare le sfide della promozione della salute e della prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità.

## 2.4 Centralità della persona e delle comunità

La centralità della persona e delle comunità è uno dei temi più ricorrenti delle politiche sanitarie e socio-sanitarie introdotte in questi ultimi anni a livello nazionale ed internazionale, in particolare di "Salute 2020"[3]. Affermare la centralità della persona e delle comunità nell'ambito della programmazione sanitaria e sociosanitaria significa riconoscere che la salute, individuale e collettiva, è un processo il cui equilibrio è determinato da fattori sociali ed economici oltre che biologici.

In tale contesto la promozione della salute è chiamata a caratterizzare le politiche sanitarie non solo nell'obiettivo di prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche, ma anche a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza e capacità di controllo (*empowerment*) che mantenga o migliori il capitale di salute.

Il PNP 2020-2025 intende consolidare l'attenzione alla centralità della persona, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l'*Health literacy* (alfabetizzazione sanitaria) ossia *il grado con cui gli individui hanno la capacità di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e usufruire dei servizi necessari per rendere adeguate le decisioni di salute* (OMS) e ad accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività (*empowerment)* e di interagire con il sistema sanitario *(engagement)* attraverso relazioni basate sulla fiducia.

MMG, e PLS, sono figure chiave per favorire l'*health literacy* e l'*empowerment* dei cittadini e per contrastare le disuguaglianze. Pertanto è necessario il loro attivo coinvolgimento, nell'ambito delle attività territoriali di promozione della salute, prevenzione e assistenza sanitaria primaria, affinché la loro azione sia di coerente supporto agli obiettivi nazionali di prevenzione.

## 2.5 Approccio *life-course*, per *setting* e di genere

L'approccio *life course* consente di ridurre i fattori di rischio individuali e rimuovere le cause che impediscono ai cittadini l'accesso ad ambienti e a scelte di vita salutari, mettendo in atto l'azione preventiva già a partire dai primi 1000 giorni, cioè nel periodo che intercorre tra il concepimento e i primi due anni di vita del bambino, arco temporale decisivo per gettare le basi della salute degli individui.

Il PNP 2020-2025 rafforza l'approccio *life course* in considerazione del fatto che ad un aumento dell'aspettativa di vita registrato nell'ultimo decennio non corrisponde un parallelo aumento della quantità di vita vissuta in salute, ma soprattutto nella consapevolezza che gli interventi preventivi e protettivi realizzati con tempestività nella primissima fase della vita portano a risultati di salute positivi che dureranno tutta la vita e si rifletteranno anche sulle generazioni successive e sulla comunità intera. L'epidemia di COVID-19, ad esempio, ha colpito duramente gli anziani, mostrando inoltre che, oltre all'età avanzata, un fattore prevalente nei soggetti deceduti è la presenza di una o più patologie croniche preesistenti le quali, verosimilmente, hanno aumentato una condizione di fragilità, dovuta anche a condizioni sociali e ambientali, che ha aggravato il decorso della malattia da COVID-19.

L'attenzione all'ambiente di vita è un elemento cardine della promozione della salute.

Il *setting* è il luogo o il contesto sociale in cui le persone si impegnano in attività quotidiane in cui i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono tra loro per influenzare la salute e il benessere e nel quale è più facile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione; nel contempo, il *setting* costituisce esso stesso il bersaglio dei cambiamenti da implementare sugli ambienti, sulle organizzazioni, sui centri di responsabilità.

Il lavoro sui *setting* è alla base della pianificazione e della realizzazione degli interventi intersettoriali che richiedono il coinvolgimento degli attori non sanitari su comuni obiettivi di salute.

Il PNP 2020-2025 mira a migliorare l'approccio per *setting*, favorendo una maggiore interazione tra tutti i *setting* (la scuola, l'ambiente di lavoro, la comunità e i servizi sanitari) e individuando l'Ente locale (Comune) quale *"super-setting*" in cui gli altri convergono.

Persegue, inoltre, l'approccio di genere come un cambio di prospettiva e culturale affinché la valutazione delle variabili biologiche, ambientali e sociali, dalle quali possono dipendere le differenze dello stato di salute tra i sessi, diventi una pratica ordinaria al fine di migliorare l'appropriatezza degli interventi di prevenzione e contribuire a rafforzare la "centralità della persona".

La dimensione del genere non consiste, dunque, in un focus sulla donna e sulle patologie e condizioni esclusivamente femminili, bensì in un approccio da prevedere e sostenere in ogni ambito e settore per evitare stereotipi e definire strategie volte ad evitare disuguaglianze.

**Il PNP 2020-2025:**

- **rappresenta lo strumento strategico per iniziative multisettoriali utili ad armonizzare e integrare il sistema prevenzione nel Paese, secondo un approccio di tutto il governo, nazionale o locale, e dell'intera società (*whole-of-government* e *whole-of-society*), anche in coerenza con i 17 obiettivi dell'Agenda 2030;**
- **promuove l'intersettorialità quale elemento cardine della pianificazione e dell'azione;**
- **promuove la capacità di risposta flessibile ad emergenze sanitarie;**
- **favorisce l'*empowerment* individuale e di comunità e la *capacity building* a supporto dello sviluppo di comunità resilienti e di ambienti favorevoli alla salute, con il coinvolgimento di tutti i livelli interessati;**
- **orienta le scelte di *policy* e di programmazione degli interventi verso una stretta interazione e integrazione (organizzativa, funzionale, operativa) e un utilizzo coordinato a livello regionale e locale di tutte le risorse interne ed esterne al sistema sanitario, sotto la guida del Dipartimento di prevenzione;**
- **sostiene strategie e iniziative per migliorare *l'health literacy* della popolazione, valorizzando e promuovendo il coinvolgimento attivo (*engagement*) della persona e del suo *caregiver;***
- **orienta le azioni al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza (approccio *life course*) e ribadisce l'approccio per *setting* come strumento facilitante l'attuazione delle azioni di promozione della salute e di prevenzione;**
- **promuove un approccio che tenga conto dell'impatto del genere al fine di migliorare l'appropriatezza e l'equità degli interventi.**

## 2.6 Efficacia degli interventi ed efficienza del modello organizzativo

Il PNP 2020-2025 basa l'azione quanto più possibile su prove di efficacia e sulla misura dei risultati (valutazione di processo e di esito), avvalendosi dell'*Evidence-Based-Prevention (EBP)* attraverso le relative reti di strutture e professionisti a supporto, anche per tutte le funzioni attribuibili alla *governance* (pianificazione, monitoraggio, valutazione, comunicazione, *empowerment, advocacy*, ecc.), considerando l'efficienza organizzativa dei servizi e dei programmi come un determinante dell'efficacia e della qualità degli stessi. Pertanto, esso investe non solo sulla messa a sistema in tutte le Regioni dei programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia (come vaccinazioni e screening oncologici), ma anche di linee di azione (Programmi "Predefiniti", vincolanti per tutte le Regioni cfr. Capitolo 6) basate su evidenze di efficacia, buone pratiche consolidate e documentate, strategie raccomandate, nazionali e internazionali.

Nel contesto attuale, anche alla luce di quanto di recente verificatosi, per fornire una risposta adeguata ai bisogni resi evidenti è indispensabile rafforzare le Aziende sanitarie nello sviluppo delle

attività di I livello (prevenzione, medicina di base, attività distrettuale), legandole alle esigenze della comunità locale e garantendo i processi d'integrazione tra area sociale e socio-sanitaria e tra Territorio e Ospedale.

In una concezione unitaria della rete dei servizi sanitari, le attività di prevenzione, diagnosi, follow-up e le terapie che non necessitano di ricovero devono essere effettuate sul Territorio e, secondo i principi della continuità delle cure e dell'interattività tra le componenti del sistema, il ricovero ospedaliero rappresenta solo uno dei momenti del percorso diagnostico e curativo. Deve pertanto essere posta la massima attenzione nel costruire una efficace integrazione e continuità dell'intero processo, la cui realizzazione diventi un obiettivo primario anche per l'Ospedale. Tutto questo risulterà possibile solo facilitando al massimo nel territorio il dialogo e lo scambio di competenze e informazioni fra tutti gli attori del sistema, ivi compresi MMG e PLS.

Per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l'infermiere di famiglia e di comunità, ovvero professionisti che abbiano come *setting* privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l'utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro.

Una efficace azione di contrasto alle malattie non può inoltre prescindere da sistemi informativi e di sorveglianza omogenei nel Paese. Vanno quindi potenziati, integrati e resi pienamente operativi i sistemi di sorveglianza ed i registri già indicati nel DPCM 3 marzo 2017 ("Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie") il quale, oltre a tracciare i confini del trattamento dei dati personali e sensibili a tutela della privacy, sancisce che Registri e Sorveglianze sono fondamentali per la programmazione, il monitoraggio e la valutazione, la ricerca, il governo in ogni ambito sanitario, dalla prevenzione alla cura. Va altresì potenziata la capacità delle strutture di prevenzione di agire sul territorio con indagini sul campo e delle strutture regionali di monitorare in modo coordinato in tutte le aree del Paese l'attività delle strutture territoriali con valutazioni di performance e di esito.

Per garantire una qualificata copertura delle esigenze assistenziali di primo livello e orientare in maniera appropriata la domanda di prestazioni sanitarie e l'accesso a prestazioni specialistiche, occorre completare il percorso, già avanzato in alcune Regioni, verso il completo superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del MMG, in favore di forme aggregate ed integrate di organizzazione che consentano, in sedi uniche adeguatamente distribuite sui territori locali, la risposta multidisciplinare e multifattoriale ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni alla settimana. Tale organizzazione territoriale di assistenza sanitaria primaria consente una efficace presa in carico dei pazienti attraverso processi ed attività di ingaggio, *counseling* ed educazione sanitaria, invio ad appropriate prestazioni e percorsi di secondo livello anche in collaborazione con le aree specialistiche ospedaliere. Contestualmente, tale organizzazione, garantisce importanti ricadute sugli accessi impropri al Pronto Soccorso, sul miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni e sulla relativa *compliance*, nonché sulla riduzione dei tempi d'attesa.

A tal fine è, inoltre, necessario garantire un adeguato sviluppo e implementazione del "capitale umano" rappresentato dalla pluralità e formazione continua dalle figure professionali che concorrono al "bene salute", poiché il valore di un servizio sanitario universale si esprime attraverso un continuo miglioramento che tenga conto anche del benessere e della crescita di tutti coloro che vi lavorano.

Il PNP 2020-2025, richiede quindi l'adozione di sistemi di pianificazione e monitoraggio, integrati con le linee di azione delle cure primarie e sociosanitarie, declinati su scala regionale e locale, ancorati al sistema di misurazione quali-quantitativa del raggiungimento degli obiettivi delle Direzioni aziendali, con esplicita identificazione delle relative responsabilità.

## 2.7 Equità nell'azione

Anche in Italia le persone più povere di risorse e competenze si ammalano di più, guariscono di meno e muoiono prima. A questo si aggiungono le disuguaglianze geografiche a svantaggio delle Regioni del Sud e delle Isole, dove più si concentrano povertà e disuguaglianze sociali.

Le persone, le famiglie, i gruppi sociali e i territori più poveri di risorse e capacità sono anche più esposti e più vulnerabili ai fattori di rischio che sono bersaglio del Piano e ai fattori di stress che minano la resilienza delle persone, soprattutto nelle finestre temporali cruciali per il loro sviluppo (es. infanzia e adolescenza).

Questo esige un approccio più incisivo per il contrasto delle disuguaglianze evitabili, dal momento che lo svantaggio sociale rappresenta il principale singolo fattore di rischio per salute e qualità della vita.

I determinanti sociali di salute, a cui sono imputabili molte delle variazioni e disuguaglianze di salute nella popolazione, sono in gran parte evitabili chiamando in causa la responsabilità, a tutti i livelli - nazionale, regionale e locale -, delle politiche non sanitarie (scuola, lavoro, ambiente, ecc.) e di quelle sanitarie, queste ultime nel loro duplice ruolo di promozione/erogazione di prevenzione/assistenza e di regia verso altri settori.

La riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche che si osservano nel Paese rappresenta una priorità trasversale a tutti gli obiettivi del Piano che richiede di avvalersi dei dati scientifici, dei metodi e degli strumenti disponibili e validati, per garantire l'equità nell'azione, in una prospettiva coerente con l'approccio di "Salute in tutte le politiche".

Nel breve e medio termine, l'efficace prevenzione e controllo dell'infezione da virus SARS-CoV-2 presuppone ulteriormente una funzione proattiva da parte dei servizi sociosanitari nei confronti dei gruppi più vulnerabili di popolazione. Si rendono necessari interventi intersettoriali, realizzati anche attraverso la valorizzazione delle risorse interne alle comunità, che superano l'ambito sanitario intervenendo in maniera più incisiva su alcuni determinanti sociali della salute, quali la dimensione lavorativa e l'alloggio.

## 2.8 Profilo di salute ed equità

Il profilo di salute ed equità della comunità rappresenta il punto di partenza per la condivisione con la comunità e l'identificazione di obiettivi, priorità e azioni sui quali attivare le risorse della prevenzione e al tempo stesso misurare i cambiamenti del contesto e dello stato di salute, confrontare l'offerta dei servizi con i bisogni della popolazione, monitorando e valutando lo stato di avanzamento nonché l'efficacia delle azioni messe in campo. Pertanto esso è uno strumento irrinunciabile a sostegno di istituzioni, decisori e operatori.

Lo stesso LEA della Prevenzione, in coerenza con il PNP 2014-2019, impegna (nell'ambito del programma F1 dell'area F) i servizi sanitari a produrre, utilizzare e comunicare i dati derivanti dalla sorveglianza di popolazione dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita a:

- "interlocutori istituzionali, organizzazioni sociali e associazioni, al fine di promuovere il valore salute in tutte le politiche e gli strumenti di regolazione e a sostegno del riorientamento dell'offerta in aderenza ai bisogni di salute della comunità (*advocacy*);
- "cittadini allo scopo di promuovere la partecipazione alle scelte per la salute e di rafforzare i singoli nella adozione di stili di vita sani (*empowerment*).

Nell'accezione proposta dal LEA, il profilo di salute della comunità rappresenta uno strumento strategico per una pianificazione regionale/locale degli interventi coerente ai dati di contesto di natura epidemiologica, demografica, socioeconomica, comportamentale, organizzativa e permette di orientare la programmazione all'equità, all'intersettorialità e all'*accountability*.

In questa logica lo strumento "profilo di salute" può essere applicato ai diversi *setting* – scuola, luoghi di lavoro, città – attivando la responsabilità e promuovendo la *capacity building* dei titolari delle rispettive politiche (Dirigenti scolastici, Datori di lavoro, Amministratori locali).

Il profilo di equità consente di definire quanto pesa il problema che si vuole affrontare, su chi grava maggiormente e come si sia prodotto in quel dato territorio o gruppo di popolazione: informazioni queste fondamentali per definire obiettivi e azioni di contrasto.

Un aspetto cruciale è la disponibilità di dati aggiornati, con un dettaglio locale, sulla distribuzione per variabili sociodemografiche e socioeconomiche che rappresenta un'importante base di partenza per costruire politiche e programmi di prevenzione intersettoriali e integrati, per orientarli anche in termini di scelte allocative delle risorse, modulandoli sui gruppi per i quali sono emerse le maggiori criticità.

Il Nuovo Sistema di Garanzia (DM del 12 marzo 2019 pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed operativo a partire dal 1° gennaio 2020) pone attenzione sia all'omogeneità geografica intra e inter-regionale sia all'equità sociale, includendo una specifica sezione di indicatori (di equità, di bisogno e di contesto) per il monitoraggio di tali dimensioni. Il Sistema prevede la possibilità di monitorare le disuguaglianze sociali in tutti gli altri indicatori di garanzia dei LEA, attraverso l'integrazione tra i dati del Nuovo sistema informativo sanitario e i dati di fonti statistiche esterne che raccolgono informazioni su almeno una variabile di tipo sociale.

**Il PNP 2020-2025:**

- **ripropone l'*EBP* come criterio di *policy* (programmazione e valutazione) e promuove l'implementazione, a livello centrale e regionale, di programmi e azioni supportati da prove di efficacia e sostenibilità, in grado di produrre un impatto sia di salute sia di sistema;**
- **promuove, per ogni programma di prevenzione, un sistematico scrutinio dei rischi, dei bisogni di salute e degli interventi, avvalendosi dei dati scientifici, dei metodi e degli strumenti disponibili e validati, per attuare azioni orientate all'equità e alla riduzione delle disuguaglianze;**
- **ribadisce l'importanza del profilo di salute, come definito dai LEA, e di equità quale strumento per il coinvolgimento della comunità e l'individuazione di comuni obiettivi di salute;**
- **conferma la necessità di rafforzare e adeguare la produzione e l'utilizzo dei dati (sistemi informativi e sorveglianze) per orientare la programmazione verso i bisogni e i loro cambiamenti, individuare le disuguaglianze di salute, supportare i processi attuativi, produrre evidenze (di efficacia, sostenibilità e contrasto alle disuguaglianze), monitorare i LEA, garantire la misurabilità e l'*accountability* della promozione della salute e della prevenzione;**
- **individua alcuni Programmi Predefiniti, rispondenti a strategie e raccomandazioni nazionali e internazionali in relazione a modelli di riferimento e strumenti validati, declinabili in linee di azione basate su evidenze di efficacia, raccomandazioni o buone pratiche consolidate e documentate.**

# 3 Azioni trasversali

Le azioni trasversali sono azioni di sistema che contribuiscono "trasversalmente" al raggiungimento degli obiettivi di salute e di equità del PNP. Esse includono:

- le azioni volte a rafforzare l'approccio intersettoriale, sia all'interno che al di fuori del sistema sanitario (cfr. Paragrafo 2.3);
- le azioni volte a perseguire l'equità, a partire dall'analisi delle variabili sociodemografiche, la valutazione dei bisogni di salute della popolazione e l'identificazione dei gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità alle disuguaglianze (cfr. Paragrafo 2.7);
- la formazione;
- la comunicazione.

## 3.1 Formazione

La formazione è parte integrante di tutte le strategie, elemento traversale di obiettivi e programmi e strumento essenziale per accrescere le competenze degli operatori sanitari e determinare un cambio culturale degli stessi professionisti in tema di prevenzione e promozione della salute.

La formazione deve essere fortemente orientata all'azione e i percorsi formativi vanno contestualizzati rispetto all'intervento da realizzare nel territorio; in quest'ottica il coinvolgimento nei percorsi formativi delle figure strategiche del sistema dell'assistenza primaria (*in primis* MMG, PLS) resta prioritario

Nel PNP 2020-2025, la formazione vuole essere finalizzata a permettere l'acquisizione di competenze nuove (es. *counseling, Urban Health*, ecc.) per il personale dei Dipartimenti di prevenzione ma anche a fornire nuovi input alla formazione, di base e specialistica, di tutte quelle figure della prevenzione che sono coinvolte nella declinazione regionale e locale delle strategie del PNP.

In coerenza con l'approccio per *setting* ed intersettoriale, la formazione può diventare occasione di incontro tra contesti diversi, in grado di creare linguaggi comuni e condivisione di obiettivi, sia tra i vari Servizi dei Dipartimenti di prevenzione, sia con altri Dipartimenti/Servizi sanitari e/o altre figure professionali sanitarie, oltre che con il mondo non sanitario.

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

## 3.2 Comunicazione

Nelle politiche di prevenzione e promozione della salute la comunicazione è uno strumento strategico irrinunciabile, funzionale ad alcuni obiettivi cruciali: aumentare la conoscenza e l'*empowerment*; promuovere atteggiamenti favorevoli alla salute; favorire modifiche di norme sociali, accesso e adesione ai programmi di prevenzione e di cura, coinvolgimento attivo del cittadino (*engagement*); stimolare e rendere efficace il confronto e lo scambio di buone prassi, dati, informazioni, linee di lavoro.

Inoltre, può facilitare la creazione di reti inter-istituzionali e la collaborazione tra le organizzazioni sanitarie e non sanitarie su obiettivi di intervento comuni, sostenere la fiducia della popolazione nelle istituzioni sanitarie, favorire l'umanizzazione dei percorsi preventivi spesso rivolti a persone sane e asintomatiche e in ultima analisi contribuire all'*accountability* del sistema salute.

La comunicazione rappresenta, pertanto, un vero e proprio strumento di lavoro e un investimento in termini di sostenibilità del sistema salute, contribuendo al miglioramento degli esiti di salute. Pertanto, analogamente ad ogni altra azione di sanità pubblica, essa necessita di essere adeguatamente pianificata e valutata negli effetti.

Il processo di comunicazione deve iniziare dalla definizione degli obiettivi e delle priorità (quali bisogni informativi, quali tematiche, quale popolazione target ecc.) e dall'analisi delle caratteristiche del target, proseguire con l'individuazione degli interventi da realizzare e con il monitoraggio della loro corretta implementazione e concludersi con la valutazione di impatto.

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

- trasversale al Piano e presente in tutti i programmi;
- a servizio dell'integrazione e dell'intersettorialità, rivolgendosi anche agli amministratori e ai *policy maker* oltre che alla popolazione e agli operatori sanitari;
- in grado di contribuire significativamente al contrasto alle diseguaglianze, veicolando al meglio i messaggi alla popolazione generale e a specifiche fasce di soggetti a rischio.

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

La comunicazione va sviluppata sia come comunicazione sanitaria, sia come comunicazione per la salute, rispettivamente finalizzate alla "mappatura" e diffusione delle opportunità di salute presenti sul territorio e alla produzione e condivisione, all'interno della comunità, di conoscenza sui problemi di salute socialmente rilevanti, con l'obiettivo di orientamento, responsabilizzazione, consapevolezza e motivazione delle persone e di supporto alle decisioni e alle politiche.

È opportuno dunque lo sviluppo di una "strategia di comunicazione" che implichi la sinergia con tutti i partner (sanitari e non) che cooperano al programma di salute e che dovrebbe tradursi in un "piano strutturato" di comunicazione con ruoli, funzioni e azioni ben identificati, inclusa l'attività di documentazione e divulgazione dei risultati degli stessi interventi di comunicazione.

**Il PNP 2020-2025:**

- **sostiene l'orientamento verso piani di formazione integrati e coordinati, affinché si creino cultura e linguaggi condivisi e una visione comune di obiettivi e di sistema, anche tra soggetti di settori diversi;**
- **riafferma la necessità di includere nei piani di formazione i MMG e i PLS;**
- **riconosce nella formazione un'opportunità per l'acquisizione di conoscenze e competenze per nuovi ambiti di intervento (es. *Urban Health*) e modalità di azione (es. *engagement-empowerment*);**
- **promuove il potenziamento dell'attività di comunicazione alla popolazione e a suoi specifici sottogruppi, attraverso programmi e interventi volti ad aumentare l'*empowerment* del cittadino;**
- **sostiene l'opportunità di interventi di formazione sulla comunicazione rivolti a operatori e professionisti sanitari affinché siano in grado di favorire la diffusione di contenuti scientificamente corretti, svolgere azione di *advocacy* con la comunità e con i portatori di interesse della stessa e acquisire competenze (es. per il colloquio motivazionale breve);**
- **promuove interventi di formazione sulla comunicazione anche per operatori non sanitari coinvolti in azioni di promozione della salute e prevenzione;**
- **sostiene la creazione di reti inter-istituzionali e di collaborazioni tra organizzazioni sanitarie e non sanitarie miranti alla diffusione di messaggi corretti, sostenuti da evidenze scientifiche, contrastando la diffusione di informazioni contraddittorie e/o ingannevoli (*fake news*);**
- **riconosce la comunicazione come strumento per favorire l'equità nelle politiche intersettoriali.**

# 4 Linee di supporto centrali

Le Linee di supporto centrali, dette anche Azioni centrali (AC) del PNP, pertinenti al livello di governo centrale, sono finalizzate a migliorare la capacità del sistema sanitario di promuovere e governare la prevenzione e a rendere più efficiente ed efficace l'insieme delle relazioni tra attori istituzionali (e tra questi e gli *stakeholder*) e, in generale, a facilitare il raggiungimento degli obiettivi del PNP.

Obiettivo delle AC è, tra l'altro, sostenere una integrazione e interazione organizzativa, funzionale ed operativa che favorisca il raggiungimento dei risultati di salute, secondo il modello di *stewardship* in base al quale il Ministero della salute, in collaborazione con altri Ministeri e Istituzioni centrali, supporta la programmazione regionale, svolgendo un ruolo di indirizzo, promozione e coordinamento, ma anche di accompagnamento alle Regioni, favorendo la coesione del livello di governo regionale e delle singole Aziende sanitarie.

Attraverso la declinazione nei PRP e le Linee di supporto centrali, il PNP 2014-2019 ha dato un contributo di strategia e di metodo alla realizzazione di questa visione di *governance:* è stato infatti esplicitato il ruolo sia del livello centrale sia di quello regionale nel concorrere al raggiungimento degli obiettivi fissati dal Piano.

Il PNP 2020-2025 ribadisce il valore della prevenzione quale "insieme di attività, azioni ed interventi attuati con il fine prioritario di promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie" e "mette in campo una globalità di strumenti capaci di attivare una programmazione intersettoriale, equa, efficace e sostenibile…". In tale ottica, le AC del PNP 2020-2025 sono mirate a promuovere e sostenere la prevenzione, favorendo una interlocuzione efficace con gli altri attori del sistema salute, in particolare con MMG e PLS, figure chiave per rafforzare il ruolo strategico delle cure primarie, con le Federazioni degli ordini professionali e con il Dipartimento di Prevenzione, nonché una stretta integrazione e un utilizzo coordinato di tutte le risorse esterne al sistema sanitario, in un'ottica di trasversalità, intersettorialità e *advocacy*, secondo l'approccio del programma "Guadagnare salute".

In linea con le indicazioni della Strategia "Europa 2020", le AC mirano a migliorare la *leadership* e la *governance* partecipativa per la salute anche grazie ad una forte azione di *steward* per il coordinamento e governo di tutti gli attori che compartecipano al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione, promozione e tutela della salute. In tale approccio globale e sistemico, il sostegno centrale si realizza anche attraverso strumenti formali (accordi, patti, protocolli di intesa intersettoriali e interistituzionali, declinabili a livello regionale, ecc.) per il perseguimento di una maggiore coerenza tra evidenze, organizzazione, competenze, responsabilità.

Le AC sono quindi orientate a sviluppare azioni di indirizzo, al fine di esercitare influenza sui diversi interlocutori, a fornire strumenti per favorire l'attuazione della programmazione e la realizzazione delle politiche, a stabilire e mantenere collaborazioni, promuovendo la creazione di reti e alleanze.

**Il PNP 2020-2025:**

- **valorizza la funzione di integrazione tra i diversi livelli di governo;**
- **individua le Linee di supporto centrali come di seguito indicato, definendole in termini di elementi pianificatori e operativi (obiettivi specifici, output attesi, responsabilità).**

## Linee di supporto centrali

**LINEA N. 1**: ***Attivazione di Tavoli tecnici per il rafforzamento delle strategie di promozione della salute e prevenzione secondo l'approccio di "Health in all policies (HiAP)"***

**Razionale**

Per affrontare efficacemente i determinanti di salute e contribuire al benessere della popolazione è necessario sostenere l'attuazione dell'approccio *HiAP* favorendo e stimolando la collaborazione e l'integrazione programmatica tra Istituzioni centrali, Istituzioni e Enti regionali e locali, società scientifiche, *stakeholder*. Accanto alla definizione di documenti di *policy* che orientino la programmazione, è opportuno facilitare lo scambio di esperienze tra Istituzioni centrali e Regioni, soprattutto in relazione all'attuazione di alcuni Programmi Predefiniti ("Scuole che promuovono salute" e "Luoghi di lavoro che promuovono salute") attraverso la costituzione di un Coordinamento nazionale che coinvolga i referenti della sanità e degli altri settori coinvolti, per favorire il raggiungimento di un migliore stato di salute e di qualità della vita nel *setting* scolastico e nel *setting* lavorativo.

**Obiettivo**

Sostenere la realizzazione degli obiettivi del PNP attraverso la definizione dei ruoli e delle responsabilità dei settori e degli *stakeholder* coinvolti nei diversi ambiti di intervento e il coordinamento nazionale delle reti delle Scuole e dei Luoghi di lavoro che promuovono salute.

**Output**

- Predisposizione di documenti di *policy* e di linee di indirizzo
- Istituzione del "Coordinamento nazionale delle reti regionali delle Scuole che promuovono salute"
- Istituzione del "Coordinamento nazionale delle reti regionali dei Luoghi di lavoro che promuovono salute".

**Direzioni generali del Ministero della salute coinvolte**

- Direzione generale della prevenzione sanitaria
- Direzione generale delle professioni sanitarie
- Direzione generale della programmazione
- Direzione generale della sicurezza degli alimenti e la nutrizione.

**Altri Attori**

- Regioni
- Istituto Superiore di Sanità (ISS)
- Società Scientifiche**,** Enti e Istituzioni rappresentate nei Tavoli di lavoro.

**Tavoli di lavoro attivati o da attivare**

- Tavolo tecnico sulla sicurezza nutrizionale (TaSiN) (DD 10 luglio 2017)
- Tavolo di lavoro su Città e Salute (*Urban Health*) (DD 10 aprile 2018)
- Tavolo di lavoro intersettoriale per la promozione della salute nei luoghi di lavoro delle Pubbliche Amministrazioni (DD 10 maggio 2018 e successive modifiche e integrazioni del 15 giugno 2018 e del 19 febbraio 2019)
- Tavolo dì lavoro per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità (DM 18 gennaio 2019 e successive integrazioni. DD 15 aprile 2019 di nomina dei componenti)
- Tavolo di lavoro per la promozione dell'attività fisica e la tutela della salute nelle attività sportive (DM 25 luglio 2019)
- Tavolo di coordinamento nazionale delle reti regionali delle Scuole che promuovono salute
- Tavolo di coordinamento nazionale delle reti regionali dei Luoghi di lavoro che promuovono salute.

**LINEA N. 2**: ***Implementazione di un sistema di sorveglianza nazionale per la rilevazione dei tassi di allattamento materno al 1°, 3° e 6° mese***

**Razionale**

L'allattamento materno è elemento determinante della salute materno-infantile e va protetto, promosso e sostenuto. Per seguire l'andamento dell'allattamento al seno nella popolazione, confrontare

diverse aree geografiche del territorio nazionale e valutare gli interventi di promozione dell'allattamento materno, è necessario un sistema di sorveglianza nazionale, ad oggi non esistente.

Attualmente nell'ambito del Sistema di Sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia, previsto dal DPCM 3 marzo 2017 e attivo in 12 Regioni, sono raccolti anche dati sull'allattamento; altre Regioni hanno programmato di implementare azioni per la sorveglianza dell'allattamento materno.

**Obiettivo**

- Sostenere la realizzazione degli obiettivi del PNP attraverso un sistema di monitoraggio permanente e diffuso su tutto il territorio nazionale, con rappresentatività regionale, dei tassi di allattamento materno.

**Output**

- Definizione e sperimentazione di un sistema di sorveglianza nazionale dell'allattamento materno al 1°, 3° e 6° mese.

**Direzioni generali del Ministero della salute coinvolte**

- Direzione generale della sicurezza degli alimenti e la nutrizione
- Direzione generale della prevenzione sanitaria
- Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

**Altri attori**

- Regioni
- Tavolo Allattamento al Seno (TAS)
- ISS.

**<u>LINEA N. 3</u>:** ***Attivazione di Tavoli tecnici per il rafforzamento della Salute globale del lavoratore secondo l'approccio Total Worker Health***

**Razionale**

L'approccio *Total Worker Health (TWH*) è definito dal *National Institute for Occupational Safety and Health* (*NIOSH*) come l'insieme di politiche, programmi e pratiche che integrano la protezione dai rischi per la sicurezza e la salute legati al lavoro con la promozione della salute e la prevenzione delle malattie croniche per il benessere dei lavoratori, al fine di prevenire infortuni e malattie professionali e non, e promuovere salute e benessere negli ambienti di lavoro.

Garantire la sicurezza dei lavoratori ed investire nella loro salute sono gli elementi imprescindibili per creare il benessere lavorativo. Per il raggiungimento degli obiettivi del *TWH* è prioritario aumentare la consapevolezza dell'importanza dello «star bene al lavoro» e promuovere interventi educativi ad essa dedicati.

Secondo i principi del *TWH*, è necessario programmare interventi integrati, finalizzati al raggiungimento di condizioni di lavoro sicure e salubri, in cui devono essere contemporaneamente coinvolte tutte le figure aziendali della prevenzione: Datore di lavoro, Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP), Medico Competente, Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) ed i lavoratori stessi.

**Obiettivo**

- Sostenere la realizzazione degli obiettivi del PNP attraverso la leva della Responsabilità Sociale d'Impresa che 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 il miglioramento dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro in termini di incremento delle opportunità strutturali per l'adozione di scelte comportamentali salutari e il contestuale coinvolgimento di tutto il personale per favorire l'aumento di conoscenze e competenze.

**Output**

- Predisposizione di progetti di *TWH* finalizzati alla diffusione di Buone pratiche condivise in sede di Comitato di Coordinamento ex art. 7 D. Lgs 81/2008, di cui almeno una per il settore sanitario.
- Elaborazione di una proposta di modifiche e integrazioni all'art. 40 - Allegato 3B D.lgs. 81/2008 ad esito dei lavori di revisione e perfezionamento in corso per il miglioramento dei

flussi informativi tra Medico Competente e Ministero della salute ex art. 40 D. Lgs 81/2008
- Definizione di strumenti per incentivare, orientare e monitorare le azioni di *welfare* aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore.

**Direzioni generali del Ministero salute coinvolte**
- Direzione generale della prevenzione sanitaria.

**Altri Attori**
- Regioni
- Società Scientifiche, Enti e Istituzioni coinvolte.

**Tavoli di lavoro attivati o da attivare**
- Tavolo di lavoro art 40 allegato 3b d.lgs. 81/2008.

**LINEA N. 4:** ***Promozione, a livello nazionale e regionale, del coordinamento e della definizione di politiche, programmi e interventi integrati in campo ambientale e sanitario***

**Razionale**

In attuazione del comma 1 dell'art 7-quinquies Dlgs 502/92 il Ministro della salute ed il Ministro dell'ambiente, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono tenuti a stipulare, nell'ambito delle rispettive competenze, un Accordo Quadro per il coordinamento e l'integrazione degli interventi per la tutela della salute e dell'ambiente che individua i settori di azione congiunta e i relativi programmi operativi.

La Task force Ambiente e Salute, istituita nel 2017 presso la Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, ha svolto il compito di facilitare il raggiungimento degli obiettivi del PNP 2014-2019 e dare attuazione alla Linea di supporto centrale finalizzata alla "Costruzione di una strategia nazionale per il coordinamento e l'integrazione delle politiche e delle azioni nazionali e regionali in campo ambientale e sanitario: individuazione di norme e azioni condivise per la prevenzione, valutazione, gestione e comunicazione delle problematiche ambiente e salute". Il proficuo lavoro svolto ha favorito il raccordo e la collaborazione tra i diversi attori coinvolti, attraverso lo scambio di informazioni ed esperienze utili per migliorare la pianificazione di azioni efficaci nel settore come la definizione di procedure operative per le valutazioni effettuate nell'ambito dei procedimenti autorizzativi di opere o progetti, che possono avere un impatto sull'ambiente e sulla salute.

Pertanto, proseguiranno le attività della Task Force, valutando anche la possibilità di approfondire le conoscenze e le evidenze scientifiche sulle interazioni e sui legami tra la biodiversità e la salute e le tematiche relative all'impatto ambientale derivante dalla filiera agricola e zootecnica.

**Obiettivo**
- Promuovere l'integrazione e il coordinamento degli interventi per la tutela della salute e dell'ambiente, individuando i settori di azione congiunta e definendo programmi operativi e linee di indirizzo.

**Output**
- Accordo Quadro tra Ministero della salute, Ministero dell'ambiente e Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

**Direzioni generali del Ministero della salute coinvolte**
- Direzione generale della prevenzione.
- Direzione generale sicurezza alimenti e nutrizione
- Direzione generale sanità animale e farmaci veterinari.

**Altri attori**
- Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare
- Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano
- Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale (ISPRA)/Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente (SNPA)
- ISS - Dipartimento ambiente e salute
- Associazioni rappresentanti la società civile
- Società ed Enti di Ricerca scientifica.

**LINEA N. 5:** ***Integrazione delle informazioni derivanti da dati ambientali e sanitari per il miglioramento delle conoscenze su rischi ambientali e salute e loro relazioni***

**Razionale**

Numerose condizioni morbose sono legate a esposizioni ambientali, quali, ad esempio, l'inquinamento atmosferico, l'impatto del cambiamento climatico, il rumore urbano, la residenza in aree contaminate, l'erosione della biodiversità. Questi fattori agiscono, spesso in modo sinergico, con i determinanti sociali della salute e con gli stili di vita.

Gli interventi per la tutela della salute e dell'ambiente ed i relativi programmi operativi necessitano di una migliore comprensione delle relazioni di causa-effetto che esistono tra determinanti ambientali e ripercussioni negative sulla salute; è necessario che i dati sulla salute (epidemiologici, tossicologici, di mortalità e morbilità) siano messi in relazione con i dati ambientali, fornendo così un quadro generale che permetta una lettura integrata e multidisciplinare dei fenomeni.

**Obiettivo**

- Consentire la lettura integrata dei dati ambientali e sanitari e favorire il dialogo, la collaborazione e la condivisione di esperienze tra tutti i soggetti interessati dei settori Ambiente e Salute.

**Output**

- Sviluppo di un sistema informativo nazionale integrato ambiente e salute per la lettura combinata dei dati di monitoraggio/esposizione/effetto, anche ai fini della stima degli impatti sulla salute della popolazione;
- Istituzione di una rete nazionale integrata ambiente e salute, costituita da operatori del SSN e SNPA, e istituzioni centrali per la condivisione di conoscenze ed esperienze sviluppate a livello regionale in materia di ambiente e salute e a supporto delle attività di valutazione degli impatti sanitari di politiche, piani e programmi.

**Direzioni generali del Ministero salute coinvolte**

- Direzione generale della prevenzione sanitaria
- Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

**Altri attori**

- Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare
- Regioni
- ASL
- ARPA
- ISPRA/SNPA
- Agenzie Sanitarie Regionali (ASR)
- ISS

**LINEA N. 6: "*From science to action". Sviluppo di un approccio metodologico per l'elaborazione di proposte italiane di misure di gestione del rischio nel contesto del regolamento REACH***

**Razionale**

Il processo di conoscenza sui rischi ambientali e salute e loro relazioni deve coniugarsi anche con la sfida europea di garantire la sicurezza d'uso dei prodotti chimici nel contesto del regolamento REACH. Coerentemente con la Comunicazione della Commissione europea concernente la "Relazione generale della Commissione sull'applicazione del regolamento REACH e sulla revisione di alcuni elementi" del 5 marzo 2018, in cui sono messi in luce i buoni risultati prodotti dal regolamento REACH in termini di maggiore sicurezza della salute e dell'ambiente, si intende raccogliere l'indirizzo della Commissione per un maggior coinvolgimento nazionale nella procedura di gestione del rischio chimico quali ad esempio quella restrittiva.

A tale sollecito della Commissione si affiancano:

1) lo strumento di mappatura sviluppato dall'Agenzia europea delle sostanze chimiche, ECHA (c.d. "universo chimico") che, attingendo dalle informazioni contenute nei dossier di registrazione REACH, mette in luce le sostanze verso le quali le Autorità dovrebbero focalizzare gli sforzi di pianificazione, realizzazione e monitoraggio dei progressi normativi idonei per la gestione dei rischi (es restrizioni, classificazioni armonizzate, autorizzazione o altra disposizione appropriata) derivanti da sostanze preoccupanti quali interferenti endocrini, sensibilizzanti, persistenti e bioaccumulabili nell'ambiente, cancerogeni;
2) l'output di istituzione di una rete nazionale integrata ambiente e salute, costituita da operatori del SSN e SNPA, e istituzioni centrali per la condivisione di conoscenze ed esperienze sviluppate a livello regionale in materia di ambiente e salute, di cui alla precedente Linea N. 5.

In considerazione dell'elevato livello tecnico-scientifico e della complessità dei passi formali necessari per la predisposizione di proposte di gestione del rischio a livello comunitario, è opportuno raccordare l'esperienza regolatoria dell'ISPRA e del Centro nazionale delle sostanze chimiche (CNSC)

dell'ISS con il livello regionale/locale per canalizzare le informazioni derivanti ad esempio da studi epidemiologici, monitoraggi ambientali e biomonitoraggi, o di relazione fra rischi ambientali e ripercussioni negative sulla salute.

**Obiettivo**

- Consentire la lettura integrata dei dati ambientali e sanitari e favorire il dialogo, la collaborazione e la condivisione di esperienze tra tutti i soggetti interessati dei settori Ambiente e Salute.
- Rafforzare la partecipazione proattiva dell'Italia ai processi normativi europei per la gestione di rischi chimici nel contesto del regolamento REACH.

**Output**

- Sviluppo, da parte di ISPRA/CNSC-ISS, di un approccio metodologico appropriato per la preparazione di dossier allegato XV di cui al regolamento REACH da parte dell'Italia, in connessione anche la citata rete integrata ambiente e salute;
- Avvio dell'applicazione pratica dell'approccio metodologico con una o più sostanze che destano preoccupazione (es. PFAS a catena corta).

**Direzioni generali del Ministero salute coinvolte**

- Direzione generale della prevenzione sanitaria
- Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

**Altri attori**

- Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare
- Regioni
- ASL
- Agenzia/e Regionale/i per la Protezione Ambientale (ARPA)
- ISPRA/SNPA
- Agenzie Sanitarie Regionali (ASR)
- ISS.

**LINEA N. 7:** ***Definizione di linee di indirizzo per orientare i regolamenti d'igiene edilizia in chiave eco-compatibile e sviluppare specifiche competenze sul tema degli ambienti confinati e dell'edilizia residenziale negli operatori dei Servizi Sanitari Regionali***

**Razionale**

Nel nostro Paese manca un quadro normativo organico che affronti in maniera integrata le esigenze igienico-sanitarie, di salubrità dell'aria, di sicurezza ed energetiche degli edifici; pertanto, oltre a promuovere ulteriori interventi per garantire il rispetto delle norme igienico-sanitarie e di vivibilità degli edifici sia privati che pubblici, occorre definire e diffondere buone pratiche e linee guida su tematiche specifiche riguardanti gli ambienti indoor. Inoltre è necessaria la formazione delle parti interessate: da un lato, gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione hanno bisogno di programmi di formazione e assistenza tecnica basati sull'evidenza, dall'altro, il settore dell'edilizia (in particolare, l'edilizia sociale) ha bisogno di programmi specializzati di formazione ed assistenza tecnica per identificare i problemi abitativi, costruire alloggi migliori e riqualificare le abitazioni esistenti.

Nell'ambito di un progetto specifico CCM[4] sono stati messi a punto i contenuti di un corso FAD sulle buone pratiche e gli obiettivi prestazionali in edilizia, fruibile da parte di tutti gli operatori del settore sanitario, degli uffici tecnici dei Comuni e di eventuali altri *stakeholder*. In ciascun modulo sono forniti strumenti di analisi, che possono supportare gli operatori nella valutazione della rispondenza degli spazi di vita ai requisiti igienico-sanitari, fornendo anche elementi di giudizio integrativi ed aggiornati, rispetto a quanto previsto nel DM del 5 Luglio 1975 "*Modificazioni alle istruzioni ministeriali 20 giugno 1896 relativamente all'altezza minima ed ai requisiti igienico-sanitari principali dei locali d'abitazione*".

**Output**

- Elaborazione e adozione di Linee di indirizzo per la definizione e l'aggiornamento degli obiettivi e delle prestazioni sanitarie da inserire come parte integrante nei Regolamenti Edilizi Tipo (RET).
- Diffusione attraverso piattaforma *e-learning* di un pacchetto formativo, già predisposto nell'ambito del progetto CCM sopra citato, indirizzato a operatori delle ASL e diversi portatori di interesse, sulle buone pratiche sanitarie sulla sostenibilità ed eco-compatibilità

[4] Individuazione di buone pratiche ed obiettivi prestazionali sanitari in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione e/o ristrutturazione di edifici, ai fini della predisposizione dei regolamenti d'igiene edilizia.

in edilizia, anche allargando i confini delle competenze degli operatori sanitari all'intero "spazio urbano" visto come contesto facilitante la salute (logica dell'*Urban Health*).

**Direzioni generali del Ministero della salute coinvolte**

- Direzione generale della prevenzione sanitaria

**Altri attori**

- Dipartimento di Ingegneria Civile, Edile e Ambientale (DICEA) Università "La Sapienza" – Roma.

**LINEA N. 8:** ***Definizione di un Piano nazionale per la qualità dell'aria indoor (IAQ)***

**Razionale**

In Italia non si dispone ancora di una normativa specifica per il controllo della qualità dell'aria negli ambienti di vita chiusi nonostante alcune iniziative promosse dal Ministero della Salute in tale ambito (Accordo Stato-Regioni per la tutela e la promozione della salute negli ambienti indoor, Piano Radon, ecc.). Le norme per la salubrità delle abitazioni sono fissate, per ogni Comune, dal regolamento di igiene e sanità, secondo le Istruzioni Ministeriali del 20 giugno 1896, concernenti la compilazione dei Regolamenti Locali sull'Igiene del suolo e dell'abitato. Tali Istruzioni sono state modificate dal D.M. 5 luglio 1975 per la parte riguardante l'altezza minima e i requisiti igienico sanitari principali dei locali di abitazione.

Per la salubrità dell'aria negli ambienti di lavoro chiusi si applicano le norme relative all'igiene del lavoro ed in particolare al D.L.vo 81/2008 (e successiva normativa) riguardante il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro. Tali norme, però, non disciplinano in maniera esaustiva tutti i complessi aspetti relativi alla IAQ negli ambienti di lavoro indoor.

Le problematiche igienico-sanitarie connesse con la qualità dell'aria indoor sono state oggetto in questi ultimi anni di numerose iniziative sia nel campo della ricerca che della normazione, tese a regolamentare tale settore. Da alcuni anni è operativo presso l'ISS un Gruppo di Studio nazionale (GdS) sull'inquinamento indoor che ha messo a punto linee di indirizzo su alcune tematiche dell'indoor.

**Obiettivo**

- Migliorare la qualità dell'aria ed il microclima negli ambienti indoor, in particolare negli ambienti frequentati dai bambini e negli edifici pubblici.

**Output**

- Elaborazione di Linee di indirizzo/ Piano Nazionale

**Direzioni generali del Ministero della salute coinvolte**

- Direzione generale della prevenzione sanitaria

**Altri attori**

- ISS-GdS.

**LINEA N. 9:** ***Piattaforme informatiche per i prodotti chimici e per le bonifiche dall'amianto***

**Razionale**

Le Autorità regionali REACH-CLP hanno l'obbligo di trasmettere annualmente le proprie pianificazioni e rendicontazioni in merito ai controlli REACH-CLP. Tale attività discende dall'Accordo Stato Regioni 81/2009 con il fine di predisporre successivamente, da parte della Direzione Generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, quale Autorità Competente Nazionale (ACN) REACH-CLP, il rapporto nazionale di quanto riscontrato a seguito dei controlli stessi.

Altresì nel contesto del Nuovo Sistema di Garanzia (cfr. Allegato 1 del DM 12 marzo 2019, indicatore PZ08, in vigore dal 1°gennaio 2020) le stesse Autorità regionali devono trasmettere le pianificazioni e rendicontazioni delle attività di formazione e informazione per l'implementazione dei due regolamenti citati.

Dal 2011, le modulistiche di rendicontazione dei controlli sono stabilite annualmente dall'ACN-REACH/CLP Tale attività discende dall'Accordo Stato Regioni 81/2009 con il fine di predisporre successivamente, da parte della Direzione Generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, quale Autorità Competente Nazionale (ACN) REACH-CLP, il rapporto nazionale di quanto riscontrato a seguito dei controlli stessi.

Altresì nel contesto del Nuovo Sistema di Garanzia (cfr. Allegato 1 del DM 12 marzo 2019, indicatore PZ08, in vigore dal 1° gennaio 2020) le stesse Autorità regionali devono trasmettere le

pianificazioni e rendicontazioni delle attività di formazione e informazione per l'implementazione dei due regolamenti citati.

Dal 2011, le modulistiche di rendicontazione dei controlli sono stabilite annualmente dall'ACN-REACH/CLP ed esse si modulano rispetto al Piano nazionale di controllo sui prodotti chimici da essa stessa adottato in relazione a specifiche europee di armonizzazione dei controlli, delle specifiche territoriali e indicazioni sollevate dal sistema di allerta (RAPEX) e/o dai centri antiveleni. Le citate modulistiche si concretizzano attualmente in fogli Excel che si sono rilevati essere di gestione frammentaria, dispersiva ed a volte inappropriata allo scopo.

Considerando che le pianificazioni dei controlli dei prodotti immessi sul mercato non possono prescindere dai controlli analitici e che le citate autorità di controllo afferiscono al sistema sanitario, mentre la rete dei laboratori, che opera al di là delle competenze territoriali secondo l'Accordo Stato Regioni del 7 maggio 2015, afferisce al sistema SNPA, occorre agevolare la comunicazione fra tali soggetti, finora non pienamente soddisfacente.

Inoltre, nel contesto dell'Accordo in Conferenza Unificata n.5 del 20 gennaio 2016 in materia di amianto, le imprese i cui impianti produttivi presentano coibentazione di amianto oppure svolgono attività di smaltimento e bonifica devono notificare alle Aziende sanitarie e alle Regioni tali attività. La finalità ultima di tali notifiche è monitorare gli operatori coinvolti e la dismissione dell'amianto stesso. Le Regioni devono inviare dati minimi e rilevanti al Ministero della salute sulla base di quanto acquisito. Attualmente la raccolta di tali informazioni è frammentata e non armonizzata. Le Regioni e le Province autonome sono tenute ad inviare al Ministero della salute le informazioni previste dall'Accordo 5/CSR/2016. In tale contesto si rende necessaria la predisposizione di una piattaforma informatica per il miglioramento della raccolta e della fruibilità di tali dati.

**Obiettivi**

- ✓ Ottimizzare il flusso e la gestione dei dati sui controlli dei prodotti chimici snellendo, attraverso il supporto delle tecnologie informatiche esistenti, il lavoro di "*back office*" sia delle autorità di controllo regionale che della ACN.
- ✓ Agevolare ai fini LEA le fasi di pianificazione, rendicontazione delle attività di controllo, formazione e informazione che le Regioni svolgono così come la gestione dei dati da parte dell'ACN-REACH/CLP ai fini della elaborazione della fotografia su scala nazionale.
- ✓ Sostenere il rafforzamento della rete dei laboratori a supporto dei controlli analitici dei prodotti chimici, immessi sul mercato nazionale, alle disposizioni di restrizione di cui al regolamento REACH e di classificazione di cui al regolamento CLP.
- ✓ Ottenere il trend su scala nazionale dei quantitativi di amianto rimossi rispetto a quanto ancora presente sul territorio nazionale e quanti operatori sono ancora impegnati nelle attività di rimozione o addetti agli impianti coibentati con amianto.

**Output**

Nel contesto dell'assetto strategico dei sistemi informativi del Ministero salute, si intende realizzare una piattaforma dedicata alle autorità di controllo REACH/CLP quale:

- ausilio per una maggior efficienza della comunicazione di pianificazione e rendicontazione delle azioni di controllo, formazione e informazione anche ai fini LEA;
- strumento di raccordo fra le diverse strutture coinvolte per lo scambio dei campioni, ai fini di un più rapido riscontro alle esigenze analitiche, sollevate dalle autorità di controllo da parte della rete dei laboratori;
- supporto alla comunicazione fra gli ispettori regionali e il *focal point* del sistema RAPEX del Ministero della salute per la trasmissione di informazioni puntuali atte ad attivare una allerta europea;
- punto di raccolta degli elementi di base REACH /CLP in modalità e-learning (collegamento piattaforma TRIO) di tutto il materiale di formazione predisposto annualmente per l'aggiornamento degli ispettori, e delle Linee guida stabilite dall'Accordo Stato Regioni 181/2009 (approvate dal Gruppo Tecnico Interregionale - GTI e in via di adozione da parte della ACN);
- ausilio per lo scambio di informazioni concernenti l'amianto fra Regioni e Ministero della salute.

**Direzioni generali del Ministero della salute coinvolte**

- Direzione generale della prevenzione sanitaria
- Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

**Altri attori**

- Autorità nazionale-REACH/CLP
- Autorità di controllo regionale e articolazioni territoriali per l'attuazione REACH-CLP
- Regioni (amianto)
- Ispettori ASL,
- CNSC-ISS
- Laboratori ARPA
- Laboratori ufficiali di controllo sull'applicazione dei Regolamenti REACH e CLP.

**LINEA N. 10:** ***Perseguimento dell'equità nella offerta e nella erogazione dei programmi di screening oncologico organizzato su tutto il territorio nazionale e valutazione di modelli tecnico-organizzativi anche in nuovi ambiti di patologia***

**Razionale**

I programmi di screening oncologico organizzato sono Livelli Essenziali di Assistenza la cui offerta appare non omogenea su tutto il territorio nazionale, mostrando un gradiente Nord-Sud (*survey* Osservatorio Nazionale Screening). Negli ultimi anni, in realtà, alcune Regioni del Sud hanno migliorato le loro performance, ma permangono ancora importanti disparità e disuguaglianze sia nella offerta sia nella qualità di quanto erogato tra una Regione e l'altra. Ciò è, almeno in parte, riconducibile alla mancanza di una definizione precisa di quelli che sono i ruoli e le funzioni dei coordinamenti multidisciplinari di screening a valenza regionale. Le disomogeneità sono inoltre molto evidenti anche per quanto riguarda le infrastrutture informative che non sempre permettono un adeguato monitoraggio del percorso e limitano operazioni di *benchmarking* volte ad individuare eccellenze e buone pratiche.

Peraltro, alla luce della rapida evoluzione scientifica e tecnologica, i programmi di screening sono continuamente chiamati a rivedere i propri modelli tecnico-organizzativi sulla base delle indicazioni e degli indirizzi che devono essere elaborati in maniera strutturata ed *evidence-based* a livello nazionale. Il presente PNP si propone quindi di potenziare quanto definito nei precedenti (PNP 2010-2012 e PNP 2014-2019), adeguandolo a quanto emerge dalle più recenti evidenze scientifiche, anche in merito a specifici sottogruppi di popolazione ad alto rischio ed in funzione delle necessità e delle esigenze degli operatori attivamente coinvolti.

**Obiettivo**

- Rendere omogenea l'offerta di screening su tutto il territorio nazionale attraverso il potenziamento della rete esistente coordinata dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS)
- Definire linee di indirizzo su specifici argomenti con il coinvolgimento degli stakeholder impegnati nei diversi ambiti di intervento.

**Output**

- Definizione dei requisiti dei coordinamenti multidisciplinari di screening e piano di monitoraggio delle azioni regionali da parte dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS)
- Definizione dei percorsi di screening del cervico carcinoma per le donne vaccinate contro l'HPV.

**Direzioni generali del Ministero della salute coinvolte**

- Direzione generale della prevenzione sanitaria.

**Altri attori**

- ONS
- Coordinamento Prevenzione della Conferenza Stato-Regioni
- Coordinamenti multidisciplinari regionali di screening
- ISS
- Società Scientifiche, Enti e Istituzioni scientifiche pubbliche.

**LINEA N. 11:** ***Definizione di un Piano nazionale/Linee di indirizzo per le dipendenze***

**Razionale**

In Italia le disposizioni normative riguardanti le attività di profilo sociosanitario rivolte alle dipendenze sono incomplete, frammentate e, soprattutto, in gran parte superate rispetto alle veloci

trasformazioni che hanno coinvolto i fenomeni di interesse. Inoltre, i principali atti che definiscono gli assetti organizzativi del sistema di intervento (Accordo Stato-Regioni 21 gennaio 1999 per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti", Intesa Stato-Regioni 5 agosto 1999 "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso") sono stati emanati prima della riforma del Titolo V della Costituzione e quindi sono stati recepiti dalle Regioni in modo eccessivamente disomogeneo.

A questi elementi critici si aggiunge l'assenza di un piano nazionale che orienti in maniera uniforme gli interventi; manca inoltre, in maniera più specifica, un indirizzo univoco riguardo alle strategie di riduzione del danno/limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali, introdotte nei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza con il DPCM del 12 gennaio 2017.

D'altro canto, a livello regionale e locale sono state attivate prassi efficaci, anche a carattere innovativo, nel campo della prevenzione, della cura e della riduzione del danno e dei rischi, dalle quali potrebbero discendere modelli definiti, da diffondere nel territorio nazionale secondo criteri di uniformità ed equità.

**Obiettivo**

Definire indirizzi uniformi per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze, per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e per l'organizzazione del sistema dei servizi sociosanitari dedicati.

**Output**

Elaborazione di Linee di indirizzo/ Piano Nazionale

**Direzioni generali del Ministero della salute coinvolte**

- Direzione generale della prevenzione sanitaria
- Direzione generale della programmazione sanitaria
- Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

**Altri attori**

- Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri
- ISS - Centro dipendenze e doping
- Agenzia Sanitaria per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)
- Regioni (Gruppo tecnico "sub area Dipendenze", afferente all'Area Assistenza Territoriale, costituito presso la Commissione Salute)
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- Rappresentanze delle principali società scientifiche, delle organizzazioni del Terzo settore e della società civile impegnate in materia (incontri a scopo consultivo).

## LINEA 12: *Sviluppo dell'approccio One Health e Planetary Health per la governance della prevenzione primaria post COVID-19*

**Razionale**

A seguito della pandemia COVID-2019 si è palesata la necessità di costruire una moderna prevenzione, ispirata al concetto di *Planetary Health* che considera le interazioni tra componenti biotiche e abiotiche e i risultati sulla salute umana, dalla scala locale a quella globale e planetaria. Il *Planetary Health* è ampiamente definito come *"il raggiungimento del più alto livello di salute, benessere ed equità in tutto il mondo, attraverso una particolare attenzione ai sistemi politici, economici e sociali che modellano il futuro dell'umanità e dei sistemi naturali della Terra e che definiscono l'ambiente sicuro entro i limiti cui l'umanità può prosperare"*. Tale concetto, pertanto, rappresenta la visione più evoluta dell'approccio *One Health* includendo, oltre gli aspetti di sanità umana e animale, i modelli socio-economici, i cambiamenti ambientali e climatici globali e gli ecosistemi dai quali esso dipendono. Perseguendo questo orientamento, l'Agenda 2030 può realizzarsi pienamente per i suoi obiettivi di salute, benessere, equità, diritti generazionali e intergenerazionali.

Per sviluppare la capacità dei sistemi di prevenzione di predire e prevenire i rischi di pandemie, nonché contribuire all'efficacia delle azioni di risposta, deve essere costruito un percorso complesso, interconnesso e solidale nelle sue responsabilità tra società, decisori, sistemi produttivi e comunità scientifiche per perseguire le seguenti finalità:

- costruire nuovi modelli di consapevolezza sanitaria e sociale, sulla prevenzione del rischio delle malattie trasmissibili (EID) e di sorveglianza integrata, fondati sull'approccio *One Health* e *Planetary Health*;
- promuovere l'interconnessione e la collaborazione tra i ricercatori delle discipline ecologiche, veterinarie, biomediche, sociali ed economiche, contrastando sul piano formativo e comunicativo le visioni di settore che alimentano la contrapposizione uomo-natura, con derive negative che potrebbero riemergere attraverso epidemie e pandemie;
- rinvigorire, a livello di *governance*, gli strumenti disponibili per lo sviluppo sostenibile per gli obiettivi di salute e benessere, equilibrando le tre dimensioni dell'Agenda 2030 - economica, sociale e ambientale - con vantaggi sostanziali per i sistemi sanitari, la produzione di beni, la sicurezza dei cittadini, la salvaguardia degli ecosistemi.

**Obiettivo**

Sostenere il ruolo della prevenzione primaria sul rischio ambientale delle malattie infettive emergenti (EID) e sull'evoluzione delle epidemie.

**Output**

- Predisporre una linea guida di *policy* per sostenere il ruolo e per l'integrazione delle attività dei sistemi di prevenzione di salute ambientale, umana e veterinaria.

**Direzioni generali del Ministero della salute coinvolte**

- Direzione generale della prevenzione sanitaria
- Direzione generale sanità animale e farmaci veterinari.
- Direzione generale della sicurezza alimentare della nutrizione
- Direzione generale della programmazione

**Altri attori**

- ISS
- SNPA
- IZS (Istituti Zooprofilattici)
- Enti di ricerca e associazioni scientifiche
- Istituti universitari
- Regioni.

**<u>LINEA N. 13</u>:** ***Predisposizione, aggiornamento e attuazione di un piano nazionale condiviso tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta a una pandemia influenzale***

**Razionale**

La natura ricorrente delle pandemie influenzali le rende un'importante minaccia per la salute pubblica a cui prepararsi e offre anche l'opportunità di rafforzare la preparazione per gestire altre minacce sanitarie.

La pianificazione e la preparazione sono fondamentali per contribuire a mitigare il rischio e l'impatto di una pandemia e per gestire la risposta e la conseguente ripresa delle normali attività. Molte delle capacità necessarie per gestire una pandemia influenzale - in settori quali il coordinamento, la sorveglianza, il laboratorio e la comunicazione del rischio - sono comuni alla gestione di altre emergenze sanitarie pubbliche e sono riconosciute nel regolamento sanitario internazionale (RSI-2005). Pertanto, il mantenimento di un piano nazionale in caso di pandemia come parte di un piano generale di emergenza sanitaria contribuisce alla preparazione nazionale generale e alla sicurezza sanitaria globale.

**Obiettivo**

- Definire ruoli e responsabilità dei diversi soggetti a livello nazionale, regionale e locale per l'attuazione delle misure previste dalla pianificazione ed altre eventualmente decise.

**Output**

- Accordo tra Ministero della salute e Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

**Direzioni generali del Ministero della salute coinvolte**

- Direzione generale della prevenzione sanitaria
- Direzione Generale Dispositivi Medici del Servizio Farmaceutico
- Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle risorse umane del SSN
- Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
- Direzione Generale Ricerca e Innovazione in Sanità
- Direzione Generale della Sanità Animale e dei Farmaci Veterinari

- Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo e della Statistica
- Direzione Generale della Vigilanza Enti e Sicurezza delle Cure

**Altri Attori**

- Altri Ministeri (MEF, Beni culturali, Interno, Difesa, Giustizia, MIPAAF, Sviluppo Economico MI, MUR)
- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
- AGENAS
- ISS
- Regioni
- Società Scientifiche**,** Federazioni**,** Enti, NAS, Protezione Civile e altre Istituzioni.

# 5 Macro Obiettivi

## 5.1 Malattie croniche non trasmissibili

# Razionale

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT), quali malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, problemi di salute mentale, disturbi muscolo scheletrici, restano le principali cause di morte a livello mondiale e sono responsabili per quasi il 70% delle morti, la maggior parte delle quali si verifica nei Paesi a basso e medio reddito.

Consumo di tabacco, errate abitudini alimentari, insufficiente attività fisica, consumo rischioso e dannoso di alcol, insieme alle caratteristiche dell'ambiente e del contesto sociale, economico e culturale rappresentano i principali fattori di rischio modificabili, ai quali si può ricondurre il 60% del carico di malattia (*Burden of Disease*), in Europa e in Italia. A ciò si aggiunge la carente organizzazione e l'insufficiente ricorso ai programmi di screening organizzato, la cui offerta e adesione può essere considerata un fattore protettivo per la mortalità e morbilità dovuta alle tre patologie oncologiche attualmente oggetto di screening (carcinoma della cervice uterina, mammario e del colon retto).

L'ambiente, nella sua accezione più completa e complessa, comprensiva di stili di vita e condizioni sociali ed economiche, è un determinante fondamentale per il benessere psicofisico e quindi per la salute delle persone e delle popolazioni. Molti processi patologici trovano una loro eziopatogenesi in fattori ambientali.

La metà della popolazione mondiale, inoltre, vive in città e nella popolazione urbana si osserva un significativo aumento delle MCNT, fenomeno che l'OMS ha definito "la nuova epidemia urbana", tale da compromettere la qualità della vita delle generazioni future e anche lo sviluppo economico e la prosperità delle città.

Negli ultimi decenni in Italia, con l'invecchiamento progressivo della popolazione, si è registrato un aumento dell'aspettativa di vita, legato al miglioramento delle condizioni sociali e ai progressi nella diagnosi precoce e nella cura delle malattie. Nel 2018 la speranza di vita alla nascita ha raggiunto 80,8 anni per gli uomini e 85,2 anni per le donne. Tale fenomeno non sempre è accompagnato da un aumento degli anni di vita in buona salute e mediamente circa 20 anni sono vissuti in condizioni di salute precarie o in condizioni di disabilità. Per le donne, in particolare, la maggiore longevità spesso si associa a grave riduzione di autonomia. Nel 2018 (dati Istat), il 49% dei 65-74enni riferisce almeno due patologie croniche a fronte del 65,7% degli ultra 75enni. La presenza di patologie cronico-degenerative ed il dolore fisico che spesso le accompagna condizionano notevolmente le normali attività quotidiane degli anziani, comportando una progressiva riduzione nell'autonomia.

Un altro effetto negativo del rapido invecchiamento della popolazione è rappresentato dall'aumento dell'incidenza delle persone affette da demenza. La demenza è un problema di salute pubblica in rapida crescita che colpisce circa 50 milioni di persone in tutto il mondo, con circa 10 milioni di nuovi casi ogni anno, cifra destinata a triplicare entro il 2050. Si prevede che il numero totale di persone con demenza raggiungerà gli 82 milioni nel 2030 e i 152 milioni nel 2050. La demenza è una delle principali cause di disabilità e dipendenza tra gli anziani e può devastare la vita delle persone colpite, dei loro accompagnatori e delle loro famiglie. Inoltre, la malattia infligge un pesante fardello economico alle società nel loro complesso.

Il Piano d'azione globale OMS per la demenza 2017-2025, invita gli Stati membri ad agire per ridurre i fattori di rischio potenzialmente modificabili per la demenza e sostenere l'attuazione di interventi multisettoriali basati sull'evidenza per ridurre il rischio di demenza. Le nuove linee guida dell'OMS *Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia* (2019) forniscono la base di conoscenze per gli operatori sanitari, i governi, i responsabili delle politiche e altre parti interessate per ridurre i rischi di declino

cognitivo e demenza attraverso un approccio di sanità pubblica. Più in generale occorre sottolineare che la salute mentale è parte integrante della salute e del benessere e, come altri aspetti della salute, può essere influenzata da una serie di determinanti socioeconomici che devono essere affrontati attraverso strategie globali di promozione, prevenzione, trattamento e recupero. I determinanti della salute mentale e dei disturbi mentali comprendono non solo caratteristiche individuali come la capacità di gestire pensieri, emozioni, comportamenti e interazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali. L'esposizione alle avversità (ad es. povertà, maltrattamenti, violenze, ecc.) in giovane età è un fattore di rischio prevenibile per i disturbi mentali. A seconda del contesto locale, alcuni individui e gruppi nella società possono essere esposti a un rischio significativamente più elevato di sperimentare problemi di salute mentale. Le persone con disturbi mentali presentano tassi più alti di disabilità e mortalità. Ad esempio, le persone con grave depressione e schizofrenia hanno una probabilità dal 40 al 60% in più di morire prematuramente rispetto alla popolazione generale, a causa di altri problemi di salute che sono spesso non sono adeguatamente affrontati. I disturbi mentali si presentano spesso in comorbilità con altre malattie croniche (tumori, malattie cardiovascolari, diabete, ecc.) o queste ne influenzano la comparsa. Molti fattori di rischio come il basso stato socioeconomico, l'uso di alcol e l'uso di sostanze, lo stress sono comuni a disturbi mentali e altre malattie non trasmissibili. La depressione da sola rappresenta il 4,3% del carico globale di malattia ed è tra i più grandi single cause di disabilità in tutto il mondo, in particolare per le donne.

Nel contesto degli interventi volti a sviluppare e attuare politiche e programmi per la prevenzione delle MCNT è essenziale tener conto delle esigenze delle persone con disturbi mentali, ma anche della necessità di proteggere e promuovere il benessere mentale di tutti i cittadini in tutte le fasi della vita, considerando che le prime fasi della vita rappresentano un'opportunità particolarmente importante anche per promuovere e proteggere la salute mentale.

## Fattori di rischio/Determinanti

I principali fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche non trasmissibili (consumo di tabacco, inattività fisica e sedentarietà, scorretta alimentazione e consumo rischioso e dannoso di alcol) sono prevenibili ma possono portare a condizioni (fattori di rischio intermedi) che già di per sé vanno considerate patologiche, seppure ancora almeno in parte reversibili, se diagnosticate e trattate in tempo (ipertensione arteriosa, sovrappeso/obesità, dislipidemie, iperglicemia, lesioni precancerose cancerose iniziali).

Le abitudini alimentari sono profondamente influenzate dai fattori socio-economici, 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 psico-fisiche della popolazione. È nota, tra l'altro, la stretta la correlazione tra abitudini alimentari e sovrappeso/obesità, specie infantile.

Anche inattività fisica e sedentarietà contribuiscono al carico di malattie croniche e incidono notevolmente sui processi volti a un invecchiamento in buona salute. Le *Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione*, approvate con Accordo Stato-Regioni del 7 marzo 2019, sottolineano la necessità che tutti pratichino attività fisica, soprattutto integrata nella vita quotidiana, e forniscono elementi di *policy* di sistema e di orientamento sulle azioni da mettere in atto, puntando all'equità e all'inclusione dei soggetti vulnerabili, con l'obiettivo di superare il carattere settoriale e frammentario che hanno avuto molte delle azioni sinora intraprese, anche al fine di favorire una maggiore omogeneità di intervento a livello nazionale.

Il fumo di tabacco nel nostro Paese rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile, con una prevalenza di fumatori in calo, ma con preoccupanti dati relativi ai consumi tra i giovani e riduzione della percentuale di quanti provano a smettere. La comparsa sul mercato negli ultimi anni di nuovi prodotti a base di nicotina (dalle sigarette elettroniche ai prodotti del tabacco di nuova generazione) ha aperto nuovi scenari relativamente alle conseguenze sulla salute dell'uso di tali prodotti e in generale alle strategie di prevenzione, considerato che tali prodotti ampliano la già vasta offerta e possono risultare attrattivi per i giovani.

Il consumo di alcol è un fattore di rischio per la salute. L'alcol è la terza causa di morte prematura, dopo l'ipertensione e il consumo di tabacco Il fenomeno relativo al consumo di bevande alcoliche in Italia sta mostrando un profilo nuovo rispetto agli ultimi decenni. A fronte di una riduzione del consumo di vino durante i pasti, si registra un progressivo aumento di consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti e resta allarmante nei giovani il fenomeno del *binge drinking*.

Inattività fisica, fumo, diabete, ipertensione, obesità della mezza età, depressione e bassa scolarizzazione hanno mostrato una forte associazione con l'eziologia della demenza. Tali fattori di rischio agiscono congiuntamente e sinergicamente e una strategia integrata di prevenzione primaria può produrre una sostanziale riduzione del numero di casi di malattia di Alzheimer e demenza vascolare. Mentre non esiste un trattamento curativo per la demenza, la gestione proattiva dei sette fattori di rischio modificabili può ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia.

L'obesità, tra i fattori di rischio intermedi, 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. Quella infantile, in particolare, è considerata una delle più importanti sfide per le conseguenze che comporta, quali rischio di diabete di tipo 2, asma, problemi muscolo-scheletrici, futuri problemi cardiovascolari, problemi psicologici e sociali. L'aumento del sovrappeso e dell'obesità nei bambini e giovani è, pertanto, allarmante alla luce del forte legame tra eccesso di adiposità e danni alla salute in età avanzata.

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 cross-contaminazione o attraverso l'utilizzo di additivi e aromi che contengono degli allergeni. Anche la carenza nutrizionale di iodio può avere effetti negativi sulla salute in tutte le fasi della vita, particolarmente gravi in gravidanza, allattamento, infanzia.

Nel 2018 il sistema di controllo ufficiale italiano per quanto riguarda i regolamenti 1924/2006 e 1169/2011, concernenti le indicazioni nutrizionali e salutistiche fornite sui prodotti alimentari è stato oggetto di audit da parte della DG-Sante che ha evidenziato alcune criticità; è pertanto necessario implementare l'attività di formazione delle autorità competenti in tale settore.

Accanto ai citati fattori di rischio comportamentali, i determinanti sociali, culturali, economici, ambientali che condizionano l'insorgenza delle MCNT concorrono anche alla comparsa di disturbi mentali.

L'inquinamento atmosferico indoor e outdoor, considerato dall'OMS il principale fattore di rischio ambientale per la salute e tra le cause principali dei decessi dovuti a malattie croniche non trasmissibili, si aggiunge ai fattori di rischio sopra descritti. Secondo i dati più aggiornati pubblicati dall'Agenzia europea per l'ambiente (AEA)[5], l'attuazione delle politiche europee in materia di qualità dell'aria e l'introduzione di misure a livello nazionale e locale (automobili e industrie meno inquinanti ed energia più pulita) hanno portato nell'Unione europea ad una lenta riduzione dell'inquinamento atmosferico, che tuttavia continua a superare i limiti raccomandati dall'OMS e dall'UE e rappresentare tuttora un pericolo per la salute e l'ambiente.

Occorre inoltre ricordare che i programmi di screening organizzati per mammella, cervice uterina e colon retto hanno dimostrato di essere in grado di ridurre la mortalità e in alcuni casi (screening del cervico carcinoma e screening colorettale) anche l'incidenza dei tumori oggetto dei programmi. Questi risultati sono stati evidenziati anche in Italia attraverso studi ad hoc di *effectiveness*. Purtroppo, come riportano annualmente i dati dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), l'implementazione dei programmi di screening non risulta omogenea in tutto il territorio nazionale, in particolare si registrano maggiori criticità nelle Regioni del Sud, in termini sia di copertura (intorno al 50% verso un valore vicino o superiore al 90% al Centro Nord), sia di partecipazione all'invito attivo (anch'essa più bassa nell'Italia Meridionale e Insulare).

[5] Rapporto dell'AEA «Air quality in Europe, 2018 reporten», 2018

# Strategie

Nell'affrontare la sfida della promozione della salute per la prevenzione delle MCNT (malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, problemi di salute mentale, disturbi muscolo scheletrici), occorre considerare i cambiamenti della struttura sociale e della popolazione destinataria degli interventi. Abitudini sociali, livello di istruzione, situazione economica, occupazionale, molteplicità di origini etniche e culturali, cambiamento della struttura familiare, modifica dei comportamenti riproduttivi, invecchiamento della popolazione, interferenze e ruolo pervasivo dei sistemi economici ma anche dei social media sono tutti elementi che determinano una maggiore complessità e richiedono una maggiore specificità di approccio.

È pertanto riconosciuto, sulla base delle evidenze ricavate da studi e confronti tra paesi, programmi e interventi, che un'azione preventiva efficace richiede un approccio che impegni tutto il governo, nazionale o locale, con il coinvolgimento di ampi settori della società civile (*whole-of-government e whole-of-society*). Tale approccio strategico complessivo di promozione della salute e della salute mentale mira a rispondere ai bisogni specifici dei diversi gruppi di popolazione, in particolare di quelli vulnerabili e in tutte le fasi della vita, attraverso la combinazione di interventi universali con interventi selettivi anche al fine di prevenire disturbi mentali, contrastando nel contempo stigma e discriminazione.

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

Data la vastità e complessità degli ambiti affrontati è necessario un approccio combinato e integrato tra strategie di comunità (orientate alla promozione della salute, intersettoriali e per *setting*), ~~e~~ strategie basate sull'individuo per l'individuazione precoce di soggetti a rischio e l'identificazione di malattie in fase precoce e interventi efficaci centrati sulla persona (es. counseling individuale sugli stili di vita - LEA) e mirati a seconda dei fattori di rischio propri della persona e della sua disponibilità al cambiamento.

Nel definire le azioni volte ad implementare le strategie di prevenzione delle MCNT è auspicabile fare riferimento a Piani strategici di settore, adottati a livello internazionale e nazionale (ad es. Piano d'azione Globale contro le malattie croniche 2013-2020, Piano d'azione globale OMS sulla salute mentale 2013-2020, "Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011-2013"- in corso di aggiornamento, Piano di azioni nazionale per la salute mentale – PANSM, Piano Nazionale Demenze).

- **Strategie di comunità**

*Approccio intersettoriale*

La creazione di reti e alleanze intersettoriali consente di porre la salute ed il contrasto alle disuguaglianze di salute al centro delle strategie e degli interventi sanitari ed extra-sanitari e di considerare in ogni contesto la centralità della persona, i suoi diritti e le sue scelte. La "Salute in tutte le politiche" rappresenta un approccio doppiamente vincente poiché fa sì (strategia *win-win*) che settori diversi traggano vantaggio, rafforzando i risultati, dall'includere nella programmazione delle proprie politiche la valutazione dei potenziali effetti sulla salute.

*Approccio life-course e di genere*

Adottare un approccio *life-course*, a partire dai primi 1000 giorni (nonché in fase pre-concezionale) e lungo tutto il corso della vita, mira a ridurre i fattori di rischio individuali e a rimuovere le cause che impediscono ai cittadini scelte di vita salutari. L'allattamento materno, ad esempio, è elemento determinante per la salute e va, pertanto, protetto, promosso e sostenuto. Poiché il 50% dei disturbi mentali dell'adulto si manifestano prima dei 14 anni di età, le prime fasi di vita rappresentano un

momento particolarmente importante in cui promuovere la salute mentale e prevenire l'insorgenza di disturbi mentali, anche attraverso interventi di formazione alle capacità genitoriali *(parental skills training)*.

Migliorare la salute e la qualità di vita delle persone, agendo su tutte le fasce d'età, contribuisce al mantenimento dell'autosufficienza in età più avanzata e rappresenta anche uno strumento per favorire la produttività in età lavorativa. Investire in politiche globali e agire trasversalmente sulle condizioni sociali e sugli ambienti di vita che generano o favoriscono i fattori di rischio modificabili facilita un invecchiamento in buona salute e con ridotto carico di malattia e consente l'inserimento e la piena integrazione degli anziani nella società. Ciò può contribuire ad affrontare e ridurre situazioni di emarginazione ed isolamento che possono essere associati a condizioni depressive a comportamenti autolesivi. È necessario, peraltro, incentivare e rafforzare le reti e il sostegno informali, la cittadinanza attiva e l'*empowerment* individuale e collettivo degli anziani e di chi si prende cura di loro. Anziani attivi e *care-giver* si rivelano attori strategici per interventi adeguati ai bisogni degli anziani, nella prospettiva di un approccio inclusivo e partecipato e di un sistema che offra, oltre che servizi efficienti e prestazioni di qualità, anche occasioni capaci di generare integrazione e coesione sociale. Prevedere azioni di prevenzione e promozione della salute in un'ottica di genere favorisce, inoltre, l'appropriatezza degli interventi.

*Approccio per setting*

*Partecipazione* della comunità, *responsabilizzazione* ed *equità* sono le parole chiave dell'approccio per *setting* che richiede il coinvolgimento di molteplici attori. La Scuola è un luogo di confronto imprescindibile per il mondo sanitario dove favorire la "Promozione della salute" come proposta educativa continuativa e integrata lungo tutto il percorso scolastico. A livello territoriale, benché alcune esperienze si siano negli anni consolidate, il rapporto tra sistema Scuola e Sistema sanitario necessita di una maggiore interazione, mirata a integrare le specifiche competenze e finalità secondo quanto espresso nel documento "Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute" (Accordo Stato-Regioni 17 gennaio 2019).

In ambito scolastico è possibile intervenire precocemente, in un'ottica di approccio globale alla promozione della salute finalizzata all'acquisizione di competenze di vita (*life skill*), affrontando efficacemente fenomeni negativi (es. bullismo, violenze, uso di sostanze) che possono ripercuotersi sul benessere mentale dei giovani e possono precorrere la comparsa di disturbi mentali dell'adulto. Tale approccio contribuisce al riconoscimento precoce di problemi psicologici e comportamentali di bambini ed adolescenti, inclusi i comportamenti autolesivi, favorendo la possibilità di intervento.

Le comunità costituiscono un luogo d'eccellenza degli interventi di promozione della salute fisica e mentale, così come l'ambiente di lavoro, *setting* strategico dove le persone trascorrono la maggior parte della loro giornata e possono essere più facilmente raggiunte e coinvolte, sia diffondendo informazioni e conoscenze sull'importanza di uno stile di vita salutare, sia offrendo opportunità per facilitarne l'adozione. Nell'ambito dei servizi sanitari è possibile lo sviluppo di interventi rivolti alla popolazione generale e a target specifici al fine di promuovere stili di vita sani e interventi rivolti agli operatori sanitari per migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni fornite e contribuire a potenziare l'*empowerment* dei cittadini attraverso la promozione di atteggiamenti protettivi per la salute.

Il processo di empowerment è strumento e obiettivo di salute pubblica per far emergere le potenzialità presenti nelle comunità e favorire lo sviluppo del benessere e delle capacità di individui, gruppi vulnerabili di popolazione, organizzazioni e comunità, con un'attenzione particolare all'equità e all'inclusione. Nel contesto di comunità si collocano anche le iniziative di informazione e sensibilizzazione dei cittadini volte a promuovere un corretto approccio nei confronti del disagio mentale, per superare stigma e pregiudizio e favorire l'inclusione. La persona con disturbi mentali, infatti, non deve subire discriminazioni, né essere relegata ai margini della vita sociale, Accettazione e inclusione sociale sono elementi fondamentali del processo di ripresa dalla malattia mentale. Altrettanto importante è migliorare la consapevolezza della popolazione generale e dei mass media sul problema dei comportamenti autolesivi e/o suicidari e sulla disponibilità di efficaci strategie di prevenzione.

Negli anni recenti si è sviluppato il concetto di *Urban Health* che identifica tutte le pratiche e le azioni orientate alla tutela e alla promozione della salute in ambiente urbano *indoor* e *outdoor*. Il miglioramento degli spazi di vita delle persone è un obiettivo imprescindibile anche dell'Agenda 2030

per lo sviluppo sostenibile al fine di rendere le città e le comunità sicure, inclusive, resistenti e sostenibili ed agire a tal fine può contribuire anche a ridurre l'impatto delle MCNT. È noto infatti che, sebbene in generale la popolazione urbana viva meglio rispetto a quella rurale, con un'aspettativa di vita più elevata ed un migliore accesso ai servizi socio-sanitari, le città devono costantemente affrontare situazioni che impattano sulla salute, come l'inquinamento atmosferico, ma anche gli incidenti stradali, gli agenti infettivi che si diffondono più facilmente in condizioni di sovraffollamento, gli stili di vita non corretti, ecc. Soprattutto nelle periferie delle città si determinano forti disuguaglianze dal punto di vista sia sociale sia sanitario. Un buon assetto urbano gioca un ruolo decisivo anche per la salute pubblica.

- **Strategie basate sull'individuo**

Interventi finalizzati alla individuazione di condizioni di rischio anche individuali per le MCNT e all'indirizzo delle persone verso una adeguata presa in carico sono previsti anche dai LEA nell'ambito dell'Area F del Livello Prevenzione collettiva e sanità pubblica che include l'offerta del *counseling* individuale, quale prestazione esigibile finalizzata al contrasto ai fattori di rischio delle MCNT.

La scelta strategica è quindi quella di dare sviluppo al ruolo fondamentale del personale sanitario attraverso formazione continua sull'applicazione del "*counseling* breve" per la promozione di corretti comportamenti, per fornire un importante contributo alla partecipazione e responsabilizzazione individuale e collettiva, promuovendo scelte salutari di vita e ambienti che promuovono la salute. L'offerta dell'intervento breve, in particolare in presenza di soggetti con fattori di rischio, deve trovare attuazione nei contatti sanitari "opportunistici" (es. Ambulatori, Consultori, Certificazioni, Medici Competenti, Screening oncologici, Punti nascita, Punti vaccinali, ecc.), anche al fine di intercettare la persona nei diversi momenti della vita, migliorandone le competenza socio-emozionale (es. capacità di autogestirsi, consapevolezza di sé e sociale, capacità di relazione, capacità decisionale responsabile).

Questo approccio permette di dare continuità e rinforzo reciproco ai messaggi di prevenzione e promozione della salute provenienti da fonti sanitarie diverse.

L'attività dell'operatore sanitario sul singolo è supportata nel territorio dalla disponibilità di interventi sia di comunità (es. gruppi di cammino, pedibus) che terapeutici specifici (es. trattamento del tabagismo, consulenza nutrizionale, prescrizione esercizio fisico, ecc.), tali da poter permettere la costruzione di percorsi personalizzati per livello di rischio.

È compito del Dipartimento di Prevenzione, quindi, anche la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di interventi finalizzati all'individuazione di condizioni di rischio per le malattie croniche non trasmissibili e all'indirizzo verso un'adeguata "presa in carico". In questo contesto si inserisce la collaborazione con i Distretti Sanitari, i Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze e la medicina di base per l'invio a interventi più o meno strutturati a seconda della condizione e per la modifica dei fattori di rischio. Nell'articolazione del Dipartimento di Prevenzione e nella rete di relazioni che esso stesso ha instaurato con altre strutture sanitarie e non del territorio, il soggetto trova un'opportunità di salute ovvero un team multidisciplinare ed intersettoriale che lo accompagna, a seconda del livello di rischio di partenza, nella scelta di comportamenti corretti per la salute.

L'intersettorialità e la multidisciplinarietà, quindi, sono caratteristiche fondamentali dei percorsi di presa in carico globale non solo per una migliore gestione clinica, in risposta ai bisogni assistenziali, ed una presa in carico continuativa, ma anche per la promozione di sani stili di vita e del benessere mentale.

In questo contesto operativo, già previsto dal PNP 2014-2019, si colloca il collegamento con il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), con l'obiettivo di "contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini". Il PNC, nel considerare la prevenzione uno degli "elementi chiave" di gestione della cronicità e rimandando agli interventi previsti dal PNP, ne individua pertanto due obiettivi principali:

a) la prevenzione su persone individuate come "a rischio" di patologia cronica, attraverso la definizione di percorsi condivisi e misurabili nei loro esiti intermedi e finali;
b) la prevenzione delle complicanze proprie delle patologie croniche considerate.

Il PNP 2020-2025, rafforzando un lavoro in rete delle strutture coinvolte, mira ad attivare percorsi integrati su persone a rischio "misurabili nei loro esiti intermedi e finali anche attraverso indicatori di risultato intermedio *proxy*" (astensione dal fumo, calo del peso corporeo, riduzione dei fattori di rischio

noti), come indicato dal PNC. Inoltre, per quanto riguarda la prevenzione delle complicanze in soggetti con patologie croniche, il raccordo tra i servizi di prevenzione, cure primarie, assistenza sul territorio e riabilitazione, è favorito dalla definizione di Percorsi (Preventivo)-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali - (P)PDTA, guidati dalle evidenze e centrati sui pazienti per l'effettiva presa in carico dei bisogni "globali", in grado in una prospettiva più ampia anche di attivare le risorse della comunità (welfare di comunità).

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

Relativamente allo screening della cervice uterina, occorre inoltre considerare che nel biennio 2021-22 le ragazze vaccinate contro l'HPV nel dodicesimo anno di vita raggiungeranno l'età di accesso allo screening. Pertanto, il programma dovrà prevedere un adeguamento dei protocolli a questa nuova situazione, tenendo conto che, sebbene lo screening cervicale HPV abbia pochi effetti indesiderati e il trattamento delle lesioni pre-invasive sia particolarmente sicuro, questo comporta un incremento di parti pretermine. È dunque importante valutare la differente epidemiologia dell'HPV e delle lesioni cervicali nella popolazione vaccinata rispetto a quella non vaccinata, al fine di non esporre le giovani donne ad un rischio di sovra-diagnosi e sovra-trattamento in un'età che nella maggior parte dei casi precede la prima gravidanza, nonché di evitare una allocazione inefficiente di risorse.

Secondo le conclusioni della Consensus Conference svoltasi a Firenze nel 2015, promossa, su mandato del Ministero della Salute, dal Gruppo Italiano per lo Screening Cervicale (GISCi) e dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), con l'obiettivo di definire scelte operative *evidence-based*, la riorganizzazione dello screening cervicale in funzione della vaccinazione comporta specifiche azioni quali: la creazione di un link tra anagrafi vaccinali e registri di screening, la definizione di un set minimo di informazioni rese disponibili dai registri vaccinali ai programmi di screening, la posticipazione del primo invito a 30 anni per le sole ragazze vaccinate nelle campagne vaccinali delle 12enni, la possibilità di modificare l'intervallo di screening nelle donne vaccinate.

Al fine di migliorare il grado di implementazione dei programmi di screening, aumentandone i livelli di copertura e adesione e riducendo la disomogeneità territoriale, caratterizzata da un forte gradiente Nord Sud, sono inoltre necessarie modifiche che consentano di superare le criticità evidenziate in alcune Regioni essenzialmente dovute a deficit organizzativi a livello regionale (mancata effettuazione di gare regionali, mancata identificazione dei centri di riferimento, assenza di linee di indirizzo regionali). Tra le modifiche, un contributo significativo può essere fornito dalla istituzione, in ogni Regione, di un coordinamento regionale multidisciplinare, in grado di monitorare costantemente l'andamento dei programmi di screening e di intervenire positivamente per modificarne la qualità.

Azioni che dovranno essere ulteriormente sviluppate sono il rafforzamento degli interventi di formazione interdisciplinare e congiunta e di aggiornamento dei diversi operatori coinvolti a vario titolo nei programmi di screening (MMG, PLS, specialisti ovvero ginecologici, radiologi, anatomopatologi, endoscopisti) e, in particolare, una maggiore sensibilizzazione dei ginecologi verso i programmi di screening della cervice uterina con il test HPV/DNA.

È necessario, inoltre, migliorare e rafforzare le iniziative di comunicazione, affinché siano basate su evidenze scientifiche, ma al tempo stesso forniscano informazioni chiare e adeguate al target che si intende raggiungere, non solo al fine di aumentare la partecipazione ai programmi organizzati, ma anche in un'ottica di appropriatezza per evitare la duplicazione di interventi di prevenzione mediante screening organizzato e di prevenzione individuale spontanea. In linea con l'approccio di equità, per altro, occorre prevedere interventi specifici volti a migliorare l'adesione agli screening organizzati da parte dei gruppi vulnerabili.

A livello locale, laddove necessario, dovranno essere predisposte sistematiche modifiche tecnico-organizzative (ad esempio attraverso l'ottimizzazione della modalità degli inviti, il coinvolgimento del MMG, l'aggiornamento periodico e sistematico delle anagrafi dei contatti, maggiore appropriatezza e qualità dei percorsi, rendendo più agevole e veloce l'accesso alle indagini di 2° livello e al tempo stesso garantendo performance diagnostiche di qualità), in linea con le evidenze scientifiche, le indicazioni nazionali e con gli indirizzi regionali ed imprescindibili per favorire il buon esito degli interventi.

**Il PNP 2020-2025 intende:**

- **rafforzare l'approccio intersettoriale, anche nell'ambito delle strutture del SSN e riconoscendo la necessità di coinvolgere la società civile e il settore privato per mobilitare tutte le risorse disponibili, in linea con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030;**
- **implementare e consolidare l'approccio *life-course*, investendo a partire dai primi 1000 giorni, per proteggere e promuovere la salute fisica e mentale e favorire un invecchiamento sano e attivo e una buona qualità della vita in età avanzata;**
- **prevedere azioni di prevenzione e promozione della salute in un'ottica di genere al fine di favorire una maggiore appropriatezza degli interventi;**
- **promuovere la formazione continua interdisciplinare degli operatori sanitari anche finalizzata all'offerta del *counseling* breve sugli stili di vita in *setting* sanitari opportunistici;**
- **realizzare processi appropriati di prevenzione e promozione della salute attraverso interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l'infermiere di famiglia e di comunità, quali professionisti che nel *setting* di vita della persona agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio-sanitari e gli attori sociali del territorio;**
    - **migliorare l'approccio per *setting*, favorendo maggiore interazione, dialogo e compartecipazione tra tutti i *setting*;**
- **consolidare gli interventi finalizzati all'individuazione di condizioni di rischio per le malattie croniche non trasmissibili e all'indirizzo verso un'adeguata "presa in carico", favorendo il collegamento con il Piano Nazionale della Cronicità (PNC);**
- **implementare ed estendere la copertura territoriale degli interventi, con particolare attenzione a quelli rivolti a coloro che si trovano in situazioni di vulnerabilità.**

## *MO1. Malattie croniche non trasmissibili – Quadro logico centrale*

| Obiettivi strategici del MO | Linee strategiche di intervento | LEA di riferimento (DPCM 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) | Indicatori degli Obiettivi strategici |
|---|---|---|---|
| 1.1 Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale<br>1.2 Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori<br>1.3 Promuovere la salute nei primi 1000 giorni<br>1.4 Promuovere interventi volti a favorire l'allattamento al seno<br>1.5 Individuare precocemente i segni indicativi di un disturbo dello sviluppo del bambino da 0 a 36 mesi<br>**1.6** Individuare precocemente i fattori di rischio e i segnali di disagio infantile | a. 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<br>b. Attivazione di percorsi di promozione della salute e sani stili di vita familiari per genitori di bambini 0-36 mesi | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica**<br>**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:**<br>• **F7 Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare** | **1.1 Prevalenza di allattamento esclusivo al seno per bambini di età inferiore a 6 mesi (fonte: ISS - Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia)**<br>**1.1a Percentuale di donne che hanno assunto acido folico in periodo periconcezionale (da prima del concepimento a 3 mesi di gravidanza) (fonte: ISS - Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia)**<br>**1.1b Percentuale di madri che nell'ultima settima hanno letto almeno un libro ad alta voce ai bambini di età ≥ 6 mesi (fonte: ISS - Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia)**<br>**1.1c Percentuale di madri che posizionano correttamente (pancia in su) i bambini in culla (fonte: ISS - Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia)**<br>**1.2 Percentuale di donne che allattano al seno a 3, 6 ...12, mesi dal parto fra le partorienti nei 12 mesi precedenti (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI - Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia)**<br>**1.3 Percentuale di fumatrici fra le donne in gravidanza/allattamento (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI- Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia)**<br>**1.4 Percentuale di consumatrici di alcol a maggior rischio fra le donne in** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | **gravidanza/allattamento (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI- Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia)** |
| 1.7 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale | c. 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 | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:**<br>**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:**<br>• **F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute"**<br>• **F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione**<br>• **F3 Programmazione, attivazione e valutazione di interventi di sanità pubblica finalizzati alla prevenzione delle MCNT**<br>• **F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol**<br>• **F5. Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica**<br>• **F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari**<br>• **F9 Prevenzione delle dipendenze** | **1.5 Percentuale di ragazzi 11-15 anni che dichiarano di aver fumato sigarette almeno un giorno negli ultimi 30 giorni (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia)**<br>**1.6 Prevalenza di ragazzi 11-15 anni per *Binge drinking* per genere ed età (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia)**<br>**1.7 Prevalenza di bambini di 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza Okkio alla salute; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**1.8a Prevalenza di ragazzi 11-15 anni per consumo "almeno 1 volta al giorno di frutta e verdura" (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia)**<br>**1.8b Prevalenza di ragazzi 11-15 anni per consumo "almeno 1 volta al giorno di dolci/bevande zuccherate" (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia)**<br>**1.9 Prevalenza sovrappeso e obesità nei bambini 8-9 anni (BMI misurato) (fonte:** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | **ISS – Sistema di sorveglianza Okkio alla salute) (Indicatore SDG 2.2.2; Indicatore del Nuovo Sistema di Garazia – NSG)**<br>**1.10 Prevalenza sovrappeso e obesità nei ragazzi di 11-15 anni (BMI autodichiarato) (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia) (Indicatore SDG 2.2.2)**<br>**1.11 Prevalenza di ragazzi 11-15 anni che non praticano mai attività fisica nell'ultima settimana (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia)**<br>**1.12 Prevalenza di bambini di 8-9 anni che non hanno svolto attività fisica il giorno precedente (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza Okkio alla salute)**<br>**1.13 Prevalenza di bambini di 8-9 anni che si reca a scuola a piedi o in bicicletta (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza Okkio alla salute; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)** |
| 1.8 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale<br>1.9 Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT<br>1.10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia | d. 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:<br>➢ contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina<br>➢ contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol<br>➢ riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica**<br>**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:**<br>• **F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute"**<br>• **F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di** | **1.14 Indicatore composito sugli stili di vita (fumo, stato ponderale, alcol e attività fisica 18-69 anni) (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) (Indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia- NSG)**<br>**1.15 Prevalenza di fumatori nella popolazione 18-69 anni (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) (Indicatore SDG 3.a.1)**<br>**1.15a Prevalenza di utilizzatori di sigarette elettroniche nella popolazione 18-69 anni** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva<br>1.12 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute<br>1.13 Favorire la formazione di tutti i componenti della ristorazione collettiva scolastica, aziendale, ospedaliera e socio-assistenziale (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), stakeholder (famiglie, lavoratori, pazienti, etc)<br>1.14 Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti<br>1.15 Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione.<br>1.16 Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione | ➢ contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile<br>➢ riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato<br>➢ aumento del consumo di frutta e verdura<br>➢ prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale)<br>e. Sviluppo di conoscenze e competenze (*empowerment - life skill*) di tutti i componenti della ristorazione collettiva sull'importanza della sana alimentazione per prevenire le patologie croniche e le loro complicanze, per ridurre lo spreco alimentare e l'impatto ambientale correlato all'alimentazione<br>f. Implementazione di programmi di controllo ufficiale degli alimenti, con specifiche previsioni:<br>➢ per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti<br>➢ per il controllo della disponibilità di sale iodato punti vendita e ristorazione collettiva<br>➢ per la verifica delle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari<br>g. Implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del TSH neonatale<br>h. Implementazione e sviluppo di programmi di formazione degli addetti alla preparazione/distribuzione di alimenti | **malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione**<br>• **F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol**<br>• **F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica**<br>• **F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari**<br>**Area C: Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:**<br>• **C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani**<br>**Area E: Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori:**<br>• **E6 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04***<br>*(* abrogato e sostituito dal Regolamento UE 2017/625)* | **(fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**1.16 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto è sempre rispettato (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)**<br>**1.17 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che riferiscono che nella propria abitazione non è concesso fumare in nessuna stanza (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)**<br>**1.18 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che dichiarano che nella loro abitazione, in cui vivono minori di età fino a 14 anni (compresi), non è consentito fumare in alcuna stanza (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)**<br>**1.19 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) in sovrappeso o obesi (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) (Indicatore SDG 2.2.2)**<br>**1.20 Prevalenza di persone a maggio rischio di consumo di alcol (abituale elevato e/o *binge drinking* e/o prevalente fuori pasto) nella popolazione 18-69 anni (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**1.21 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che negli ultimi 12 mesi hanno tentato almeno una volta di smettere di fumare (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)**<br>**1.22 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) sedentari (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**1.23 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | i. 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<br>j. 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 | | **consumano almeno tre porzioni di frutta e/o verdura al giorno (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**1.24 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che dichiarano di prestare attenzione all'uso del sale o stanno cercando di ridurlo (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**1.25 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che dichiarano di fare uso di sale arricchito con iodio (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**1.26 Prevalenza di persone (età 65 e più anni) sedentari (fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**1.27 Prevalenza di persone (età 65 anni e più) a maggior rischio di consumo di alcol (>1 unità alcolica al giorno) (fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana).**<br>**1.28 Prevalenza di persone (età 65 e più anni) in sovrappeso o obesi (fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**1.29 Prevalenza di persone (età 65 e più anni) sottopeso (fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**1.30 Prevalenza di persone (età 65 e più anni) che almeno tre porzioni di frutta e/o verdura al giorno (fonti: ISS - Sistema di** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | **Sorveglianza Passi d'Argento; ISTAT-Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**1.31 Percentuale di controlli ufficiali degli alimenti, con specifiche previsioni per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti. (Fonte: Ministero salute)**<br>**1.32 Percentuale di controlli ufficiali che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva (Fonte: Ministero salute)**<br>**1.33 Percentuale di controllo ufficiale degli alimenti, con specifiche previsioni per la verifica delle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari. (Fonte: Ministero salute)**<br>**1.34 Percentuale di implementazione di un flusso informativo per la comunicazione del monitoraggio del TSH neonatale. (Fonte: Ministero salute)**<br>**1.35 Percentuale di implementazione e sviluppo di programmi integrati di formazione degli addetti alla preparazione/distribuzione di alimenti (Fonte: Ministero salute)**<br>**1.36 Percentuale di 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 (Fonte: Ministero salute)**<br>**1.37 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 (Fonte: Ministero salute)** |
| 1.17 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità | k. 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:<br>• interventi volti a promuovere competenze e comportamenti salutari nelle persone sane e malate e loro *caregiver* (*health literacy, empowerment ed engagement*)<br>• 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<br>• attivazione di interventi strutturati di esercizio fisico<br>• 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 | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:**<br>**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:**<br>• **F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione**<br>• **F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale**<br>• **F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol**<br>• **F5. Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica**<br>• **F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari** | **1.38 Prevalenza di persone (età 18 anni e più) con almeno una malattia cronica (fonte: ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**1.39 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) affetti da diabete consigliati dal medico/operatore sanitario di fare qualche tipo di attività fisica (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)**<br>**1.40 Prevalenza di persone a maggio rischio di consumo di alcol (età 18-69 anni) che hanno ricevuto da un medico/operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)**<br>**1.41 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un medico/operatore sanitario il consiglio di perdere peso (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)**<br>**1.42 Prevalenza di fumatori (età 18-69 anni) che hanno ricevuto da un medico/operatore sanitario il consiglio di smettere (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)**<br>**1.43 Prevalenza di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un medico/operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)**<br>**1.44 Prevalenza di persone (età 18-69 anni)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | **ipertese che hanno ricevuto da un medico/operatore sanitario il suggerimento di ridurre il consumo di sale nel cibo (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)** |
| 1.18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane | l. Sviluppo di programmi intersettoriali per ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di salute pubblica | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:**<br>**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:**<br>• **F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute"**<br>• **F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione**<br>• **F5. Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>• **B3 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica** | **1.45 Prevalenza persone (età 18-69 anni) che per andare a scuola/lavoro vanno a piedi o in bicicletta (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)** |
| 1.19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità | m. 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.) | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:**<br>• **F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione**<br>• **F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli** | **1.46 Prevalenza di persone (età 65 anni e più) non autonome in 2 o più attività strumentali della vita quotidiana (IADL) ma con completa autonomia nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana (Fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento) (Indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia – NSG)**<br>**1.47 Prevalenza di persone (età 65 e più anni)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **ambienti aperti e confinati**<br>• **B5 Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni** | **che dichiarano di aver accudito e/o aiutato persone conviventi o non conviventi e/o svolto attività di volontariato, ossia attività prestate gratuitamente a favore di anziani, bambini, persone con disabilità o presso ospedali, parrocchie, scuole o altro (fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento)**<br>**1.48 Prevalenza di persone (età 65 e più anni) che dichiarano di aver partecipato ad attività sociali e corsi di formazione e/o a gite o soggiorni organizzati con altre persone (fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento)**<br>**1.49 Prevalenza di persone (età 65 e più anni) che dichiarano di non aver chiacchierato al telefono o di persona con qualcuno e di non aver partecipato ad attività con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia o presso le sedi di partiti politici e di associazioni, in una settimana normale (fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento)** |
| 1.20 Aumentare l'estensione dei programmi di screening oncologico alla popolazione target per ciascuno dei 3 tumori oggetto di screening<br>1.21 Aumentare l'adesione ai programmi di screening oncologico<br>1.22 Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo familiare per tumore della mammella | n. Rafforzamento/implementazione dei coordinamenti regionali screening<br>o. Offerta di programmi organizzati di screening oncologici per i carcinomi della cervice uterina (test HPV DNA), della mammella e del colon retto<br>p. Implementazione di protocolli di screening cervicale differenziati per le donne vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV<br>q. 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 | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:**<br>**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:**<br>• **F8 Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018** | **1.50 Proporzione di cancri in stadio II+ in donne 50-69 anni rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza (Fonte: Osservatorio Nazionale Screening) (Indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia – NSG)**<br>**1.51 Proporzione di donne fra 45-49 anni e fra 70-74 anni che hanno effettuato test di screening mammografico, in un programma organizzato (Fonte: Osservatorio Nazionale Screening) (Indicatore del Sistema di Verifica Adempimenti LEA)**<br>**1.52 Proporzione di persone fra 70-74 anni che hanno effettuato test di screening** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | **colorettale in un programma organizzato (Fonte: Osservatorio Nazionale Screening) (Indicatore del Sistema di Verifica Adempimenti LEA)**<br>**1.53 Proporzione di donne 25-64 anni che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina (Fonte: Osservatorio Nazionale Screening) (Indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia)**<br>**1.54 Proporzione di donne 50-69 anni che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella (Fonte: Osservatorio Nazionale Screening) (Indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia - NSG)**<br>**1.55 Proporzione di persone 50-69 anni che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto (Fonte: Osservatorio Nazionale Screening. Nuovo Sistema di Garanzia) (Indicatore del Nuovo sistema di Garanzia)** |

## 5.2 Dipendenze e problemi correlati

# Razionale

### Le dipendenze da sostanze e da comportamenti: quadro d'insieme

L'odierno panorama delle dipendenze riflette un cambiamento epocale relativo a mutamenti socio-demografici, politici ed economici, portando alla ribalta problematiche che costituiscono una sfida continua per le politiche di sanità pubblica.

L'OMS definisce la "dipendenza patologica" come "condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione". In questa definizione rientrano anche le dipendenze senza sostanza, che riguardano comportamenti problematici come il disturbo da gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo, la *new technologies addiction* (dipendenza da internet, *social network*, videogiochi, televisione, ecc.). Anche gli studi derivanti dalle nuove scienze neurologiche propongono una visione unitaria della dipendenza, secondo la quale sia le manifestazioni cliniche che i percorsi di trattamento sono simili.

La dipendenza da sostanze ha un importante impatto sociosanitario, con conseguenze dirette e indirette sull'ordine pubblico e sulla spesa sanitaria e sociale ed è oggetto di interventi generici e specifici da parte dello Stato. Il progressivo abbassamento dell'età di prima assunzione confermato da tutte le ricerche epidemiologiche, associato - sul versante dell'offerta - ad un mercato che, a prezzi sempre più bassi, offre una gamma molto ampia di principi attivi (comprese le cd. NPS - *New Psychoattive Substance*, spesso non ancora tabellate e quindi legali), fa sì che i fenomeni di consumo abbiano un impatto rilevante sulla salute pubblica già nelle fasi che precedono l'insorgere di una vera e propria dipendenza. Le conseguenze negative sulla salute possono essere dirette, e derivare dagli effetti farmacologici della sostanza e dalla via di assunzione, o indirette, come epatite B e C, AIDS, disturbi del sistema nervoso centrale (SNC), cui si aggiungono conseguenze sociali legate a comportamenti illegali, violenze, incidenti.

Questo quadro si associa all'indefinitezza delle risposte sul versante socio-culturale e alla contraddittorietà della produzione normativa (come ben dimostrano le recenti pronunce sul controverso diffondersi di esercizi commerciali destinati alla vendita di prodotti della cosiddetta "Canapa light", a basso contenuto del principio attivo tetraidrocannabinolo – THC). L'azione mass mediatica globalizzata, l'incertezza nel messaggio educativo e sociale e il crescente disorientamento delle figure educative di riferimento concorrono alla diffusione nella popolazione di informazioni non corrette circa l'impatto sulla salute delle diverse sostanze e alla scarsa percezione del rischio, soprattutto tra i più giovani.

Oltre alla dipendenza da sostanze, è necessario considerare la crescente diffusione delle dipendenze di natura comportamentale, problematiche diverse nelle manifestazioni cliniche, ma per molti aspetti correlate sul piano eziologico e psicopatologico. Esse comprendono un ampio ventaglio di manifestazioni (il disturbo da gioco d'azzardo, le dipendenze da nuove tecnologie, le dipendenze sessuali, lo shopping compulsivo, ecc.) ad oggi inserite solo in parte nelle classificazioni diagnostiche internazionali.

### Tabacco

Il fumo di tabacco è la seconda causa evitabile di malattia e di morte nel mondo. Costituisce uno dei fattori di rischio che incidono maggiormente sulla salute anche nel nostro Paese, con alti costi assistenziali, sanitari e sociali. Il Sistema Sanitario Nazionale ha organizzato una risposta di cura specialistica disseminata sul territorio, tuttavia soltanto dal 2% al 4% di chi smette si rivolge a un centro di cura pubblico (dati PASSI) benché chi usufruisce dell'aiuto di un Centro ha il 35% di possibilità di essere astinente dopo un anno dalla cessazione, mentre in chi smette da solo queste possibilità si riducono all'1-3% (dati linee guida NICE).

Si comprende, pertanto, l'importanza che si continui a livello nazionale e regionale ad investire ed implementare un approccio globale al fenomeno orientato a promuovere ambienti e persone libere dal

fumo e fondato su una visione intersettoriale e interdisciplinare del problema. Tale strategia globale raccomandata dall'OMS, che porta il nome di MPOWER, si sviluppa sull'integrazione di sei strategie di azioni efficaci per contrastare il fenomeno del tabagismo, quali: monitoraggio del consumo di tabacco e politiche di prevenzione, protezione della popolazione dal fumo, aiutare i fumatori a smettere di fumare, avvertenze sui pericoli del tabacco, rafforzamento dei divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazioni del tabacco, politiche fiscali e dei prezzi.

## Alcol

Il consumo di alcol costituisce un problema di salute pubblica di assoluta rilevanza; secondo il *Global status report on alcohol and health* 2018 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, pubblicato il 21 settembre 2018, l'uso di alcol nel 2016 ha causato nel mondo circa 3 milioni di morti, ossia il 5,3% di tutti decessi e il 5,1% degli anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura attribuibili all'alcol.

In Italia negli ultimi anni si è registrato un progressivo aumento del consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti. Secondo le stime dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità, nel 2017 si continua a registrare un aumento nei consumi pro-capite e nei principali indicatori di rischio tra i consumatori di bevande alcoliche, che si attestano a oltre 35 milioni.

I comportamenti di consumo a rischio, essenzialmente distinti in "consumo abituale eccedentario" e "*binge drinking"* (consumo di più di 5/6 UA in un'unica occasione), prevalentemente diffusi tra i giovani, causano non solo danni alla salute, ma anche problemi legati alla sicurezza, soprattutto in riferimento all'incidentalità stradale, all'esposizione a situazioni di rischio e agli infortuni sul lavoro.

Occorre inoltre considerare l'alcoldipendenza, disturbo del comportamento e condizione clinica che implica un orientamento compulsivo nei confronti del consumo di alcol, con contestuale sottovalutazione e disinteresse verso le conseguenze negative che ne derivano, sia a livello di salute che di adattamento socio ambientale. L'alcoldipendenza si presenta spesso in associazione ad altri disturbi psichiatrici: depressione e ansia sono le manifestazioni psichiatriche maggiormente associate all'alcoldipendenza le quali favoriscono il desiderio di bere *(craving*) e la ricaduta. L'alcoldipendenza è spesso associata a patologie alcol-correlate a danno di molti organi, tra cui i più vulnerabili sono il fegato e il sistema nervoso centrale.

Occorre, pertanto, mantenere alta l'attenzione sul consumo di alcol abituale eccedentario, sul *binge drinking* e su tutte le condizioni in cui il consumo di alcol è considerato a rischio*,* soprattutto con riferimento ai gruppi di popolazione più vulnerabili (minorenni e giovani, donne in gravidanza, anziani), ed attivare quindi interventi specifici per il target di riferimento.

Il consumo di alcol è non solo legale e ben accettato socialmente, ma anche promosso da una intensa attività di marketing da parte delle aziende produttrici e distributrici: dato tale contesto, risulta più difficile rispetto ad altre sostanze psicoattive affrontare e contrastare i problemi derivanti dal consumo di alcol. La famiglia e la scuola rivestono un ruolo molto importante per trasmettere modelli di comportamento connotati da consapevolezza e moderazione e promuovere stili di vita salutari.

## Sostanze psicotrope illegali

Il consumo di sostanze illecite riguarda un quarto della popolazione adulta in Europa e l'uso sperimentale di droghe sta diventando un aspetto sempre più comune del comportamento degli adolescenti.

La "Relazione europea sulla droga 2018" afferma che oggi il problema della droga in Europa sta attraversando una fase particolarmente dinamica, per l'elevata disponibilità di sostanze stupefacenti sul mercato – alla fine del 2016, l'EMCDDA (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) monitorava più di 620 nuove sostanze psicoattive apparse sul mercato europeo delle droghe – e per la globalità del fenomeno; si stanno modificando inoltre il significato e la modalità di consumo, la tipologia del consumatore e dell'utente in carico ai servizi sanitari. Negli ultimi anni si è assistito all'aumento di modalità di assunzione a maggior rischio, quali il policonsumo, anche in età precoci. Proprio la tendenza crescente al policonsumo e verso il consumo di droghe non oppiacee, nonché l'emergere e la diffusione di nuove sostanze psicoattive, rientrano tra le sfide individuate dalla Strategia dell'Unione europea 2013-2020.

Secondo la Relazione annuale al Parlamento 2018, redatta dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, aumenta il consumo di tutte le sostanze; si stimano 1.400.000 utilizzatori ad alto rischio di cannabis, oltre 200.000 di oppiacei e 100.000 di cocaina. Inoltre, la rapidità dei cambiamenti che sta interessando la società, come la diffusione di internet e delle nuove tecnologie, ha provocato un'impennata degli acquisti online di sostanze psicoattive anche da parte di giovanissimi.

Anche la programmazione degli interventi deve tenere conto del passaggio da un quadro dominato da modalità di assunzione e sostanze considerate "classiche", come ad esempio cocaina ed eroina, a un quadro estremamente variegato in cui spicca l'assunzione di nuove sostanze sempre più sofisticate e pericolose e nuove modalità di consumo. I dati epidemiologici disponibili e le ricerche effettuate, ad es. sulla presenza di metaboliti nelle acque fognarie delle grandi città (Istituto Mario Negri), evidenziano la presenza e la consistenza del consumo di sostanze anche nella popolazione adulta, integrata socialmente.

La continua mutevolezza dei fenomeni in termini di offerta di principi attivi, il cambiamento di stili e di modalità di accesso (ad es. web) alle sostanze, favoriti da strategie di *marketing* aggressive e targettizzate nei confronti delle diverse fasce della popolazione, chiedono l'intensificazione degli sforzi preventivi e l'adozione di approcci strategici fondati sulla ricerca, la previsione degli scenari e dei trend evolutivi.

## Farmaci fuori prescrizione medica

Un rilevante problema di salute pubblica è rappresentato dalla cosiddetta *"farmacolizzazione"* sociale (processo che comprende, al di fuori del contesto medico, sia la ricerca dell'effetto biologico delle sostanze chimiche in termini di automedicazione, sia il desiderio degli individui-consumatori di adottare tecnologia e chimica come soluzioni ai problemi della vita) cui si aggiunge anche nel nostro Paese il rischio della diffusione del misuso/*diversion* di farmaci antidolorifici oppiacei, con potenziali gravissime ricadute.

La Dipendenza da Farmaci è una seria forma di dipendenza psico-fisica provocata e mantenuta attiva dall'assunzione ripetuta ed eccessiva dei farmaci stessi; essendo il loro uso socialmente accettato, vi è una tendenza a sottovalutare questo problema. I dati relativi alla prevalenza del consumo di psicofarmaci non prescritti tra i giovani (studio ESPAD), evidenziano in Italia un trend in aumento.

## Gioco d'azzardo

Il disturbo da gioco d'azzardo (di seguito DGA) è classificato nel DSM 5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) quale "comportamento persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi".

Questa patologia ha conosciuto negli ultimi anni una crescita esponenziale, dovuta alla concomitanza di diversi fattori, quali la crisi economica e l'enorme ampliamento dell'offerta d'azzardo. Ad oggi non esistono dati epidemiologici precisi e studi validati, secondo le stime disponibili la percentuale dei giocatori "problematici" varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre quella dei giocatori "patologici" dallo 0,5% al 2,2%. Sono ben visibili, in ogni modo, le conseguenze drammatiche di tale fenomeno: gli alti costi a livello sociale, familiare e sociale che il DGA provoca, fanno di esso non un fenomeno isolato, ma una questione di salute pubblica, che si ripercuote fortemente sulla sfera comunitaria e sociale.

## Internet

La dipendenza da internet, meglio nota nella letteratura psichiatrica con l'espressione inglese *Internet Addiction Disorder* (*IAD*), è un disturbo del controllo degli impulsi. Essa comprende il *Gaming disorder* (Dipendenza da videogame) che, nel 2018, è stato incluso dall'OMS tra i disturbi dovuti a comportamenti che generano dipendenza nell'*International Classification of Disease* (ICD 11), di cui già fa parte il Disturbo da Gioco D'Azzardo (DGA).

Secondo l'OMS, un individuo affetto da *Gaming disorder* risulta talmente assuefatto dai videogiochi (sia online che offline) da compromettere significativamente la sua vita sotto ogni aspetto, sia esso sociale, lavorativo od affettivo, con effetti negativi non solo sulla salute psicologica, ma anche su quella fisica.

La dipendenza da internet determina un assorbimento totale del tempo dei soggetti interessati che passano intere giornate e notti in Rete, con compromissione di tutte le attività della vita familiare, lavorativa, sociale. È correlata alla ricerca del piacere e può determinare una sintomatologia caratterizzata da problemi nel controllo degli impulsi, difficoltà nel regolare gli stati emotivi con alterazioni del tono dell'umore, aumento progressivo del tempo di collegamento a Internet (assuefazione), cambiamenti drastici delle abitudini o dello stile di vita per trascorrere più tempo in Rete (es. diminuzione dell'attività fisica, privazione di sonno). Può presentare anche sindrome da astinenza caratterizzata da malessere psichico e/o fisico con agitazione psicomotoria, ansia, pensiero ossessivo. Il soggetto arriva a trascurare gli affetti familiari e gli amici e riduce la socializzazione; si possono sviluppare contrasti inter-personali. In molti casi sono presenti sintomi fisici, quali sindrome del tunnel carpale, dolori diffusi al collo e alla schiena, problemi alla vista.

I soggetti a rischio, secondo la letteratura, hanno un'età compresa tra i 15 e i 40 anni, una buona conoscenza dell'informatica, spesso sono isolati per ragioni lavorative (es. turni notturni di lavoro) o geografiche e solitamente presentano problemi psicologici, psichiatrici o familiari preesistenti all'insorgenza dell'uso problematico di internet, tra i quali per gli adulti solitudine, insoddisfazione nel matrimonio, stress collegato al lavoro, depressione, problemi finanziari, insicurezza dovuta all'aspetto fisico, ansia, lotta per uscire da altre dipendenze, vita sociale limitata.

Le età preadolescenziale e adolescenziale rappresentano una fase cruciale per lo sviluppo dell'individuo e costituiscono quindi un momento chiave nel quale poter intervenire efficacemente con adeguate politiche di promozione della salute e di prevenzione universale, selettiva e indicata. La comprensione dei determinanti dei comportamenti a rischio che si instaurano spesso in queste età può contribuire alla definizione di politiche ed interventi che indirizzino verso l'elaborazione di valori positivi e facilitino l'adozione di comportamenti orientati ad uno stile di vita sano.

## Fattori di rischio/Determinanti

L'eziologia della dipendenza è multifattoriale, rimanda cioè ad una costellazione di cause. La sua insorgenza è legata presumibilmente all'interazione sfavorevole di tre ordini di fattori:

- neurobiologici (riconducibili a caratteristiche genetiche, ad anomalie della disponibilità di alcuni importanti neurotrasmettitori - dopamina, serotonina, noradrenalina - che regolano il tono dell'umore);
- individuali (correlati alle esperienze di vita nonché a caratteristiche specifiche di personalità - ricerca di sensazioni forti, propensione al rischio, desiderio esasperato di successo, bassa autostima);
- socio-ambientali (relativi alle caratteristiche del contesto familiare, socio culturale ed economico della comunità in cui il soggetto vive, alle abitudini del gruppo di appartenenza, alla presenza o meno di reti di sostegno sociale, ai livelli di tolleranza sociale e di non contrasto dei comportamenti di dipendenza, all'esistenza di regole e di leggi di controllo e di deterrenza, alle caratteristiche delle sostanze e alla loro disponibilità e accessibilità).

Alcuni fattori di rischio, quindi, sono associati alle caratteristiche del singolo soggetto, ad esempio la presenza di un disturbo mentale, come il disturbo dell'attenzione, l'iperattività o la depressione, mentre altri sono associati alle particolarità della famiglia o del quartiere di residenza. I bambini che vivono in famiglie in cui si riscontra un forte conflitto genitoriale, difficili relazioni interpersonali e scarsa attenzione, oppure una situazione familiare in cui gli stessi genitori hanno problemi di droga o alcol, risultano più vulnerabili, come pure i giovani senzatetto, gli esclusi dalla scuola o coloro che hanno cessato di frequentarla, i giovani che delinquono ed i giovani che sono stati internati in istituti assistenziali o sono in affidamento. Questi fattori sono fortemente legati tra loro e sono meglio compresi come una «rete di rapporti di causa-effetto».

I vari fattori condizionanti (individuali, ambientali) possono assumere diverse modalità di espressione, ovvero agire in una duplice direzione: come fattori di rischio quando incentivano le condizioni di vulnerabilità, o come fattori protettivi quando, invece, sono in grado di controllare e limitare quelle condizioni.

La promozione di sani stili di vita si inserisce in un contesto culturale e ambientale che, contemporaneamente, favorisce e in alcuni casi promuove i consumi di sostanze, in particolare quelli di alcol, e comportamenti quali il gioco d'azzardo. Questi consumi, infatti, sono influenzati da elementi di

contesto, come la disponibilità sul mercato, i costi, la regolamentazione dell'offerta e le attività di controllo, dalla cultura, dalla pubblicità e dalla moda e da altri fattori che contribuiscono a determinarne le caratteristiche.

Il consumo è favorito inoltre da stili di vita che "normalizzano" i consumi ricreazionali; in molti casi inoltre i giovani sono informati sui rischi per la salute ma la consapevolezza non è correlata alla disapprovazione dell'uso.

Per quanto riguarda l'alcol, tra le condizioni che favoriscono l'insorgenza dei problemi correlati al consumo sono da annoverare la facile disponibilità e accessibilità, collegata all'alto numero dei locali dove si somministrano bevande alcoliche; il prezzo relativamente basso; il mancato rispetto del divieto di vendita di alcolici anche a minori o a persone in evidente stato di ebbrezza; la presenza di esercizi non autorizzati. La promozione di stili di vita salutari deve pertanto essere adeguata alle caratteristiche specifiche del nostro contesto socio-culturale, dal momento che gli individui acquisiscono aspettative, atteggiamenti e abitudini riguardo all'alcol a partire dall'infanzia, all'interno di un processo di trasmissione della conoscenza prevalentemente informale, fortemente influenzato dalla cultura di appartenenza.

## Strategie

La prevenzione è la principale azione per evitare e ridurre i rischi e i danni alla salute correlati all'uso e abuso di sostanze psicoattive legali e illegali e all'insorgenza di disturbi comportamentali.

La letteratura e le indicazioni internazionali valorizzano l'adozione di approcci strategici multicomponente che mirino a:

- contrastare e ridurre l'offerta, attraverso l'adozione di politiche volte alla regolazione dell'accesso;
- ridurre la domanda, operando sulla modifica degli atteggiamenti;
- favorire il coordinamento intersettoriale fra le diverse politiche messe in atto.

Le azioni che derivano da queste strategie sono destinate a:

1. tutta la popolazione, anche al fine di un intervento sull'ambiente di vita dell'individuo (prevenzione universale e ambientale);
2. gruppi vulnerabili, cioè che presentano un rischio specifico superiore alla media della popolazione di riferimento (prevenzione selettiva);
3. soggetti che hanno avuto un consumo problematico ma che ancora non hanno sviluppato dipendenza (prevenzione indicata).

La complessa interazione tra fattori soggettivi, relazionali, sociali, ambientali che influiscono sull'eziologia delle dipendenze, rende opportuno attuare interventi con strategie diversificate a seconda del target di riferimento e dei modelli culturali e sociali che condizionano il fenomeno.

Per quanto la letteratura scientifica internazionale valorizzi quanto sopra, e la Commissione Europea negli ultimi 10 anni abbia finanziato progetti che promuovono l'adozione di standard di qualità, i contenuti scientifici sono spesso poco conosciuti dagli operatori del settore. Per tale ragione il Consiglio d'Europa nel settembre 2015 ha adottato una risoluzione circa gli 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. Inoltre è stato recentemente pubblicato da parte dell'EMCDDA il manuale EUPC (curriculum europeo di prevenzione), che comprende le evidenze di efficacia degli interventi preventivi e contiene gli strumenti formativi per coloro che sono nella posizione di decisori in ambito preventivo.

L'impegno istituzionale deve essere orientato a promuovere programmi di intervento in grado di ridurre i fattori di rischio e di potenziare i fattori protettivi, ma il compito non può essere delegato esclusivamente al sistema socio-sanitario (Dipartimenti di Prevenzione e Dipartimenti Dipendenze). È fondamentale il coinvolgimento ed il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali presenti a livello nazionale, regionale e territoriale per garantire un sistema di intervento complessivo che metta in sinergia tutte le risorse (umane, professionali, tecniche, organizzative, sociali e finanziarie) necessarie, affidando ai Dipartimenti Prevenzione, in collaborazione con quelli delle Dipendenze, un ruolo importante nel governo delle diverse strategie e attività preventive, valorizzando il patrimonio di esperienze maturate negli anni ed il ruolo di tutti i Soggetti in campo. Sono, a questo fine, necessari

momenti di formazione sia a livello nazionale sia a livello locale, rivolti sia ai referenti istituzionali sia ai professionisti che lavorano sul campo, per adottare strategie di prevenzione comuni e condividerne modelli e linguaggi.

All'interno di una strategia intersettoriale è necessario realizzare interventi basati su 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. Considerando l'eterogeneità dei fattori di rischio, è essenziale definire strategie integrate, che possano da una parte potenziare le abilità di vita (*life-skill*) dell'individuo, dall'altra intervenire sull'ambiente di vita.

La partecipazione delle risorse presenti nella popolazione di riferimento può favorire una maggiore responsabilizzazione di giovani e adulti per la tutela della propria salute. La Famiglia e la Comunità rappresentano in questo senso gli interlocutori privilegiati per azioni che consentano di valorizzare le funzioni educative e relazionali cruciali per lo sviluppo di adeguate competenze di salute.

La Scuola e i luoghi dell'aggregazione giovanile rappresentano contesti fondamentali nei percorsi di crescita e acquisizione di adeguate competenze di vita, anche attraverso il confronto fra pari e l'interazione con adulti di riferimento. In particolare la Scuola, per il suo ruolo istituzionale e formativo, per la sua funzione educativa universale e per la presenza capillare sul territorio, è un *setting* centrale dell'azione preventiva ed un contesto di relazione in grado di individuare e prendersi cura di situazioni di rischio specifico. Questo ruolo ha assunto una valenza strategica maggiore con l'approvazione dell'Accordo Stato-Regioni del 17 febbraio 2019 "Indirizzi di *policy* integrate per la Scuola che Promuove Salute".

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

Come previsto anche dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12/01/2017 concernente la "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza", occorre affiancare agli interventi di prevenzione la presa in carico multidisciplinare, nonché gli interventi di riduzione del danno (RdD) che, pur adottati da oltre vent'anni, presentano forti disomogeneità tra le Regioni, con conseguenti disuguaglianze nell'accesso a servizi e prestazioni. Ciò impone di definire e mettere a sistema - in accordo con le evidenze e con le linee guida elaborate a livello UE – un programma organico di interventi che consenta di superare frammentazione e discontinuità territoriale.

Relativamente al Disturbo da Gioco d'Azzardo molti sono stati gli interventi legislativi e programmatori nazionali, la legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge di stabilità 2016) ha previsto che "Al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP), come definito dall'Organizzazione mondiale della sanità, presso il Ministero della salute è istituito il Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP)". Attraverso il fondo, ripartito tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ogni Regione elabora e implementa un proprio Piano pluriennale di Prevenzione, cura e riabilitazione per le persone e i giovani ancora non dipendenti e per i pazienti in cura presso i Dipartimenti per le dipendenze, che si affianca con le altre iniziative in tema.

L'alcoldipendenza si instaura a seguito di una pratica di consumo eccessivo e continuativo, che può essere precocemente intercettato e, nei casi indicati, opportunamente trattato. Occorre diffondere l'identificazione precoce e il *counseling* breve nei contesti della medicina generale e in quelli lavorativi, oltre che in altri contesti che possono risultare adeguati, tramite una specifica formazione degli operatori.

È necessario inoltre prevedere interventi di sostegno destinati alle famiglie dei bevitori, favorendo la collaborazione tra servizi alcologici territoriali e servizi sociali e con Associazioni di auto-mutuo aiuto, per promuovere modifiche dei comportamenti non solo dell'alcolista e della sua famiglia, ma dell'intera comunità.

È importante attivare azioni coordinate tra i diversi attori interessati (Servizi sanitari, di Polizia, autorità che rilasciano le licenze, commercianti, ecc.) e che includano la sorveglianza sulla adeguata applicazione delle leggi che regolano la vendita di alcolici e la formazione del personale addetto alla vendita e alla somministrazione di bevande alcoliche, affinché sia preparato a prevenire il consumo eccessivo e a evitare problemi derivanti dall'ubriachezza.

La prevenzione dell'uso di alcol fra i minorenni sta diventando una priorità, confermata dai dati epidemiologici relativi al *binge drinking.* Pertanto è necessario il rafforzamento delle azioni di contrasto

all'offerta di alcol, ma anche interventi di promozione della salute effettuati in ambiti mirati (luoghi di socializzazione, luoghi in cui si svolgono attività sportive, scuola, ecc.). Ad esempio, in ambito europeo è in via di svolgimento il progetto FYFA – *Focus on Youth, Football & Alcohol*, riguardante le iniziative da attivare nei luoghi in cui si svolgono attività sportive (www.fyfaproject.eu).

**Il PNP 2020-2025 prevede di:**

1. **promuovere interventi di prevenzione con piani di azione integrati tra i Dipartimenti di Prevenzione, in particolare le Unità Operative di Promozione della Salute, e i Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche, gli Enti Locali, le scuole, le forze dell'ordine, le associazioni di categoria, il terzo settore, le associazioni di volontariato, ecc.;**
2. **promuovere l'adozione di una strategia che, distinguendo tra uso, abuso e dipendenza, permetta una crescita culturale rispetto a questi fenomeni, introduca modelli di contrasto e di riduzione del danno aderenti ai nuovi bisogni, secondo alcuni presupposti fondamentali:**
   - **il riconoscimento e la valorizzazione della dimensione culturale della prevenzione;**
   - **il coinvolgimento e il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali presenti a livello nazionale, regionale e territoriale;**
   - **la partecipazione e la mobilitazione delle risorse e delle capacità presenti all'interno delle diverse popolazioni bersaglio;**
   - **la promozione e l'adozione di standard di qualità nell'area della prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope, della riduzione del rischio del trattamento, della riabilitazione e dell'integrazione sociale, in riferimento alle indicazioni dell'EMCDDA;**
   - **la diffusione, tra i professionisti, di strumenti per applicare interventi di prevenzione efficaci;**
3. **consolidare e promuovere, in attuazione degli indirizzi di *policy* integrate per la Scuola che Promuove Salute:**
   - **la diffusione di buone prassi e di interventi *evidence-based* (es. *Lifeskills Training Programm*) e di metodologie *life skill education* e *peer education* finalizzate al potenziamento delle abilità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza, coinvolgendo anche le famiglie e l'intera comunità scolastica;**
   - **percorsi condivisi di formazione tra operatori socio-sanitari e insegnanti per individuare modalità e strumenti di intervento preventivo (costruzione di *policy* scolastiche, individuazione precoce di situazioni problematiche, definizione di protocolli di collaborazione con il Sistema dei Servizi ecc.) adattate ai contesti specifici;**
4. **consolidare la messa a regime, in accordo con le evidenze e con le linee guida elaborate a livello UE, di un sistema organico di programmi e interventi di Riduzione del Danno (RdD), secondo le previsioni del DPCM del 12/01/2017, che includano interventi di tutela della salute dei consumatori con offerta di informazioni, presidi sanitari per la prevenzione delle malattie trasmissibili, delle gravidanze indesiderate e la gestione delle crisi di astinenza (siringhe sterili, profilattici, Naloxone, ecc.), misurazione dell'alcolemia, *counseling* e generi di conforto da attuare anche con il coinvolgimento dei consumatori. Sperimentare l'attuazione di interventi di RdD anche tra i detenuti con una attenzione particolare alla fase dell'uscita dal carcere (ad esempio consegna Naloxone);**
5. **potenziare la collaborazione tra i Servizi specifici per una presa in carico delle persone che presentano una comorbilità (Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento di Salute Mentale), tra servizi per le dipendenze e altri servizi sanitari per migliorare le condizioni di salute dei consumatori di sostanze (es. Pronto Soccorso e reparti ospedalieri) e con i MMG;**
6. **rafforzare in relazione all'alcol, nel PNP 2020-2025:**
   - **la prevenzione del consumo fra i minorenni e nei soggetti a rischio, anche attraverso l'adozione di politiche volte alla regolazione dell'accesso alla sostanza;**

- **il coordinamento tra i diversi attori interessati per la riduzione dei rischi e dei danni alcol-correlati nei locali dove si beve;**
- **il coordinamento tra la Medicina Generale ed i Servizi alcologici territoriali per una più stretta integrazione fra individuazione precoce e invio al trattamento;**
- **la collaborazione tra Servizi alcologici territoriali e Servizi sociali e con le Associazioni di auto-mutuo aiuto;**
- **la collaborazione e l'integrazione con i Servizi psichiatrici, data l'elevata correlazione tra alcolismo e varie patologie psichiatriche.**

## *MO2. Dipendenze e problemi correlati – Quadro Logico centrale*

| Obiettivi strategici del MO | Linee strategiche di intervento | LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502) | Indicatori degli Obiettivi strategici |
|---|---|---|---|
| 2.1 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale | a. Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico, per la promozione della salute | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"**<br>**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:**<br>• **F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute"**<br>• **F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol**<br>• **F9 Prevenzione delle dipendenze** | **2.1 Percentuale di ragazzi 11-17 anni che dichiarano di aver fumato sigarette almeno un giorno negli ultimi 30 giorni (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia) (vedi indicatore 1.5)**<br>**2.2 Prevalenza di ragazzi 11-17 anni per Binge drinking (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia) (vedi indicatore 1.6)**<br>**2.3 Prevalenza di ragazzi 11-17 anni che consumano di cannabis negli ultimi 30 giorni (fonti: ISS - Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); CNR – ESPAD Italia)**<br>**2.4 Prevalenza di ragazzi 11-17 anni che hanno fatto uso di psicofarmaci fuori prescrizione medica nell'ultimo anno (fonte: CNR – ESPAD Italia)**<br>**2.5 Prevalenza di ragazzi 11-17 anni che dichiarano un gioco d'azzardo problematico e a rischio (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); CNR – ESPAD Italia)**<br>**2.6 Prevalenza di ragazzi 11-17 anni che passano più di due ore al giorno a giocare su dispositivi elettronici (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC))** |
| 2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui<br>2.3 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori | b. 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 | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"**<br>**Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening;** | **2.7 Prevalenza di fumatori nella popolazione 18-69 anni (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) (vedi indicatore 1.15)**<br>**2.8 Prevalenza di persone a maggio rischio di** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| e degli attori coinvolti | attenzione ai gruppi vulnerabili<br>c. Iniziative da attivare nei luoghi di vita (come palestre e impianti sportivi, parchi, luoghi di aggregazione e di divertimento), mirate ad accrescere la consapevolezza sui rischi correlati al consumo di alcol, altre sostanze psicoattive e comportamenti additivi, supportando le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza dei giovani, con particolare riguardo ai minorenni.<br>d. Miglioramento dell'integrazione e del coordinamento intersettoriale tra programmi e azioni per la riduzione della domanda e dell'offerta di sostanze psicotrope<br>e. 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<br>f. Offerta di programmi finalizzati alla formazione del personale addetto alla vendita e somministrazione degli alcolici<br>g. 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) | **sorveglianza e prevenzione nutrizionale:**<br>• **F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute"**<br>• **F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol**<br>• **F9 Prevenzione delle dipendenze**<br><br>**Area C: Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:**<br><br>• **C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani** | **consumo di alcol (abituale elevato e/o *binge drinking* e/o prevalente fuori pasto) nella popolazione 18-69 anni (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) (vedi indicatore 1.20)**<br>**2.9 Prevalenza di consumatori di oppiacei nell'ultimo anno nella popolazione generale di 15-64 anni (Fonte: CNR - Indagine IPSAD)**<br>**2.10 Prevalenza di consumatori d cocaina nell'ultimo anno nella popolazione generale di 15-64 anni (Fonte: CNR - Indagine IPSAD)**<br>**2.11 Prevalenza giocatori d'azzardo problematici e a rischio nella popolazione generale di 15-74 anni (Fonte: CNR - Indagine IPSAD)**<br>**2.12 Prevalenza di fumatori (età 18-69 anni) che hanno ricevuto da un medico/operatore sanitario il consiglio di smettere (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI) (vedi indicatore 1.43)**<br>**2.13 Prevalenza di persone a maggior rischio di consumo di alcol (età 18-69 anni) che hanno ricevuto da un medico/operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI) (vedi indicatore 1.41)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.4 Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope | h. 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<br>i. Diffusione tra i professionisti degli strumenti per applicare interventi di prevenzione efficaci | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"**<br>**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:**<br>• **F9 Prevenzione delle Dipendenze** | |
| 2.5 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato | j. 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<br>k. 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) | • **Art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche**<br>• **Allegato 1 Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:**<br>**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:**<br>◦ **F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol**<br>◦ **F9 Prevenzione delle dipendenze** | 2.14 **Tempo intercorso tra il primo uso di sostanze e l'accesso ai servizi di cura (fonte: Flusso SIND – Ministero della Salute)** |
| 2.6 Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno | l. 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<br>m. Offerta di interventi di *counseling* breve nei contesti della medicina di base e in quelli lavorativi e in altri contesti adeguati | • **Art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche**<br>• **Allegato 1 Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:**<br>**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:**<br>◦ **F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol**<br>◦ **F9 Prevenzione delle dipendenze** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.7 Sensibilizzare sui rischi, i problemi e le patologie correlate all'uso/abuso di sostanze psicotrope e a comportamenti additivi | n. 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 | • **Art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche**<br>• **Allegato 1 Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:**<br>**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**<br>◦ **F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol**<br>◦ **F9 Prevenzione delle dipendenze** | |

## 5.3 Incidenti domestici e stradali

# Razionale

L'impatto sociale del fenomeno infortunistico è di estrema rilevanza, non solo a livello sanitario, ma anche dal punto di vista economico. Infatti, le conseguenze in termini di salute sono rappresentate da traumi di diversa gravità, che possono comportare invalidità e, in molti casi, anche morte, con costi sociali e sanitari rilevanti. Poiché non esiste un sistema "corrente" di rilevazione del fenomeno a livello nazionale e le fonti di rilevazione appaiono disomogenee e non permettono un confronto tra le Regioni, in funzione anche dei fattori di rischio che determinano gli eventi, l'incidenza degli infortuni domestici è difficilmente stimabile. La maggior parte degli eventi non gravi, non accedendo alla rete ospedaliera e non confluendo così in un sistema corrente di registrazione, sfugge all'osservazione.

Per gli **ambienti di vita e domestici** manca una definizione univoca e condivisa di "infortunio domestico". La definizione risulta essere ancora incerta e l'attuale normativa non costituisce un *unicum* organico che tuteli efficacemente i cittadini, nel rispetto del principio sociale del diritto all'abitazione e del principio costituzionale dell'inviolabilità della stessa. Un riferimento importante è rappresentato dalla Legge del 3 dicembre 1999, n. 493 "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici", che attribuisce ai Dipartimenti di prevenzione, in collaborazione con i servizi territoriali, i compiti di valutazione e prevenzione dei rischi e di educazione sanitaria in materia di incidenti domestici. Nella stessa legge viene introdotta la definizione di "ambito domestico" inteso come *l'insieme degli immobili di civile abitazione e delle relative pertinenze ove dimora il nucleo familiare dell'assicurato; qualora l'immobile faccia parte di un condominio, l'ambito domestico comprende anche le parti comuni condominiali*.

Da molti anni il settore Ricerca dell'INAIL, prima Osservatorio Epidemiologico degli ambienti di vita dell'ISPESL, ha dedicato una attenzione particolare all'argomento sviluppando ricerche mirate alla quantificazione del fenomeno ma soprattutto all'individuazione dei principali fattori di rischio e delle categorie maggiormente esposte al rischio di infortunio.

L'Istituto nazionale di Statistica (ISTAT) nell'ambito della "Indagini multiscopo sulle famiglie italiane – Aspetti della vita quotidiana" definisce l'infortunio domestico come un evento dannoso che presenta le seguenti caratteristiche:

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

Nel 2017 sono stati censiti 4,4 milioni di incidenti domestici, 3,3 milioni di persone coinvolte per una stima di 55,4 infortunati su 1000 abitanti (Istat Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana - Anno 2017 INAIL Banca dati statistica). I dati evidenziano una netta prevalenza di incidenti nel sesso maschile nelle età giovanili, ma dai 30 anni in poi si registra un'inversione di tendenza con una netta prevalenza nelle donne di età maggiore o uguale a 50. Nei maschi prevalgono le ferite e gli schiacciamenti mentre nelle femmine le cadute e le ustioni.

Altra fonte è rappresentata dal Sistema Informativo Nazionale Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), di cui all'art. 4 della Legge 493/99, integrato con il sistema europeo *Injury DataBase - IDB*. Tale sistema ha avviato le attività di sorveglianza nel 2000 con una rete di rilevazione di ospedali piuttosto esigua, che si è estesa raggiungendo ad oggi una rappresentatività del 15,8% della popolazione italiana. È importante sottolineare che lo stesso gruppo di studio del SINIACA rileva come i dati raccolti sottostimino pesantemente il fenomeno poiché la rete di raccolta soffre di una distorsione strutturale, che costituisce un limite all'utilizzo statistico dei dati stessi, in quanto non consente di attribuire ai risultati una rappresentatività a livello nazionale. Gli ospedali che aderiscono alla rete, infatti, non sono stati scelti sulla base di un disegno campionario in grado di fornire coefficienti di riporto per il calcolo di stime nazionali, ma esclusivamente su base volontaria, ovvero sulla disponibilità degli ospedali stessi a partecipare al progetto e a dedicarvi risorse. Il fatto che questi ospedali

siano collocati prevalentemente nell'area centro-nord del paese pone il problema di una sovra-rappresentazione di alcune popolazioni; in linea di principio, la popolazione del sud risulterebbe sottorappresentata a causa della mancanza di ospedali coinvolti.

I Centri Antiveleni (CAV), operanti in rete per tutto il territorio nazionale, rilevano le principali caratteristiche degli incidenti in ambito domestico dovuti a esposizione e intossicazione da prodotti chimici. I CAV trasmettono gli elementi rilevati al SIN-SEPI (Sistema informativo nazionale per la sorveglianza delle esposizioni pericolose e delle intossicazioni), operativo dal 2004 presso l'ISS e previsto dal DPCM del 3 marzo 2017 "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie". Il SIN-SEPI raccoglie dati di esposizione e intossicazione sia da farmaco che da non farmaco avvenuti in ambito domestico e in ambito lavorativo. La sistematica disamina dei dati rilevati dai CAV rende disponibile una base informativa per l'identificazione di problematiche che possono derivare dall'immissione in commercio di nuovi prodotti, utile anche al fine di orientare interventi di prevenzione e informazione mirati.

Per quanto riguarda gli **incidenti stradali,** essi sono un grande problema di sanità pubblica a livello mondiale dato il loro notevole impatto sulla salute delle persone. Secondo i dati del Report Mondiale sulla sicurezza stradale dell'OMS, nel 2016, i morti per incidente stradale sono stati circa 1.350.000 e sono la prima causa di morte nella fascia di età 5-29 anni. L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile indica come traguardo da raggiungere entro il 2020 il dimezzamento del numero di morti e feriti per incidenti stradali (obiettivo 3.6). Purtroppo, questo obiettivo, a livello sia mondiale sia nazionale, è lontano dall'essere raggiunto.

In Italia, secondo i dati ISTAT, nel 2018 sono stati 172.553 gli incidenti stradali con lesioni a persone, in calo rispetto al 2017 (-1,4%), con 3.334 vittime (morti entro 30 giorni dall'evento) e 242.919 feriti (-1,6%). Il numero dei morti torna a diminuire rispetto al 2017 (-44 unità, pari a -1,3%) dopo l'aumento registrato nell'anno precedente. Tra le vittime risultano in aumento i pedoni (612, +2%), i ciclomotoristi (108, +17,4%) e gli occupanti di autocarri (189, +16%). Sono in diminuzione, invece, i motociclisti (687, -6,5%), i ciclisti (219, -13,8%) e gli automobilisti (1.423, -2,8%). Sebbene il numero dei morti sia complessivamente in diminuzione, aumentano le vittime sulle autostrade – da 296 nel 2017 a 330 nel 2018, +11% – a causa dell'incidente stradale avvenuto il 14 agosto 2018 sul Ponte Morandi della A10 Genova-Savona-Ventimiglia, che ha coinvolto numerosi veicoli e causato 43 vittime. Il numero degli incidenti con esito mortale sulle autostrade rimane comunque sostanzialmente invariato – da 253 a 258 tra il 2017 e il 2018. Sulle strade extraurbane e urbane le vittime diminuiscono (rispettivamente 1.603, -0,7% e 1.401, -4,5%). Nell'Unione europea, il numero delle vittime di incidenti stradali diminuisce nel 2018, seppure in misura contenuta (-1% rispetto al 2017): complessivamente, sono state poco più di 25mila contro 25.321 del 2017. Nel confronto tra il 2018 e il 2010 (anno di benchmark per la sicurezza stradale) i decessi si riducono del 21% in Europa e del 19% in Italia. Ogni milione di abitanti, nel 2018 si contano 49,1 morti per incidente stradale nella UE e 55,2 nel nostro Paese, che sale dal 18° al 16° posto della graduatoria europea.

La stima delle conseguenze economiche degli incidenti stradali è molto alta, calcolata tra l'1% e il 3% del prodotto interno lordo di ciascun Paese.

Le violazioni al Codice della Strada più sanzionate risultano l'eccesso di velocità, il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza e l'uso di telefono cellulare alla guida.

## Fattori di rischio/Determinanti

La prima causa degli incidenti domestici va ricercata nella diffusa convinzione che la casa, in particolare quella propria, sia un posto sicuro. Poiché la casa è un luogo privato, ognuno può arredarla e organizzarla senza un confronto con esperti della sicurezza, come avviene per i luoghi pubblici, sottovalutando i rischi. Rendere sicura la casa significa adattarla alle necessità e alle abilità delle persone che ci vivono.

I fattori di rischio possono essere suddivisi in fattori individuali e ambientali. I fattori individuali, sono correlati allo sviluppo psicomotorio dei primi anni di vita (bambini), alle attività lavorative in ambito domestico (donne) e alle condizioni di comorbidità, deficit neuro-motori e cognitivi, fragilità o scarsa attività fisica (anziani). I fattori ambientali sono relativi alle caratteristiche strutturali della casa, degli arredi, degli impianti e delle pertinenze, alla presenza e conservazione di farmaci e prodotti di uso

comune che possono contenere sostanze chimiche tossiche. In tale ultimo caso, i principali fattori di rischio comprendono le caratteristiche di pericolosità del prodotto, le modalità di confezionamento, etichettatura, conservazione ed uso, cui si aggiunge la frequente bassa percezione del pericolo e bassa percezione del rischio. Inoltre, se i flussi informativi non sono ottimizzati e statisticamente ponderati in un lasso di tempo ragionevole, sulla base dei dati raccolti da tutti i CAV operanti, si determina un rischio di inazione a livello nazionale/europeo nell'individuare soluzioni atte a prevenire gli eventi stessi di esposizione/intossicazione a prodotti chimici.

Gli incidenti stradali sono favoriti da alcuni determinanti legati alla persona, quali l'età, le condizioni di salute, l'assunzione di farmaci compromettenti l'attenzione, l'uso di sostanze, l'equilibrio e i riflessi. Nello specifico, alcuni fattori di rischio sono riconducibili a stili di vita che comportano consumo rischioso e dannoso di alcol e consumo di sostanze psicotrope. Inoltre, bisogna considerare alcuni comportamenti alla guida errati, tra cui i più frequenti sono la distrazione, il mancato rispetto della precedenza, la velocità troppo elevata (nel complesso il 40,8% dei casi), l'utilizzo dei cellulari, il mancato utilizzo dei sistemi di protezione. Al verificarsi dell'incidente concorrono, infine, altri determinanti attribuibili alla sicurezza delle strade e alla sicurezza dei veicoli.

Nel determinismo degli incidenti stradali incidono anche fattori sociali quali, ad esempio, condizioni socioeconomiche disagiate e/o lo stato di migrante, che di fatto determinano un minor accesso a formazione e informazione sulle misure di prevenzione e, più in generale, all'acquisizione della cultura della sicurezza sulle strade. Tali condizioni influenzano sia la percezione del rischio sia la possibilità di accedere a veicoli più moderni e con migliori dotazioni di sicurezza.

## Strategie

Per contrastare gli infortuni in ambito domestico è necessaria una strategia multilivello che coinvolga in modo trasversale tutti i servizi sanitari di interesse per il contrasto del fenomeno nella comunità, attraverso azioni di prevenzione integrate ed interventi *evidence based*, finalizzati a:

- garantire la conoscenza del fenomeno e il sostegno ai flussi informativi basato sui dati rilevati;
- monitorare la percezione della popolazione rispetto ai rischi e la frequenza degli incidenti domestici, utilizzando sinergicamente i flussi informativi correnti e le attività di sorveglianza;
- sensibilizzare la popolazione sui rischi connessi agli incidenti domestici;
- promuovere la sicurezza con particolare attenzione per i neogenitori e le categorie a maggior rischio: bambini, donne e anziani;
- promuovere corretti stili vita con particolare riguardo per l'attività fisica e il corretto utilizzo dei farmaci nell'anziano.

Occorre inoltre strategicamente favorire il sostegno alle attività dei CAV non solo nello svolgimento dell'azione di consulenza specialistica ma anche nel cosiddetto lavoro di *back office* concernente il flusso informativo verso i decisori regionali/nazionali. Risulta funzionale, a tal proposito, favorire una più rapida comunicazione degli esiti del trattamento tra i CAV e le strutture sanitarie che li hanno contattati in fase di emergenza. Questa azione affiancherà un percorso centrale, di intesa con le Regioni, atto a:

- rafforzare la modalità di raccolta strutturata dei dati rilevati da tutti i CAV con procedura standard e la trasmissione degli stessi dati all'ISS (DPCM 3 marzo 2017);
- rafforzare la necessaria rielaborazione statistica dei dati provenienti da tutti i CAV ai fini dell'individuazione della migliore gestione dei rischi nel contesto dei regolamenti REACH e CLP o di altra specifica normativa;
- stabilire una procedura nazionale per la gestione del cosiddetto "evento sentinella".

Inoltre, per poter quantificare e monitorare con precisione lo scenario degli infortuni domestici, con i fattori di rischio, le cause che intervengono nell'accadimento dell'evento e le conseguenze in termini di salute, è necessario istituire un sistema di sorveglianza valido su scala nazionale, che permetta di valutare non solo l'entità del fenomeno ma anche di confrontare i risultati di studi effettuati su diverse realtà nazionali e internazionali e fra gruppi di popolazione a rischio.

Per avere effetti sulla riduzione del numero e della gravità degli incidenti stradali sono necessari programmi di lungo periodo, la stabilizzazione degli interventi di prevenzione fino a ora attuati,

l'attuazione di ulteriori misure di prevenzione e, considerata l'etiologia multifattoriale di questa tipologia di incidenti, l'attuazione di interventi che incidano simultaneamente su più fattori di rischio.

In linea generale si considera che l'incidente stradale sia determinato dall'interazione di tre elementi: uomo, macchina, ambiente. Partendo dalla componente umana, è innanzitutto fondamentale promuovere stili di vita corretti, sensibilizzando, sin dalla scuola primaria, sulla pericolosità di porsi alla guida in condizioni psicofisiche alterate per effetto di alcol o di sostanze. Nelle scuole è importante far crescere una cultura orientata al corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, quali seggiolini, rialzi, cinture di sicurezza e caschi. I giovani vanno inoltre informati sulla pericolosità della guida sotto l'effetto di alcol e sostanze psicotrope.

Tra i 704 casi di infortuni mortali accertati nel 2018 da Inail, 421, circa il 60%, si sono verificati "fuori dell'azienda", quindi in itinere o in occasione di lavoro. Occorre pertanto riservare particolare attenzione a coloro che utilizzano la macchina per motivi professionali e che rimangono alla guida per numerose ore, quali, ad esempio, gli autotrasportatori, anche attraverso campagne di sensibilizzazione sulla percezione del rischio, sulla concomitanza di patologie, quali ad esempio la Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS), sull'utilizzo di farmaci, alcol e sostanze e sul loro impatto sulle performance alla guida.

Le campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione sono importanti anche per sostenere l'applicazione della legislazione, in quanto permettono di far conoscere meglio i rischi e le sanzioni secondari delle infrazioni.

Per quanto riguarda l'elemento macchina, sono necessari interventi volti a ridurre i rischi d'incidente che coinvolgano veicoli che trasportano merci o materiali pericolosi, promuovendo iniziative atte a garantire solo la circolazione di veicoli in buone condizioni e con conducenti qualificati.

In ambito sanitario, il DPCM 12 gennaio 2017, al punto B.6 dell'Allegato 1, definisce la promozione della sicurezza stradale come un LEA. Pertanto, gli interventi di promozione della salute, le campagne di prevenzione e informazione con differenti target di popolazione, non sono solo interventi efficaci ma anche prestazioni sanitarie che devono essere garantiti alla collettività, tendo conto degli alti costi umani, economici e sociali che hanno gli incidenti stradali.

Gli interventi che si sono dimostrati efficaci per la riduzione degli incidenti stradali sono distinti sulla base dei tre elementi che concorrono al verificarsi di un incidente stradale:

Strada:

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

Macchina:

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

Uomo:

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

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

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

A livello europeo, è stato suggerito ai Paesi membri oltre che di impegnarsi costantemente per raggiungere l'obiettivo di dimezzamento dei morti entro il 2020, anche di mettere in campo energie per ridurre il numero dei feriti gravi, che in ambito sanitario hanno un grandissimo impatto economico. L'Italia, concorda su questo orizzonte di intervento che mira a ridurre anche il numero dei feriti gravi.

È utile, quindi, migliorare il sistema di rilevazione dei dati sugli incidenti stradali in particolare per conoscere con maggiore accuratezza il numero dei feriti gravi, per identificare meglio cause e dinamiche, al fine di mettere in campo le più appropriate modalità di intervento di prevenzione.

## *MO3. Incidenti domestici e stradali – Quadro logico centrale*

| Obiettivi strategici del MO | Linee strategiche di intervento | LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502) | Indicatori degli Obiettivi strategici |
|---|---|---|---|
| 3.1 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani)<br>3.2 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici<br>3.3 Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno nella comunità<br>3.4 Monitorare il fenomeno dell'incidentalità, inclusa la percezione della popolazione rispetto ai rischi di incidente domestico, mettendo in sinergia i flussi informativi | a. Sviluppo di programmi per la promozione di corretti stili vita con particolare riguardo all'attività fisica e al corretto utilizzo dei farmaci nell'anziano<br>b. Sviluppo di programmi per accrescere le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile<br>c. Attivazione di percorsi di formazione sulla sicurezza domestica rivolti ai collaboratori familiari, agli insegnanti, agli operatori sanitari e socio-sanitari, a MMG e PLS<br>d. Implementazione di percorsi di interoperabilità fra i servizi coinvolti<br>e. 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 | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica:**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati**<br>• **B5: Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni** | **3.1 Prevalenza di persone (età 0-18 anni) che hanno subito incidenti in ambito domestico negli ultimi 12 mesi (fonte: ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**3.2 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che hanno subito incidenti in ambito domestico negli ultimi 12 mesi (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**3.3 Prevalenza di persone (età 65 e più anni) che hanno subito incidenti in ambito domestico negli ultimi 12 mesi (ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**3.4 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che dichiarano che il rischio di infortunio in ambiente domestico, per sé o i propri familiari, è alto o molto alto (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)**<br>**3.5 Prevalenza di persone (età 65 e più anni) che dichiarano che il rischio di infortunio in ambiente domestico è alto o molto alto (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza Passi D'Argento)**<br>**3.6 Prevalenza persone (età 65 e più anni) che dichiarano di essere caduti nei trenta giorni precedenti all'intervista (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza Passi D'Argento)**<br>**3.7 Prevalenza persone con 65 e più anni che dichiarano di essere caduti nei 12 mesi precedenti all'intervista (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza Passi D'Argento; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)**<br>**3.8 Tasso di incidenza (primi ricoveri) di fratture del femore in popolazione ≥65 anni (Fonte Ministero salute - SDO)**<br>**3.9 Tasso standardizzato di mortalità per avvelenamento accidentale (Fonte: ISTAT -Indagine sulle cause di morte) (Indicatore SDG 3.9.3)**<br>**3.10 Prevalenza di persone (età 65 anni e più) che dichiarano di aver ricevuto il consiglio dal medico o da un operatore sanitario su come evitare le cadute (Fonte: ISS – Sistema di sorveglianza Passi d'Argento)**<br>**3.11 Prevalenza di persone (età 65 anni e più) che dichiarano di usare almeno un presidio anticaduta in bagno (Fonte: ISS – Sistema di sorveglianza Passi d'Argento)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3.5 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente | f. Promozione di stili di vita corretti nella popolazione con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate<br>g. Azioni di prevenzione per i guidatori professionisti<br>h. Informazione/comunicazione sul rischio di incidente stradale correlato a comportamenti a rischio | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica:**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>• **B6 Promozione della sicurezza stradale** | **3.12 Tasso di mortalità (*100.000) per incidente stradale (Fonte: ACI – ISTAT) (indicatore SDG 3.6.1)**<br>**3.13 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che viaggiano in auto che utilizzano sempre le cinture quando stanno sui sedili posteriori (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)**<br>**3.14 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) non astemie che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)**<br>**3.15 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che non usano o fanno uso inadeguato dei dispositivi di sicurezza per i bambini da 0 a 6 anni (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)** |
| 3.6 Migliorare i dati disponibili per la valutazione epidemiologica dell'incidentalità stradale | i. Sviluppo di interventi strutturati di miglioramento del dato dei feriti gravi (record linkage) | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica:**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>• **B6 Promozione della sicurezza stradale** | |

## 5.4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali

### Razionale

**Lo scenario del mondo del lavoro**

Il decennio appena trascorso, caratterizzato da una forte e lunga recessione, ha visto nel nostro Paese 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, una notevole espansione degli impieghi a tempo parziale e una maggior flessibilità e variabilità dei contratti di lavoro.

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 al decennio precedente e sono aumentate le presenze femminile e straniera, quest'ultima soprattutto nei settori alberghiero e della ristorazione, in agricoltura e nei servizi alle famiglie. Si è inoltre accentuato il dualismo territoriale a sfavore del Mezzogiorno. Tale scenario conferma un'ampia distanza dall'Unione Europea (UE) che si riscontra anche nella struttura dell'occupazione, soprattutto se analizzata insieme al basso tasso di occupazione che caratterizza il nostro Paese. Se l'Italia avesse un tasso di occupazione equivalente alla media dell'UE15 (nel 2017 rispettivamente 58,0% e 67,9%) avrebbe circa 3,8 milioni di occupati in più. Il gap occupazionale italiano riguarda soprattutto i posti di lavoro qualificati e i settori della sanità, dell'istruzione e della Pubblica Amministrazione

La struttura produttiva italiana mostra il ruolo primario delle piccole e medie imprese (PMI). Il nostro Paese è leader tra i maggiori Paesi dell'UE per rilevanza dell'occupazione nelle PMI, con il 78,7% del totale degli addetti alle imprese – di cui il 45,6% in Micro Imprese (fino a 10 addetti), 20,4% in Piccole Imprese (tra 10 e 49 addetti) e il restante 12,7% in Medie imprese (fino a 250 addetti) – valore nettamente superiore alla media europea, pari al 69,4%. In Italia gli addetti delle Piccole e Medie imprese rappresentano oltre la metà del totale degli occupati (56,6%), con le percentuali maggiori nella Provincia Autonoma di Bolzano (67,2%), in Veneto (64,2%), in Lombardia (62,7%) e nelle Marche (60,9%). Seguono, tutte con un peso del 60,3%, Emilia-Romagna, Provincia Autonoma di Trento e Valle d'Aosta. A livello provinciale la percentuale supera i due terzi dell'occupazione totale a Prato (82,1%), Milano (74,0%), Rimini (73,5%), Padova (69,5%), Vicenza (69,3%), Fermo (67,8%) e Brescia (66,7%). Non bisogna, altresì, dimenticare il grosso capitolo dell'industria 4.0, che descrive un contesto di cambiamenti e opportunità tecnologiche che stanno portando a un significativo mutamento dei processi produttivi lungo l'intera catena[6].

**Il fenomeno degli infortuni e delle malattie professionali**

Gli infortuni sul lavoro continuano a rappresentare un grave onere per i costi sia economici sia sociali di disabilità e morti evitabili. Sulla base della relazione annuale INAIL sui dati 2018, le denunce di infortunio registrate nel 2018 sono state poco più di 645mila, in calo dello 0,3% rispetto al 2017 e del 2,7% rispetto al 2014. Gli infortuni riconosciuti sul lavoro sono poco più di 409mila, di cui circa il 19% "fuori dell'azienda" (cioè "con mezzo di trasporto" o "in itinere").

Delle 1.218 denunce di infortunio mortale (il 6% in più rispetto al 2017) gli infortuni accertati "sul lavoro" sono 704 (il 4% in più rispetto al 2017), di cui 421, circa il 60%, "fuori dell'azienda". (35 casi sono ancora in istruttoria).

[6] Alloggio e ristorazione, trasporto e altri servizi di mercato sono i settori più ricettivi per i giovani alla prima esperienza di lavoro dipendente; camerieri e assimilati (12%), commessi delle vendite al minuto (8,5%), braccianti agricoli (7,4%), lavori esecutivi di ufficio (2,8%) sono le professioni con frequenza superiore al 2,5%. Al primo ingresso, è prevalente la domanda di competenze di medio livello (61% dei primi ingressi). In questo quadro generale, attenzione particolare merita il mondo del lavoro legato all'edilizia. Per quanto riguarda le imprese, dal 2008 al 2016 (sulla base dei dati Eurostat) il calo del numero delle imprese si attesta intorno al valore numerico di 125.000 unità, passando da 634.988 imprese nel settore dell'edilizia nel 2008 a 508.696 imprese nel 2016. Per quanto riguarda le persone impiegate nel settore, invece, la diminuzione è stata di circa 700.000 unità passando da 2.011.143 persone occupate nel settore dell'edilizia nel 2008 a 1.324.178 persone occupate nel 2016. Conseguentemente si registrano performance negative anche delle imprese legate all'edilizia quali le imprese artigiane: il settore ha infatti perso negli ultimi 5 anni il 7% dei suoi attori; nel 2013 si contavano circa 1.400.000 imprese artigiane, nel 2018 se ne contano 100.000 in meno.

Anche nel primo quadrimestre del 2019 si è avuto aumento (del 5,9%) nel numero degli infortuni mortali denunciati rispetto allo stesso periodo del 2018. L'aumento non denota una tendenza stabile: il confronto sul primo trimestre segnava infatti stazionarietà.

L'interruzione di una serie storica virtuosa, che vedeva in calo gli infortuni sul lavoro, può trovare giustificazione nella precarietà del lavoro, nella mancanza di adeguata formazione per i lavoratori socialmente più deboli (giovani, stranieri), nell'invecchiamento della popolazione esposta al rischio.

Sugli andamenti degli infortuni incidono anche la casualità del verificarsi degli eventi (come da definizione stessa di infortunio sul lavoro) e il rischio da circolazione stradale, determinante sia per gli infortuni in itinere sia per quelli in occasione di lavoro con mezzo di trasporto coinvolto; per i casi mortali si aggiungono gli effetti "punta" degli incidenti plurimi e il rischio di cadute dall'alto, che costituisce la causa della maggior parte degli infortuni mortali nel nostro Paese (circa il 33% sono causati da cadute dall'alto).

Per quanto riguarda le malattie professionali, le denunce sono state circa 59mila e 500, il 2,6% in più rispetto al 2017. Ne è stata riconosciuta la causa professionale al 37% (il 3% è ancora "in istruttoria"). Le denunce riguardano le malattie e non i soggetti ammalati, che sono circa 43mila, di cui quasi il 40% per causa professionale riconosciuta. Sono stati poco meno di 1.400 i lavoratori con malattia asbesto-correlata.

I lavoratori deceduti nel 2018 con riconoscimento di malattia professionale sono stati 1.177 (-16,4% rispetto al 2017), di cui 257 per silicosi/asbestosi (il 74% con età al decesso maggiore di 79 anni). Nel quinquennio 2013-2017, l'agricoltura ha registrato l'incremento più significativo di malattie professionali, poco meno del 20%; più contenuti, anche se significativi, gli aumenti per la gestione dei dipendenti del conto Stato (+10,9%) e dell'industria e dei servizi che registra la maggiore crescita in valore assoluto (4.338 denunce in più, +10,4%). Ampliando l'orizzonte temporale al decennio 2008-2017, si osserva una forte crescita nel numero di denunce, con incrementi maggiori ed eccezionali nell'agricoltura (da meno di 2mila denunce l'anno a poco più di 11mila), ma notevoli anche nell'industria e servizi in aumento di oltre 17mila 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%).

Negli anni immediatamente successivi alla crisi economica sono intervenuti diversi fattori che hanno determinato e favorito l'emersione del fenomeno tecnopatico, dalle campagne di sensibilizzazione ai cambiamenti normativi, che hanno ampliato l'elenco delle malattie riconosciute. Le menomazioni da malattie professionali producono postumi di grado più elevato rispetto a quelle da infortuni (12% di postumi in media nell'ultimo quinquennio contro 8%) e, inoltre, alcune patologie, come quelle tumorali, risultano spesso letali dopo un decorso particolarmente logorante e doloroso per l'individuo.

Distinguendo le malattie rispetto al genere, si osservano delle differenze legate oltre che alle caratteristiche fisiche (peso, altezza media e forza, in generale inferiori nelle donne), anche come conseguenza degli agenti chimici, fisici, biologici, ecc., con i quali i lavoratori sono in contatto quotidianamente, e dei movimenti e sforzi fisici che gli stessi effettuano nell'espletare la propria attività.

Dopo le malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo, che sono al primo posto sia per uomini sia per donne, le malattie del sistema nervoso, prevalentemente sindromi del tunnel carpale, rappresentano, per le donne, la patologia di origine lavorativa più frequentemente riconosciuta (il 25% rispetto al 10% per gli uomini). Tra i lavoratori maschi, al secondo posto, invece, troviamo le malattie dell'orecchio (ipoacusia), con il 12% dei casi (0,5% dei riconoscimenti per le donne). Differenze importanti per genere si osservano anche per le malattie del sistema respiratorio (7% negli uomini e meno del 2% nelle donne) e per i tumori (rispettivamente 6% e 1%).

Al fine di attuare politiche di prevenzione mirate occorre tener presenti anche tali differenze caratterizzanti il genere.

## Fattori di rischio/Determinanti

Il contesto socioоccupazionale attuale è profondamente mutato rispetto al passato: assistiamo sempre più a una terziarizzazione dell'impiego e a una forte instabilità e precarietà del mondo del lavoro, caratterizzato dall'aumento del lavoro parasubordinato.

Dall'analisi dei dati statistici su infortuni, infortuni mortali, malattie professionali, assetto produttivo italiano, si identificano i fattori di rischio e determinanti sui quali agire e pianificare interventi di prevenzione.

Esistono fattori di rischio trasversali a tutte le attività produttive (età, precarietà del lavoro, scarso benessere organizzativo). In particolare, l'età è un importante fattore di rischio: gli infortuni aumentano nella fascia di età sotto i 34 anni e sopra i 55 anni, mentre gli infortuni mortali sono in aumento tra i lavoratori delle fasce di età più avanzate. Per i giovani giocano un ruolo importante la tipologia lavorativa, spesso precaria, e la mancanza di formazione e informazione sui rischi correlati all'attività lavorativa specifica. Seguendo l'andamento demografico della popolazione generale, si assiste a un notevole invecchiamento della popolazione lavorativa, aspetto sempre più importante da considerare nell'orientare le politiche di prevenzione, affinché il lavoratore giovane giunga in buona salute all'età più avanzata e il lavoratore "più anziano" possa rimanere al lavoro con una buona qualità della vita.

Tra i rischi trasversali particolare attenzione va posta al dato delle aggressioni e alle violenze sul luogo di lavoro, in particolare per alcune attività di front-office, quali sanità, istruzione, trasporti, servizi sociali, vigilanza e ispezione.

Nel novero dei rischi trasversali è inclusa la scarsa applicazione dei principi ergonomici nella progettazione di layout delle postazioni di lavoro e delle attrezzature di lavoro. L'innovazione tecnologica, tranne che in alcune particolari realtà produttive, non si integra e non supporta completamente il fattore umano, evidenziando l'incapacità ad un approccio ergonomico sistemico, e rappresenta, pertanto, una criticità su cui agire nel breve e lungo periodo.

Il sovraccarico biomeccanico derivante da movimenti ripetuti o movimentazione manuale dei carichi, all'origine di patologie a carico dell'apparato muscolo scheletrico, è, a sua volta, un rischio trasversale a moltissime attività produttive.

Si deve, inoltre, sottolineare la ricorrenza di infortuni gravi e mortali, anche collettivi, derivanti da utilizzo di macchine e attrezzature di lavoro non conformi ai requisiti essenziali di sicurezza (RES) e a una inadeguata gestione o ad un uso scorretto di impianti. Tali fattori di rischio si riscontrano con particolare rilevanza in ambito agricolo. I lavori in quota e in prossimità di scavi sono tra le cause di infortuni gravi e mortali, in particolare in edilizia, mentre le esplosioni da agenti chimici innescate da cause meccaniche e termiche e le atmosfere esplosive in generale rimandano al rischio trasversale rappresentato dal lavoro in ambienti confinati o a rischio di inquinamento atmosferico.

Importanti fattori di insorgenza di malattie professionali sono, infine, l'esposizione ad agenti fisici, chimici, biologici e cancerogeni, compresa l'esposizione professionale ad amianto. In relazione all'esposizione a tali agenti, occorre strutturare un approccio più articolato a tali fattori di rischio e prestare attenzione da un lato alla pluri-esposizione, valutandone le interazioni e gli effetti sulla salute del lavoratore, dall'altro alle micro-esposizioni anche a più agenti pericolosi.

## Strategie

Il cambiamento del mondo del lavoro, la mutevolezza e precarietà dei contratti, la femminilizzazione di alcuni settori, il lavoro notturno e su turni, le differenze di genere, l'inserimento e il reinserimento lavorativo di lavoratori con disabilità, l'utilizzo di nuove tecnologie (industria 4.0) richiedono un approccio culturalmente diverso alle politiche di prevenzione e di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. È necessario, pertanto, adottare più efficaci e complessivi modelli di intervento, come peraltro suggerito dal *Global plan of action-WHO* che, tra le altre cose, richiama la necessità di affrontare tutti gli aspetti della salute dei lavoratori attraverso *l'Healthy Workplace Model* orientato a:

- ✓ prevenzione primaria dei rischi occupazionali;
- ✓ protezione e promozione della salute e sicurezza sul lavoro;
- ✓ condizioni contrattuali d'impiego;
- ✓ adeguata risposta da parte dei sistemi sanitari ai bisogni di salute e sicurezza dei lavoratori.

Tale approccio è indicato anche dal *National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH*) che, nel giugno 2011, ha lanciato il programma *Total Worker Health* (TWH). La TWH è definita dall'insieme di politiche, programmi e pratiche che integrano la prevenzione dai rischi per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con la promozione delle azioni di prevenzione di danni acuti e cronici, a

favore di un più ampio benessere del lavoratore. Il programma TWH sostiene un approccio olistico e onnicomprensivo al benessere del lavoratore che coglie il valore e il vantaggio del creare ambienti nei quali un lavoro sicuro, sano e gratificante può produrre migliori condizioni di salute e opportunità per i lavoratori, le loro famiglie, le loro comunità ed economie. L'adozione di un approccio di TWH permetterebbe, quindi, nel pianificare politiche e interventi di prevenzione, di considerare adeguatamente la sinergia tra rischi lavorativi, ambiente, stili di vita e condizioni personali (età, genere, condizioni di salute, disabilità, tipologia contrattuali).

Per quanto riguarda le politiche dell'Unione Europea, dalla Strategia europea 2014-2020 si evincono le sfide fondamentali che sono comuni a tutta l'UE e che richiedono specifiche iniziative. La Strategia individua 3 sfide e 7 obiettivi strategici fondamentali. Le sfide sono:

1. migliorare l'attuazione delle disposizioni di legge da parte degli Stati membri, in particolare rafforzando la capacità delle microimprese e delle piccole imprese di mettere in atto misure di prevenzione dei rischi efficaci ed efficienti;
2. migliorare la prevenzione delle malattie legate al lavoro affrontando i rischi attuali, nuovi ed emergenti;
3. far fronte al cambiamento demografico.

Al fine di affrontare in modo olistico e interdisciplinare tali sfide, la Commissione propone i seguenti sette obiettivi strategici, da attuare in stretta collaborazione con gli Stati membri, le parti sociali e gli altri soggetti interessati.

1. ulteriore consolidamento delle strategie nazionali;
2. agevolazione dell'adempimento degli obblighi di legge in materia di salute e sicurezza sul lavoro (SSL), in particolare da parte delle micro e delle piccole imprese;
3. migliore applicazione della legislazione in materia di SSL da parte degli Stati membri;
4. semplificazione della legislazione esistente;
5. iniziative per affrontare l'invecchiamento della forza lavoro e i nuovi rischi emergenti, prevenzione delle malattie professionali e legate al lavoro;
6. miglioramento della raccolta dei dati statistici e sviluppo della base di informazioni;
7. migliore coordinamento degli sforzi dell'UE e internazionali in materia di salute e sicurezza sul lavoro e assunzione di impegni con le organizzazioni internazionali.

La Strategia europea si inserisce in un contesto normativo italiano ben strutturato e articolato. Il Decreto legislativo 81/2008 definisce infatti un assetto istituzionale chiaro, affinché il livello centrale si faccia carico di elaborare le politiche e le strategie nazionali per la salute e sicurezza sul luogo di lavoro e fornisca supporto e indirizzi per le attività di prevenzione svolte a livello regionale, locale e territoriale.

Il PNP 2020-2025 richiama, tuttavia, la necessità strategica di agire su tutto il sistema complesso dei diversi attori coinvolti nelle politiche di prevenzione della salute e sicurezza sul luogo di lavoro e, in particolare, di:

- ✓ rafforzare il coordinamento tra Istituzioni e partenariato economico-sociale e tecnico-scientifico, anche attraverso il miglioramento del funzionamento del Sistema Istituzionale di coordinamento ex D.lgs. 81/08;
- ✓ realizzare un confronto costante all'interno del Comitato (ex art. 5 D.lgs. 81/08) nonché della Commissione Consultiva permanente (ex art. 6 D.lgs. 81/08), per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro;
- ✓ garantire l'operatività dei Comitati Regionali di Coordinamento art. 7 previsti dal D.lgs. 81/08 ai fini della corretta attuazione delle politiche di prevenzione e del corretto feedback dal territorio.

Il PNP 2014-2019 ha investito sul coinvolgimento dell'istituzione scolastica per lo sviluppo delle competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro nei futuri lavoratori, come strumento efficace anche in termini di prevenzione. Il PNP 2020-2025 intende rafforzare la collaborazione con la scuola affinché, in coerenza con la declinazione di "Cittadinanza e Costituzione" e con le "Linee di indirizzo di *policy* integrate per la Scuola che promuove salute", i giovani acquisiscano conoscenze e competenze specifiche in materia di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali. Tali competenze potranno essere utilizzate sia quando, da adulti, saranno inseriti nel mondo del lavoro, sia attuandone la promozione in tutte quelle situazioni pratiche e preventive di alternanza scuola lavoro in cui, a seguito di collaborazione tra scuola/azienda/istituzioni, l'ambiente di lavoro diventa "luogo di apprendimento attivo".

Più in generale, il fruttuoso lavoro portato avanti nei precedenti piani di prevenzione conferma la necessità di sviluppare una alleanza più forte tra tutti gli attori coinvolti nella salute e sicurezza dei

lavoratori, in particolare con i medici competenti, osservatori privilegiati della salute del lavoratore, e con le figure strategiche dei professionisti della sicurezza ai fini dell'adeguata valutazione e gestione dei rischi, anche nell'ottica della gestione degli appalti pubblici.

Per quanto riguarda le attività di vigilanza, il PNP 2014-2019 si proponeva di migliorarne la qualità e l'omogeneità anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di *enforcement* quali l'audit, l'adozione di programmi e accordi, la condivisione di metodologie di controllo orientate ai settori/rischi considerati prioritari e all'efficacia preventiva, la promozione di un approccio di tipo proattivo da parte degli organi di vigilanza, indirizzando l'azione delle ASL verso il supporto al mondo del lavoro (in particolare alle piccole e medie imprese) con attività di informazione e assistenza e riconoscendo la necessità di sostenere i datori di lavoro nel percorso di autovalutazione del livello di sicurezza, nella gestione dei rischi e nell'organizzazione della sicurezza aziendale. In continuità con questo approccio e con le esperienze territoriali che ne sono derivate, anche grazie al supporto centrale fornito attraverso i progetti CCM, il PNP 2020-2025 riconosce nel Piano Mirato di Prevenzione (PMP) lo strumento in grado di organizzare in modo sinergico le attività di assistenza e di vigilanza alle imprese, per garantire trasparenza, equità e uniformità dell'azione pubblica e una maggiore consapevolezza da parte dei datori di lavoro dei rischi e delle conseguenze dovute al mancato rispetto delle norme di sicurezza, anche e soprattutto attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, dai lavoratori, ai loro rappresentanti, alle associazioni, altri enti, ecc. per una crescita globale della cultura della sicurezza.

Il **Piano Mirato di Prevenzione** si configura, pertanto, come un modello territoriale partecipativo di assistenza e supporto alle imprese nella prevenzione dei rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro, da attivare in tutte le Regioni (in qualità di Programma Predefinito - vedi Capitolo 5) secondo un percorso che preveda:

- ✓ progettazione condivisa dell'intervento in loco e individuazione di indicatori per la verifica dell'efficacia dell'azione;
- ✓ individuazione delle Aziende da coinvolgere nel PMP e informazione su obiettivi, modalità e strumenti di supporto caratterizzanti l'intervento;
- ✓ formazione e informazione alle varie figure aziendali su metodologie e strumenti tecnici, incentivazioni, buone prassi organizzative e accordi di contesto utili al miglioramento delle performance SSL in ottica gestionale;
- ✓ monitoraggio/controllo durante il periodo dell'intervento;
- ✓ verifica dell'efficacia dell'intervento di prevenzione;
- ✓ piano di comunicazione e condivisione dei risultati.
- ✓ Il PMP, pertanto, si compone di una successione di tre azioni:
- ✓ assistenza (condivisione degli strumenti e formazione per il DVR);
- ✓ vigilanza (autovalutazione e controllo dei fattori di rischio);
- ✓ valutazione di efficacia (verifica d'efficacia degli interventi attuati).

1. **Fase di assistenza:**
   - progettazione
   - seminario di avvio
   - informazione/formazione
2. **Fase di vigilanza**
   - autovalutazione delle aziende
   - vigilanza da parte delle ASL sulle aziende coinvolte nell'intervento di prevenzione
3. **Fase di valutazione di efficacia**
   - raccolta e diffusione di buone pratiche o misure di miglioramento
   - questionario sulla percezione dei rischi
   - restituzione dei risultati e/o di buone prassi.

A livello regionale e locale è necessario consolidare e strutturare più capillarmente i Piani di prevenzione tematici (Piano nazionale edilizia, Piano nazionale agricoltura, Piano nazionale patologie da sovraccarico biomeccanico, Piano nazionale stress lavoro correlato, Piano nazionale cancerogeni occupazionali e tumori professionali).

Il **Piano nazionale edilizia** nasce dal considerare, sulla base dei dati, che c'è una ricorrenza di infortuni gravi e mortali, anche collettivi, derivanti da:

- macchine e attrezzature di lavoro non conformi ai Requisiti Essenziali di Sicurezza (RES) e non adeguatamente utilizzate;
- esplosioni causate da agenti chimici, innescate da cause meccaniche o termiche/elettriche
- asfissia in luoghi confinati e/o ad atmosfera controllata;
- esecuzione di lavori in quota;
- esecuzione di lavori in prossimità di scavi;
- strutture, macchine, impianti elettrici, incendio ed esplosione.

Il comparto edilizia vede anche una notevole ricorrenza di malattie professionali originate da:

- agenti fisici, chimici, cancerogeni, biologici;
- esposizione professionale ad amianto;
- sovraccarico biomeccanico all'origine di patologie a carico dell'apparato muscolo-scheletrico, derivante da posture incongrue e/o movimenti ripetuti.

Tra le numerose azioni da mettere in campo, le buone pratiche per la salute e sicurezza nei cantieri edili, di facile consultazione e semplice applicazione, rivestono sempre di più un ruolo strategico per la promozione della salute e della sicurezza nei cantieri edili e possono contribuire in modo significativo alla riduzione degli infortuni.

L'agricoltura italiana è realtà molto composita, con strutture produttive molto differenziate sia per la struttura del territorio, sia per le dimensioni e la tipologia delle aziende. Molte realtà sono costituite da microimprese o da piccoli appezzamenti gestiti a livello "hobbistico". Specie nella frutti/orti-coltura e, in genere, nelle attività di raccolta sono presenti in gran numero lavoratori a tempo determinato e stagionali. Dal punto di vista della sicurezza e salute sul luogo di lavoro, l'agricoltura è un settore produttivo ad alto rischio infortunistico e con presenza di rischi importanti per la salute. In rapporto ad altri settori produttivi si osserva un fenomeno quantitativamente rilevante di denuncia di malattie professionali (nel 2018 presenti 11.499 denunce pari a circa il 19% del totale). È necessario, pertanto, strutturare un **Piano nazionale di prevenzione in agricoltura** che abbia, tra gli altri, la priorità di controlli e verifiche su aziende e macchine agricole, ricordando che numerosi infortuni, spesso mortali, accadono per il non corretto uso o per la vetustà del parco macchine di cui l'agricoltura, sempre più meccanizzata, si avvale.

L'International Labour Office (ILO) afferma che, nel mondo, ben l'80% circa delle 2.300.000 morti collegate al lavoro sono da attribuire a malattie e il 20% a infortuni. Tra le malattie da lavoro più gravi, evidentemente, 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, ci attenderemmo (utilizzando una percentuale cautelativa del 4%) quasi 15.000 casi di neoplasie professionali all'anno; i dati ufficiali INAIL parlano di circa 2.000 casi denunciati all'anno. Da ciò emerge, anzitutto, la necessità di conoscere meglio il fenomeno dal punto di vista quali-quantitativo al fine di programmare azioni di prevenzione mirate ed efficaci e consentire il dovuto riconoscimento delle malattie professionali. Tale azione di emersione dei tumori professionali deve essere necessariamente accompagnata da una sufficiente conoscenza della diffusione dei principali agenti cancerogeni nelle imprese e nei comparti produttivi, prerequisito per una corretta pianificazione e programmazione delle attività di controllo da parte delle istituzioni preposte. Queste maggiori conoscenze, relative ad agenti cancerogeni e neoplasie professionali, possono essere ottenute attraverso il pieno funzionamento dei sistemi istituzionali e delle banche dati già previste dal sistema istituzionale del D.lgs. 81/08 e successivi accordi e decreti applicativi, che tuttavia devono essere attivate laddove ancora non avviene e comunque messe in rete tra gli Enti che sono incaricate di gestirle. Il **Piano Nazionale Cancerogeni e tumori professionali** è uno strumento di cui ogni Regione deve avvalersi per l'emersione di tali patologie sottostimate e, talora, ancora poco conosciute. Tutto ciò congiuntamente a una forte azione di sistema che consolidi e perfezioni le banche dati già previste dalla normativa vigente.

Sempre in tema di patologie professionali, sicuramente trasversali a più settori produttivi, quelle dell'apparato muscolo scheletrico (MSK), per lo più correlate a condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo, rappresentano, secondo i dati INAIL, la maggioranza assoluta delle patologie professionali denunciate e riconosciute in Italia. I dati INAIL relativi al 2018 fanno stimare che le stesse patologie dell'apparato muscoloscheletrico hanno rappresentato quasi l'80% delle patologie professionali denunciate. La crescente diffusione di queste patologie conferma la necessità di una diffusione capillare e strutturata del **Piano nazionale prevenzione malattie muscoloscheletriche** i cui principali obiettivi sono, da un lato, favorire la emersione delle patologie professionali muscoloscheletriche, dall'altro, implementare e rafforzare le capacità del sistema pubblico e privato di valutare e gestire le diffuse

condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo per strutturare idonei interventi di prevenzione delle patologie professionali muscoloscheletriche e dei relativi esiti.

Approcciando con più dettaglio i rischi trasversali sui luoghi di lavoro, si ravvisa la necessità di strutturare e consolidare il **Piano nazionale stress lavoro correlato**. Lo stress lavoro-correlato (SLC) risulta al secondo posto in Europa tra i problemi di salute dovuti al lavoro, dopo i disturbi muscolo-scheletrici, con evidenti ripercussioni anche a livello di produttività delle aziende ed economico. Tutto ciò ha portato alla sottoscrizione in sede europea di un accordo tra le parti sociali per contrastare il fenomeno. L'accordo è stato recepito in Italia nel 2008 ed è espressamente richiamato dal D.lgs. 81/2008 in relazione all'obbligo del datore di lavoro di valutare tutti i rischi per la salute e sicurezza sul lavoro compresi quelli connessi allo stress lavoro correlato. Collegato a questo tema, anche con il supporto di norme nazionali in fase di perfezionamento, è sempre più necessario inquadrare, nell'ambito delle attività di prevenzione dei rischi psicosociali, le molestie, le violenze e le aggressioni nei luoghi di lavoro, con particolare riferimento alla sanità e alle professioni di aiuto. Il Piano intende contribuire all'accrescimento e al miglioramento complessivo del sistema di gestione dei rischi psicosociali, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione delle indicazioni normative e tecniche, la definizione di standard per gli interventi formativi e la realizzazione di azioni mirate di prevenzione.

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

**Il PNP 2020-2025, pertanto, anche al fine di rispondere alle indicazioni europee, intende sviluppare azioni volte a:**

- **assicurare il confronto costante all'interno del Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di SSL art. 5 D.lgs. 81/08 e della Commissione Consultiva permanente per la SSL art. 6 D.lgs. 81/08**
- **assicurare l'operatività dei Comitati Regionali di Coordinamento art. 7 D.lgs. 81/08**
- **perfezionare i sistemi e gli strumenti di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro (ad es. Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro - SINP), attraverso l'utilizzo dei sistemi di sorveglianza già attivi, tra cui Infor.Mo., e rendendo fruibili le informazioni del Registro degli esposti (nonché promuovendo presso i datori di lavoro e i medici competenti, le informazioni sulla corretta compilazione di tale registro), al fine di programmare interventi di prevenzione promozione, assistenza e controllo in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche, dal contesto socio-occupazionale e dall'analisi territoriale**
- **consolidare e strutturare più capillarmente, a livello regionale e locale, i piani di prevenzione tematici (piano nazionale edilizia, piano nazionale agricoltura, piano nazionale patologie da sovraccarico biomeccanico, piano nazionale stress lavoro correlato, piano nazionale cancerogeni occupazionali e tumori professionali)**
- **applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'*empowerment* e dell'informazione, e, ove necessario, azioni di *enforcement* in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa e assicurare alle micro e piccole aziende da una parte, e alle medie e grandi aziende, dall'altra, attività di controllo modulate secondo approcci distinti**
- **supportare le attività di prevenzione e controllo dei rischi (in particolare quelli di caduta dall'alto) da parte degli organi di vigilanza, promuovendo approcci di tipo proattivo orientati a modelli di assistenza e supporto alle microimprese e piccole imprese**
- **promuovere criteri di progettazione e pianificazione di misure di prevenzione e protezione dei rischi che privilegino interventi che eliminano o riducono i rischi, coinvolgendo un gran numero di professionisti e progettisti della gestione della sicurezza (RSPP, Coordinatori, Direttori lavori, RUP, ecc.)**
- **revisionare i percorsi di formazione sulla salute e sicurezza sul lavoro al fine di assicurare il controllo efficace sui soggetti formatori da parte della PA**

- **potenziare la rete delle alleanze tra operatori sanitari per una maggiore conoscenza dei rischi e dei danni e per una migliore salute dei lavoratori in riferimento anche alla potenziale esposizione attuale e a quella pregressa ad amianto**
- **garantire la funzionalità del sistema di monitoraggio dei tumori occupazionali (OCCAM), attivare percorsi di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti e offrire interventi di *counseling* a gruppi di esposti ed ex esposti ad amianto (Intesa Stato-Regioni 22.02.2018 e DPCM 21.01.2017)**
- **integrare e potenziare le attività di analisi di mortalità e incidenza dei tumori professionali per una migliore lettura dei casi e stima dei possibili eventi**
- **promuovere la salute globale dei lavoratori per la gestione integrata dei fattori di rischio professionali e di quelli individuali legati a stili di vita non corretti e alle condizioni personali intercorrenti, favorendo l'adozione da parte delle imprese di modelli di organizzazione gestionale e di buone prassi e di percorsi di Responsabilità sociale**
- **perseguire politiche e applicare interventi di *Total Worker Health* (TWH) che integrino le azioni di prevenzione dei rischi occupazionali/ambientali con quelle dei rischi individuali, affinché la sorveglianza sanitaria dei lavoratori effettuata dal medico competente dia attuazione ai più recenti indirizzi scientifici di prevenzione e tutela globale della salute del lavoratore**
- **valorizzare l'impiego di risorse investite dalle imprese per la sorveglianza sanitaria**
- **sostenere il ruolo attivo di RLS/RLST e della bilateralità.**

## *MO4. Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali – Quadro logico centrale*

| Obiettivi strategici del MO | Linee strategiche di intervento | LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502) | Indicatori degli Obiettivi strategici |
|---|---|---|---|
| 4.1 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale<br>4.2 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori | a. Perfezionamento dei sistemi e degli strumenti di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, anche attraverso lo sviluppo del SINP<br>b. Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la pianificazione degli interventi di prevenzione<br>**c.** 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 | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:**<br>• **C.1 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro** | **4.1 Percentuale denunce infortuni sul lavoro (fonte: INAIL. Nuovo Sistema di Garanzia)**<br>**4.2 Numero di infortuni sul lavoro per gestione (Industria e Servizi, Agricoltura, Conto Stato) in complesso o mortali (fonte: INAIL)**<br>**4.3 Numero di malattie professionali per gestione (Industria e Servizi, Agricoltura, Conto Stato) (fonte: INAIL))** |
| 4.3 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 | d. Assicurare l'operatività dei Comitati Regionali di Coordinamento art. 7 Dlgs 81/08<br>e. Sostenere il ruolo di RLS/RLST di sito produttivo e della bilateralità<br>f. Promuovere la responsabilità sociale di impresa per il miglioramento della salute globale del lavoratore | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:**<br>• **C.2 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **4.4** Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medie e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti<br><br>**4.5** Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'*empowerment* e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa | g. Promuovere il coordinamento e la programmazione dell'attività di vigilanza e prevenzione<br>h. 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<br>i. 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<br>j. Diffusione e utilizzo delle evidenze sull'esposizione a vari fattori correlati alle malattie professionali e sulle azioni efficaci di prevenzione<br>k. 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<br>l. Svolgimento di un controllo efficace sui soggetti formatori da parte della PA anche attraverso la revisione dei percorsi formativi vigenti | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica**<br>**Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:**<br>• **C.3 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro**<br>**Area B Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>• **B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)** | 4.4 **Proporzione di Unità locali oggetto di intervento ispettivo (fonte: Ministero della Salute – SINP. Griglia LEA)** |
| **4.6** Favorire nei giovani l'acquisizione di competenze specifiche in materia di SSL | m. Rafforzamento della collaborazione scuola/aziende/istituzioni soprattutto finalizzate alla gestione dello studente in Alternanza scuola lavoro | | |
| **4.7** Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la "conservazione attiva" della salute, ovvero verso la *Total worker health* | n. Sviluppo di programmi di *Total worker health*<br>o. Promozione dell'adozione da parte delle imprese di buone prassi ex art. 2 comma 1 lettera v D. Lgs 81/08<br>p. Promuovere l'adozione delle misure di prevenzione primaria con le varie modalità di intervento, tra cui le attività di vigilanza e controllo | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica**<br>**Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:**<br>• **C.4 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro** | |
| **4.8** Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari, medici | q. Sviluppo di percorsi di formazione sulla SSL per | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica**<br>**Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| del lavoro, dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di *Total worker health*<br><br>**4.9** Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore | l'acquisizione di nuove competenze disciplinari per il contrasto del fenomeno tecnopatico<br>r. 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)<br>s. Promozione del ruolo strategico del medico competente nella progettazione, attuazione e monitoraggio delle azioni di *Total Worker Health* e di promozione della salute | **sicurezza nei luoghi di lavoro:**<br>• **C.5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani** | |
| **4.10** Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti<br><br>**4.11** Garantire la funzionalità di OCCAM incrociando i dati sanitari disponibili negli archivi regionali con le storie lavorative INPS<br><br>**4.12** Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso<br><br>**4.13** Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti | t. Implementazione, coordinamento e valutazione dei sistemi e degli interventi di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto<br>u. Offerta di interventi di *counseling* (gruppi di esposti ed ex esposti)<br>v. Integrazione delle attività di controllo in ispezioni, verifiche documentali e percorsi di prevenzione<br>w. 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 | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica**<br>**Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:**<br>• **C.6 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine** | |

## 5.5 Ambiente, clima e salute

# Razionale

L'ambiente, nella sua accezione più completa e complessa, comprensiva di stili di vita, condizioni sociali ed economiche, è un determinante fondamentale per il benessere psicofisico e quindi per la salute delle persone e delle popolazioni. Molti processi patologici trovano la loro eziopatogenesi in fattori ambientali, come evidenziato anche dalle recenti acquisizioni in tema di epigenetica.

La Dichiarazione di Ostrava della Sesta Conferenza Interministeriale Ambiente e Salute (OMS 2017) indica i punti cruciali su cui deve svilupparsi la Strategia ambiente e salute per i prossimi anni: il degrado ambientale, l'inquinamento indoor e outdoor, il cambiamento climatico, l'esposizione indoor e outdoor a prodotti chimici pericolosi, la qualità e sicurezza delle acque potabili, i siti contaminati, i rifiuti e la destabilizzazione degli ecosistemi che aggravano le diseguaglianze sociali; la necessità di sviluppare azioni di sistema, intersettoriali, che mettano al centro la prevenzione, ponendo la massima attenzione ai settori più svantaggiati; 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. La citata Dichiarazione riconosce che il benessere delle popolazioni è strettamente legato a tutti gli obiettivi dell'Agenda 2030 e agli obiettivi dell'Accordo sul Clima di Parigi, sottoscritto nel 2015 dalla Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici (UNFCCC – CoP 21), che devono necessariamente far parte integrante della strategia.

La Strategia Nazionale per la Biodiversità riconosce il valore dell'approccio *One Health* per affrontare la questione trasversale della biodiversità e della salute umana come approccio integrato coerente con l'approccio ecosistemico, promuovendo una visione sistemica della salute, multidisciplinare e transdisciplinare, per affrontare i rischi potenziali o esistenti che hanno origine all'interfaccia tra la salute umana, quella degli ecosistemi e degli ambienti antropizzati.

Il settore sanitario può dare un contributo decisivo alla salvaguardia della biodiversità e al miglioramento dell'ambiente costruito operando in modo sistematico, promuovendo tecnologie rispettose dell'ambiente, consumi sostenibili, bioedilizia e spazi verdi urbani e una gestione dei sistemi sanitari più efficiente.

Il cambiamento climatico rappresenta una grave minaccia per la salute globale e una grande sfida per il 21° secolo. Gli scenari prevedono un disequilibrio degli ecosistemi con un aumento dell'intensità dei rischi per la salute legati a disastri, eventi estremi, disponibilità idrica, sicurezza alimentare e cambiamenti nella comparsa e diffusione di malattie di origine infettiva (vettori patogeni, acqua e cibo contaminati). Aumenteranno anche le ineguaglianze di genere, la marginalizzazione sociale ed economica, i conflitti e le migrazioni. L'OMS stima oltre 250mila decessi annui in più nel mondo a causa del cambiamento climatico per il periodo 2030-2050. Saranno colpiti soprattutto i sottogruppi più vulnerabili: i bambini, gli anziani, i soggetti con patologie croniche ed i gruppi socio-economici deprivati.

Affrontare i cambiamenti climatici rappresenta un'opportunità senza precedenti per la salute pubblica, attraverso strategie climatiche che offrono vantaggi significativi per affrontare alcuni dei problemi sanitari più urgenti. La resilienza e l'adattamento al clima per la salute, nonché le strategie di mitigazione devono interconnettersi ai programmi e alle attività sanitarie e la salute è centrale nel quadro generale di riferimento nel contrasto ai cambiamenti climatici.

L'UE ha avviato politiche di gestione e mitigazione dei cambiamenti climatici e strategie per la biodiversità, in fase di adeguamento nei vari stati membri. L'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e il citato Accordo sul Clima di Parigi 2015, rappresentano due quadri di riferimento fondamentali per contrastare i cambiamenti climatici e guidare verso un modello di sviluppo più sostenibile; tuttavia, questa sfida richiede un cambiamento radicale nei modelli di produzione e consumo.

In coerenza con la strategia, che ispira l'azione dell'OMS e della Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici (UNFCCC) nelle interazioni con i governi dei diversi Paesi per definire i "Profili dei Paesi" su clima e salute, è stato definito, nel contesto della Presidenza italiana del G7 del 2017, il *Country profile Italy*, nell'ambito del progetto "Effetti sulla salute dei cambiamenti climatici nella *vision Planetary health*, che fornisce dati attuali e scenari futuri su cambiamenti climatici e salute negli ambiti d'impatto più rilevanti come l'inquinamento atmosferico, le ondate di calore, le risorse

idriche e la gestione dell'acqua, le malattie infettive e da vettori, la produzione primaria e la sicurezza alimentare, le migrazioni, gli ecosistemi e l'erosione della biodiversità, anche in ambienti urbani. I dati raccolti indicano un'intensificazione delle minacce per la salute della popolazione italiana, per cui sono individuate azioni specifiche di prevenzione, coordinate con le politiche e le strategie nazionali di mitigazione e di adattamento coordinate dal Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare (MATTM), attraverso la "Strategia Nazionale" e il "Piano Nazionale di adattamento ai cambiamenti climatici".

Il Ministero della Salute, inoltre, considerato che per effetto del riscaldamento globale (*global warming*) nelle città si creano "isole di calore", molto più calde rispetto alle aree rurali, ha attivato dal 2005 il "Piano operativo nazionale per la prevenzione degli effetti del caldo sulla salute", con il quale sono stati introdotti sul territorio nazionale i sistemi di previsione/allarme città specifici (*Heat Health Watch Warning System-HHWWs*) che possono prevedere, con anticipo di 72 ore, l'arrivo di un'ondata di calore e attivare tempestivamente interventi di prevenzione a livello locale. Tale sistema di monitoraggio è tuttora in auge.

L'inquinamento atmosferico, indoor e outdoor, è il principale fattore di rischio ambientale per la salute. I trasporti e il riscaldamento domestico sono i principali responsabili delle emissioni di inquinanti di interesse tossicologico che destano una maggiore preoccupazione in termini di impatto sanitario a causa dell'elevato numero di persone esposte, in ambito urbano ed extraurbano. Anche le emissioni provenienti dall'agricoltura, dalla produzione di energia, dall'industria e dagli insediamenti domestici contribuiscono ad inquinare l'aria.

Secondo l'OMS, l'inquinamento atmosferico è tra le cause principali dei decessi dovuti a malattie non trasmissibili come ictus e malattie cardiovascolari, tumori e malattie respiratorie croniche.

Recenti studi dimostrano che l'inquinamento indoor domestico è il terzo fattore di rischio per il carico globale di malattia, dopo l'ipertensione arteriosa e il fumo di tabacco.

Oggetto di grande preoccupazione è il contributo di PM2,5 all'inquinamento dell'aria proveniente da biomasse utilizzate principalmente per il riscaldamento domestico.

Per abbattere l'inquinamento atmosferico urbano, comprese le emissioni climalteranti, è necessario promuovere l'utilizzo di fonti energetiche più pulite e sistemi di trasporto urbano più sostenibili, progettare e creare città che favoriscano corretti stili di vita e comunità sostenibili e resilienti ai cambiamenti climatici, come raccomandato dall'OMS.

Occorre inoltre sottolineare il carico di malattie associato all'esposizione indoor e outdoor a sostanze chimiche. Sono infatti decine di migliaia i prodotti chimici sul mercato dell'UE e un numero imprecisato di essi impatta negativamente sulla salute e sull'ambiente. Ad esacerbare o alterare gli impatti negativi sulla salute contribuisce l'esposizione a più sostanze chimiche contemporaneamente, anche a basse dosi (effetto cocktail). L'esposizione a prodotti chimici può causare, per esempio, disabilità congenite, problemi respiratori, malattie neurodegenerative, malattie della pelle, interferenza endocrina o cancro.

In tutto questo non possiamo non considerare l'impatto ambientale da parte del mondo zootecnico. La Commissione Europea, infatti, nel documento strategico *Green Deal*, che ha l'obiettivo di affrontare i problemi legati al clima e all'ambiente, affronta l'aspetto della tutela del consumatore analizzando ed intervenendo lungo tutta la catena produttiva secondo l'approccio *from farm to fork* per una politica alimentare sostenibile. Questo significa studiare ed applicare politiche atte a promuovere e sostenere una filiera più sostenibile, con l'obiettivo di ridurre gas serra e tutti i fattori inquinanti a partire dall'allevamento passando per tutti i processi produttivi, il trasporto e la distribuzione, nell'ottica anche di ridurre lo spreco e quindi la produzione di rifiuti.

La Task Force Ambiente e Salute (TFAS), istituita presso il Ministero della salute nel 2017, ha un significativo mandato finalizzato alla "Costruzione di una strategia nazionale per il coordinamento e l'integrazione delle politiche e delle azioni nazionali e regionali in campo ambientale e sanitario: individuazione di norme e azioni condivise per la prevenzione, valutazione, gestione e comunicazione delle problematiche ambiente-salute", dal quale potranno discendere iniziative (anche normative) a supporto del Piano per rafforzare la *governance* "ambiente e salute", ai vari livelli, tra le strutture/istituzioni responsabili.

Nell'ambito del progetto CCM "Integrazione, formazione e valutazione di impatto dell'inquinamento ambientale sulla salute: Rete Italiana Ambiente e Salute (RIAS)" è in fase di realizzazione la suddetta Rete che contribuisce ai lavori della TFAS anche attraverso lo sviluppo di strumenti operativi.

**Il PNP 2020-2025, in linea con gli orientamenti europei e internazionali, e tenendo conto degli orientamenti produttivi finalizzati alla riduzione dell'impatto ambientale, nonché dei nuovi LEA e in continuità con il PNP 2014-2019:**

- **propone una strategia intersettoriale e integrata, finalizzata a realizzare sinergie tra i servizi sanitari, preposti alla salute umana e a quella animale, e quelli preposti alla tutela ambientale, per potenziare l'approccio *One Health*, con l'obiettivo di ridurre le malattie e le morti premature evitabili correlate all'impatto ambientale di pratiche produttive per tutelare la salute e il benessere delle persone e degli animali.**

## Fattori di rischio/Determinanti

Sulla base dei dati sopra illustrati, si individuano le seguenti categorie di fattori di rischio:

- Esposizione ad agenti chimici, fisici e microbiologici in ambienti indoor e outdoor;
- Cambiamenti climatici ed eventi meteorologici estremi.

Inoltre, sono presenti le criticità di sistema di seguito indicate, in grado di inficiare le attività di prevenzione e riduzione dei fattori di rischio, e che potrebbero essere risolte attraverso strategie ed interventi di tipo giuridico-amministrativo:

- Settorialità di norme e competenze delle attività di sorveglianza sanitaria e monitoraggio ambientale;
- Frammentazione delle competenze e carenza di sinergie tra attività di prevenzione e promozione della salute del SSN e attività di tutela ambientale del SNPA;
- Scarsa rilevanza delle tematiche ambiente e salute nelle politiche di altri settori: trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, rifiuti, istruzioni;
- Inadeguata applicazione degli strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute di problematiche ambientali.

## Strategie

Per promuovere il superamento delle criticità tecnico-scientifiche e di *governance* a livello nazionale e regionale, per la promozione della salute, la prevenzione, la valutazione e gestione dei rischi derivanti da fattori ambientali, antropici e naturali, il PNP 2020-2025 si propone, seguendo l'approccio *One health*, di mettere in atto indirizzi e azioni adottate con la Dichiarazione di Ostrava coniugati con gli obiettivi dell'Agenda 2030, prevedendo le seguenti linee strategiche:

1. Promuovere interventi di *advocacy* nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione);
2. Promuovere e rafforzare strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA;
3. Adottare interventi per la prevenzione e riduzione delle esposizioni ambientali (indoor e outdoor) e antropiche dannose per la salute.

**Obiettivi delle Linee strategiche 1 e 2**

**Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute**

La salute è fortemente influenzata da fattori esterni a quelli propri del sistema sanitario, pertanto è necessario compiere ulteriori sforzi per integrare le considerazioni sanitarie nel contesto sociopolitico, creando collaborazioni intersettoriali, seguendo un approccio multidisciplinare collaborativo per

affrontare i rischi che hanno origine dalla interfaccia tra ambiente di vita e di lavoro, popolazioni, animali ed ecosistemi.

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

**Promuovere lo sviluppo di conoscenze e l'integrazione delle competenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente sulla sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto sanitario da esposizione a fattori ambientali antropici e naturali, anche cumulativo rispetto a più fattori e sorgenti inquinanti, la comunicazione e la gestione integrata dei rischi**

Attraverso un processo di crescita culturale comune si può arrivare ad una reale integrazione di competenze e individuazione di obiettivi comuni. Ciò richiede la condivisione di progetti formativi, di ricerca e tecnologia, con particolare attenzione alla gestione integrata delle tematiche emergenti e ai modelli di valutazione del rischio e di impatto sulla salute. Sono necessari, pertanto, interventi formativi indirizzati specificamente agli operatori del SSN, compresi i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) da attuare, per quanto possibile, in maniera integrata con gli operatori della rete Ispra-SNPA. Piattaforme di programmi educativi, anche per la formazione a distanza, dovrebbero essere sviluppate nell'ottica di costruire offerte formative rivolte ai diversi operatori che operano nel campo ambiente e salute.

In particolare, le attività formative relative alla Valutazione dell'impatto sulla Salute (VIS) sono fondamentali per verificare quanto più compiutamente possibile gli impatti prevedibili anche sotto il profilo sanitario di nuovi insediamenti industriali o inerenti il ciclo dei rifiuti. Il Ministero della salute ha adottato con proprio Decreto del 27 marzo 2019 le Linee guida per la Valutazione di impatto sanitario (LG VIS) elaborate dall'ISS, di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b-bis, del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, e successive modifiche e integrazioni. Esse sono un aggiornamento delle linee guida già pubblicate nel Rapporto Istisan 17/4, per rispondere all'articolo 9 della legge 221/2015 e si ispirano al documento "Valutazione di Impatto sulla Salute Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti - t4HIA" prodotto nell'ambito di uno specifico progetto CCM. Le Linee Guida VIS dell'ISS rappresentano il documento di riferimento per la presentazione dei progetti sottoposti alla valutazione e autorizzazione dell'autorità statale e un possibile modello di riferimento per i progetti sottoposti alla valutazione delle autorità regionali.

Il D.lgs. 16 giugno 2017 n. 104, all'art.1, prevede che "la valutazione ambientale dei progetti ha la finalità di proteggere la salute umana, contribuire con un miglior ambiente alla qualità della vita, provvedere al mantenimento delle specie e conservare la capacità di riproduzione degli ecosistemi in quanto risorse essenziali per la vita". L'articolo 12, comma 2, inoltre prevede che, per i progetti riguardanti le centrali termiche e altri impianti di combustione con potenza termica superiore a 300 MW, il proponente trasmetta, oltre alla documentazione ordinariamente richiesta, la valutazione di impatto sanitario predisposta in conformità alle Linee Guida adottate con decreto del 27 marzo 2019 del Ministro della Salute.

A riguardo è interessante evidenziare la sentenza del Consiglio di Stato dell'11 febbraio 2019 che ha previsto quanto segue: "malgrado vada confermato che in linea di principio nell'ambito del procedimento del rilascio dell'autorizzazione integrata ambientale - AIA (o della Valutazione di impatto Ambientale - VIA) non è obbligatorio procedere alla valutazione di incidenza sanitaria, va tuttavia ribadito che è necessario procedervi quando le concrete evidenze istruttorie dimostrino la sussistenza di un serio pericolo per la salute pubblica". Tale previsione fa emergere l'opportunità di disporre di linee di indirizzo metodologiche e operative che supportino le amministrazioni nazionali e regionali nella identificazione delle condizioni in cui procedere alla VIS, al fine di garantire omogeneità di approccio nel territorio nazionale.

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

adottare azioni coordinate e integrate, coerenti con le realtà territoriali e in linea con le indicazioni nazionali.

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

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

Nell'ambito del progetto CCM EPIAmbnet, è stato elaborato uno specifico documento guida sulla comunicazione del rischio, reso disponibile alle Regioni, che la TFAS sta rielaborando in una versione più operativa di supporto alla gestione di processi di comunicazione, destinato agli operatori della rete ambiente e salute anche in considerazione della sfida di comunicare le incertezze in contrasto con l'infodemia. La TFAS, inoltre, ha messo a punto un documento di Linee Guida sulla Formazione, che ha tenuto conto di quanto prodotto da EPIAmbnet.

## Obiettivi della Linea strategica 3

**Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività di specifici settori (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, edilizia, ecc.) e rafforzare nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico**

L'attuazione di due regolamenti (1907/2006 REACH, 1272/2008 CLP) che dettano disposizioni in tema di sicurezza chimica, anche in termini di prevenzione primaria, e mirano a tutelare la salute dei lavoratori, dei consumatori e delle persone esposte indirettamente, persegue l'approccio strategico per la gestione internazionale dei prodotti chimici (Strategic Approach to International Chemicals Management - SAICM).

I citati regolamenti mirano a favorire l'ottimizzazione della gestione dei prodotti chimici durante tutto il loro ciclo di vita, affinché le sostanze siano prodotte, utilizzate e recuperate in modo da ridurre al minimo gli impatti negativi sulla salute umana e sull'ambiente.

Per la gestione del rischio chimico, gli operatori del Servizio Sanitario Regionale sono coinvolti sia nella verifica della conformità da parte delle imprese alle normative europee, nazionali, regionali in tema di valutazione e gestione del rischio chimico (REACH, CLP e altre norme di prodotto, quali fitosanitari, biocidi, fertilizzanti, edilizia, ecc.), sia nei processi autorizzativi connessi alle attività delle stesse imprese. Per garantire il corretto svolgimento di tali compiti e tutelare la salute della popolazione è necessario aggiornare e sviluppare le conoscenze e competenze degli operatori del Servizio Sanitario Regionale in materia di sicurezza chimica, in sinergia con la rete SNPA. Tali conoscenze dovranno essere approfondite anche nel settore dei fitosanitari stante la specificità della normativa e al fine di favorire la sinergia delle attività di verifica con i settori trasversali. Occorrerà inoltre continuare a sostenere un'efficace azione di controllo non solo su prodotti chimici immessi sul mercato europeo, favorendo la cooperazione armonizzata con altri Enti quali ad esempio le Dogane, NAS, NOE, Guardia di Finanza, ma anche nelle fasi di produzione lungo la filiera distributrice. È altresì rilevante favorire a livello nazionale e regionale l'integrazione tra i piani di controllo settoriali (es. sia su matrici come biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc., sia su ambiti di attività come salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare) per rafforzare l'azione di verifica della conformità di prodotti e di imprese.

Inoltre, le Regioni possono accompagnare l'azione centrale del PNP 2020-2025 che mira a sostenere la partecipazione italiana ai processi regolatori europei di sostanze prioritarie che destano preoccupazione, così come l'attività di ricerca e innovazione anche nel contesto dell'economica circolare.

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

In continuità con il PNP 2014-2019 e come dichiarato nella conferenza di Ostrava, è necessario mantenere alta l'attenzione sulle malattie amianto-correlate anche in correlazione all'utilizzo indiretto dell'amianto che si concretizza quando l'amianto o prodotti contenenti amianto sono presenti nelle macchine, negli impianti o nelle strutture delle aziende pubbliche e private ed il contatto con tale materiale avviene o è avvenuto, per la tipologia del lavoro svolto (manutenzione di macchinari, tubazioni, impianti o strutture edilizie, coibentazioni, ecc.).

Rispetto ai debiti di informazione, è necessario implementare l'Accordo sancito in Conferenza Unificata il 20 gennaio 2016, finalizzato alla completa informatizzazione degli adempimenti previsti dall'articolo 9, della legge 257/1992 concernente le imprese che utilizzano amianto indirettamente nei processi produttivi o che svolgono attività di smaltimento o di bonifica dell'amianto. Occorre inoltre adottare a livello regionale specifici Piani finalizzati a raggiungere in tempi certi l'eliminazione dell'esposizione ad amianto. In parallelo vanno promossi i processi di comunicazione e informazione**.**

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

Abitazioni inadeguate, come evidenziato dal rapporto OMS *Housing impacts health: New WHO Guidelines on Housing and Health* del 2018, possono causare effetti negativi sulla salute. Nel nostro Paese l'impatto negativo è correlato anche alla presenza di un parco immobiliare inadeguato, in gran parte obsoleto e incapace, spesso, di garantire una migliore qualità dell'aria indoor, di sostenibilità e di sicurezza.

Le situazioni di maggiore disagio si manifestano principalmente nelle periferie, dove prolifera il fenomeno dell'abusivismo e dove aumenta il numero degli abitanti – spesso migranti – residenti in alloggi precari, malsani e con una cattiva qualità dell'aria indoor.

In Italia manca un quadro normativo organico che affronti in maniera integrata le problematiche della qualità dell'aria indoor, quelle energetiche e dell'edilizia. Tuttavia sono state emanate linee guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati (Accordo Stato-Regione, anno 2001), è stato pubblicato/adottato nel 2002 il Piano nazionale radon (PNR) per ridurre il rischio di tumore polmonare ed è stata recepita la Direttiva europea in materia di radioprotezione del 17 gennaio 2014 che sancisce l'obbligo per ogni stato membro di dotarsi di un PNR. È stato, inoltre, 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.

Per contribuire a superare le criticità in questo settore, 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 ASL, di valutazione della rispondenza ai requisiti, igienico-sanitari e di qualità dell'aria indoor degli edifici con diverse destinazioni d'uso (abitazioni, scuole, uffici, strutture sanitarie, carceri, alloggi temporanei, palestre, etc.).

Il Ministero della Salute ha definito un elenco di buone pratiche ed obiettivi prestazionali che integrino l'esigenza di risparmio energetico con le esigenze di comfort e sicurezza per la costruzione/ristrutturazione di edifici da inserire nel regolamento Edilizio Tipo regionale. Tali indicazioni permettono di armonizzare la regolamentazione, superando l'obsoleta ottica di settore per favorire una progettazione integrata.

Analogamente, sono necessari interventi di formazione specifica destinati agli operatori dei Dipartimenti di prevenzione e ai diversi portatori di interesse.

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

Molti percorsi di vita si realizzano negli ambienti urbanizzati in rapporto con diverse fonti di inquinamento, con situazioni di disagio sociale. L'urbanizzazione e l'invecchiamento della popolazione

pongono importanti sfide per la salute in città che riguardano in particolare la qualità dell'aria, l'inclusione sociale e la lotta ai cambiamenti climatici, la prevenzione delle malattie non trasmissibili.

La maggiore presenza 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, riducendo la domanda di condizionamento estivo (risparmio di energia) mediante l'ombreggiatura e il raffreddamento degli edifici.

L'aumento delle temperature come effetto dei cambiamenti climatici, inoltre, determina l'allungamento e l'anticipazione della stagione pollinica e l'aumento della distribuzione e dell'insediamento di specie infestanti. Pertanto, al fine di garantire i benefici derivanti da una maggiore diffusione degli spazi verdi e blu, occorre promuovere una corretta manutenzione e un'adeguata scelta del verde urbano, in particolare per aree come i giardini scolastici o i parchi con aree riservate al gioco, considerata la maggiore vulnerabilità dei bambini. Tali investimenti rappresentano un contesto di lotta alle disuguaglianze.

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

Infine, il consumo del suolo, essendo l'elemento centrale nel cambiamento climatico e nell'isola di calore urbano, rende necessario definire linee guida per il recupero degli edifici esistenti e la riqualificazione urbana.

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

Il miglioramento dell'aria outdoor e degli ambienti indoor (domestici, scolastici e lavorativi), dove si trascorre circa il 90% del tempo, è un obiettivo importante per la sanità pubblica. Numerosi studi, anche dell'OMS, evidenziano, ad esempio, il rilevante impatto ambientale e sanitario derivante dalla combustione di biomasse negli impianti di riscaldamento domestici, a causa delle emissioni di particolato, ossidi di azoto e composti organici volatili (COV), utilizzo di materiali e prodotti che emettono sostanze inquinanti, eccessivo isolamento degli edifici e scarsa attenzione rivolta ai ricambi d'aria sia naturale che forzata. I bambini, in particolare i più piccoli (0-5 anni), le persone appartenenti a realtà sociali disagiate, i soggetti allergici o asmatici e gli anziani, sono particolarmente vulnerabili agli effetti della maggiore esposizione ad inquinanti outdoor e indoor.

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

È necessario promuovere altresì per l'aria outdoor la valutazione igienico sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica mirata a proteggere l'ambiente e la salute della popolazione contrastando il degrado ambientale dovuto all'inquinamento dell'aria in particolare nei centri urbani.

Allo stesso tempo devono essere attuati interventi informativi rivolti alla popolazione su rischi per la salute dell'inquinamento outdoor e indoor e misure di prevenzione da adottare anche a livello individuale.

Le "*Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole di fattori di rischio indoor per allergia e asma (Accordo Stato-Regioni e Province del 18 novembre 2010),* nonché alcuni documenti tecnici predisposti dal Gruppo di Studio nazionale (GdS) sull'inquinamento indoor dell'ISS (http://old.iss.it/indo/?lang=1&tipo=3) forniscono utili indicazioni per le azioni da porre in essere per migliorare l'aria degli ambienti indoor.

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

Il notevole aumento dell'incidenza dei tumori cutanei nella popolazione mondiale di pelle chiara è fortemente associato all'eccessiva esposizione al sole; esso può dipendere anche dall'uso di fonti artificiali di raggi ultra violetti (UV). I dati attuali indicano che le abitudini personali nell'esposizione al sole costituiscono il fattore di rischio individuale più importante per il danno associato alla radiazione UV.

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

Molte attività lavorative si svolgono all'aperto e, spesso, le lavorazioni complesse e pesanti sono programmate d'estate, quando le esposizioni alle radiazioni UV sono più elevate. I settori più esposti sono: agricoltura, silvicoltura e pesca; costruzioni; elettricità, gas e acqua; industrie all'aperto; trasporti. I lavoratori all'aperto ricevono circa 3 volte la dose di radiazioni UV dei lavoratori indoor. Le categorie più esposte sono: manovratori, installatori, asfaltatori, cantonieri stradali, cavatori, edili, agricoltori e lavoratori del mare. Le protezioni individuali sono necessarie per ridurre l'esposizione, in particolare nei casi in cui non sia possibile lavorare sotto ripari o schermi come ad esempio per gli agricoltori.

È necessario potenziare specifici interventi informativi rivolti alla popolazione e ai lavoratori in particolare anche attraverso il coinvolgimento degli operatori sanitari e in particolare dei medici competenti.

L'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) ha classificato i campi elettromagnetici a radiofrequenza come "possibilmente cancerogeni per l'uomo".

Sono, pertanto, opportune campagne di comunicazione sul corretto uso dei telefoni cellulari, con particolare attenzione al target di età pediatrica, che possono prevedere utili correlazioni con attività di contrasto alla dipendenza da internet e al cyberbullismo.

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

L'acqua è uno dei determinanti principali di salute e rappresenta l'elemento più fragile del pianeta rispetto ai cambiamenti ambientali e climatici in atto. La Dichiarazione di Ostrava (2017) indica i punti cruciali su cui deve svilupparsi la strategia su ambiente e salute per i prossimi anni tra cui la qualità e sicurezza delle acque potabili.

Le molteplici criticità idro-potabili che interessano molte aree del nostro Paese sono il risultato di complessi fenomeni esogeni al settore che esitano nell'aumento delle temperature, nel perdurare di periodi di siccità e nella ricorrenza di eventi meteorici straordinariamente intensi.

Il Decreto ministeriale 14.06.2017, in linea con la Direttiva 2015/1787/CE della Commissione europea, ha introdotto in Italia i piani di sicurezza delle acque (PSA) con il fine di introdurre l'analisi di rischio alla filiera idro-potabili mediante i criteri dei *Water Safety Plans* (WSP), elaborati dall'OMS, prevedendo, fra l'altro, un periodo di formazione e implementazione di 7 anni.

L'adozione di analisi di rischio, secondo il modello dei PSA, rappresenta la scelta strategica per superare i limiti dell'attuale sistema di controllo sulle acque destinate al consumo umano, nel quale non è sempre disponibile una adeguata integrazione delle informazioni prodotte dai sistemi di controllo.

In questo contesto è necessario attuare azioni di sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano, al fine di promuovere la disponibilità biunivoca di dati per un'appropriata elaborazione ed attuazione dei PSA, ma anche per rendere possibile una nuova programmazione dei controlli.

**Prevenire e eliminare gli effetti ambientali e sanitari avversi, in situazioni dove sono riconosciute elevate pressioni ambientali, come ad esempio i siti contaminati, tenendo conto delle condizioni socio-economiche nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze**

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

L'esito della sorveglianza è funzionale a programmare e realizzare azioni di riduzione delle esposizioni ambientali, di potenziamento dell'offerta dei servizi socio-sanitari di prevenzione e specialistici nell'ottica dell'appropriatezza delle prestazioni ed a disporre di elementi specifici di conoscenza per la pianificazione territoriale ambientale, socio-sanitaria, economica, urbanistica ed industriale.

In linea con le indicazioni più recenti dell'OMS, in Italia è stato sviluppato ed è attivo un sistema di sorveglianza epidemiologica nei maggiori siti contaminati del Paese (SENTIERI) che include 45 siti di interesse nazionale e/o regionale per le bonifiche.

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

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

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

La Conferenza di Ostrava ha ribadito la necessità di azioni per la prevenzione e l'eliminazione degli effetti ambientali e sanitari avversi, dei costi e delle diseguaglianze associate alla gestione dei rifiuti e ai siti contaminati, attraverso la progressiva eliminazione di discariche incontrollate e traffici illegali, e una oculata gestione dei rifiuti e dei siti contaminati nel contesto della transizione ad una economia circolare.

Le attività di gestione e smaltimento dei rifiuti sono spesso causa di preoccupazioni e tensioni nella popolazione che abita vicino agli impianti di trattamento e, in considerazione degli interessi economici del settore, sono anche oggetto di infiltrazioni della criminalità organizzata che aggravano ulteriormente le problematiche sopra citate. Anche se la letteratura scientifica non consente affermazioni conclusive, sono disponibili numerose indicazioni che denotano la presenza di rischi per la salute associati a discariche illegali, impianti di incenerimento obsoleti, siti di abbandono, combustioni incontrollate di rifiuti. Al contrario le discariche controllate di rifiuti solidi urbani non sembrano comportare un rischio per l'ambiente e per la salute delle popolazioni che vivono nei pressi degli impianti, così come non è stata osservata, al momento, un'associazione tra aumento del rischio per la salute pubblica e l'incenerimento dei rifiuti effettuato con le migliori tecnologie disponibili. Al di là delle evidenze scientifiche risulta prioritaria e non più rimandabile l'adozione di interventi per la prevenzione della produzione del rifiuto secondo la strategia delle 4R (riduzione, recupero, riciclo, riuso) e per la gestione del rifiuto nell'ottica dell'economia circolare, al fine di attuare concretamente politiche di sostenibilità e le normative europee in materia.

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

- la valutazione di impatto sulla salute quale misura condizionante le scelte strategiche, incentivando in particolare le misure per la riduzione della produzione dei rifiuti;
- le iniziative di promozione della salute e di sensibilizzazione, anche sul tema della corretta gestione dei rifiuti domestici, nell'ottica dell'economia circolare, della sostenibilità ambientale e tutela della salute, rafforzando i processi di comunicazione e partecipazione.

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

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

L'Italia è stato uno dei primi Paesi in Europa ad attivare un "Piano operativo nazionale per la prevenzione degli effetti del caldo sulla salute" (*Heat Health Watch Warning System-HHWWs*), secondo linee guida del Ministero della salute (aggiornate nel 2019).

Il settore sanitario deve contribuire direttamente alle politiche di sostenibilità ambientale e di mitigazione dei CC facendosi promotore di consumi sostenibili per l'ambiente, di una gestione più efficiente dei sistemi sanitari, realizzando i migliori risultati in termini di risparmio energetico e riduzione degli sprechi nelle proprie strutture. Compito del sistema sanitario è quello di aumentare la consapevolezza dei problemi ambientali e delle loro conseguenze sulla salute e di promuovere stili di vita ecosostenibili, affinché diventino vantaggiosi per la salute e protettivi per l'ambiente. A tal fine sono necessari specifici interventi formativi del personale sanitario, in particolare MMG e PLS, riguardo i rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici e le misure di prevenzione, in linea con l'approccio *One Health,* nonché interventi di informazione e sensibilizzazione della popolazione.

Le istituzioni sanitarie devono impegnarsi anche nel rafforzare la resilienza e sicurezza delle proprie strutture, al fine di tutelare la salute del personale sanitario, dei pazienti ricoverati e degli altri utenti delle strutture.

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

**Promuovere l'applicazione di misure per ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica, nella gestione degli animali selvatici e nell'igiene urbana veterinaria**

Al fine di contribuire al miglioramento delle politiche alimentari secondo l'approccio *from farm to fork,* occorre prevedere interventi finalizzati alla sostenibilità ambientale, per preservare la biodiversità e per far fronte ai cambiamenti climatici, valorizzando il ruolo del settore veterinario e promuovendo misure allevatoriali e strumenti che possano essere d'ausilio agli operatori zootecnici.

I sistemi informativi veterinari rappresentano una fonte di dati che possono orientare le politiche nazionali e regionali verso una gestione degli allevamenti alfine di poter ridurre il loro impatto ambientale. Tra questi, *ClassyFarm*, integrato nell'ambito di altri sistemi (Anagrafe, ricetta veterinaria etc.), rappresenta lo strumento cardine per la categorizzazione del rischio degli allevamenti, sia da un punto di vista sanitario, sia dal punto di vista della valutazione dell'impatto ambientale, raccogliendo i dati dell'attività di controllo ufficiale e quelli inseriti dal veterinario aziendale in autocontrollo.

Nel perseguire il comune obiettivo di garantire condizioni di sanità e benessere animale, nonché di sicurezza degli alimenti che ne derivano, sono attivate iniziative di formazione e informazione rivolti ai veterinari del SSN, ai veterinari liberi professionisti, agli allevatori, agli agricoltori e ai consulenti coinvolti nelle produzioni agro-zootecniche.

Per garantire condizioni di sanità animale e sicurezza degli alimenti devono essere rafforzate attività finalizzate a coinvolgere il personale responsabile della sorveglianza delle aree naturali protette, anche attraverso specifici protocolli d'Intesa, al fine di supportare i servizi veterinari territoriali per limitare il diffondersi e la trasmissione di malattie tra gli animali selvatici e gli animali domestici, che potrebbe comportare anche un rischio per la salute umana. Tra queste si segnalano la peste suina africana, l'influenza aviaria, la rabbia e la peste suina classica. La peste suina africana si sta progressivamente diffondendo dall'est Europa verso l'intero continente europeo attraverso popolazioni di cinghiali, il cui numero è aumentato negli ultimi decenni in maniera esponenziale. La peste suina africana non è classificata come una zoonosi, tuttavia l'ingresso di questa malattia nel territorio italiano e la sua

diffusione negli allevamenti suinicoli potrebbe comportare un grave nocumento al settore produttivo alimentare, non essendo disponibile alcun vaccino o terapia.

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

## *MO5. Ambiente, Clima e Salute – Quadro logico centrale*

| Obiettivi strategici del MO | Linee strategiche di intervento | LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502) | Indicatori degli Obiettivi strategici |
|---|---|---|---|
| 5.1 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute | a. Promozione e realizzazione di interventi di *advocacy* e di integrazione nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) attraverso:<br>a.1 Elaborazione di programmi di attività intra e inter istituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute<br>a.2 Produzione di rapporti sulle attività integrate in ambito sanitario per la tematica ambiente e salute<br>a.3 Stipula di accordi di programma/convenzioni, previsti dal comma 2 dell'art. 7-quinquies Dlgs 502/92<br>a.4 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 | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati**<br>• **B3: Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica**<br>• **B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato**<br>**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**<br>• **F1: Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)** | |
| 5.2 Promuovere e rafforzare strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA nelle attività di promozione della salute, prevenzione, valutazione e gestione dei rischi per la salute da fattori ambientali, anche per la comunicazione del rischio in modo strutturato, sistematico e integrato | 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:<br>b.1 Identificazione a livello regionale di criteri per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmi regionali | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**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**<br>• **F2: Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>• **B4: Tutela della salute dai fattori di rischio** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | b.2 Realizzazione di una rete integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN e SNPA<br>b.3 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)<br>b.4 Adozione delle Linee di indirizzo sulla comunicazione del rischio prodotte dal Ministero della Salute | **presenti in ambiente di vita, non confinato** | |
| 5.3 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)<br>5.4 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico | c. Programmare e realizzare interventi di controllo trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato<br>d. Iniziative per favorire una formazione specifica e aggiuntiva degli operatori sanitari trasversalmente nei diversi servizi sui temi della valutazione e gestione del rischio chimico<br>e. Attività di supporto alla valutazione del rischio chimico nell'ambito delle valutazioni di impatto sanitario<br>f. 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 | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>• **B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato**<br>• **B1:1 Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo dei gas tossici**<br>• **B13: Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)**<br>**Area C: Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**<br>• **C3: Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro**<br>• **C4: Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**<br>• **C5: Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani**<br>**Area E: Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori**<br>• **E5: Controllo sul ciclo di vita dei prodotti fitosanitari compreso il controllo dei** | **5.1 Sicurezza dei controlli chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP) (Fonte: Ministero della Salute) (Indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia – NSG)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **residui** | |
| 5.5 Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione<br>5.6 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione | g. Mappare l'attuale presenza di amianto, anche avvalendosi delle informazioni di cui all'art. 9 della L 257/1992<br>h. Elaborazione di Piani Regionali per l'amianto<br>i. Ottimizzazione dell'attività dei COR al fine di censire le esposizioni ad amianto pregresse della popolazione e migliorare la sorveglianza epidemiologica sull'andamento delle esposizioni all'amianto | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>• **B10: Tutela della popolazione dal rischio "amianto"** | |
| 5.7 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon | j. Adozione di buone pratiche ed obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici<br>k. Interventi di formazione specifica sull'applicazione di buone pratiche in edilizia indirizzate agli operatori dei Dipartimenti di prevenzione ed ai diversi portatori di interesse | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>• **B3: Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica**<br>• **B5: Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni**<br>• **B7: Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo**<br>• **B8: Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria**<br>• **B15: Tutela della collettività dal rischio radon** | **5.2 Percentuale di famiglie che abitano in alloggi con problemi strutturali/ umidità/scarsa luminosità (Fonte: ISTAT- Indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC) (Indicatore SDG 11.1.1)**<br>**5.3 Percentuale di famiglie che abitano in alloggi con spazio insufficiente (Fonte: ISTAT- Indagine sulle condizioni di vita (EU-SILC) (Indicatore SDG 11.1.1)** |
| 5.8 Promuovere e supportare interventi intersettoriali per rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili | l. Partecipazione a Tavoli tecnici inter istituzionali sulle tematiche dell'*Urban health* e promozione delle *Urban health Strategies*<br>m. 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<br>n. Partecipazione e supporto alla definizione dei piani urbani di mobilità sostenibile (PUMS), ponendo particolare attenzione alla promozione | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>• **B3: Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica**<br>• **B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita non confinato**<br>**Area F: Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di** | **5.4 Percentuale media dell'area urbanizzata delle città che viene utilizzata come spazio pubblico, (fonte: ISTAT – Rilevazione dati ambientali nelle città) (Indicatore SDG 11.7.1)**<br>**5.5 Percentuale di popolazione ≥14 anni che ritiene che il paesaggio del luogo in cui vive è affetto da evidente degrado (edifici fatiscenti, ambiente degradato, panorama deteriorato) (Fonte: ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | della pedonabilità e la ciclabilità per un'utenza allargata<br>o. Promozione di interventi per incrementare la *walkability* dell'ambiente urbano e promuovere la mobilità attiva nei percorsi casa-scuola e casa-lavoro<br>p. Interventi per migliorare le conoscenze e la consapevolezza pubblica sui benefici della biodiversità sulla salute umana, sui benefici allo sviluppo psico-fisico dei bambini nell'interazione con la natura, sulla diffusione di spazi verdi e blu biodiversi, particolarmente nei contesti urbani<br>q. Definizione/adozione di buone pratiche sanitarie e ambientali integrate per una corretta progettazione, gestione e manutenzione del verde e blu urbani e periurbani | **screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale:**<br>• **F1: Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)**<br>• **F3: Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale**<br>• **F5: Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica** | **5.6 Percentuale di popolazione ≥14 anni che si ritiene soddisfatto della situazione ambientale (Inquinamento e rumore) della zona di residenza. (fonte: ISTAT-Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)** |
| 5.9 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor | r. Definizione di atti di indirizzo regionali per la gestione di problematiche sanitarie (accertate o presunte) attribuibili all'inquinamento dell'aria ambiente<br>s. Partecipazione e supporto alla definizione dei piani regionali per migliorare la qualità dell'aria<br>t. Iniziative strutturate informative/educative rivolte alla popolazione su: Inquinamento dell'aria indoor, e dell'aria outdoor, con particolare riferimento ai rischi per la salute e alle misure di prevenzione,<br>u. Iniziative strutturate informative/educative rivolte agli operatori del settore agricolo ed extra-agricolo per una riduzione dell'uso di fitofarmaci<br>v. Definizione di indirizzi regionali per la valutazione sanitaria e l'emissione del relativo parere nell'ambito dei procedimenti inerenti alle autorizzazioni per le nuove attività produttive | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>• **B3: Valutazione igienico sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica**<br>• **B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato**<br>• **B5: Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni**<br>• **B7: Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo**<br>• **B8: Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria**<br>**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:**<br>• **F2: Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione**<br>• **F3: Prevenzione delle malattie croniche** | **5.7 Percentuale di centraline dei comuni capoluogo di provincia con misurazioni valide che hanno registrato più di 35 giorni/anno di superamenti del valore limite giornaliero previsto per il PM10 (50 µg/m3). (fonte: ISTAT – Rilevazione dati ambientali nelle città) (Indicatore SDG 11.6.2)**<br>**5.8 Percentuale di centraline dei comuni capoluogo di provincia con misurazioni valide che hanno superato il valore limite annuo previsto per l'NO2 (40 µg/m3) (fonte: ISTAT – Rilevazione dati ambientali nelle città) (Indicatore SDG 11.6.2)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale** | |
| 5.10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche | w. Interventi informativi rivolti alla popolazione, in particolare ai giovani e giovanissimi, sui rischi legati all'eccessiva esposizione alla radiazione UV solare e da fonti artificiali (es. lampade e lettini solari)<br>x. 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.<br>y. Interventi integrati sulla salute e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro, con particolare riferimento ai comparti edilizia, agricoltura, mare | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>• **B12: Prevenzione e sicurezza nell'uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti** | |
| 5.11 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle acque attraverso l'adozione dei piani di sicurezza (PSA) | z. 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<br>aa. Supporto alla vigilanza sulle aree di salvaguardia degli approvvigionamenti idropotabili | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>• **B1: Tutela della salute nell'uso delle piscine pubbliche o di uso pubblico**<br>**Area E: Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori**<br>• **E5: Controllo sul ciclo di vita dei fitosanitari**<br>• **E13: Sorveglianza acque potabili** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5.12 Prevenire e eliminare gli effetti ambientali e sanitari avversi, in situazioni dove sono riconosciute elevate pressioni ambientali, come ad esempio i siti contaminati, tenendo conto delle condizioni socio-economiche nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze | bb. Accordi inter-istituzionali per interventi di valutazione dello stato salute della popolazione residente nelle aree interessate da elevate pressioni ambientali | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>• **B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato** | |
| 5.13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari avversi causati dalla gestione dei rifiuti | cc. Prevedere nei piani e programmi regionali per la gestione dei rifiuti una valutazione di impatto sulla salute incentivando in particolare le misure per la riduzione della produzione dei rifiuti<br>dd. 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 | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>• **B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato** | **5.9 Percentuale di rifiuti urbani oggetto di raccolta differenziata sul totale dei rifiuti urbani raccolti. (fonte: ISTAT elaborazione dati ISPRA su produzione, recupero, trattamento e smaltimento di rifiuti urbani, speciali e pericolosi) (Indicatori SDG 11.6.1 e 12.5.1)** |
| 5.14 Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute | ee. 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*)<br>ff. 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<br>gg. Formazione del personale sanitario, in particolare MMG e PLS, riguardo i rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici e le misure di prevenzione, in linea con l'approccio *One Health*<br>hh. 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<br>ii. Interventi volti a migliorare la capacità del sistema sanitario, in particolare dei servizi di prevenzione e ospedalieri, di rispondere ai | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>• **B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato**<br>• **B14: Gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici)**<br>**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:**<br>• **F2: Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione** | **5.10 Numero di morti e persone disperse per alluvioni /allagamenti (Fonte: ISPRA - Annuario dei dati ambientali) (Indicatore SDG 13.1)**<br>**5.11 Percentuale di popolazione esposta al rischio di alluvioni (Fonte: ISPRA - Annuario dei dati ambientali)**<br>**5.12 Percentuale superficie boschiva percorsa dal fuoco (Fonte: ISTAT – elaborazione dati Comando Carabinieri Tutela forestale, Nucleo Informativo Antincendio Boschivo) (Indicatore SDG 13.3)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | cambiamenti e alla variabilità del clima<br>jj. Applicazione di linee guida per la sostenibilità in sanità e nella pubblica amministrazione in generale | | |
| 5.15 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 | kk. Interventi di formazione e informazione rivolti ai veterinari del SSN, veterinari liberi professionisti, allevatori, agricoltori e consulenti delle filiere agricole e zootecniche al fine di promuovere gli indirizzi produttivi e gestionali finalizzati alla sostenibilità e alla preservazione della biodiversità<br>ll. Rafforzamento delle attività di sorveglianza sanitaria tramite l'approccio "*One Health*" valorizzando il ruolo dei servizi veterinari<br>*mm*. Promuovere l'implementazione del sistema *ClassyFarm*<br>nn. Promozione di attività formative ed informative rivolte al Corpo dei Carabinieri Forestali per la sorveglianza degli animali selvatici<br>oo. 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. | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area D Salute animale e igiene urbana veterinaria**<br>• **D1 Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali**<br>• **D4 Controllo sul benessere degli animali da reddito**<br>• **D6 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffusive animali**<br>• **D7 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze epidemiche delle popolazioni animali**<br>• **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**<br>**Area E Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria- Tutela della salute dei consumatori**<br>• **E3 Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti** | |

## 5.6 Malattie infettive prioritarie

# Razionale

A livello globale le malattie infettive continuano ad essere una delle più rilevanti cause di malattia, disabilità e morte. Accanto a conoscenze ormai consolidate sull'epidemiologia delle malattie infettive (es. potenziale epidemico, stagionalità, vie di trasmissione) e sulle strategie di prevenzione (vaccinazioni, misure di isolamento, IPC), si fanno strada e si rafforzano nuove evidenze, quali il ruolo dei cambiamenti climatici sul rischio di emergenza e/o riemergenza di malattie infettive, anche eliminate o apparentemente sotto controllo, o quello dell'alfabetizzazione sanitaria della popolazione. La globalizzazione e la frequenza e velocità degli spostamenti di merci e persone favoriscono la diffusione di microorganismi, quali virus o batteri, spesso antibiotico-resistenti, con potenziale rischio elevato di esportazione tra Paesi geograficamente distanti, ma ormai temporalmente vicini.

L'emergenza (virus Ebola, SARS-CoV-2) e/o la riemergenza (poliovirus selvaggio, virus epatite A) di agenti infettivi impattano sulla sostenibilità dei sistemi sanitari, come ha dimostrato la recente diffusione del coronavirus (SARS-CoV-2). La diffusione di quest'ultimo ha determinato la necessità della dichiarazione dello stato di emergenza internazionale di salute pubblica da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il conseguente richiamo alla necessità di applicare misure adeguate per contrastarne i connessi rischi sanitari per la pubblica e privata incolumità. Tale situazione ha interessato anche l'Italia e ha reso necessario assumere con effetto immediato iniziative di carattere straordinario e urgente, per fronteggiare adeguatamente possibili situazioni di rischio per la salute della popolazione.

Pertanto, in relazione alle evidenze scientifiche esistenti e nel rispetto dei principi di precauzione e proporzionalità, sono state rafforzate le misure di sorveglianza sanitaria per prevenire, contenere e mitigare la diffusione dell'infezione da coronavirus. Il contesto emergenziale ha imposto la realizzazione di una serie di azioni di prevenzione, che si è concretizzata con l'adozione ed attuazione di interventi di implementazione del personale sanitario da impiegare nelle attività di controllo e sorveglianza, di interdizione del traffico aereo dalle aree interessate dall'epidemia e di evacuazione dei cittadini italiani da tali aree. Successivamente, il coordinamento degli interventi necessari è stato affidato al Dipartimento della protezione civile che ne ha seguito l'attuazione da parte dei soggetti istituzionali interessati, avvalendosi di un Comitato Tecnico Scientifico (CTS) composto da rappresentati del Ministero della salute e delle altre amministrazioni interessate nonché da esperti.

L'emergenza affrontata ha confermato la necessità di rafforzare le misure volte a migliorare la capacità del sistema sanitario di rispondere ad un eventuale situazione di crisi, nonché a proseguire l'impegno nei programmi di prevenzione delle malattie infettive, avviandone di nuovi se opportuno, garantendone applicabilità e sostenibilità. La sorveglianza delle malattie infettive, peraltro, è prevista dal Decreto del presidente del consiglio dei ministri 3 marzo 2017, "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie", e rientra tra le prestazioni definite dall'allegato A del Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"

Si riportano di seguito gli ambiti di intervento ritenuti prioritari sui quali dovranno essere concentrate le attività di prevenzione.

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

La pandemia, causata da un patogeno emergente, quale il SARS-CoV-2, con una popolazione mondiale completamente suscettibile, e in assenza di trattamenti specifici e vaccini disponibili, ha visto la diffusione della malattia con conseguente sovraccarico delle strutture e dei servizi dedicati. In Italia, il Ministero della Salute, in accordo con le Regioni e con altri attori interessati, ha adottato tempestive misure di sanità pubblica per la protezione della salute della popolazione, con procedure omogenee su tutto il territorio nazionale. Tutte le misure adottate sono state soggette a continua revisione in base alle nuove evidenze scientifiche e all'evoluzione epidemiologica. Tale esperienza impone attenzioni e risorse dedicate e la necessità di adeguare sia le organizzazioni sanitarie e non sia i sistemi di informazione e di comunicazione.

Lo sviluppo di sistemi in grado di identificare tempestivamente possibili emergenze infettive, la capacità di valutare il rischio ad esse associato e la disponibilità di piani aggiornati di preparazione e risposta intersettoriali, sia generici sia specifici per patologia infettiva, sono alcuni dei pilastri necessari per una risposta di sanità pubblica efficace. Inoltre, con l'entrata in vigore, nel 2013, della nuova Decisione della Commissione Europea (No 1082/2013/EU), l'Italia è chiamata a sviluppare un piano di preparazione a serie minacce transfrontaliere per la salute sia di origine biologica (malattie infettive, resistenza agli antibiotici e infezioni nosocomiali, biotossine), sia di origine chimica, ambientale o sconosciuta e a minacce che potrebbero costituire un'emergenza sanitaria di carattere internazionale nell'ambito del Regolamento Sanitario Internazionale.

Come raccomandato dall'OMS, l'Italia dovrà stilare e aggiornare periodicamente il piano per un'emergenza pandemica influenzale. È stato, pertanto, definito e sarà periodicamente aggiornato il Piano di risposta ad una pandemia influenzale che rappresenta il riferimento nazionale per i Piani operativi regionali e tiene conto sia delle azioni sanitarie sia di interventi che coinvolgono strutture non sanitarie. Una revisione periodica del Documento è necessaria in quanto una pandemia costituisce una minaccia per la sicurezza di uno Stato e le emergenze mondiali richiedono risposte coordinate a livello globale, nazionale e locale.

- **Morbillo e rosolia**

Sebbene siano stati compiuti importanti progressi grazie al primo Piano di eliminazione, il morbillo continua a essere una malattia endemica in Italia e ad avere un impatto elevato sulla salute, non solo in termini di numero di casi ma anche di complicanze e decessi, proprio a causa dell'accumulo, negli anni, di ampie quote di popolazione suscettibili all'infezione. Dall'inizio del 2013 (anno in cui è stata istituita la sorveglianza integrata morbillo-rosolia) sono stati segnalati 13.001 casi, di cui 5.395 nel 2017, anno caratterizzato da una delle maggiori epidemie degli ultimi anni, ponendo l'Italia al secondo posto per numero di casi nell'intera Regione Europea dell'OMS. L'incidenza più elevata dei casi è stata riportata nei bambini sotto l'anno di età (686 per milione), seguita dalla classe di età 1-4 anni (317 per milione) e poi da quella 15-39 anni (186 per milione). L'87,6% dei casi per cui è noto lo stato vaccinale era non-vaccinato e il 7,2% aveva effettuato una sola dose di vaccino. L'1,6% aveva ricevuto due dosi e il 3,6% non ricordava il numero di dosi. Complessivamente, il 34,1% dei casi segnalati ha riportato almeno una complicanza (diarrea, cheratocongiuntivite, epatite, polmonite, encefalite, etc.), il 45% è stato ricoverato e un ulteriore 21% è stato visitato in Pronto Soccorso. Nel 2018, l'epidemia è continuata con caratteristiche e distribuzione per fascia di età simili a quanto riportato nel 2017.

Sono stati segnalati 5 decessi (3 bambini sotto i 10 anni di età, rispettivamente di 1, 6 e 9 anni, e 2 persone adulte rispettivamente di 25 e 41 anni) nel 2017 e 8 (sette adulti di età 25-75 anni e un bambino di 10 mesi) nel 2018. Nell'ambito assistenziale sono stati segnalati 334 casi che hanno interessato operatori sanitari, visitatori e pazienti ricoverati per altri motivi.

- **Malattie prevenibili da vaccino (MPV)**

Grazie ai programmi vaccinali in atto da anni nel Paese, la maggior parte delle MPV sono sotto controllo o mostrano un trend dell'incidenza in netto calo. Si discostano da questo trend quelle malattie i cui programmi di vaccinazione sono iniziati in tempi più recenti o le cui coperture vaccinali non hanno ancora raggiunto livelli adeguati, quali pertosse e varicella. Le malattie invasive batteriche (MIB) rimangono un importante problema di sanità pubblica soprattutto tra i bambini, i giovani adulti e gli anziani, per la severità dei quadri clinici, il potenziale epidemico (nel caso del meningococco), il rilevante impatto emotivo sulla popolazione e sui professionisti sanitari. Gli agenti più frequentemente isolati sono *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* ed *Haemophilus influenzae. Streptococcus pneumoniae* è il patogeno più frequente, con un numero di casi in aumento (da 977 nel 2013 a 1531 nel 2016). Nei pazienti fra 0 e 4 anni persiste il decremento dei sierotipi contenuti nel vaccino 13-valente, per effetto delle alte coperture vaccinali (CV) raggiunte in molte Regioni. La MIB da *Neisseria meningitidis* è rara nella popolazione generale, ma nel 2015-2016 è stato registrato un aumento di casi (da 172 nel 2013 a 228 nel 2015) originato dalla circolazione di un particolare ceppo di meningococco C in un'area della Toscana. Come in altri Paesi Europei, si registra un aumento di casi da sierogruppi W e Y e più raramente X. La MIB da *Haemophilus influenzae* (Hi), grazie alla elevata CV nell'infanzia, rimane rara (da 78 casi

nel 2013 a 144 nel 2016), sebbene sia apprezzabile un aumento delle forme da sierogruppi non prevenibili con vaccino (83% dei ceppi tipizzati nel 2016).

- **Infezioni sessualmente trasmesse (IST)**

Le infezioni sessualmente trasmesse (IST) costituiscono un vasto gruppo di malattie infettive molto diffuse in tutto il mondo che possono essere causa di sintomi acuti, infezioni croniche e gravi complicanze a lungo termine per milioni di persone ogni anno e le cui cure assorbono ingenti risorse economiche. Oggi si conoscono circa trenta quadri clinici di IST determinati da oltre 20 patogeni sessualmente trasmessi. Decorrono spesso senza sintomi e questo aumenta la probabilità di contagio di altri individui sani e di cronicizzazione, con possibili conseguenze anche sulla funzione riproduttiva (infertilità) e con un alto rischio di trasmissione verticale in corso di gravidanza e/o al momento del parto. Notoriamente, le IST sono strettamente associate all'infezione da HIV attraverso una sinergia epidemiologica che ne rafforza la diffusione reciproca; le persone con IST costituiscono una popolazione ad alto rischio di acquisire o trasmettere l'HIV attraverso le lesioni di continuo presenti a livello genitale, tanto da indurre l'OMS a raccomandare l'offerta del test HIV a tutte le persone con una IST. È pertanto di cruciale importanza poter monitorare e controllare la diffusione delle IST in modo da agire parallelamente sulla prevenzione dell'HIV.

In Italia, per quanto concerne le due IST a notifica obbligatoria, ovvero gonorrea e sifilide, i dati indicano un aumento dei casi per entrambe le patologie tra il 2007 e il 2013. Altre fonti di informazione, i due sistemi di sorveglianza sentinella delle IST, uno basato su centri clinici e uno basato su laboratori di microbiologia clinica, evidenziano che aumenta progressivamente, tra il 2010 e il 2016, il numero delle persone con una IST confermata e in atto. Per tipo di diagnosi, le patologie più frequenti risultano i condilomi anogenitali, i cui casi sono triplicati tra il 2004 e il 2016, la sifilide latente, le cervico-vaginiti batteriche non gonococciche non clamidiali (NG-NC) e l'herpes genitale. La percentuale di HIV positivi tra le persone con una IST confermata e in atto è in continuo incremento dal 2008. Nel 2016, la prevalenza di HIV tra le persone con una IST confermata è stata circa settantacinque volte più alta di quella stimata nella popolazione generale italiana.

- **HIV e AIDS**

Sebbene sia prevenibile attraverso efficaci misure di sanità pubblica, l'infezione da HIV continua a rappresentare un grave problema a livello globale. Le direttive strategiche dell'"*Action plan for the health sector response to HIV in the WHO European Region"* perseguono obiettivi e target che sono supportati dall'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 2015, dalla Strategia Multisettoriale per il 2016-2021 del programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS e da Health 2020, politiche europee per la salute e il benessere. La *Global health sector strategy on HIV, 2016-2021* pone la risposta all'HIV come fondamentale per il raggiungimento della copertura sanitaria universale - uno degli obiettivi chiave di salute degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030.

In linea con tali strategie è stato redatto '*Il Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS)*'. Il Piano, disposto dalla Legge 135/90, si propone di delineare il miglior percorso possibile per conseguire gli obiettivi indicati come prioritari dalle agenzie internazionali (*European Center for Disease Control*- ECDC, Programma delle Nazioni Unite per l'AIDS/HIV-UNAIDS, OMS), rendendoli raggiungibili nella nostra nazione. L'epidemia da HIV, rispetto agli esordi nei primi anni '80, presenta profonde variazioni non solo in termini epidemiologici, ma anche per quanto attiene la realtà socio-assistenziale. Alcune indagini hanno evidenziato che la popolazione ha conoscenza dell'HIV in termini essenziali, ha poche informazioni circa l'ambito specifico della prevenzione e che in Italia risulta scarso il ricorso al test HIV. Il Piano focalizza l'attenzione sulla lotta contro lo stigma e sulla prevenzione altamente efficace, basata su evidenze scientifiche, che comprende le campagne di informazione, l'impiego degli strumenti di prevenzione e gli interventi finalizzati alla modifica dei comportamenti, con conseguente ricaduta sulla riduzione delle nuove infezioni, e il rispetto dei diritti delle popolazioni maggiormente esposte all'HIV. In coerenza con le indicazioni del "*Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016–2021"* dell'OMS, il piano evidenzia l'importanza, ove i contesti epidemiologici lo richiedano, della organizzazione di centri dedicati alla prevenzione delle Infezioni Sessualmente Trasmesse con il compito di facilitare l'emersione delle patologie, e attivare una rapida

attività di sorveglianza controllo e prevenzione nonché di presa in carico terapeutica. Nella sua strategia l'OMS ha proposto 5 direzioni strategiche precise in un quadro caratterizzato da copertura sanitaria universale, approccio di salute pubblica che include gratuità nell'accesso al test e integrazione dei servizi. Nell'ambito di queste direzioni, grande attenzione è data agli interventi ad alto-impatto nella integrazione dei servizi per le IST e l'HIV, all'approccio mirato ai bisogni, alle caratteristiche dell'epidemia "locale" e delle differenti popolazioni e, infine, ai modelli integrati, sostenibili e innovativi, anche dal punto di vista tecnologico, che possano massimizzare l'impatto degli interventi. Rimuovere le barriere all'accesso ai servizi per le IST, dalla prevenzione alla cura, è un punto centrale della strategia.

- **Tubercolosi (TBC)**

L'attuale situazione epidemiologica in Italia è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale (6,5x100.000 abitanti nel 2017). Si osserva un trend in aumento nella classe di età 15-24 anni rispetto alle altre classi. La corretta gestione di questa patologia può risentire delle difficoltà di accesso ai servizi, barriere culturali e linguistiche che influenzano l'adesione al trattamento. Inoltre il coinvolgimento di diversi Servizi e di numerosi professionisti nella diagnosi e terapia di questa patologia, se non codificato, rischia di produrre una frammentazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, che, sommata a carenze nella rete di diagnosi e cura, può creare difficoltà di realizzazione di programmi efficaci di controllo. Dal 2010 sono state diffuse le raccomandazioni volte a implementare diagnosi e sorveglianza della malattia tubercolare, soprattutto attraverso campagne di sensibilizzazione e percorsi formativi rivolti, primariamente, agli operatori socio-sanitari focalizzando l'attenzione sulle fasce di popolazione particolarmente a rischio, con la chiara consapevolezza che chiunque può contrarre e sviluppare la TBC.

Gli obiettivi da conseguire includono il miglioramento del trattamento, della gestione dei casi e dell'aderenza alla terapia, nonché il sostegno all'integrazione tra servizi sanitari territoriali ed altri Enti (pubblici, del privato sociale e del volontariato), allo scopo di favorire l'accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati e di altri strati marginalizzati della popolazione.

- **Zoonosi**

Nel corso del tempo, lo scenario epidemiologico delle zoonosi (alimentari e non) è profondamente cambiato in tutto il mondo. Sono più di 200 le malattie classificabili come "zoonosi" e circa il 75% delle malattie emergenti e riemergenti in Europa negli ultimi 10 anni è stato trasmesso da animali o da prodotti di origine animale. Sono stati scoperti e sono riapparsi nuovi agenti patogeni: encefalite spongiforme nei paesi europei, infezioni da Escherichia coli produttori di verocitotossina (VTEC), nuovi sierotipi emergenti di Salmonella, West Nile virus, influenza aviaria. La Commissione Europea (Direttiva 2003/99/CE) ha ufficialmente impegnato gli Stati Membri a introdurre sistemi di sorveglianza più efficaci e coordinati ed ha sottolineato l'importanza di raccogliere dati attendibili sull'incidenza delle zoonosi di origine alimentare e non. Ogni anno l'ECDC, in collaborazione con l'EFSA, pubblica un rapporto sulle zoonosi in Europa, "*Le malattie trasmessa da alimenti* (MTA)".

Nell'anno 2017, la zoonosi più notificata in Italia è stata la salmonellosi; sono stati segnalati al Ministero della salute 3.347 casi confermati (91.593 i casi complessivi in Europa); l'incidenza dei casi di salmonellosi è stata pari a 5,5 x100.000; il 40,6 % dei casi segnalati sono stati con età compresa tra 0 e 4 anni, il 13,8 % appartenevano alla classe di età 5-14 anni e il 6% sono stati soggetti anziani di età superiore ai 65 anni.

Nello stesso anno sono occorsi 164 casi di Listeriosi. L'andamento dei casi registrati in Italia sembra costante e comunque non fa registrare una diminuzione. La distribuzione per età dei casi di listeriosi, in coerenza con quanto riportato in letteratura, appare indicativa di un'incidenza dell'infezione più elevata nei gruppi di popolazione a rischio; infatti, nel 2017, il 4,4 % dei casi segnalati sono stati a carico di bambini d'età inferiore all'anno e negli anziani ≥ 65 (61%); il dato è simile al periodo esaminato dal 2007 al 2016.

Negli anni 2007-2017 sono stati segnalati 762 casi di infezioni da Escherichia coli enterotossico VTEC; si registra un aumento dei casi segnalati; nel solo 2017 sono occorsi 94 casi con il 68% delle segnalazioni a carico della classe di età 0-4.

Nel 2017 sono stati notificati solo 1060 casi confermati di campilobatteriosi, che in Europa rappresenta la zoonosi più frequente con oltre 246.158 casi confermati. Tali dati sono spesso distorti dalla

sotto notifica e dalla mancata diagnosi eziologica, attribuibile a uno scarso ricorso ad accertamenti di laboratorio. Inoltre, la trasmissione delle informazioni è, spesso, poco tempestiva e non permette di condurre tutte le indagini necessarie a stabilire la fonte e le modalità di trasmissione.

Una ***tossinfezione alimentare nella ristorazione collettiva***, rappresentata da mense all'interno di luoghi di lavoro, scuole, ospedali, può interessare un numero elevato di persone e nel caso di scuole od ospedali può riguardare soggetti a rischio quali bambini o malati. Relativamente alle malattie trasmissibili con gli alimenti costituisce un rilevante fattore di rischio la mancata individuazione dell'alimento all'origine dei casi umani o la mancata o tardiva segnalazione di casi ai competenti uffici delle ASL, a seconda dei modelli territoriali in uso (ad es. servizi di Malattie Infettive, SIAN e SIAOA). Una adeguata formazione del personale addetto al controllo ufficiale nelle mense può consentire di 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 dei servizi. Nel caso di malattie trasmissibili con gli alimenti deve essere assicurata una accurata raccolta dei dati anamnestici ai fini dell'individuazione dell'alimento. A tal riguardo è necessario che il Dipartimento di Prevenzione coordini le azioni ed i flussi informativi nell'ambito dell'indagine epidemiologica e dei successivi provvedimenti. Risulta fondamentale la cooperazione tra i laboratori ospedalieri e quelli di riferimento per il controllo sugli alimenti al fine di individuare possibili correlazioni tra i ceppi isolati nell'uomo e quelli intercettati negli alimenti, nell'ambiente, nelle attrezzature e nel personale che ne è venuto a contatto nelle fasi di produzione e distribuzione.

I casi di tossinfezione e gli alimenti individuati, o sospettati, come causa della tossinfezione alimentare devono essere tempestivamente segnalati ai Servizi di igiene degli alimenti e nutrizione (SIAN) o ai Servizi di igiene degli alimenti di origine animale (SIAOA) del Dipartimento di Prevenzione della ASL. A tal riguardo è necessario che vi sia cooperazione tra i laboratori ospedalieri e quelli di riferimento per il controllo sugli alimenti per il confronto dei ceppi isolati nell'uomo con quelli riscontrati a seguito di controllo sugli alimenti. Gli alimenti individuati o sospetti come causa della tossinfezione alimentare devono essere tempestivamente segnalati ai servizi SIAN o SIAOA della Azienda Sanitaria.

Obiettivi centrali sono, pertanto, prevenire le tossinfezioni nelle mense pubbliche e assicurare il rintraccio dell'alimento per l'attivazione del sistema di allerta al fine del ritiro/richiamo dalla commercializzazione dell'alimento pericoloso o potenzialmente pericoloso.

- **Malattie trasmesse da vettori**

Le malattie trasmesse da vettori rappresentano un importante problema di sanità pubblica. In Italia sono presenti sia forme autoctone, come la malattia di West Nile, la leishmaniosi viscerale e la leishmaniosi cutanea, l'encefalite virale da zecche, l'infezione da virus Toscana, ecc., sia malattie trasmesse da vettori prevalentemente di importazione, come Chikungunya, Dengue e Zika. Sempre più spesso, tuttavia, sia a livello nazionale che europeo, le arbovirosi causano epidemie anche di dimensioni rilevanti. In Italia, nel 2017 si è verificata un'epidemia da virus chikungunya che ha causato 436 casi, mentre nel 2018 il virus West Nile ha provocato 577 casi umani, di cui 230 si sono manifestati nella forma neuro-invasiva.

Il Ministero della salute ha attivato un Tavolo tecnico intersettoriale sulle malattie trasmesse da vettori, a cui hanno partecipato rappresentanti di amministrazioni sanitarie e di altri settori, per predisporre un Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle arbovirosi multisettoriale ed interdisciplinare, utilizzando l'approccio *One Health*, che è stato approvato con l'Intesa 1/CSR del 15/01/2020.

La notifica immediata dei casi umani, non sempre facile data la natura aspecifica dei sintomi, permette di adottare misure in grado di prevenire l'insorgenza di epidemie o di ridurre il numero dei casi: la formazione, pertanto, riveste un ruolo determinante. Molte politiche adottate da altre Amministrazioni (es. ambiente, agricoltura) influiscono sulla presenza e densità dei vettori, così come i cambiamenti climatici. Il problema è estremamente complesso e richiede la partecipazione di tutti i settori e di tutti i livelli amministrativi, nonché l'attiva partecipazione delle comunità. Poiché gli strumenti attuali di lotta ai vettori sono molto limitati, è inoltre importante sostenere la ricerca scientifica applicata e partecipata.

Nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza il livello "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita, fra cui sono inclusi anche interventi

per il controllo su fonti e veicoli/vettori di trasmissione, fra cui sono esplicitamente menzionati gli artropodi.

L'OMS stima che ogni anno le malattie trasmesse da vettori causino oltre 1 miliardo di casi umani ed 1 milione di morti. Nell'ambito degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, il target 3.3 relativo all'obiettivo dedicato specificatamente alla salute, prevede l'eliminazione delle epidemie causate dalle malattie tropicali neglette, molte delle quali sono a trasmissione vettoriale. L'OMS definisce la zanzara - uno dei principali vettori di malattia - come uno degli animali più mortali al mondo, che causa più decessi di omicidi, guerre ed attacchi da animali messi insieme. Nel 2017 l'Assemblea Mondiale della Sanità ha approvato una specifica risoluzione dedicata alle malattie trasmesse da vettori, mentre a giugno 2018 la Commissione europea ha adottato la nuova lista di malattie trasmissibili soggette a sorveglianza europea, che include infezioni emergenti e ri-emergenti, quali Chikungunya, Dengue, neuroborrelisosi di Lyme e Zika.

- **Poliomielite**

Nel 1988 l'OMS, con la risoluzione WHA 41.28, si è prefissata l'obiettivo di eradicare il virus della poliomielite. Ciò è possibile in quanto i poliovirus nell'ambiente esterno resistono per tempi relativamente brevi, non esistono vettori animali né portatori cronici, ma soprattutto esiste un vaccino in grado di interrompere la circolazione del virus. Tuttavia, nonostante i notevoli progressi realizzati, il processo di eradicazione del virus appare rallentato e complicato per la persistenza di infezioni inapparenti con conseguente circolazione del virus nell'ambiente.

Dal 2002 la regione europea dell'OMS è stata dichiarata libera dalla poliomielite, ma la persistenza di focolai endemici in altri Paesi (attualmente la poliomielite è endemica in 3 Paesi, - Afganistan, Pakistan e Nigeria - ma numerosi focolai sono stati registrati in altri Paesi) costituisce un rischio per la reintroduzione dei poliovirus in aree già dichiarate libere dalla malattia, come avvenuto recentemente in Papua Nuova Guinea.

Il rischio di reintroduzione di poliovirus nel nostro Paese è legato alla frequenza di viaggi internazionali, diretti e/o provenienti, da aree in cui persistono focolai infettivi da poliovirus o in cui si usa ancora il vaccino orale Sabin per le campagne di vaccinazione.

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

- **Epatiti virali B e C**

Le epatiti virali sono annoverate fra le più importanti malattie infettive nel mondo e in Europa e sono responsabili del 78% dei casi di tumore primitivo del fegato.

In Italia, negli ultimi anni, il quadro epidemiologico delle epatiti da virus B (HBV) e da virus C (HCV) è notevolmente cambiato, con una diminuzione sia delle nuove infezioni che della prevalenza dei markers di infezione dei due virus. I motivi di tali cambiamenti sono sia di carattere generale (migliorate condizioni socio-economiche) che specifici: la vaccinazione anti-epatite B dei nuovi nati, degli adolescenti e dei gruppi a rischio, l'uso crescente negli anni di materiale medico monouso e una maggiore attenzione nelle procedure diagnostiche invasive e negli interventi chirurgici, test di screening nei donatori di sangue, nuove terapie.

Nonostante il trend in diminuzione (l'incidenza dell'HBV è passata da 5 casi /100.000 nel 1985 a 0,2 casi/100.000 nel 2016; l'incidenza dell'HCV è passata da 12 casi /100.000 nel 1985 a 0,6 casi/100.000 nel 2016) e l'attuazione del Piano Nazionale per la Prevenzione delle epatiti virali da virus B e C (PNEV), approvato nel 2015, i cui obiettivi principali coincidono con quelli individuati dalla regione europea dell'OMS, l'HBV e l'HCV hanno ancora un impatto elevato nel nostro Paese.

Il contrasto alla diffusione delle epatiti richiede un complesso integrato di interventi che comprendono l'identificazione precoce dei casi di infezione (fondamentale sia per ridurre il rischio di complicanze ed esiti sia per l'attuazione di opportuni interventi di contenimento), la promozione della immunizzazione attiva e la profilassi dei soggetti esposti, lo screening delle donne in gravidanza, l'appropriatezza e la completezza dei trattamenti terapeutici, il monitoraggio degli esiti degli interventi.

- **Antimicrobico-resistenza (AMR)**

Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è un'emergenza di sanità pubblica a livello globale. Diversi antibiotici sono diventati parzialmente o del tutto inefficaci rendendo rischiose procedure mediche avanzate (es. chemioterapie antitumorali, trapianti d'organo, protesi d'anca).

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 l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO), l'Organizzazione mondiale per la sanità animale (OIE) e con il Programma delle Nazioni Unite per l'ambiente (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. 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'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). Il 2 novembre 2017 è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il Piano nazionale di contrasto dell'AMR (PNCAR) 2017-2020, coerente con l'approccio *One Health*. È auspicabile che grazie al PNCAR siano attuate azioni di contrasto concrete e efficaci che passino attraverso una armonizzazione delle strategie in atto nelle diverse realtà del Paese.

- **Infezioni correlate all'assistenza (ICA)**

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'antibiotico-resistenza (AMR), costi aggiuntivi e mortalità in eccesso. L'ECDC rileva 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 DALY/100.000 abitanti; tale burden è maggiore, quasi il doppio, di tutte le 32 malattie infettive notificabile 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 infezioni nelle UTI, nel 2016 si sono registrate le seguenti incidenze: batteriemie 4,5/1.000 giorni-paziente; polmoniti 5,2/1.000 giorni-paziente; infezioni vie urinarie 2,2/1.000 giorni-paziente. Il PNCAR, approvato il 2 novembre 2017, evidenzia la necessità di Linee di indirizzo uniche e un più forte coordinamento nazionale, per poter guidare meglio e armonizzare le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA e garantire il rispetto in tutto il paese di standard comuni condivisi.

## Fattori di rischio/Determinanti

Elemento preliminare ai fini dell'individuazione delle strategie di prevenzione più appropriate è la corretta e sistematica identificazione dei fattori di rischio e dei determinanti; di seguito si riporta quella, già ampiamente dettagliata, inclusa nel PNP 2014-2019:

- esposizione all'agente eziologico (trasmissione interumana, trasmissione verticale, alimentare, da vettore, iatrogena, ambientale, etc.), che influenza sia la natura sia la probabilità di verificarsi delle varie malattie;
- presenza di soggetti suscettibili nella popolazione generale e in specifici sottogruppi, che può variare in base allo stato di salute della popolazione (per le infezioni a patogenesi condizionata) e/o al fallimento di interventi di immunizzazione che non hanno raggiunto la soglia di eliminazione;
- comportamenti e atteggiamenti individuali, nella popolazione generale, relativi alla trasmissione delle infezioni che, sostenuti da un'errata percezione dei rischi, provocano una maggior esposizione oppure una minore adesione ai trattamenti di cura, alle misure di profilassi, all'offerta di vaccinazioni;
- bassa *compliance* degli operatori sanitari nei confronti della sorveglianza delle malattie trasmissibili e delle misure di prevenzione;
- comportamenti e atteggiamenti degli operatori sanitari nelle pratiche assistenziali, in merito al rischio e al controllo delle infezioni, che sono, a loro volta, influenzati dalle conoscenze e dalle percezioni e spesso condizionati dallo stato delle strutture e delle organizzazioni in cui i professionisti si trovano a operare;
- vulnerabilità del sistema di risposta alle emergenze infettive (inclusi i focolai epidemici), che richiede attenzioni e risorse dedicate e che comporta la necessità di adeguare a questo fine sia le organizzazioni sia i sistemi di informazione e di comunicazione.

Agiscono, infine, come fattori che non favoriscono la prevenzione delle infezioni sia la particolare complessità ed eterogeneità organizzativa dei servizi di prevenzione sia l'insufficiente coordinamento tra i diversi livelli di competenza territoriale.

## Strategie

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

La prevenzione delle malattie trasmissibili negli ambiti prioritari indicati si avvale delle seguenti strategie fondamentali che dovranno essere assicurate nel rispetto dei principi indicati:

**1. Il rafforzamento e miglioramento delle attività di sorveglianza**, attraverso integrazione e coordinamento tra le competenze epidemiologiche e quelle di laboratorio, finalizzate non solo a quantificare il carico delle malattie infettive, ma anche al riconoscimento dei determinanti e dei rischi e alla valutazione dell'impatto degli interventi di prevenzione, improntate alla continuità e alla regolarità delle rilevazioni e alla semplicità e unitarietà dei sistemi informativi e alimentate da tutte le possibili fonti informative e tese, soprattutto, a consentire l'uso epidemiologico delle informazioni cliniche.

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

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

L'integrazione e il coordinamento tra le diverse capacità di sorveglianza (epi e lab) nonché tra i differenti ambiti (umano, veterinario e ambientale) risulta cruciale, in particolare, per la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e dell'AMR, sulla conoscenza dei cui determinanti si hanno ancora numerose lacune.

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

- sorveglianza della paralisi flaccida acuta (PFA): consiste nella segnalazione e l'analisi virologica dei campioni, di tutti i casi di PFA insorti nei soggetti da 0 a 15 anni di età.
- sorveglianza ambientale: consiste nell'esame di campioni di acque reflue, opportunamente prelevati e trattati, che permette di rilevare la presenza di entero e polio-virus. L'OMS consiglia questa sorveglianza soprattutto in quei Paesi che, come l'Italia, usano esclusivamente il vaccino Salk e hanno alti livelli di immunizzazione. Infatti, in queste popolazioni, il PV introdotto potrebbe circolare ampiamente tra gli individui prima che il primo caso clinico si manifesti.
- sorveglianza degli enterovirus: attraverso la tipizzazione di enterovirus da campioni biologici provenienti da pazienti, identificare eventuali focolai epidemici e potenziare le attività di sorveglianza per il mantenimento dello stato polio-free.

Appare, inoltre, di fondamentale importanza la sorveglianza epidemiologica delle epatiti B e C.

In Italia non sono mai stati realizzati studi di prevalenza dell'infezione da HCV e HBV nella popolazione generale in grado di fornire valide statistiche nazionali. Tali studi sono uno strumento importante per stimare il carico di infezioni "sommerse" e pianificare campagne di screening mirate. Sulla base dei risultati ottenuti è, infatti, possibile indirizzare in maniera efficace gli interventi di prevenzione, concentrando gli sforzi su quelle fasce della popolazione maggiormente affette dall'infezione nelle quali è necessario promuovere la diagnosi e l'accesso alle cure.

Nel prossimo quinquennio, sarà necessario assicurare la corretta segnalazione dei casi non solo di epatite acuta ma, anche e soprattutto, dei soggetti che risultano positivi ai test di screening e/o che presentato epatite cronica e promuovere studi di prevalenza. L'impegno dovrà essere teso a: aumentare l'offerta per i test di screening onde poter far emergere le infezioni nascoste, progettare azioni di comunicazioni, a livello regionale coordinate a livello nazionale, rivolte soprattutto agli operatori sanitari per potenziare le attività di prevenzioni nei luoghi di cure e di comunicazione alla popolazione, promuovere azioni di prevenzione rivolte ai soggetti appartenenti ai gruppi a rischio.

I programmi volti ad arrestare la trasmissione dell'HIV sono finalizzati a proteggere l'individuo e la comunità di riferimento e prevalentemente incentrati su interventi indirizzati a modificare comportamenti a rischio. La complessa natura dell'epidemia, tuttavia, implica la necessità di "programmi di prevenzione combinati", che prendano in considerazione fattori specifici per ogni contesto, che prevedano anche programmi per la riduzione dello stigma e della discriminazione e nel rispetto dei diritti umani. L'importanza del coinvolgimento a pieno titolo e su tutti gli aspetti dei rappresentanti della società civile e delle popolazioni chiave è ampiamente riconosciuta dalle Autorità Sanitarie Europee e Internazionali. I programmi combinati possono essere implementati a livello individuale, di comunità e della popolazione generale e devono essere basati su evidenze in merito all'andamento dell'epidemia. L'analisi di fattori quali le modalità di trasmissione dell'HIV, le popolazioni chiave colpite dall'infezione e i principali trend epidemiologici sono, quindi, elementi imprescindibili per sviluppare l'intervento combinato più idoneo. Gli interventi vanno integrati in programmi di sanità pubblica al fine di invertire *trend* epidemiologici specifici, indirizzando le risorse disponibili verso popolazioni e situazioni a maggior prevalenza e/o rischio di acquisizione dell'infezione e di attuare una *prevention cascade* che, basata sull'analisi dell'esistente e del conseguito, si prefigga tempi certi per il raggiungimento di nuovi obiettivi, individuando i contesti prioritari di intervento e ottimizzando le risorse disponibili.

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

- la definizione di un modello organizzativo per la gestione delle principali emergenze che comprenda la previsione e applicazione di misure di prevenzione e controllo delle infezioni (precauzioni standard e quelle previste per via aerea, da droplet e da contatto; procedure per la attivazione e la gestione di presa in carico e di trasporto del paziente, ecc.) in tutte le strutture sanitarie, inclusi i servizi di pronto soccorso;
- la definizione di modalità di coordinamento con i diversi livelli istituzionali centrali e regionali e tra le varie competenze territoriali nella attuazione degli interventi di prevenzione, nella raccolta e nel periodico ritorno delle informazioni, nel sistematico monitoraggio della qualità e dell'impatto delle azioni;
- una adeguata formazione degli operatori sanitari coinvolti, al fine di ottimizzare la conoscenza della organizzazione, la maggiore aderenza alle misure di prevenzione e le attività assistenziali previste;
- una adeguata formazione dei MMG e dei PLS, anche al fine dell'attivazione, ove opportuno di un percorso per i pazienti sintomatici negli ambulatori e per la scrupolosa e sistematica applicazione delle misure sopraripportate;
- interventi di comunicazione per la popolazione volti a favorire una corretta percezione dei rischi e corretti comportamenti individuali (es. adesione alle misure di profilassi, all'offerta di vaccinazioni, ecc.), con particolare riferimento alle scuole, ai luoghi di lavoro e ai gestori di esercizi pubblici e privati.

**3. Il rafforzamento e miglioramento del monitoraggio delle coperture vaccinali**, mediante il completamento delle anagrafi vaccinali informatizzate a livello locale/regionale, interoperabili con quella nazionale, favorisce la disponibilità e l'accesso a tutti i punti di somministrazione delle vaccinazioni (centri vaccinali, reparti ospedalieri, MMG, PLS).

**4. Il rafforzamento degli interventi di prevenzione,** individuati in base alla loro efficacia di campo e offerti in modo tempestivo e omogeneo alla popolazione. Il contrasto alla diffusione delle malattie richiede un complesso integrato di interventi che comprendono, in varia misura: la corretta informazione e educazione dei soggetti, l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione, la promozione della immunizzazione attiva e la profilassi dei soggetti esposti, la tempestività e la qualità delle diagnosi, l'appropriatezza e la completezza dei trattamenti terapeutici, il monitoraggio degli esiti degli interventi e dei loro eventuali eventi avversi.

In particolare, per quanto riguarda gli interventi vaccinali occorre integrare l'offerta universale per le coorti target, con attività di recupero dei suscettibili (attività rilevante nel caso di morbillo e rosolia oggetto di un piano di eliminazione) con interventi personalizzati rivolti alle persone più vulnerabili (es. donne in gravidanza, pazienti a rischio, soggetti con elevata esposizione professionale, etc.), garantendo la gratuità di queste prestazioni mirate e uniformando su scala nazionale anche le politiche di offerta. Ne consegue che nel prossimo quinquennio l'impegno dovrà essere teso a: la realizzazione del concetto di adesione consapevole, da parte della popolazione, all'offerta dei diversi interventi preventivi; il superamento delle differenze territoriali in termini sia di standard di copertura che di qualità dell'offerta; la promozione dell'equità verticale potenziando le azioni di prevenzione rivolte ai soggetti più a rischio e ai gruppi più difficili da raggiungere.

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

Le priorità individuate in tale ambito, per il prossimo quinquennio, sono: la progettazione di azioni di comunicazione articolate su scala locale, regionale e coordinate a livello nazionale, l'offerta di iniziative di formazione specifiche per i professionisti della sanità pubblica sulle tematiche prioritarie individuate.

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

Trasversale a tutte queste strategie è l'attenzione alla protezione delle persone a rischio per la presenza di patologie croniche, per età o per stati di riduzione delle difese immunitarie. Va inoltre considerata la criticità legata alle problematiche sociali, alla crescita della povertà e ai fenomeni migratori. Tutti questi fattori espongono alcune fasce di popolazione, in stato di deprivazione sociale e con scarso utilizzo dei servizi socio-sanitari, anche a un maggior rischio di contrarre malattie infettive o di derivarne gravi complicanze.

## *MO6. Malattie infettive prioritarie - Quadro logico centrale*

| Obiettivi strategici del MO | Linee strategiche di intervento | LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502) | Indicatori degli Obiettivi strategici |
|---|---|---|---|
| 6.1 Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita | a. Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e integrazione delle fonti | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A1 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive**<br>• **A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive** | 6.1 Proporzione di ASL che hanno realizzato attività supplementari di vaccinazione MPR avendo come target prioritario le coorti 1975-2000 (Fonte: Ministero della Salute)<br>6.2 Proporzione di soggetti vaccinati in ciascuna attività supplementare di vaccinazione MPR avente come target prioritario le coorti 1975-2000 (Fonte: Ministero della Salute)<br>6.3 Proporzione di ASL che hanno recepito il programma regionale che definisce modalità e tempi per il recupero vaccinale dei soggetti suscettibili nelle coorti 1975-2000 (Fonte: Ministero della Salute) |
| 6.2 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile | b. 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 | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A1 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive** | 6.4 Proporzione delle notifiche inviate al sistema informativo nazionale del Ministero della Salute nei termini previsti dalla normativa (Fonte: Ministero della Salute)<br>6.5 Proporzione dei sistemi informatici regionali che assicurano la raccolta tempestiva e la disponibilità dei dati sulle MTA diagnosticate negli ospedali con riferimento ai ceppi dei patogeni isolati dall'uomo, ed agli alimenti sospettati sulla base dei dati. (Fonte: Ministero della Salute) |
| 6.3 Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi) | | | 6.6.a Proporzione di casi di malattia batterica invasiva da meningococco notificati per i quali è stato identificato il sierogruppo/sierotipo (Fonte: ISS – Sistema di sorveglianza speciale delle MIB)<br>6.6b Proporzione di casi di malattia batterica invasiva da pneumococco notificati per i quali è stato identificato il sierogruppo/sierotipo (Fonte: ISS – Sistema di sorveglianza speciale delle MIB)<br>6.6c Proporzione di casi di malattia batterica invasiva da emofilo notificati per i quali è stato identificato il sierogruppo/sierotipo (Fonte: ISS – Sistema di sorveglianza |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | speciale delle MIB) |
| 6.4 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. | | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A3 Vaccinazioni** | 6.7 Proporzione di soggetti inseriti in anagrafe nazionali (coorti 2001-2024) (Fonte: Ministero della Salute – Anagrafe Nazionale Vaccini) |
| 6.5 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) | c. Promozione della immunizzazione attiva | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A3 Vaccinazioni** | 6.8 Copertura vaccinale per influenza nei soggetti affetti da diabete mellito (soggetti di età < 65 anni) (Fonte: Ministero della Salute – Anagrafe Nazionale Vaccini<br>6.9 Copertura vaccinale per dTpa nelle donne in gravidanza (Fonte: Ministero della Salute – Anagrafe Nazionale Vaccini)<br>6.10 Copertura vaccinale per influenza nelle donne in gravidanza (Fonte: Ministero della Salute – Anagrafe Nazionale Vaccini)<br>6.11 Copertura vaccinale per influenza negli operatori sanitari dipendenti del SSN, con funzioni assistenziali, nell'ultima stagione anti-influenzale (Fonte: Ministero della Salute – Anagrafe Nazionale Vaccini)<br>6.12 Proporzione di operatori sanitari dipendenti del SSN, con funzioni assistenziali, immuni per morbillo (Fonte: Ministero della Salute – Anagrafe Nazionale Vaccini)<br>6.13 Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV e tasso di rifiuti per i quali è fornita una giustificazione tra quelle elencate (Fonte: Ministero della Salute – Anagrafe Nazionale Vaccini) |
| 6.6 Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole | d. Comunicazione del rischio per la popolazione generale e specifici sottogruppi | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A3 Vaccinazioni** | 6.14 Proporzione di Regioni che hanno realizzato un programma di comunicazione *evidence based* per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (Fonte: Ministero della Salute) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6.7 Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive | e. Rafforzamento della capacità di risposta alle emergenze infettive | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A5 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva** | 6.15 Proporzione di Regioni che hanno documentato l'adozione di un Piano di risposta alle emergenze (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |
| 6.8 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C) | f. Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e integrazione delle fonti<br>**g.** Offerta dei test HCV, HBV e HIV alle popolazioni a rischio e della vaccinazione anti HBV | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A1 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive**<br>• **A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive** | 6.16 Proporzione dei casi di TBC polmonare che sono stati persi al follow-up (Fonte: Ministero della Salute)<br>6.17 Proporzione delle Regioni che promuovono l'offerta dei test HCV, HBV e HIV alle persone con comportamenti a rischio (Fonte: Ministero della Salute - Regioni)<br>6.18 Proporzione delle Regioni che promuovono l'offerta della vaccinazione anti HBV alle persone con comportamenti a rischio (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |
| 6.9 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 | **h.** Coordinamento tra strutture ospedaliere e Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive**<br>• **A5 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva**<br>**Area E "Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori"**<br>• **E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari** | 6.19 Proporzione dei casi di malattia a trasmissione alimentare per le quali è stato individuato l'alimento pericoloso (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6.10 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 | **i.** Realizzazione di un programma regionale di formazione | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive**<br>• **A5 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva**<br>**Area E "Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori"**<br>• **E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari** | 6.20 Proporzione di Dipartimenti Aziendali che hanno realizzato il programma regionale di formazione (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |
| 6.11 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)" | j. Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione diretti al personale addetto al controllo ufficiale nelle imprese alimentari | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive**<br>• **A5 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva**<br>**Area E "Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori"**<br>**E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari** | 6.21 Proporzione di Dipartimenti Aziendali che hanno realizzato interventi formativi (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |
| 6.12 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) | k. Promuovere iniziative di formazione sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive**<br>• **A5 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva**<br>**Area E "Sicurezza alimentare - Tutela della** | 6.22 Proporzione di Dipartimenti Aziendali che hanno promosso iniziative di formazione sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **salute dei consumatori”**<br>• **E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari** | |
| 6.13 Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti | l. Promuovere interventi formativi dei Dipartimenti di Prevenzione sulle malattie trasmesse da alimenti diretti agli OSA. | **Allegato 1 “Prevenzione collettiva e sanità Pubblica”:**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive**<br>• **A5 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva**<br>**Area E “Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori”**<br>**E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari** | 6.23 Proporzione di Dipartimenti di Prevenzione che hanno realizzato interventi formativi sulle malattie trasmesse da alimenti diretti agli OSA (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |
| 6.14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti | m. Diffusione di materiale informativo/divulgativo sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti su sito web | **Allegato 1 “Prevenzione collettiva e sanità Pubblica”:**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive**<br>• **A4 Medicina del viaggiatore** | 6.24 Proporzione di Regioni/PA che diffondono materiale informativo/divulgativo sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti sul loro sito web o su un sito web dedicato (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |
| 6.15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano | n. 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<br>o. Applicazione di Piani di sorveglianza e risposta alle malattie trasmesse da vettori | **Allegato 1 “Prevenzione collettiva e sanità Pubblica”:**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive**<br>• **A5 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva** | 6.25 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 (Fonte: Ministero della Salute – Regioni)<br>6.26 Proporzione delle Regioni che hanno individuato un referente per il Piano arbovirosi (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6.16 Monitorare i punti d'entrata ad alto rischio di nuove specie invasive di vettori. | p. Predisposizione di raccomandazioni per il monitoraggio dei punti d'entrata ad alto rischio | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A1 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive** | 6.27 Proporzione di Regioni che applicano le raccomandazioni per il monitoraggio dei punti d'entrata ad alto rischio (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |
| 6.17 Monitorare l'insorgenza di resistenze agli insetticidi nei vettori | q. Predisposizione di raccomandazioni per il monitoraggio dell'insorgenza di resistenze agli insetticidi nei vettori | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive** | 6.28 Proporzione di Regioni che applicano le raccomandazioni per il monitoraggio dell'insorgenza di resistenza agli insetticidi nei vettori (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |
| 6.18 Consolidamento dei sistemi di sorveglianza:<br>- sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta (PFA)<br>- sorveglianza ambientale | r. Consolidamento della sorveglianza epidemiologica e di laboratorio e integrazione delle fonti | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A1 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive** | 6.29 Tasso di segnalazione di casi di Paralisi Flaccida Acuta (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |
| 6.19 Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST (es. Clamidia, Gonorrea, etc.) sulla popolazione | s. Offerta dei test di screening delle IST sulla popolazione target | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive** | 6.30 Proporzione delle Regioni che promuovono l'offerta dei test di screening delle IST sulla popolazione target (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6.20 Incrementare e favorire strategie parallele, secondo il modello fondato sui CBVCT*, che promuovano l'esecuzione del Test HIV e del *counseling* nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari | t. Mappatura e monitoraggio dell'attivazione di iniziative CBVCT rivolti a popolazioni target | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive** | 6.31 Proporzione delle Regioni che promuovano l'esecuzione del Test HIV e del *counseling* nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |
| 6.21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST | u. 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*) | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**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**<br>• **F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale** | 6.32 Proporzione delle Regioni che hanno pianificato interventi di sensibilizzazione su HIV/AIDS/IST e sul ruolo protettivo e il corretto uso del profilattico tra i giovani (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |
| 6.22 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 | v. Promozione dei protocolli gestionali multidisciplinari specifici attraverso gli strumenti e i canali ritenuti idonei | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive**<br>**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**<br>• **F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale** | 6.33 Proporzione delle Regioni che hanno attuato la rilevazione dello stato dell'arte dei protocolli gestionali adottati (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6.23 PrEP - concepire e realizzare protocolli dedicati seguendo le Linee Guida vigenti, su popolazioni adeguatamente selezionate | w. Interventi farmacologici: strategie di prevenzione basate sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali (PrEP, PEP, TasP, terapia per prevenire la trasmissione materno-fetale) | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive**<br>**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**<br>• **F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale** | 6.34 Proporzione delle Regioni che hanno attuato la mappatura e il monitoraggio di protocolli relativi alla PrEP (Fonte: Ministero della Salute – Regioni) |
| 6.24 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)<br>6.25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario<br>6.26 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici<br>6.27 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni ministeriali<br>6.28 Sviluppare programmi di *Antimicrobical stewardship* (AS) | **Sorveglianza e monitoraggio:**<br>x. 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<br>y. Monitoraggio del consumo antibiotici in ambito umano e veterinario<br>z. Assicurare che la sorveglianza nazionale delle batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi abbia una copertura elevata<br>**Interventi per promuovere l'uso appropriato di antibiotici:**<br>aa. Interventi per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in | **Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>• **A1 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive**<br>• **A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive**<br>**Area D -Salute animale e igiene urbana veterinaria**<br>**Allegato 2 Assistenza distrettuale**<br>**Allegato 3 Assistenza ospedaliera** | 6.35 Proporzione delle Regioni che hanno raggiunto gli obiettivi di riduzione del consumo di antibiotici previsti dal PNCAR entro il 2025. (Fonte: Ministero della Salute-Regioni)<br>6.36 Proporzione delle Regioni che hanno raggiunto gli obiettivi di riduzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) previsti dal PNCAR entro il 2025 (Fonte: Ministero della Salute-Regioni) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ambito veterinario<br>bb. Interventi per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito umano<br>**Interventi per promuovere la prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA):**<br>cc. Esistenza di un sistema regionale di monitoraggio dell'uso dei prodotti idroalcolici<br>dd. Interventi per ridurre la trasmissione in ambito assistenziale<br>**Informazione e comunicazione:**<br>ee. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici<br>ff. Formazione sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA | | |

# 6. Monitoraggio e valutazione del PNP e dei PRP

## 6.1 Razionale della valutazione

Monitoraggio e valutazione hanno rappresentato in tutti i Piani della prevenzione, e in particolare nel PNP 2014-2019, un'azione di "accompagnamento" costante, partecipato e condiviso dei processi attivati e del perseguimento degli obiettivi intermedi e finali, con il duplice intento di assicurare la funzione di *stewardship* e di contemperare esigenze centrali e regionali di valutazione e riprogrammazione. In questa ottica, l'impianto valutativo del PNP 2014-2019 (definito nel Documento di valutazione di cui all'Accordo Stato Regioni 25 marzo 2015) rispondeva a tre esigenze:

1. produrre evidenze, nel senso non solo di mettere a punto metodi e procedure comuni e rigorosi di monitoraggio e valutazione dei processi e dei risultati, ma anche di creare le condizioni necessarie all'utilizzo dei risultati stessi della valutazione, per il miglioramento dell'efficacia e della sostenibilità degli interventi in atto e per la produzione dei cambiamenti attesi, anche attraverso la possibilità di una rimodulazione dei PRP;
2. estrapolare gli elementi necessari alle finalità della certificazione annuale dei PRP (verifica adempimenti LEA);
3. condurre un monitoraggio non solo formale del Piano, delle sue difficoltà realizzative e dei fattori di successo, ma anche capace di sostenere innovazione condivisa attraverso un disegno nazionale di valutazione improntato ad una logica di sviluppo unitario sul piano tecnico-scientifico, organizzativo e operativo, seppure nel pieno rispetto delle scelte attuative regionali.

Ministero e Regioni hanno portato avanti un percorso più ampio rispetto a quello delineato dal suddetto Accordo, anche con il fine di stimolare e rafforzare la condivisione di obiettivi e lo scambio di esperienze tra le Regioni, chiamate ad affrontare le stesse, complesse sfide in sanità pubblica, in contesti molto diversi. Questo percorso si è sviluppato essenzialmente secondo tre direttrici che hanno favorito un apprendimento reciproco tra le Regioni rispetto alle esperienze e alle pratiche più significative:

- momenti di confronto istituzionale;
- realizzazione di workshop tematici rispetto a Macro obiettivi, obiettivi centrali del PNP e setting di intervento, per il confronto e l'approfondimento su quanto si sta realizzando a livello territoriale e centrale nell'ambito dei Piani;
- sviluppo, anche attraverso specifici progetti CCM, di azioni centrali volte a fornire supporto tecnico e metodologico al monitoraggio di processo e di risultato dei Piani, nell'ottica di stewardship prima descritta.

È stata fortemente sentita ed espressa a tutti i livelli la necessità di consolidare e migliorare il monitoraggio, riconducendolo ad "oggetti" ben definiti e mettendolo in grado di produrre gli elementi informativi necessari al *management* delle azioni previste nei programmi e di sostenere ed orientare il processo di decisione e di cambiamento. Inoltre molte Regioni hanno colto l'opportunità di dotarsi di un sistema organizzato e testato di monitoraggio regionale e locale, facendone una vera e propria azione di sistema, rispondente all'obiettivo di *governance* del PRP e di *accountability* della prevenzione.

Una delle criticità più significative del precedente sistema di valutazione e certificazione è stata proprio la scelta degli "indicatori sentinella" effettuata dalle Regioni per ciascun programma del PRP, la quale non sempre ha garantito la validità dell'insieme di tali indicatori, dal momento che, in molti casi, gli indicatori sentinella:

- non avevano sufficiente coerenza intrinseca;
- non misuravano gli aspetti "qualificanti" del processo o non erano in grado di cogliere i cambiamenti prodotti nel tempo dagli interventi messi in campo;
- non disegnavano il quadro complessivo del progresso del programma, e quindi del PRP nel suo insieme, verso il raggiungimento degli obiettivi del Piano.

Il PNP 2020-2025 intende agire su tale criticità:

- rendendo la scelta degli indicatori di monitoraggio dei PRP più aderente e vincolante rispetto a criteri di pertinenza e rilevanza (con riferimento agli obiettivi del Piano) e di validità e qualità della misura;

- definendo un "pool" di indicatori comuni a tutte le Regioni, il più possibile orientati a misure di impatto;
- affiancando al monitoraggio la valutazione di risultato del PNP (indicatori di salute ed equità), a livello nazionale e regionale.

**Il PNP 2020-2025:**

- **raccoglie la necessità di un sistema di valutazione costruito a partire da *framework* e modelli interpretativi basati su evidenze e contestualizzabili nelle realtà territoriali per il monitoraggio di tutto il percorso del Piano che abbia una ricaduta per Regioni e Aziende sanitarie, in termini di: misurazione delle *performance* dei sistemi regionali e aziendali, applicazione di metodi e strumenti orientati ad una valutazione di impatto, rilevazione e trasferimento di buone pratiche locali.**

## 6.2 Obiettivi della valutazione

In continuità con il PNP 2014-2019, obiettivi della valutazione sono:

- Documentare e valutare i risultati di salute e di equità raggiunti, attraverso la misura degli indicatori degli Obiettivi strategici, a livello nazionale e regionale;
- Monitorare, documentare e valutare i processi definiti ed implementati a livello centrale e regionale per il raggiungimento degli Obiettivi strategici;
- Rispondere alle finalità di verifica del sistema degli adempimenti LEA e di monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia.

## 6.3 Quadri Logici

Come per il PNP 2014-2019, anche in questo Piano il Quadro Logico centrale (QLc) rappresenta la scelta strategica del Paese (Stato e Regioni) in tema di prevenzione e promozione della salute. Esso sintetizza i contenuti espressi nei Macro obiettivi in un quadro di riferimento, il quale contiene tutti gli elementi che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute e di equità che il Paese intende conseguire, misurati attraverso i relativi indicatori.

Tali elementi sono:

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

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

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

**Tabella 1- Struttura del PNP e dei PRP**

| QLc | QLr |
|---|---|

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

## 6.4 Programmi Predefiniti e Programmi Liberi

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

- ✓ I PRP sono organizzati in Programmi.
- ✓ Il Programma è l'unità elementare di pianificazione nonché l'oggetto del monitoraggio dei PRP.
- ✓ I Programmi vengono definiti coerentemente alla specificità e alla analisi del contesto regionale (documentate nel profilo di salute, prerequisito di tutti i PRP).
- ✓ I Programmi devono, nel complesso del PRP, coprire tutti i Macro obiettivi e tutti gli Obiettivi strategici del PNP, tenendo conto che un Programma può, e auspicabilmente dovrebbe, essere il più possibile trasversale a più Macro obiettivi e a più Obiettivi strategici (dello stesso Macro obiettivo o di altri), al fine di declinare i principi fondanti del PNP (ottica *One Health*, approccio *life-course* e per *setting*, trasversalità degli interventi rispetto ad obiettivi e setting).
- ✓ I Programmi devono rispondere alle Linee strategiche del PNP che, per loro stessa definizione, scendono ad un dettaglio più ampio ed articolato degli Obiettivi strategici ai quali afferiscono, proprio perché ne forniscono l'indicazione attuativa.
- ✓ Alcuni Programmi, correlati ad uno o più Obiettivi strategici e Linee strategiche del Macro o dei Macro obiettivi di riferimento, sono "predefiniti" ("Programmi Predefiniti" - PP).
- ✓ I PP:
  - hanno caratteristiche uguali per tutte le Regioni (cfr. schede dei Programmi predefiniti, Paragrafo 6.8);
  - sono vincolanti, ovvero tutte le Regioni sono tenute ad implementarli;
  - vengono monitorati attraverso indicatori (e relativi valori attesi) predefiniti ovvero uguali per tutte le Regioni.
- ✓ I PP rispondono alle seguenti finalità:
  - rendere attuabili, e quindi più facilmente esigibili e misurabili, i programmi del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", in particolare quelli più difficilmente fruibili in quanto meno collegabili a strutture, organizzazioni, prestazioni "tradizionali" che rispondono ad una domanda di salute "espressa";
  - rafforzare il raccordo strategico ed operativo tra il PNP, i nuovi LEA e i Piani di settore/Documenti di programmazione nazionale affinché convergano, in maniera efficiente ed efficace, verso obiettivi comuni;
  - diffondere su tutto il territorio nazionale metodologie, modelli e azioni basati su evidenze di costo-efficacia ed equità, raccomandazioni e buone pratiche validate e documentate;
  - includere all'interno del sistema di monitoraggio dei PRP anche misure (standardizzate in quanto predefinite e comuni a tutte le Regioni) di copertura e impatto delle suddette azioni/buone pratiche;
  - vincolare ed omogenizzare il sistema di monitoraggio dei PRP rispetto alla misura dell'attuazione e del livello di raggiungimento degli Obiettivi strategici, dal momento che le Regioni sono tenute a rendicontare, con indicatori uguali per tutte, i PP individuati per quegli Obiettivi.
- ✓ Ciascuna Regione, coerentemente al proprio contesto e all'oggetto del PP, può includere ulteriori Obiettivi strategici, declinati con i relativi obiettivi specifici e correlati indicatori (e valori attesi), oppure ampliare il

numero di obiettivi specifici riferiti agli Obiettivi strategici già coperti dal PP. Tali indicatori degli obiettivi specifici, tuttavia, non sono oggetto di certificazione (cfr. Paragrafo 6.7).

- ✓ Ai PP si affiancano i "Programmi Liberi" (PL) i quali sviluppano gli Obiettivi Strategici non già coperti dai PP o coperti solo in parte dai PP.
- ✓ Entrambi i Programmi (PP e PL) perseguono:
  a. "Obiettivi relativi alle Azioni trasversali" (Intersettorialità, Formazione, Comunicazione, Equità; cfr. Capitolo 3 del PNP) monitorati con relativi indicatori (denominati "Indicatori di monitoraggio degli obiettivi relativi alle Azioni trasversali del PNP");
  b. "Obiettivi specifici del Programma", di pertinenza del medesimo, monitorati con relativi indicatori (denominati "Indicatori di monitoraggio degli Obiettivi Specifici del Programma").
- ✓ In particolare, gli Indicatori di monitoraggio degli obiettivi relativi alle Azioni trasversali del PNP sono finalizzati a misurare:
  - la realizzazione di azioni, intra e intersettoriali orientate a sostenere la *governance* partecipativa e i processi di *advocacy* anche attraverso strumenti formali come accordi, patti, protocolli di intesa declinati a livello regionale;
  - la realizzazione di percorsi di formazione per lo sviluppo di competenze organizzative, professionali, individuali adeguate a sostenere lo sviluppo e l'efficacia delle strategie di prevenzione e promozione della salute;
  - la realizzazione di azioni di comunicazione funzionali ad aumentare *empowerment* e *literacy* del cittadino in un'ottica di equità;
  - l'adozione dell'approccio HEA al fine di fornire elementi utili alla valutazione di processo e di impatto sulla riduzione delle disuguaglianze.
- ✓ I PP, dei quali si riportano **(**Paragrafo 6.8**)** le Schede descrittive che sono parte integrante del format di pianificazione/rendicontazione/monitoraggio dei PRP implementato in piattaforma *web based* (Paragrafo 6.5), sono i seguenti:
  - **PP1: Scuole che Promuovono Salute**
  - **PP2: Comunità Attive**
  - **PP3: Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute**
  - **PP4: Dipendenze**
  - **PP5: Sicurezza negli ambienti di vita**
  - **PP6: Piano mirato di prevenzione**
  - **PP7: Prevenzione in edilizia ed agricoltura**
  - **PP8: Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro**
  - **PP9: Ambiente, clima e salute**
  - **PP10: Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza**

## 6.5 Strumenti a supporto della pianificazione

Il Ministero, di concerto con le Regioni e le Province autonome, rende disponibili gli strumenti di seguito descritti, per l'avvio della pianificazione regionale ed il supporto alla predisposizione dei PRP.

### 1. Piattaforma *web-based*

La piattaforma *web-based* "I Piani regionali di Prevenzione" (PF), a partire dalla attuale programmazione 2020-2025, è lo strumento di accompagnamento esclusivo, sostanziale e formale, e dunque vincolante, per la presentazione dei PRP. Essa è nata all'interno dell'Azione Centrale del CCM (2016) come strumento di supporto per il monitoraggio e la valutazione dei PRP 2014-2019. Le attività di progettazione, rilascio e gestione della PF 2020-2025 si inquadrano nell'Azione Centrale del CCM (2018) "Oltre il monitoraggio: la piattaforma Piani Regionali di Prevenzione come strumento di pianificazione del PNP 2020-25". Rispetto alla precedente, la nuova PF si presenta in una veste aggiornata, potenziata e ampliata nelle sue funzionalità, e mantiene una struttura modulare che le consente di continuare a gestire le funzionalità già sperimentate nella prima versione, quali:

- Monitoraggio: qualificazione degli interventi realizzati e quantificazione del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati
- Valutazione e, dove previsto, certificazione dei risultati raggiunti
- Rimodulazione di contenuti e indicatori
- Stampa: produzione di output relativi alle funzioni di pianificazione, rendicontazione, rimodulazione, riepilogo contenuti, in versione adatta alla stampa e utilizzabile dalle Regioni per la redazione dei documenti tecnici allegati agli atti regionali di approvazione dei Piani Regionali.

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

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

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

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

È il documento che traduce operativamente il processo dell'HEA al fine di guidare e contestualizzare l'applicazione delle "lenti dell'equità" in tutte le fasi di un Programma, orientando la pianificazione di un intervento sui meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute più rilevanti e facendo convergere approcci, azioni e *governance* verso il comune obiettivo dell'equità nella prevenzione.

### 3. Schede degli indicatori degli Obiettivi strategici

Per ciascun indicatore, le scheda fornisce i seguenti elementi:

a. formula di calcolo;
b. fonte dei dati;
c. indicazioni operative per l'interpretazione dell'indicatore;
d. ove possibile trend o valore puntuale atteso nei 5 anni di vigenza del PNP.

## 6.6 Monitoraggio e valutazione dei PRP e del PNP

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

1. Gli indicatori di monitoraggio dei PRP (sia quelli relativi alle Azioni trasversali del PNP, sia quelli relativi agli Obiettivi Specifici del Programma) e gli indicatori degli Obiettivi strategici rispondono ai criteri generali, previsti dall'approccio SMART che richiede i seguenti prerequisiti già richiamati e condivisi dal PNP 2014-2019:
   - Specifici rispetto all'obiettivo da misurare;
   - Misurabili quantitativamente e/o qualitativamente;
   - Accessibili, cioè tali che le informazioni necessarie a misurarli siano disponibili e fruibili;
   - Rilevanti (pertinenti) rispetto ai bisogni informativi;
   - Tempo-definiti, cioè con una chiara indicazione dell'orizzonte temporale di riferimento.
2. Il monitoraggio dei PRP consiste nel documentare annualmente in PF e misurare:
   - lo stato di avanzamento dei Programmi (PP e PL) verso il raggiungimento dei relativi obiettivi, attraverso:
     - ✓ la verifica annuale del livello di raggiungimento dei valori attesi degli Indicatori di monitoraggio degli obiettivi relativi alle Azioni trasversali del PNP;
     - ✓ la verifica annuale del livello di raggiungimento dei valori attesi degli Indicatori di monitoraggio degli obiettivi specifici del Programma;
3. La valutazione del PNP consiste nel documentare annualmente in PF e misurare:
   - il progresso, a livello nazionale e regionale, verso il raggiungimento degli Obiettivi strategici, documentando, nei modi e tempi stabiliti dai sistemi informativi e di sorveglianza disponibili, il cambiamento osservato negli indicatori degli Obiettivi strategici rispetto al trend o al valore puntuale atteso;
   - entro il 2020 l'avvenuta attivazione delle Azioni centrali (Capitolo 4);
   - a partire dal 2021 lo stato di avanzamento delle Azioni centrali.

## 6.7 Criteri di certificazione

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

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

9. Gli indicatori certificativi sono:

   - ✓ per i PP, tutti gli Indicatori di monitoraggio (sia quelli degli obiettivi relativi alle Azioni trasversali sia quelli degli obiettivi specifici);
   - ✓ per i PL, gli Indicatori di monitoraggio degli obiettivi relativi alle Azioni trasversali.

## 6.8 Le schede dei Programmi Predefiniti

**PROGRAMMA PREDEFINITO PP1 "SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE"**

| | |
|---|---|
| **TITOLO** | **PP1 "Scuole che Promuovono Salute"** |
| **MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO** | **MO1 Malattie croniche non trasmissibili** |
| **OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI** | - 1.7 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale<br>- 1.8 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei *setting* di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale<br>- 1.11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva<br>- 1.12 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute<br>- 1.13 Favorire la formazione di tutti i componenti della ristorazione collettiva scolastica, aziendale, ospedaliera e socio-assistenziale (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di *vending* (distributori), *stakeholder* (famiglie, lavoratori, pazienti, etc.)<br><br>- 2.1 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale<br>- 2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui<br>- 2.3 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti<br>- 2.5 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato<br><br>- 3.1 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani)<br>- 3.2 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici<br>- 3.5 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente<br><br>- 4.6 Favorire nei giovani l'acquisizione di competenze specifiche in materia di SSL<br><br>- 5.1 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute<br>- 5.4 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico<br>- 5.8 Promuovere e supportare interventi intersettoriali per rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili<br>- 5.9 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor<br>- 5.10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche<br>- 5.13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari avversi causati dalla gestione dei rifiuti<br>- 5.14 Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute<br><br>- 6.21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST |

| | |
|---|---|
| **LEA DI RIFERIMENTO** | **DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**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**<br>- F1: Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)<br>- F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione<br>- F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale<br>- F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol<br>- F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica<br>- F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari<br>- F9 Prevenzione delle dipendenze<br>**Area B. Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati**<br>- B3: Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica<br>- B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato<br>- B6 Promozione della sicurezza stradale<br>- B7 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo<br>- B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)<br>**Area C. Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**<br>- C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani<br>**Area E. Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori**<br>• E6 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04*<br>- *(* abrogato e sostituito dal Regolamento UE 2017/625)* |
| **DESCRIZIONE** | Il Programma prevede di strutturare tra "Scuola" e "Salute" un percorso congiunto e continuativo che includa formalmente la promozione della salute, il benessere e la cultura della sicurezza e della legalità all'interno del sistema educativo di istruzione e formazione con una visione integrata, continuativa e a medio/lungo termine, secondo i principi dell'azione intersettoriale e della pianificazione partecipata, in coerenza con le norme e i programmi nazionali.<br>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:<br>- Ambiente formativo (didattica, contenuti, sistemi di valutazione);<br>- Ambiente sociale (relazioni interne ed esterne, clima organizzativo, regole);<br>- Ambiente fisico (ubicazione, struttura, spazi adibiti ad attività fisica/pratica sportiva, attività all'aperto laboratori, ristorazione, aree verdi);<br>- Ambiente organizzativo (servizi disponibili: mensa/merende, trasporti, accessibilità, fruibilità extrascolastica, *policy* interne).<br>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:<br>1. la promozione di competenze individuali e capacità d'azione (*life skills*);<br>2. il miglioramento dell'ambiente fisico e organizzativo;<br>3. il miglioramento dell'ambiente sociale;<br>4. la collaborazione con la comunità locale (Enti Locali, Associazioni, ecc.).<br>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.<br>Il processo di diffusione e sviluppo del Programma è sostenuto da:<br>- accordi intersettoriali tra sistema sanitario e sistema scolastico finalizzati alla *governance* integrata;<br>- 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);<br>- accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possono sostenere/contribuire alle azioni di promozione della salute dell'intera comunità scolastica;<br>- offerta di programmi preventivi *life skills oriented* validati;<br>- promozione e supporto alla nascita e implementazione di Reti regionali di Scuole che Promuovono salute;<br>- attività di monitoraggio e *governance*.<br>Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto. |
| **SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI** | Le "Scuole che Promuovono salute" [1,2] si basano sull'"Approccio globale alla salute" e sui principi di equità, sostenibilità, inclusione, *empowerment* e democrazia. Gli obiettivi riguardano congiuntamente sia l'ambito educativo sia quello della salute. Tale approccio, a livello internazionale, comprende sei componenti:<br>1. Competenze individuali e capacità d'azione;<br>2. Ambiente sociale;<br>3. *Policy* scolastica per la promozione della salute;<br>4. Ambiente fisico e organizzativo;<br>5. Collaborazione comunitaria;<br>6. Servizi per la salute.<br>Le evidenze mostrano che [3,4,5,6]:<br>• 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;<br>• 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;<br>• le azioni basate su molteplici determinanti di salute sono più efficaci nell'ottenere risultati di salute ed educativi;<br>• le sei componenti della Scuola che Promuove Salute hanno dimostrato la loro efficacia sia rispetto agli *outcome* di salute sia rispetto a quelli educativi;<br>• le sei componenti della Scuola che Promuove Salute sono direttamente legate alla riduzione delle disuguaglianze.<br>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]:<br>• equità<br>• educazione e formazione degli insegnanti<br>• cultura della scuola<br>• partecipazione e senso di appartenenza degli studenti<br>• collegamento tra promozione della salute e compiti fondamentali della scuola<br>• coinvolgimento dei genitori e di altri adulti di riferimento<br>• salute e benessere del personale scolastico<br>Infine, risulta cruciale il dialogo crescente e costante tra la Scuola e la Sanità [11, 12].<br><br>*1. SHE (2009). Better school through health – The third European Conference on Health promoting Schools –* |

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">Vilnius Resolution<br>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<br>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<br>4. IUHPE (2010). Promoting Health in Schools: From evidence to Action<br>5. Young, St Leger, Buijs (2013). School health promotion: evidence for effective action. Background paper SHE Factsheet 2<br>6. SHE (2018). School health promotion – Evidence for effective action on inequalities. SHE Factsheet 4<br>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.<br>8. Comunità Europea (2018). Raccomandazione del Consiglio relativa alle competenze chiave per l'apprendimento permanente. Fascicolo interistituzionale 2018/0008 (NLE).<br>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<br>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.<br>11. IUHPE (2012). Facilitating Dialogue between the Health and Education Sectors to advance School Health Promotion and Education<br>12. Accordo Stato Regioni 17.01.2019 "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute" Ministero della Salute – Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con MIUR-USR e con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore e altri stakeholder, finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting Scuola valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico.</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td>2. Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione da parte delle Scuole:<br>• dell'"Approccio globale alla salute";<br>• di cambiamenti sostenibili dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.<br>3. Garantire opportunità di formazione a Dirigenti, Insegnanti, altro personale della Scuola, amministratori locali, agenzie educative e altri stakeholder.</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td>4. Costruire strumenti di comunicazione sulla Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) e organizzare interventi di comunicazione ed informazione rivolti ai diversi stakeholder.</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td>5. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative.</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td>6. Diffondere l'adozione dell'"Approccio globale alla salute" nelle Scuole, promuovendo contestualmente la diffusione di modelli educativi e programmi preventivi orientati alle life skills e la realizzazione di azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo<br>7. Predisporre un Documento regionale descrittivo dei programmi preventivi orientati alle life skills e delle azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (c.d. "Documento regionale di pratiche raccomandate")<br>8. Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole sviluppando/sostenendo la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute.</td></tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| **INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP** | **INTERSETTORIALITÀ** | **1. Accordi intersettoriali (a)**<br>• 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)<br>• Standard: 1 Accordo entro il 2022<br>• Fonte: Regione |
| | | **2. Accordi intersettoriali (b)**<br>• 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.)<br>• Standard: Almeno 2 Accordi entro il 2025<br>• Fonte: Regione |
| | **FORMAZIONE** | **3. Formazione congiunta "Scuola – Sanità" per la condivisione del modello Scuole che Promuovono Salute**<br>• Formula: presenza di offerta formativa per operatori sanitari, dirigenti/insegnanti sul modello Scuole che Promuovono Salute<br>• Standard: realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, progettato e gestito insieme alla Scuola, entro il 2022<br>• Fonte: Regione e MIUR – USR |
| | | **4. Formazione operatori sanitari, socio-sanitari, insegnanti e altri *stakeholder***<br>• 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"<br>• Standard: realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del PRP, a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione e MIUR - USR |

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td>COMUNICAZIONE</td><td>5. Comunicazione per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti<ul><li>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</li><li>Standard:<ul><li>progettazione e produzione di almeno 2 strumenti/materiali (uno riguardante l’approccio e uno riguardante i risultati raggiunti) a carattere regionale entro il 2022</li><li>realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione/diffusione dei risultati, ogni anno dal 2023 al 2025</li><li>realizzazione di almeno 2 iniziative di comunicazione/diffusione (una riguardante l’approccio e una riguardante i risultati raggiunti) a livello regionale nel 2025</li></ul></li><li>Fonte: Regione</li></ul></td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td>6. Lenti di equità<ul><li>Formula: adozione dell’HEA</li><li>Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell’HEA, ogni anno a partire dal 2022</li></ul></td></tr>
<tr><td>INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td colspan="2">7. Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l’adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell’ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo (“Documento regionale di pratiche raccomandate”)<ul><li>Formula: presenza</li><li>Standard: disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali</li><li>Fonte: Regione</li></ul></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">8. Sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”<ul><li>Formula: presenza</li><li>Standard:<ul><li>Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022</li><li>Disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023</li></ul></li><li>Fonte: Regione</li></ul></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">9. Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute<ul><li>Formula: presenza di 1 Rete regionale di “Scuole che Promuovono Salute” formalizzata da MIUR - USR</li><li>Standard: Rete regionale formalizzata entro il 2022</li><li>Fonte: MIUR - USR.</li></ul></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">10. Istituti raggiunti dal Programma – Adesione alla Rete<ul><li>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</li><li>Standard: almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro 2024; almeno il 30% entro il 2025</li><li>Fonte: Regione, Anagrafe MIUR (“Scuole in chiaro”)</li></ul></td></tr>
</table>

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

## PROGRAMMA PREDEFINITO PP2 "COMUNITÀ ATTIVE"

| | |
|---|---|
| **TITOLO** | **PP2 "Comunità attive"** |
| **MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO** | **MO1 Malattie croniche non trasmissibili** |
| **OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI** | - 1.8 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei *setting* di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale<br>- 1.10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia<br>- 1.17 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità<br>- 1.18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane<br>- 1.19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità<br><br>- 5.1 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute<br>- 5.8 Promuovere e supportare interventi intersettoriali per rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, includendo in particolare i bambini<br>- 5.9 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor |
| **LEA DI RIFERIMENTO** | **DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:**<br>**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:**<br>- F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute"<br>- F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione<br>- F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale<br>- F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati**<br>- B3 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica |

| | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE** | Il Programma mira a promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età per contribuire al controllo delle MCNT e ridurne le complicanze. Per raggiungere l'obiettivo complessivo dell'adozione di corretti stili di vita, va facilitato il coinvolgimento delle persone con disabilità, quelle portatrici di disagio psichico o disturbo mentale, quelle che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità, solitamente meno attive e più difficili da raggiungere e coinvolgere.<br>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.<br>Tali strategie, pertanto, sono finalizzate a:<br>• 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;<br>• 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;<br>• 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;<br>• 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;<br>• sensibilizzare la popolazione sull'importanza di uno stile di vita attivo e dello sport come strumento per il benessere psico-fisico;<br>• coinvolgere le persone e le comunità per favorire l'acquisizione di autonomia e proattività nella gestione della salute e del benessere (*engagement).*<br>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:<br>a) interventi finalizzati alla creazione di contesti specifici idonei alla promozione dell'attività motoria con interventi strutturali e ambientali;<br>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;<br>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);<br>d) azioni di comunicazione, informazione e formazione, rivolti sia alla popolazione che agli operatori sanitari.<br>Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto. |
| **SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI** | Inattività fisica e sedentarietà contribuiscono al carico di malattie croniche ed impediscono un invecchiamento in buona salute, con un impatto maggiore nelle aree e nei gruppi di popolazione più svantaggiati. Attività ed esercizio fisico non solo contribuiscono in ogni età a migliorare la qualità della vita, ma influiscono positivamente sulla salute, sul benessere e sull'adozione di altri stili di vita salutari, anche attraverso processi di inclusione ed aggregazione nella società. Promuovere l'attività fisica è un'azione di sanità pubblica prioritaria che tuttavia necessita di strategie integrate che tengano conto del peso dei determinanti economici e politici di settori quali la pianificazione urbanistica e dei trasporti, l'istruzione, l'economia, lo sport e la cultura e coinvolgano, quindi, il più ampio numero di *stakeholder*, riconoscendo identità e ruoli.<br>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 |

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">individuale, sia nei soggetti sani che in quelli affetti da patologie croniche, migliorando in entrambi il livello di efficienza fisica e benessere.<br><br>1. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world- World Health Organization 2018<br>http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf<br>2. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; accessed 12 June 2015<br>http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/<br>3. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025 –OMS<br>http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025<br>4. Documento programmatico "Guadagnare salute". DPCM 4 maggio 2007 –Ministero della salute<br>http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf<br>5. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 - Ministero della salute<br>http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf<br>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).<br>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</td></tr>
<tr><td rowspan="4">OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. Sviluppare e consolidare processi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di Accordi con Enti locali, Istituzioni, Terzo settore ed associazioni sportive e altri stakeholder per facilitare l'attuazione di iniziative favorenti l'adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita (scuola, lavoro, comunità), il contrasto alla sedentarietà e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati<br>2. Promuovere il coinvolgimento multidisciplinare di operatori sanitari e non sanitari per la realizzazione di attività di sensibilizzazione e per l'attuazione di programmi di attività fisica e/o sportiva adattata all'età</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td>3. Organizzare percorsi di formazione comune rivolta ai professionisti dei settori coinvolti, per lo sviluppo di conoscenze, competenze, consapevolezze e la condivisione di strumenti per la promozione di uno stile di vita sano e attivo<br>4. Organizzare percorsi di formazione al counseling breve per gli operatori del SSN coinvolti</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td>5. Costruire strumenti di comunicazione e organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td>6. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td>7. Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali<br>8. Implementare programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei fattori di rischio per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità<br>9. Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica in tutte le fasce d'età, facilitando l'inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità<br>10. Effettuare una mappatura dell'offerta di opportunità per l'attività motoria e sportiva presenti nel territorio e fornire adeguata informazione ai cittadini sulle relative modalità di accesso e fruizione.</td></tr>
<tr><td colspan="2">INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>1. Accordi intersettoriali<br>• Formula: presenza di Accordi formalizzati tra Sistema Sanità e altri stakeholder<br>• Standard: almeno 1 Accordo regionale entro il 2022<br>• Fonte: Regione</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| | **2. Formazione intersettoriale**<br>• Formula: Presenza di offerta formativa comune per operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) ed altri *stakeholder*<br>• Standard: Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione |
| | **3. Formazione sul *counseling* breve**<br>• Formula: presenza di offerta formativa per gli operatori del SSN (inclusi MMG e PLS) finalizzata all'acquisizione di competenze sul *counseling* breve<br>• Standard:<br>- disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target formativo, entro il 2021<br>- realizzazione di almeno 1 intervento di formazione per anno, a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione |
| | **4. Comunicazione ed informazione**<br>• Formula: Disponibilità e realizzazione di interventi di comunicazione ed informazione rivolti sia alla popolazione sia ai diversi *stakeholder*<br>• Standard: Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione |
| | **5. Lenti di equità**<br>• Formula: adozione dell'HEA<br>• Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione |
| **INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA** | **6. Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età**<br>• 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<br>• Standard: 20% Comuni entro il 2023; 50% Comuni entro il 2025<br>• Fonte: Regione |
| | **7. Programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani)**<br>• 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<br>• Standard: 50% ASL entro il 2023; 100% ASL entro il 2025<br>• Fonte: Regione |

## PROGRAMMA PREDEFINITO PP3 "LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO SALUTE"

| | |
|---|---|
| **TITOLO** | **PP3 "Luoghi di lavoro che promuovono salute"** |
| **MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO** | **MO1 Malattie croniche non trasmissibili** |
| **OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI** | - 1.7 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale<br>- 1.8 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei *setting* di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale<br>- 1.11 Migliorare l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva<br>- 1.12 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute<br>- 1.13 Favorire la formazione di tutti i componenti della ristorazione collettiva scolastica, aziendale, ospedaliera e socio-assistenziale (operatori scolastici, sanitari, ditte di ristorazione, ditte di vending (distributori), *stakeholder* (famiglie, lavoratori, pazienti, etc.)<br>- 2.1 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale<br>- 2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui<br>- 2.3 Aumentare/migliorare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti<br>- 2.6 Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno<br>- 3.1 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani)<br>- 3.2 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici<br>- 3.5 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente<br>- 4.6 Favorire nei giovani l'acquisizione e competenze specifiche in materia di SSL<br>- 5.1 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute<br>- 5.4 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico<br>- 5.8 Promuovere e supportare interventi intersettoriali per rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, includendo in particolare i bambini<br>- 5.9 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor<br>- 5.10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche |

| | |
|---|---|
| | - 5.13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari causati dalla gestione dei rifiuti<br><br>- 6.21 Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST |
| **LEA DI RIFERIMENTO** | **DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**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**<br>- F1: Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)<br>- F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione<br>- F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale<br>- F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol<br>- F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica<br>- F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari<br>- F9 Prevenzione delle dipendenze<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati**<br>- B3: Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica<br>- B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato<br>- B6 Promozione della sicurezza stradale<br>**Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:**<br>- C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani<br>**Area E: Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori:**<br>- E6 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04*<br>*(* abrogato e sostituito dal Regolamento UE 2017/625)* |
| **DESCRIZIONE** | Il Programma sostiene la promozione della salute negli ambienti di lavoro, secondo il modello *Workplace Health Promotion* (*WHP*) raccomandato dall'OMS, presidiando specificatamente la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative e la promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute mediante cambiamenti organizzativi che incoraggino e facilitino l'adozione di stili di vita salutari.<br>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.*<br>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.<br>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).<br><br>Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto. |
| **SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI** | La promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP) è stata identificata dall'OMS come una delle strategie efficaci nell'ambito delle politiche di promozione della salute[1,2]. Numerose evidenze sostengono che l'implementazione di WHP può produrre potenziali benefici sia in termini di salute, sia di diminuzione delle assenze dal lavoro [3,4]. Altri studi hanno segnalato la presenza di possibili effetti positivi di programmi WHP sul fenomeno del "presentismo"[5].<br><br>Più consolidati in letteratura, con risultati efficaci, sono gli interventi realizzati sui luoghi di lavoro per il contrasto del fumo di tabacco, ed in particolare i programmi di gruppo, il *counseling* individuale le terapie farmacologiche[6]. Per quanto riguarda la prevenzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze d'abuso[7-8], la letteratura evidenzia l'importanza dello sviluppo, nei diversi contesti, di pratiche organizzative finalizzate al rafforzamento di atteggiamenti protettivi e preventivi, con particolare riferimento alla riduzione della condizione di "tolleranza disfunzionale"[9 -10-11]. Inoltre, i lavoratori che partecipano a programmi *drug-free* di provata efficacia riportano un più alto grado di produttività riducendo infortuni, turnover, assenteismo[12].<br><br>Una revisione di letteratura sottolinea che i programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro inerenti ad attività fisica, alimentazione, cessazione del fumo, hanno un'efficacia anche su una serie di *outcome* come la salute percepita, l'assenza da lavoro per malattia, la produttività sul lavoro, la *work ability*[20].<br><br>Un ambito di particolare interesse, in relazione alla situazione epidemiologica, riguarda la gestione ed il reinserimento di lavoratori con malattie croniche o disabilità psicosociali: la tutela della salute è strettamente correlata alla protezione del capitale umano e dell'investimento nella formazione di professionisti[13]. La Commissione Europea già da diversi anni si occupa di Responsabilità Sociale di Impresa e ha sottolineato l'importanza per le aziende di investire sul capitale umano, sull'ambiente, sul rapporto con il territorio in cui è inserita e con tutte le parti interessate, considerando queste attività un investimento per migliorare sia l'ambiente di lavoro sia l'immagine dell'azienda e dei prodotti in termini di marketing[14].<br><br>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.<br><br>In termini di *effectiveness*, una Buona Pratica è rappresentata dal Programma "Luoghi di lavoro che Promuovono salute – Rete WHP Lombardia" (PRP 2015 – 2019)[17], validato dalle seguenti iniziative della Commissione Europea: *Joint Action Chrodis* [18] e *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*[19].<br><br>1. *WHO European Office. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.*<br>2. *WHO. Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policimakers and practitioners. 2010 Ginevra*<br>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*<br>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*<br>5. *Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Côté P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. BMC Public Health. 2011 May 26; 11:395. doi: 10.1186/1471-2458-11-395.* |

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">Review.<br>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.<br>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<br>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<br>9. ILO, Samsha e Bennet, Team Awareness, EMCDDA):<br>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.<br>11. Bennett, J., Bartholomew, N., Reynolds, G., & Lehman, W. (2002). Team Awareness facilitator manual. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research.<br>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<br>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<br>14. Commissione delle Comunità Europee (2011). Libro verde sulla tutela dei consumatori nell'Unione Europea. Enterprise Pubblications, Bruxelles<br>15. Dors, Regione Piemonte “Promuovere salute nel luogo di lavoro Evidenze, modelli e strumenti” https://www.dors.it/documentazione/testo/201703/ReportPRP3_dicembre2016.pdf<br>16. Ontario Workplace Coalition. The Comprehensive Workplace Health Model. https://owhc.ca/<br>17. https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/setting/luoghi-di-lavoro<br>18. http://chrodis.eu/good-practice/lombardy-workplace-health-promotion-network-italy/<br>19. https://ec.europa.eu/eip/ageing/repository/search/lombardia_en<br>20. Rongen A et al. Workplace Health Promotion. A meta-analysis of effectiveness. Am J Prev Med 2013; 44 (4): 406–415</td></tr>
<tr><td rowspan="4">OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td colspan="2">1. Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità, competente e consapevole, dei datori di lavori nel riorientare le prassi organizzative e migliorare gli ambienti</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td colspan="2">2. Garantire opportunità di formazione dei professionisti sanitari e medici</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td colspan="2">3. Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td colspan="2">4. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza dei datori di lavoro sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze di salute, delle prassi organizzative</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td colspan="2">5. Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l’adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita<br>6. Predisporre un Documento regionale descrittivo dei suddetti interventi (c.d. “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)</td></tr>
<tr><td colspan="2">INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma<br>• Formula: presenza di Accordi formalizzati<br>• Standard: almeno 1 Accordo di carattere regionale entro il 2022<br>• Fonte: Regione</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3"></td><td>FORMAZIONE</td><td>2. Formazione dei Medici Competenti al counseling breve<ul><li>Formula: presenza di offerta regionale di programmi formativi validati (anche FAD)</li><li>Standard: realizzazione di almeno 1 percorso formativo entro il 2022</li><li>Fonte: Regione</li></ul></td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td>3. Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni<ul><li>Formula: Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale</li><li>Standard:<br>- progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2022<br>- realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2023</li><li>Fonte: Regione</li></ul></td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td>4. Lenti di equità<ul><li>Formula: adozione dell’HEA</li><li>Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell’HEA, ogni anno a partire dal 2022</li><li>Fonte: Regione</li></ul></td></tr>
<tr><td rowspan="2">INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td colspan="2">5. Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere (“Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”)<ul><li>Formula: presenza</li><li>Standard: disponibilità di 1 Documento entro il 2022 con possibili aggiornamenti annuali</li><li>Fonte: Regione</li></ul></td></tr>
<tr><td colspan="2">6. Disponibilità di un sistema di monitoraggio regionale per la rilevazione della realizzazione degli interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”<ul><li>Formula: presenza</li><li>Standard:<br>- Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022<br>- Disponibilità e utilizzo del sistema ogni anno a partire dal 2023</li><li>Fonte: Regione</li></ul></td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| | **7. Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (a)**<br>• 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<br>• Standard: almeno il 10% entro il 2023; almeno il 20% entro il 2025<br>• Fonte: Regione |
| | **8. Luoghi di lavoro raggiunti dal Programma (b)**<br>• 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<br>• Standard: almeno il 20% entro il 2023; almeno il 50% entro il 2025<br>• Fonte: Regione - Ministero |

## PROGRAMMA PREDEFINITO PP4 "DIPENDENZE"

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

| | |
|---|---|
| | alla salute globale del lavoratore<br><br>5.1 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute<br>5.8 Promuovere e supportare interventi intersettoriali per rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione, includendo in particolare i bambini<br><br>6.8 Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C<br>6.19 Attivare esperienze di screening gratuiti delle IST (es. Clamidia, Gonorrea, etc.) sulla popolazione<br>6.20 Incrementare e favorire strategie parallele, secondo il modello fondato sui CBVCT*, che promuovano l'esecuzione del Test HIV e del *counseling* nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari<br>6.21Pianificare interventi di sensibilizzazione sulle popolazioni giovanili in materia di HIV/AIDS/ IST |
| **LEA DI RIFERIMENTO** | **DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:**<br>**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:**<br>- F1: Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)<br>- F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione<br>- F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale<br>- F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol<br>- F9 Prevenzione delle dipendenze<br>**Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:**<br>- C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani<br>**Articolo 28**<br>- Art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche |
| **DESCRIZIONE** | Il Programma è orientato allo sviluppo di funzioni previsionali e strategiche di intervento di prevenzione delle diverse forme di dipendenza da sostanze e comportamenti e in relazione a fenomeni emergenti di particolare rilievo per salute della popolazione generale connessi all'impatto di nuove forme/modalità di diffusione e approccio alle sostanze d'abuso legali e illegali (con particolare riferimento all'eroina e all'alcol), delle nuove tecnologie e dei device, dell'offerta di gioco d'azzardo lecito, anche online.<br>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:<br>• 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;<br>• 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;<br>• 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;<br>• 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.<br>Più specificatamente, il Programma punta a:<br>• 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;<br>• 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");<br>• 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;<br>• 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.;<br>• 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;<br>• 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).<br>Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto. |
| **SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI** | La prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamenti ricade nell'ambito di competenza di più organizzazioni/enti e, per questo, deve orientare tutte le politiche[1]; da qui discende l'importanza del coordinamento multilivello tra gli attori in gioco. Accanto a questo, la letteratura evidenzia i fattori principali che contribuiscono al successo di azioni preventive ad ampio raggio, quali[2]:<br>- avere linee programmatorie comuni entro cui operano in partnership gruppi di lavoro locali supportati da un sistema organizzativo formale;<br>- implementare programmi di provata efficacia;[3-4]<br>- valutare e monitorare la qualità dell'implementazione e l'efficacia dei risultati;[5]<br>- fornire occasioni di aggiornamento e formazione ai gruppi di lavoro coinvolti.<br>L'utilità e l'efficacia di un approccio intersettoriale e multilivello è stata verificata da ampi studi[6-7].<br>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].<br>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].<br>Oltre agli interventi di *empowerment* a livello comunitario, nell'ottica di dare concretezza in un contesto programmatorio, strategico e operativo quanto più possibile integrato ai "nuovi LEA" relativi alla riduzione del danno, è valorizzata l'integrazione con programmi specifici di *Outreach* in prossimità dei luoghi e locali dell'aggregazione e del divertimento notturno (discoteche, club, luoghi autorizzati) che – in linea con le indicazioni europee[14-15-16] - hanno come obiettivo la limitazione dei rischi legati al consumo di sostanze psicotrope (overdosi, diffusione di patologie infettive, principalmente HIV, HCV, HBV e IST, incidenti stradali, etc.). In contesti caratterizzati da |

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">condizioni di rischio sociale elevato (es. party autorizzati, free party, street parade, raves, free parties, goa party, teknival), i programmi di intervento richiedono una modulazione ad hoc[17-18]. Infine, per quanto riguarda i programmi di prevenzione dell'uso problematico di sostanze, le linee guida europee e nazionali raccomandano interventi "a bassa soglia"[19-20-21-22], che permettono il raggiungimento di target di popolazione altrimenti nascosti e sommersi (cd zona grigia) al fine di minimizzare i rischi di un aggravarsi della loro situazione sanitaria nonché della loro marginalità sociale, economica, relazionale.<br><br>
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<br>
1. Spoth R, Greenberg M, Am J Community Psychol (2011) 48:106–119,<br>
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,<br>
3. https://www.lifeskillstraining.com/, http://www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia/, http://www.strengtheningfamiliesprogram.org/<br>
4. EDPQS (http://prevention-standards.eu/),<br>
5. http://www.prosper.ppsi.iastate.edu/<br>
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<br>
7. Glenn Laverack "Health Promotion Practice. Building Empowered Communities". Ed. McGraw Hill, Berkshire England, 2007<br>
8. Tavolo Tecnico Regionale prevenzione dipendenze di Regione Lombardia, Linee guida regionali popolazione generale, 2008<br>
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.<br>
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.<br>
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<br>
12. http://www.yli.org<br>
13. Manual: Set of standards to improve the health and safety of recreational night life venues, IREFREA, European Union Project, Novembre 2011. Link:<br>
14. http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou%5CSource%5CActivities%5CEXASS%5CGuide_SaferNight Life_en.pdf<br>
15. NEWIP (Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project) Standards European Project. Link: www.safernightlife.org<br>
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.<br>
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.<br>
18. EMCDDA, Outreach work among drug users in Europe: concepts, practice and terminology, Insights n.2, 2002<br>
19. EMCDDA, Data-collection at Low-threshold services for Drug Users: Tools, Quality and Coverage, 2002<br>
20. EMCDDA, Harm reduction: evidence, impact and challenges, Monography, 2010.<br>
21. Ministero della Sanità, Linee guida sugli interventi di riduzione del danno, 1999. Roma; P. Meringolo, 2001</td></tr>
<tr><td rowspan="2">OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. Sviluppare collaborazioni intersettoriali finalizzate ad attivare il ruolo e la responsabilità di tutti gli Attori, istituzionali e non, del territorio</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td>2. Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale a Decisori, Policy maker, Amministratori locali, altri Stakeholder, Operatori di tutte le Agenzie e Organizzazioni educative e sociali presenti nel territorio<br>3. Svolgere attività di formazione rivolta ai referenti istituzionali in materia di dipendenze basati su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum<br>4. Svolgere attività di formazione sul counseling breve rivolte agli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari (inclusi MMG e PLS)<br>5. Favorire a livello regionale e locale la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali</td></tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| | **COMUNICAZIONE** | 6. Promuovere la diffusione di conoscenze aggiornate (anche in ottica previsionale), competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione di un approccio integrato e cambiamenti sostenibili di prassi organizzative – sociali – educative per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute in ottica preventiva |
| | **EQUITÀ** | 7. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto in termini di disuguaglianza delle azioni programmate |
| **OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA** | | 8. Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno, dei trend e dei modelli di intervento di maggiore successo a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative<br>9. Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie *evidence based* (quali *life skills education* e *peer education*) e "azioni raccomandate e sostenibili", con approccio *life course* differenziato per genere e per setting<br>10. Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di *empowerment* e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo<br>11. Progettare ed attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all' intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato<br>12. Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi mobili e *Drop in* per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA<br>13. Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari |
| **INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP** | | **1. Accordi intersettoriali**<br>• 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.)<br>• Standard: Almeno 1 accordo entro il 2022<br>• Fonte: Regione |
| | | **2. Formazione (a)**<br>• Formula: disponibilità di un programma di formazione congiunta e intersettoriale, che preveda la partecipazione degli operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS) e di rappresentanze di tutti gli Attori coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal Programma, che includa il tema della progettazione partecipata di interventi interdisciplinari e intersettoriali<br>• Standard: realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione |
| | | **3. Formazione (b)**<br>• Formula: disponibilità di percorsi formativi per gli attori coinvolti su *European drug prevention quality standards* e *EUPC Curriculum* (programmi validati)<br>• Standard: Almeno 1 percorso formativo, entro il 2022<br>• Fonte: Regione |

| | |
|---|---|
| | **4. Formazione (c)**<br>• 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).<br>• Standard: realizzazione di almeno un percorso formativo ogni anno a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione |
| | **5. Comunicazione ed informazione**<br>• Formula: Realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sociale (compreso il marketing sociale) mirati a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, genitori, educatori sociali, operatori, associazioni, ecc.)<br>• Standard:<br>- progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di informazione e di comunicazione sociale entro il 2022<br>- almeno un intervento di comunicazione sociale, a carattere sperimentale, entro il 2023<br>- realizzazione di almeno un intervento di comunicazione sociale ogni anno a partire dal 2024<br>• Fonte: Regione |
| | **6. Lenti di equità**<br>• Formula: adozione dell'HEA<br>• Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione |
| **OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA** | **7. Sistema di monitoraggio regionale**<br>• 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<br>• Standard:<br>- Progettazione /adattamento entro il 2022<br>- Disponibilità e utilizzo entro il 2023<br>• Fonte: Regione |
| | **8. Copertura (target raggiunti dal Programma)**<br>• 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<br>• Standard:<br>- almeno il 50% entro il 2023<br>- almeno l'80% entro il 2024<br>• Fonte: Regione |
| | **9. Copertura (target raggiunti dal Programma)**<br>• Formula: (N. Aziende Sociosanitarie che adottano Programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato) / (N. Aziende Sociosanitarie del territorio)*100<br>• Standard:<br>- almeno il 50% entro il 2023<br>- almeno l'80% entro il 2024<br>• Fonte: Regione |

| | |
|---|---|
| | **10. Copertura (target raggiunti dal Programma)**<br>• 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<br>• Standard:<br>- almeno il 50% entro il 2023<br>- almeno l'80% entro il 2025<br>• Fonte: Regione |
| | **11. Copertura (target raggiunti dal Programma)**<br>• 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<br>• Standard:<br>- almeno il 50% entro il 2023<br>- almeno l'80% entro il 2025<br>• Fonte: Regione |

## PROGRAMMA PREDEFINITO PP5 "SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA"

| | |
|---|---|
| **TITOLO** | **PP5 "Sicurezza negli ambienti di vita"** |
| **MACRO OBIETTIVI DI RIFERIMENTO DEL PROGRAMMA** | **MO3 Incidenti domestici e stradali** |
| **OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI** | - 3.1 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani)<br>- 3.2 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici<br>- 3.3 Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno nella comunità<br>- 3.5 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli che migliorano l'ambiente<br>- 1.7 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale<br>- 1.18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane<br>- 1.19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità<br>- 2.1 Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e le competenze di tutti i componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e rafforzando la collaborazione con la comunità locale<br>- 5.1 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute<br>- 5.4 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico<br>- 5.10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche |
| **LEA DI RIFERIMENTO** | **DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area B. Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati**<br>- B5: Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni<br>- B6 Promozione della sicurezza stradale<br>- B7 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo<br>**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**<br>- F1Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)<br>- F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione<br>- F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol<br>- F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica<br>- F9 Prevenzione delle dipendenze |
| **DESCRIZIONE** | Il Programma si concentra sulla promozione della sicurezza, sia domestica che stradale, all'interno delle comunità, coinvolgendo tutte le realtà attive territoriali. La sicurezza domestica e stradale è un bene di tutti e va promossa con un'azione integrata e trasversale tra tutti gli attori coinvolti (Enti locali, istituzioni, associazioni di categoria, privato sociale, ecc.).<br>La convinzione radicata nella maggior parte delle persone che la casa sia il luogo più sicuro in cui stare, porta a sottovalutare i rischi legati alla vita domestica. L'abitudine e la ripetitività dei gesti quotidiani determinano una sensazione di falsa sicurezza o una riduzione della soglia di attenzione o di guardia rispetto ad azioni potenzialmente pericolose o a situazioni in atto (per esempio |

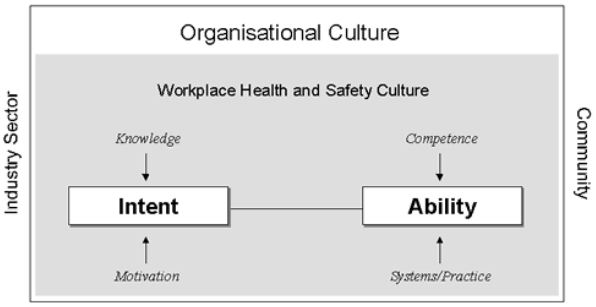
<table>
<tr><td></td><td colspan="2">caratteristiche della casa e in particolare degli impianti) che non rispettano gli standard di sicurezza.<br>La maggior parte degli incidenti domestici può essere evitata attraverso alcune modifiche nell'organizzazione della casa o semplici accorgimenti e precauzioni 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).<br>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.<br>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.<br>Il Programma presenta quindi tre aree di lavoro:<br>- 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).<br>- 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.<br>- Comunicazione: campagne di sensibilizzazione alla popolazione (comuni, farmacie, scuole guida, comunità…).<br>Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.</td></tr>
<tr><td>SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI</td><td colspan="2">- "La sicurezza dei pedoni: Un manuale sulla sicurezza stradale per decisori e professionisti" World Health Organization 2013 Tabella 4.1: Misure e interventi specifici per migliorare la sicurezza dei pedoni, le azioni di miglioramento della consapevolezza e dei comportamenti di pedoni e veicoli, come pure le azioni volte alla riduzione dell'esposizione dei pedoni al traffico veicolare, hanno efficacia dimostrata o promettente.<br>- 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.<br>- Http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74686/E84938.pdf?ua=1 - OMS Europa 2004<br>- Linea Guida Nazionale della prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani (ISS PNLG maggio 2009)<br>- Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica. Linea Guida Prevenzione. ISS-SNLG- NIEBP, novembre 2011)<br>- La Prevenzione degli incidenti domestici in età infantile, ISS-SNLG -NIEBP, febbraio 2017</td></tr>
<tr><td rowspan="4">OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. Sviluppare e consolidare processi intersettoriali tra il settore salute e altri stakeholder (Ufficio Scolastico Regionale, Direzioni Regionali, Università, ANCI, Enti locali/Città Metropolitane/ Province, INAIL, Associazioni di categoria e gruppi di interesse, Privato sociale, Forze dell'ordine, Prefettura, Motorizzazione civile) per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td>2. Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td>3. Sviluppare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione generale, con particolare riferimento alle fasce più a rischio</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td>4. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle azioni programmate</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td>5. Sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile<br>6. Estendere/implementare strategie e azioni per promuovere la sicurezza negli ambienti domestici<br>7. Promuovere interventi nell'ambito scolastico per diffondere la cultura della sicurezza<br>8. Aumentare l'autonomia personale nell'anziano attraverso la promozione dell'attività motoria e il corretto utilizzo dei farmaci<br>9. Estendere/implementare politiche per promuovere la mobilità sostenibile</td></tr>
<tr><td rowspan="4">INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. Accordi intersettoriali<br>• Formula: Presenza di accordi con soggetti esterni al sistema sanitario<br>• Standard: Almeno 1 accordo entro il 2022; almeno 2 accordi entro il 2025<br>• Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td rowspan="2">FORMAZIONE</td><td>2. Formazione Operatori sanitari e sociosanitari – ambito età pediatrica<br>• 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<br>• Standard: realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td>3. Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari – ambito anziani<br>• 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<br>• Standard: realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale per ogni anno di vigenza del Piano, a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td>4. Comunicazione e informazione<br>• Formula: Disponibilità di iniziative/strumenti/materiali di comunicazione per diffondere la cultura della sicurezza in ambiente domestico e sulla strada nelle comunità locali<br>• Standard: Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td>5. Lenti di equità<br>• Formula: adozione dell'HEA<br>• Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td colspan="2">INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td>6. Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) *<br>• Formula: (N. di Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) nei quali la ASL ha espresso un contributo nell'ambito del procedimento di VAS) / (N. totale di PUMS adottati, dal 2022) *100<br>• Standard: 30% di PUMS entro il 2023; 80% di PUMS entro il 2025<br>• Fonte: Regione<br>*Il PUMS è uno strumento di pianificazione strategica che, in un orizzonte temporale di medio-lungo periodo (10 anni), sviluppa una visione di sistema della mobilità urbana (preferibilmente riferita all'area della Città metropolitana, laddove definita), proponendo il raggiungimento di obiettivi di sostenibilità ambientale, sociale ed economica attraverso la definizione di azioni orientate a migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema della mobilità e la sua integrazione con l'assetto e gli sviluppi urbanistici e territoriali.</td></tr>
</table>

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

## PROGRAMMA PREDEFINITO PP6"PIANO MIRATO DI PREVENZIONE"

| | |
|---|---|
| **TITOLO** | **PP6 "Piano mirato di prevenzione"** |
| **MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO** | **MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali** |
| **OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI** | - 4.1 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale<br>- 4.2 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori<br>- 4.4 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medie e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti<br>- 4.5 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'*empowerment* e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa<br>- 4.8 Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la "conservazione attiva" della salute, ovvero verso la *Total worker health*<br>- 4.9 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di *Total worker health*<br><br>- 5.3 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)<br>- 5.4 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico |
| **LEA DI RIFERIMENTO** | **DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica:**<br>**Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:**<br>- C.2 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali<br>- C.3 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro<br>- C.6 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine<br>**Area B Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>- B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) |
| **DESCRIZIONE** | Il generale consolidamento dei flussi informativi relativi ai danni alla salute e ai rischi presenti negli ambienti di lavoro, ha permesso negli ultimi anni alle ASL di programmare attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, secondo criteri di priorità di rischio. Accanto alle attività programmate dalle ASL permangono le attività "su richiesta" (in parte programmabili sulla base dei dati storici) ovvero le segnalazioni, e le inchieste per infortunio grave o mortale o per sospetta malattia professionale.<br>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.<br>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.<br>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.<br>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*).<br>Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto. |
| | *Intent and ability are two components of a health and safety culture:*<br>** Intention: including values, beliefs and attitudes, and*<br>** Ability: including systems and practices* |
| | In questo contesto, sempre sulla base di priorità di rischio, anche, e in particolare, desunte dalle dinamiche di eventi infortunistici mortali (giacché è evidente come casi mortali e multipli possano porre le condizioni per una più alta sensibilità da parte delle imprese, ovvero per un'aspettativa di conoscenza – comprensione - tutela), è di fondamentale importanza sostenere i datori di lavoro nel percorso di autovalutazione del livello di sicurezza nella gestione dei rischi e nell'organizzazione della sicurezza aziendale.<br>Gli atti di indirizzo nazionali, regionali (linea guida, vademecum, check list) redatti, a partire da un bisogno specifico di tutele, possono consentire di estrapolare puntuali soluzioni organizzative, tecnologiche, strutturali concretamente attuabili e trasferibili, per il miglioramento dello stato di salute e sicurezza del lavoratore in azienda.<br>Tenendo conto di una valutazione combinata di evidenze quali ad esempio: l'andamento degli infortuni (anche mortali), l'andamento delle notifiche delle malattie professionali, le evidenze di non conformità rilevate nell'ambito delle pregresse attività di controllo, e le caratteristiche socio-economiche del tessuto produttivo regionale, è possibile individuare da parte di ogni Regione alcuni "ambiti" specifici, nei quali intervenire (con un PMP) secondo un approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore, ossia orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro) e ai lavoratori per il sostegno, l'autovalutazione e gestione dei rischi, facendo emergere l'opportunità e il bisogno di specifiche tutele (le cd soluzioni) non pienamente comprese ed applicate dalle imprese. |
| **SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI** | 1. *Progetto CCM 2016 "L'approfondimento dei fattori di rischio lavorativi e l'individuazione delle soluzioni per le aziende attraverso le attività di vigilanza e assistenza da parte delle Istituzioni"*<br>2. *Labour inspection. A guide to the profession. Wolfang Von Richthofen. International Labour Office. Geneva.*<br>3. *Official Journal of the European Union. Appointment of members of the Senior Labour Inspectors' Committee (205/C 10/02)*<br>4. *Resolution on "The role of SLIC in the Community Strategy on safety and health al work 2002-2006*<br>5. *Oficina International del Trabajo – OIT. Guìa de introduccion a los Sistemas Naccionales de Seguridad y Salud en el trabajo. Josè Luis Castellà*<br>6. *Work-related deaths. Investigators guide. British Transport Police, Association of Chief Police Officers, HSE, Crown Prosecution service, Local Governement Association*<br>7. *Los indicatores de la inspeccion de trabajo y seguridad social" M. V. Fernàndez*<br>8. *Experiencias sobre indicatores de efficacia en las inspecciones europeas" SLIC. M. V. Fernàndez. Bilbao 10 luglio 2002*<br>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)*<br>10. *How can effects of labour Inspection be measured? Nils-Petter Wedege, Deputy Director General The Norwegian Labour Inspection Authority. SLIC Billund. Nov 2002*<br>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*<br>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* |

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">13. Workplace Health and Safety Segmentation and Key Drivers. www.whss.govt.nz<br>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</td></tr>
<tr><td rowspan="4">OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td colspan="2">1. Sviluppare un confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell’ambito del Comitato di Coordinamento di cui all’art. 7 del D.Lgs. 81/2008</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td colspan="2">2. Organizzare percorsi di formazione per le aziende individuate e percorsi di formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td colspan="2">3. Produrre report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate<br>4. Elaborare e diffondere documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td colspan="2">5. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td colspan="2">6. Promuovere l’approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore orientato al supporto/assistenza alle imprese (ovvero ai datori di lavoro), al sostegno, alla autovalutazione e gestione dei rischi, al ruolo dei lavoratori (RLS) nell’organizzazione della salute e sicurezza aziendale, tramite l’ attivazione di un Piano Mirato di Prevenzione (PMP) in “settori” individuati in ciascuna Regione sulla base delle specificità territoriali (diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. Intersettorialità<br>• Formula: Confronto nei tavoli territoriali, con le parti sociali e datoriali, strutturato all’interno del Comitato ex art 7 d.lgs 81/2008<br>• Standard: almeno 2 incontri annui (livello regionale/territoriale) con redazione dei relativi verbali<br>• Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td>2. Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio<br>• Formula: Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione<br>• Standard: almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)<br>• Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td>3. Comunicazione<br>• Formula: Attività di restituzione dei risultati e diffusione di buone prassi in ordine all’approccio “sistemico” del rischio<br>• Standard: almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti<br>• Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>EQUITÀ</td><td>4. Lenti di equità<br>• Formula: adozione dell’HEA<br>• Standard: Progettazione, applicazione e monitoraggio e documentazione dell’HEA, ogni anno a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td colspan="2">INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td colspan="2">5. Progettazione e realizzazione, da parte di ogni Regione, di PMP rivolti ad aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura<br>• Formula: n. di PMP “attuati” * su aziende di settori produttivi diversi dai comparti Edilizia e Agricoltura<br>• Standard: maggiore o uguale a 3<br>• Fonte: Regione<br><br>* Per attuazione del PMP si intende la completa esecuzione delle fasi ed attività indicate nello specifico paragrafo del MO4</td></tr>
</table>

## PROGRAMMA PREDEFINITO PP7 "PREVENZIONE IN EDILIZIA ED AGRICOLTURA"

<table>
<tr><td>TITOLO</td><td>PP7 "Prevenzione in Edilizia ed Agricoltura"</td></tr>
<tr><td>MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO</td><td>MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali</td></tr>
<tr><td>OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI</td><td>- 4.4 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medie e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti<br>- 4.5 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa<br>- 4.8 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total worker health<br>- 4.9 Incentivare, orientare e monitorare le azioni di welfare aziendale più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore<br><br>- 5.3 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)<br>- 5.4 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico<br>- 5.7 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon<br>- 5.10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche</td></tr>
<tr><td>LEA DI RIFERIMENTO</td><td>DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica<br>Area B Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati<br>- B.3 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica, relativamente ad edilizia rurale e interferenze con abitato<br>- B.13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di prodotti fitosanitari<br>Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:<br>- C.1 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro<br>- C.2 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali<br>- C.3 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro<br>- C.4 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro<br>- C.5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani<br>- C.6: Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine<br>Area D Salute animale e igiene urbana veterinaria<br>- D.3 Procedura di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche, Geo-referenziazione delle aziende<br>- D.6 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffusive animali</td></tr>
<tr><td>DESCRIZIONE</td><td>Agricoltura ed edilizia sono tra i settori più esposti a rischio infortuni.<br><br>Tabella - Denunce d'infortunio in occasione di lavoro per settore di attività economica e anno di accadimen<br>Gestione industria e servizi Analisi della numerosità degli infortuni - Dati rilevati al 30 aprile 2019 (Fonte: IN
<table>
<tr><td rowspan="3">Settore di attività economica</td><td colspan="10">Anno di accadimento</td></tr>
<tr><td colspan="2">2014</td><td colspan="2">2015</td><td colspan="2">2016</td><td colspan="2">2017</td><td colspan="2">2018</td></tr>
<tr><td>valore assoluto</td><td>% sul totale settori</td><td>valore assoluto</td><td>%sul totale settori</td><td>valore assoluto</td><td>% sul totale settori</td><td>valore assoluto</td><td>% sul totale settori</td><td>valore assoluto</td><td>% su totale setto</td></tr>
<tr><td>A Agricoltura, silvicoltura e pesca</td><td>3.167</td><td>0,74%</td><td>2.838</td><td>0,69%</td><td>2.628</td><td>0,63%</td><td>2.557</td><td>0,61%</td><td>2.492</td><td>0,60</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

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

Le modalità di accadimento più frequenti negli infortuni mortali risultano essere le cadute dall'alto e la perdita di controllo dei mezzi utilizzati, molto spesso con il loro ribaltamento, come nel caso del trattore (dato confermato anche dall'Osservatorio Infortuni mortali e gravi in agricoltura che evidenzia la permanenza negli anni di circa 100 infortuni mortali l'anno da ribaltamento del trattore tra professionali e non). Peraltro, si teme una ulteriore recrudescenza in ragione del generale invecchiamento della popolazione lavorativa. L'analisi della banca dati Infor.MO sugli infortuni dei lavoratori, inserita nei Sistemi Informativi di INAIL, curata dal Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale (Dimeila) dell'INAIL ed alimentata dalle ASL, evidenzia sul totale dei 1.256 casi registrati nel periodo 2011-2015, 442 infortuni mortali di lavoratori anziani (> 55 anni), avvenuti principalmente nel settore agricolo (44%) e nelle costruzioni (24%). Per quanto riguarda la tipologia di impresa, gli infortuni sono accaduti essenzialmente nelle micro imprese, mentre risulta bassa la quota di casi avvenuti in aziende medio grandi, cioè > 50 addetti. In aumento sono altresì le malattie professionali.

All'interno del sistema istituzionale definito al Capo II, del D. Dlgs 81/08, costituito, in particolare, dal Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale (art. 5), dai Comitati regionali di coordinamento (art.7) e dalla Commissione consultiva permanente (art. 6), attraverso i c.d. Piani Nazionali, si è sviluppata e consolidata nel tempo una strategia per i settori Agricoltura ed Edilizia capace di coniugare azioni di prevenzione dei rischi utili ad elevare il livello di efficacia e di efficienza dell'intervento delle ASL nelle aziende del comparto.

Il contrasto agli infortuni, ed anche alle patologie lavoro correlate, in entrambi i settori si sviluppa - a partire dall'esperienza maturata dalle Regioni nel solco dei Piani Nazionali Costruzioni ed Agricoltura all'interno di gruppi di lavoro istituiti presso il Gruppo Tecnico Interregionale SSL, e condotta in collaborazione con INAIL e con Ispettorato nazionale del Lavoro (INL) - attraverso gli strumenti sia del controllo sia dell'assistenza delle/alle imprese, valorizzando in questo modo, le linee di indirizzo già prodotte a garanzia di una più ampia uniformità di intervento su tutto il territorio nazionale.

Il Programma prevede un percorso strutturato, che coinvolga le figure strategiche della sicurezza per conto della committenza (committenti, responsabili dei lavori, professionisti, CSP/CSE) e aziendali (RSPP, Medico Competente, RLS, Rappresentanze Sindacali, ecc.) ed i lavoratori stessi, oltre che il Datore di lavoro, al fine di mettere in atto azioni efficaci e sostenibili tramite l'utilizzo di pratiche raccomandate in quanto basate su evidenze di efficacia e/o Buone Pratiche validate e criteri di sostenibilità economico-organizzativa, in tema di prevenzione degli infortuni nei cantieri edili e nel settore agricolo ed emersione delle malattie professionali nei lavoratori dei relativi comparti; a tal fine, nell'ambito delle attività del Programma Predefinito sono previsti l'implementazione e l'aggiornamento di buone pratiche e materiale documentale/informativo nel settore edile ed in agricoltura, da rendere liberamente disponibili e consultabili sui siti istituzionali tra cui, per l'edilizia, www.prevenzionecantieri.it.

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

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

Settore AGRICOLTURA


1. *Documento "Indirizzi 2013 del Comitato ex art. 5 Dlgs. 81/08 per la realizzazione nell'anno 2014 di Linee Comuni delle politiche nazionali e il coordinamento della vigilanza in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" predisposto sulla base delle indicazioni espresse dai Comitati regionali di coordinamento presentato alla Commissione consultiva permanente nella seduta straordinaria del 6 novembre 2013 ed approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 20/02/2014.*
2. *Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura 2014-2018.*
3. *Salute e sicurezza in agricoltura. Un bene da coltivare. Atti convegno di S. Michele all'Adige, Fond. Mach, 22-23 Novembre 2018.*
4. *Manuale per un lavoro sicuro in Agricoltura. Regione Veneto EBAT, 2007*
5. *La sicurezza delle macchine agricole/forestali: attività di sorveglianza del mercato, evoluzione della normativa tecnica e novità legislative. Bologna, 3 novembre 2008 Fiera EIMA*
6. *Documento tecnico per l'individuazione delle buone prassi negli allevamenti bovini e suini*
7. *Strumenti di supporto per valutazione dei rischi in attività stagionali*
8. *Documento tecnico per la gestione in sicurezza degli impianti di produzione di energia elettrica da fonti rinnovabili, mediante digestione anaerobica di substrati a matrice organica, comunemente detti Biogas, nelle fasi significative della loro vita utile.*
9. *Schede di controllo (az. Agricole, lavori forestali, commercio macchine agricole) e strumenti di supporto*
10. *Manuale per la formazione del commerciante di Prodotti Fitosanitari. Regione Emilia, GTI, 2017*
11. *Direttiva 2009/128/CE del 21 ottobre 2009, che istituisce un quadro per l'azione comunitaria ai fini dell'utilizzo sostenibile dei prodotti fitosanitari*
12. *Salvati A, Bucci G, Romualdi R, Bucciarelli A. Gli infortuni e le malattie professionali in agricoltura: salute e*

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">sicurezza sul lavoro a 100 anni dall'introduzione della tutela assicurativa. Quaderni della rivista degli infortuni e delle malattie professionali. Ed INAIL, 2017<br>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.<br><u>Settore EDILIZIA</u><br>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)<br>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.<br>3. Titolo IV del d. lgs. 81/2008 e relativi allegati<br>4. Piano Nazionale Edilizia 2014-2018<br>5. Linee di indirizzo per la vigilanza nei cantieri temporanei o mobili (Gruppo Tecnico Interregionale SSL<br>6. Liste di controllo nei cantieri edili (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)<br>7. Linee di indirizzo per la vigilanza nelle grandi opere (Gruppo Tecnico Interregionale SSL)<br>8. Guida pratica all'applicazione del titolo IV del decreto legislativo 81/08 nei lavori pubblici e nei lavori privati (Regione Sicilia, edizione 2011)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. Sviluppo delle collaborazioni e delle azioni integrate:<br>- intradipartimentali<br>- tra Istituzioni (MdS, INAIL, INL, NAS, ICQRF, MiPAAF, MiSE, MiIT, MLPS, MIUR, VVF) finalizzate agli obiettivi di prevenzione;<br>- tra parti sociali e stakeholder (EE.BB, Società Scientifiche, OO.SS. e Associazioni datoriali di settore);<br>- con Ordini e collegi professionali</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td>2. Realizzazione di attività di formazione dei soggetti del sistema della prevenzione in agricoltura e in edilizia.<br>3. Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano la professionalizzazione degli operatori delle ASL</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td>4. Realizzazione di un piano di comunicazione sulle principali criticità dei settori edilizia ed agricoltura<br>5. Favorire la digitalizzazione e diffondere la documentazione di indirizzo attraverso i portali web istituzionali, per favorire l'evoluzione/miglioramento dell'approccio organizzativo delle aziende per la gestione dei rischi<br>6. Realizzazione, aggiornamento e diffusione di buone pratiche e materiale documentale/informativo in edilizia ed agricoltura, in ordine all'approccio "sistemico" del rischio nei portali web istituzionali e in quelli degli stakeholder<br>7. Realizzazione di Campagne di comunicazione regionali di informazione e sensibilizzazione ad hoc</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td>8. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td colspan="2">9. Promozione delle attività di vigilanza, controllo e assistenza alle imprese anche applicando alle attività di controllo i principi dell'assistenza empowerment e dell'informazione; contrasto all'utilizzo di macchine ed attrezzature da lavoro non conformi o prive dei Requisiti Essenziali di Sicurezza e creazione della banca dati delle non conformità ai RES<br>10. Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari (ad esempio: caduta dall'alto/uso del trattore, uso di sostanze pericolose, contenimento dei rischi nei lavori stagionali) tramite l'attivazione in ciascuna Regione/ASL di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP), di contrasto ad uno o più rischi specifici del settore edilizia ed agricoltura, individuato sulla base delle specificità territoriali e conformemente alle risorse e competenze disponibili<br>11. Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 Dlgs 81/08)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7<br>• 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<br>• 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)<br>• Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td>2. Formazione SSL rivolta agli operatori del settore edile per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico<br>• 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<br>• Standard: almeno n. 3 iniziative/incontri/seminari/convegni all'anno<br>• Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td>3. Comunicazione dell'approccio al rischio<br>• 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<br>• Standard: Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td>4. Lenti di equità<br>• Formula: adozione dell'HEA<br>• Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| **INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA** | **5. Strategie di intervento per le attività di vigilanza, controllo, assistenza**<br>• Formula: Programmazione annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza<br>• 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<br>• Fonte: Regione |
| | **6. Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali**<br>• 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)<br>• Standard:<br>- 2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun comparto (edilizia e agricoltura)<br>- 2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento<br>- 2024, 2025: monitoraggio dell'attuazione dei PMP nell'ambito dell'attività di vigilanza<br>• Fonte: Regione |
| | **7. Sorveglianza Sanitaria Efficace**<br>• 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)<br>• Standard:<br>- (per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B)<br>- 2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente la sorveglianza sanitaria, per i comparti Edilizia e Agricoltura<br>- 2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti<br>- 2024, 2025: verifica dell'applicazione delle buone pratiche nell'ambito dell'attività di vigilanza<br>• Fonte: Regione |

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

| | |
|---|---|
| **TITOLO** | **PP8 "Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro"** |
| **MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO** | **MO4 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali** |
| **OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI** | - 4.1 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale<br>- 4.2 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori<br>- 4.4 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medie e grandi aziende attività di controllo modulate secondo approcci distinti<br>- 4.5 Applicare alle attività di controllo i principi dell'assistenza, dell'*empowerment* e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa<br>- 4.7 Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e malattie verso la "conservazione attiva" della salute, ovvero verso la *Total worker health*<br>- 4.8 Potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari medici del lavoro dei servizi territoriali e ospedalieri e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di *Total worker health*<br>- 4.10 Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti<br>- 4.11 Garantire la funzionalità di OCCAM incrociando i dati sanitari disponibili negli archivi regionali con le storie lavorative INPS<br>- 4.12 Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e dei relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso<br>- 4.13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti<br><br>- 5.3 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)<br>- 5.4 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico<br>- 5.5 Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione<br>- 5.7 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon<br>- 5.10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche |
| **LEA DI RIFERIMENTO** | **DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 Prevenzione collettiva e sanità pubblica:**<br>**Area C: Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:**<br>- C1 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro<br>- C2 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali<br>- C3 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro<br>- C4 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro<br>- C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani<br>- C6 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati:**<br>- B4 Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato<br>- B10 Tutela della popolazione dal rischio "amianto"<br>- B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)<br>- B15 Tutela della collettività dal rischio Radon |

| | |
|---|---|
| **DESCRIZIONE** | Il lavoro e i luoghi di lavoro sono soggetti a continui cambiamenti dovuti all'introduzione di nuove tecnologie, sostanze e processi lavorativi, a modifiche della struttura della forza lavoro e del mercato del lavoro, nonché a nuove forme di occupazione e organizzazione del lavoro. Pur in tale contesto caratterizzato da un forte grado di evoluzione, le attuali evidenze confermano la necessità di focalizzare l'attenzione del sistema della prevenzione su tre aree di rischio ritenute particolarmente significative, ma caratterizzate allo stesso tempo dal noto livello di sottostima dei danni cronici da esposizioni professionali: prevenzione dei tumori di origine professionale, prevenzione delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico di origine professionale, prevenzione dello stress correlato al lavoro. In particolare, con riferimento ai singoli rischi sopra descritti, si evidenzia quanto segue:<br>- 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.<br>- 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).<br>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.<br>- 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.<br>Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto. |
| **SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI** | 1. *Estimating the burden of occupationalcancer: assessingbias and uncertainty. Hutchings S1, Rushton L1. OccupEnvironMed. 2017 Aug;74(8):604-611*<br>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*<br>3. *The ItalianSurveillance System for Occupatiobal Cancer: Characteristics, Initial Results and Future Prospects. Paolo Crosignani et al, Am J IndMed 2006, 49: 791-798*<br>4. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*<br>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*<br>6. *http://www.occam.it/matrix/index.php*<br>7. *http://hazmap.nlm.nih.gov/index.php*<br>8. *http://www.dors.it/matline*<br>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)*<br>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)*<br>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*<br>12. *Linee di indirizzo per la Sorveglianza Sanitaria dei soggetti esposti al rischio da sovraccarico biomeccanico – Gruppo Tecnico Interregionale SSLL*<br>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*<br>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*<br>15. *Antonia Ballottin, Daniele Berto- Rischi psicosociali ed attività preventiva nelle aziende Giornale italiano di psicologia 1-2/2019, gennaio-giugno* |

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">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.<br>17. Accordo quadro europeo sulle molestie e la violenza nel luogo di lavoro 2007<br>18. Convenzione e Raccomandazione sull'eliminazione della violenza e delle molestie nel mondo del lavoro, ILO 2019<br>19. Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari Ministero della Salute 2007<br>20. http://www.istat.it/it/archivio/209107<br>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<br>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<br>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</td></tr>
<tr><td rowspan="4">OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td colspan="2">1. Sviluppare l'interoperabilità dei sistemi informativi esistenti a favore dello scambio trans-istituzionale di informazioni a livello nazionale e territoriale e finalizzate al dialogo tra le varie banche dati.<br>2. Confronto strutturato a livello regionale e territoriale, con Enti e Parti Sociali, su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.Lgs. 81/2008</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td colspan="2">3. Formazione degli operatori dei Servizi delle ASL su temi prioritari inerenti le metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale), al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td colspan="2">4. Produzione di report periodici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro e alle iniziative di prevenzione realizzate<br>5. Elaborazione e diffusione di documenti tecnici relativi alla prevenzione dei rischi (cancerogeno, ergonomico, psicosociale)</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td colspan="2">6. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td colspan="2">7. Definizione partecipata di strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per favorire l'incremento dell'estensione e della omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)<br>8. Promozione della qualità, dell'appropriatezza e dell'efficacia della sorveglianza sanitaria preventiva e periodica svolta dai medici competenti</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7<br>• 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<br>• 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)<br>• Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td>2. Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio<br>• Formula: Realizzazione, in ogni Regione, di iniziative di formazione specifica rivolta agli operatori delle ASL e alle figure aziendali della prevenzione<br>• Standard: almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)<br>• Fonte: Regione</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td>COMUNICAZIONE</td><td>3. Comunicazione dell’approccio al rischio<ul><li>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</li><li>Standard: Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno, a partire dal 2022</li><li>Fonte: Regione</li></ul></td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td>4. Lenti di equità<ul><li>Formula: adozione dell’HEA</li><li>Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell’HEA, ogni anno a partire dal 2022</li><li>Fonte: Regione</li></ul></td></tr>
<tr><td rowspan="2">INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td colspan="2">5. Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali<ul><li>Formula: Definizione e applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o esposizione prioritari</li><li>Standard:<ul><li>2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun rischio</li><li>2023: formazione degli operatori e assistenza alle imprese in merito ai contenuti del documento</li><li>2024, 2025: monitoraggio dell’attuazione dei PMP nell’ambito dell’attività di vigilanza</li></ul></li><li>Fonte: Regione</li></ul></td></tr>
<tr><td colspan="2">6. Sorveglianza Sanitaria Efficace<ul><li>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)</li><li>Standard:<ul><li>(per tutti gli anni): realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B)</li><li>2022: presenza documento di buone pratiche condivise inerente alla sorveglianza sanitaria</li><li>2023: formazione degli operatori dei servizi e dei medici competenti</li><li>2024, 2025: verifica dell’applicazione delle buone pratiche nell’ambito dell’attività di vigilanza</li></ul></li><li>Fonte: Regione</li></ul></td></tr>
</table>

## PROGRAMMA PREDEFINITO PP9 "AMBIENTE, CLIMA E SALUTE"

| | |
|---|---|
| **TITOLO** | **PP9 "Ambiente, Clima e Salute"** |
| **MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO** | **MO 5 Ambiente, clima e salute** |
| **OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI** | - 5.1 Implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" secondo gli obiettivi integrati dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e promuovere l'applicazione di un approccio One Health per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute<br>- 5.2 Promuovere e rafforzare strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA nelle attività di promozione della salute, prevenzione, valutazione e gestione dei rischi per la salute da fattori ambientali, anche per la comunicazione del rischio in modo strutturato, sistematico e integrato<br>- 5.3 Programmare, realizzare e documentare attività in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (controllo, formazione, informazione e altre attività) favorendo sinergia/integrazione con attività su specifiche matrici (es. biocidi, fitosanitari, fertilizzanti, cosmetici, ecc.) o su specifici ambiti (sicurezza luoghi di lavoro, igiene in ambienti di vita, sicurezza alimentare)<br>- 5.4 Rafforzare, nell'ambito delle attività concernenti gli ambienti di vita e di lavoro, le competenze in materia di valutazione e gestione del rischio chimico<br>- 5.5 Perfezionare i sistemi e gli strumenti informativi per monitorare la presenza di amianto ai fini dell'eliminazione<br>- 5.6 Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione<br>- 5.7 Promuovere e implementare le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio chimico e al radon<br>- 5.8 Promuovere e supportare politiche/azioni integrate e intersettoriali tese a rendere le città e gli insediamenti umani più sani, inclusivi e favorevoli alla promozione della salute, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili della popolazione<br>- 5.9 Migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor,<br>- 5.10 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti naturali e antropiche<br>- 5.11 Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle acque attraverso l'adozione dei piani di sicurezza (PSA)<br>- 5.12 Prevenire e eliminare gli effetti ambientali e sanitari avversi, in situazioni dove sono riconosciute elevate pressioni ambientali, come ad esempio i siti contaminati, tenendo conto delle condizioni socio-economiche nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze<br>- 5.13 Prevenire gli effetti ambientali e sanitari avversi causati dalla gestione dei rifiuti<br>- 5.14 Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici, agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute<br>- 5.15 Promuovere l'applicazione di misure atte a ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica e nella gestione degli animali sinantropi e d'affezione<br>- 1.18 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane<br>- 4.1 Programmare interventi di prevenzione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale<br>- 4.2 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori strettamente connesse alla salute globale del lavoratore<br>- 4.10 Assicurare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti<br>- 4.12 Portare a regime i Registri di patologia tumorale ReNaM, ReNaTuNS e neoplasie a bassa frazione eziologica, registri esposti ad agenti cancerogeni biologici e de relativi casi di eventi accidentali, malattia e decesso |

| | |
|---|---|
| | - 4.13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti<br>- 6.7 Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive<br>- 6.14 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti<br>- 6.15 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori e da alimenti in ambito umano<br>- 6.25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale in ambito umano e veterinario |
| **LEA DI RIFERIMENTO** | **DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati**<br>- B3: Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica<br>- B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato<br>- B5 Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni<br>- B7 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo<br>- B8 Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria<br>- B10 Tutela della popolazione dal rischio "amianto"<br>- B11 Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo dei gas tossici<br>- B12 Prevenzione e sicurezza nell'uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti<br>- B13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)<br>- B14 Gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici)<br>- B15 Tutela della collettività dal rischio radon<br>**Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro:**<br>- C3 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro<br>- C4 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro<br>- C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani<br><br>**Area D: Salute animale e igiene urbana veterinaria**<br>• D1 Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali<br>• D4 Controllo sul benessere degli animali da reddito<br>• D6 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffusive animali<br>• D7 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze epidemiche delle popolazioni animali<br>• 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<br><br>**Area E: Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori:**<br>- E3 Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti<br>- E13 Sorveglianza acque potabili<br><br>**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**<br>- F1: Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)<br>- F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione<br>- F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale<br>- F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica |
| **DESCRIZIONE** | Il Programma prevede che le Regioni e le Province autonome tengano conto degli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, secondo una logica integrata, e adottino l'approccio *One Health* nella programmazione e nelle conseguenti azioni. Ciò consente di comprendere le complesse relazioni tra l'uomo, e gli ecosistemi naturali e artificiali, riconoscere che la salute dell'uomo è legata alla salute degli animali e dell'ambiente per garantire l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di tutela e promozione della salute.<br>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:<br>1) al rafforzamento degli strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di |

| | |
|---|---|
| | prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA;<br>2) all'applicazione di strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute correlati a interventi antropici;<br>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.<br>4) promuovere l'applicazione di pratiche finalizzate al miglioramento della sostenibilità ambientale nelle filiere agro-zootecniche e nella gestione degli animali d'affezione<br>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.<br>Il Programma è sostenuto da:<br>• 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;<br>• accordi inter-istituzionali per il rafforzamento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali;<br>• 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*;<br>• *empowerment* individuale e di comunità;<br>• formazione e aggiornamento degli Operatori Sanitari e Sociosanitari;<br>• attività di monitoraggio e *governance*.<br>Il Programma, in linea con gli obiettivi del PNP, adotta i principi e le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto. |
| **SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI** | Secondo quanto emerso da numerosi rapporti dell'OMS è necessaria un'azione coraggiosa e tempestiva per prevenire malattie e morti premature causate da inquinamento e contribuire a raggiungere gli obiettivi dell'Agenda 2030.<br>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.<br>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.<br>A livello internazionale è ritenuto necessario agire congiuntamente sui seguenti aspetti:<br>1. *Policy* integrate ambientali e sanitarie;<br>2. Competenze individuali e professionali;<br>3. Ambiente fisico e sociale;<br>4. Servizi socio-sanitari;<br>5. Vigilanza e controlli<br>Le evidenze mostrano:<br>• 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;<br>• l'importanza del settore sanitario nel dare un contributo decisivo al miglioramento ambientale se opera in modo sistematico, promuovendo le tecnologie più rispettose dell'ambiente, consumi sostenibili per l'ambiente, la bioedilizia, una gestione dei sistemi sanitari più efficiente dal punto di vista ambientale;<br>• l'efficacia di azioni basate su molteplici determinanti di salute nell'ottenere risultati di salute ed |

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">educativi;<br>• 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.<br><br>1. Household Air Pollution Commission, The Lancet Respiratory Medicine, 2014<br>2. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks (World Health Organization 2016)<br>3. Preventing noncommunicable diseases (NCDs) by reducing environmental risk factors (World Health Organization 2017)<br>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<br>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<br>6. COP24 special report: health and climate change ISBN 978-92-4-151497-2 WHO, 2018<br>7. The Lancet Commission on pollution and health. Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR, et al. Lancet. 2018 Feb 3;391.<br>8. The 1st global WHO conference on Air Pollution and Health in Geneva WHO 2018<br>9. Non-Communicable Diseases and Air Pollution, WHO Regional Office for Europe, WHO 2019<br>10. Global strategy on health, environment and climate change the transformation needed to improve lives and well-being sustainably through healthy environments, WHO, 2019)<br>11. WHO Europe (Bonn Office) del 2019 sull'Environmental Justice (verificare e eventualmente completare)<br>12. "Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole di fattori di rischio indoor per allergia e asma (Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td colspan="2">1. Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting</td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td colspan="2">2. Promuovere la diffusione di conoscenze e di competenze di tutti gli operatori in ambito sanitario ed ambientale per promuovere un "Approccio globale alla salute"<br>3. Favorire l'adozione da parte della Comunità di comportamenti ecosostenibili per rendere facilmente adottabili stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute e per ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, riducendo la settorialità delle conoscenze</td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td colspan="2">4. Organizzare interventi di comunicazione ed informazione, rivolti sia alla popolazione che ai diversi stakeholder, con particolare riferimento agli aspetti della comunicazione del rischio</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td colspan="2">5. Orientare gli interventi a criteri di equità aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td colspan="2">6. Rafforzare e aggiornare le conoscenze e le competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti<br>7. Sostenere la governance regionale in materia di ambiente, clima e salute<br>8. Promuovere la sicurezza e la tutela della salute nei cittadini, lavoratori e consumatori</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td rowspan="2">INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. Attività intersettoriali<br>• 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<br>• Standard: almeno un programma/accordo entro il 2022<br>• Fonte: Regione</td></tr>
<tr><td>2. Tavoli tecnici intersettoriali<br>• Formula: Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate su l'approccio One Health anche in coerenza con gli Accordi/Programmi intersettoriali di cui all'indicatore 1.</td></tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| | | • Standard: Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2023<br>• Fonte: Regione |
| | **FORMAZIONE** | **3. Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN**<br>• 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)<br>• Standard: realizzazione di almeno un percorso formativo, ogni anno a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione |
| | **COMUNICAZIONE** | **4. Iniziative/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute**<br>• 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<br>• Standard: realizzazione di almeno un intervento di informazione/sensibilizzazione per ogni anno, a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione |
| | **EQUITÀ** | **5. Lenti di equità**<br>• Formula: adozione dell'HEA<br>• Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022<br>• Fonte: Regione |
| **INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA** | | **6. Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali**<br>• Formula:<br>- Stipula di almeno un Accordo<br>- Attuazione degli Accordi<br>• Standard:<br>- Stipula Accordo entro il 2022<br>- Rispetto tempistiche ed attività previste dagli Accordi<br>• Fonte: Regione |
| | | **7. Rete regionale integrata ambiente e salute**<br>• Formula: Realizzazione di una Rete regionale integrata ambiente e salute, costituita da operatori regionali del SSN e SNPA<br>• Standard: Formalizzazione della rete entro il 2023<br>• Fonte: Regione |
| | | **8. Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della VIS in procedimenti ambientali e in Piani e Programmai regionali**<br>• Formula: Formalizzazione di indirizzi e criteri regionali<br>• Standard: Formalizzazione entro il 2023<br>• Fonte: Regione |

| | |
|---|---|
| | **9. Programmazione e realizzazione interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato**<br>• 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<br>• Standard: Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo<br>• Fonte: Regione |
| | **10. Piani Regionali per l'amianto**<br>• Formula: Formalizzazione del Piano Regionale Amianto.<br>• Standard: Approvazione del Piano Regionale Amianto entro il 2025<br>• Fonte: Regione |
| | **11. Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica**<br>• Formula:<br>- Adozione di documento regionale riguardante le buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati<br>- Realizzazione di interventi formativi specifici sulle buone pratiche<br>• Standard:<br>- Adozione del documento regionale entro il 2023<br>- Realizzazione di almeno un intervento formativo entro il 2025<br>• Fonte: Regione |
| | **12. *Urban health***<br>• 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"<br>• Standard: rappresentanza socio-sanitaria in almeno un tavolo tecnico interistituzionale secondo la programmazione delle politiche regionali di sviluppo<br>• Fonte: Regione |
| | **13. Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano**<br>• Formula: Realizzazione del sistema informativo<br>• Standard: Realizzazione entro il 2025<br>• Fonte: Regione |

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

| | |
|---|---|
| **TITOLO** | **PP10 "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza"** |
| **MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO** | **MO6 Malattie infettive prioritarie** |
| **OBIETTIVI STRATEGICI ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI** | - 6.24 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) e resistenti ai carbapenemi (CRE)<br>- 6.25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale e in campo umano e veterinario (*One Health*)<br>- 6.26 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità circa l'uso appropriato degli antibiotici<br>- 6.27 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni ministeriali<br>- 6.28 Sviluppare programmi di *Antimicrobical stewardship* (AS) |
| **LEA DI RIFERIMENTO** | **DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":**<br>**Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**<br>- A1: Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive<br>- A2: Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive<br>**Area D -Salute animale e igiene urbana veterinaria**<br>- D8: Sorveglianza sull'impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza<br>**Allegato 2 Assistenza distrettuale**<br>**Allegato 3 Assistenza ospedaliera** |
| **DESCRIZIONE** | Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è un'emergenza di sanità pubblica a livello globale. Diversi antibiotici sono diventati parzialmente o del tutto inefficaci rendendo rischiose procedure mediche avanzate (es. chemioterapie antitumorali, trapianti d'organo, protesi d'anca). Si calcola che, in Europa, circa 25 mila decessi all'anno siano dovuti ad infezioni da batteri resistenti agli antibiotici e si stima che, entro il 2050, se non si riuscirà a contenere il fenomeno, le morti potrebbero arrivare a 10 milioni (fonte OMS).<br>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).<br>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*.<br>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.<br><br>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.<br><br>Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto. | |
| **SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI** | 1. *Piano d'azione quinquennale (2011-2016) contro la crescente minaccia dell'antibiotico-resistenza della Commissione Europea*<br>2. *A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR) del 2017*<br>3. *WHO Global action plan on antimicrobial resistance del 2015*<br>4. *Dichiarazione della 71° Sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sull'antimicrobico-resistenza del 2016*<br>5. *Circolare ministeriale per la sorveglianza delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi prot.4968 del 23.02.2013 e successivi aggiornamenti*<br>6. *Piano nazionale di contrasto dell'AMR (PNCAR) 2017-2020 e successivi aggiornamenti*<br>7. *CAC/RCP 61-2005 "Codice di Comportamento per minimizzare e contenere la resistenza antimicrobica"*<br>8. *CAC/GL 77-2011 "Linee guida per l'analisi dei rischi da AMR in prodotti di origine alimentare"*<br>9. *The OIE Strategy on Antimicrobial Resistance and the Prudent Use of Antimicrobials del 2016*<br>10. *The FAO action plan on antimicrobial resistance 2016-2020*<br>11. *Report OCSE Stemming the Superbug Tide - Just a Few Dollars More del 2018*<br>12. *Conclusioni del Consiglio "Verso una strategia dell'Unione per una politica sostenibile in materia di sostanze chimiche" 2019*<br>13. *Biosicurezza e uso corretto e razionale degli antibiotici in zootecnia del Ministero salute*<br>14. *Linee guida per la predisposizione, effettuazione e gestione dei controlli sulla distribuzione e l'impiego dei medicinali veterinari del Ministero salute*<br>15. *Linee guida per l'uso prudente degli antimicrobici negli allevamenti zootecnici per la prevenzione dell'antimicrobico-resistenza e proposte alternative - Ministero della Salute*<br>16. *DECRETO 8 febbraio 2019 Modalità applicative delle disposizioni in materia di tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati*<br>17. *Manuale operativo per la predisposizione e la trasmissione delle informazioni al sistema informativo di tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi* | |
| **OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP** | **INTERSETTORIALITÀ** | 1. Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, ARPA, IIZZSS, Ordini professionali/Federazioni, Comuni, Enti, Istituzioni, allevatori, operatori del settore alimentare e farmaceutico e altri stakeholder, finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR |
| | **FORMAZIONE** | 2. Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti |

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td>COMUNICAZIONE</td><td colspan="2">3. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità sull'uso appropriato degli antibiotici. Costruire strumenti di comunicazione e informazione, organizzare interventi mirati e specifici per i diversi stakeholder</td></tr>
<tr><td>EQUITÀ</td><td colspan="2">4. Orientare gli interventi per garantire l'equità nel Paese aumentando la consapevolezza nelle diverse comunità, nella popolazione e nelle categorie maggiormente a rischio</td></tr>
<tr><td colspan="2">OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td colspan="2">5. Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</td><td>INTERSETTORIALITÀ</td><td>1. Tavoli tecnici intersettoriali<ul><li>Formula: Istituzione di tavoli tecnici regionali interistituzionali/intersettoriali/interdisciplinari finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR</li><li>Standard: Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2022</li><li>Fonte: Regione</li></ul></td></tr>
<tr><td>FORMAZIONE</td><td>2. Formazione sull'uso appropriato di antibiotici<ul><li>Formula: presenza di offerta formativa progettata e gestita insieme alla Scuola, alle Università e agli Ordini professionali</li><li>Standard: realizzazione di almeno un percorso formativo di carattere regionale, entro il 2022</li><li>Fonte: Regione</li></ul></td></tr>
<tr><td>COMUNICAZIONE</td><td>3. Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici<ul><li>Formula: Esistenza di un programma regionale annuale di informazione e comunicazione basato sulle evidenze, coordinato con le azioni nazionali e le indicazioni del PNCAR</li><li>Standard: Realizzazione annuale del programma di comunicazione</li><li>Fonte: Regioni</li></ul></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</td><td colspan="2">EQUITÀ</td><td>4. Lenti di equità<ul><li>Formula: adozione dell'HEA</li><li>Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022</li><li>Fonte: Regione</li></ul></td></tr>
<tr><td colspan="3">5. Sorveglianza e monitoraggio (a):<ul><li>Formula: adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute</li><li>Standard: SI (verifica annuale)</li><li>Fonte: Regione/ISS</li></ul></td></tr>
<tr><td colspan="3">6. Sorveglianza e monitoraggio (b):<ul><li>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</li><li>Standard: 100% (entro il 2025, ma con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)</li><li>Fonte: Regione/ISS</li></ul></td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| | **7. Sorveglianza e monitoraggio (c):**<br>• Formula: Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza, omogenee tra le Regioni<br>• Standard: SI (entro il 2023)<br>• Fonte: Regione |
| | **8. Sorveglianza e monitoraggio (d):**<br>• Formula: % laboratori regionali (pubblici e privati) coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia<br>• Standard: Elenco di laboratori, con verifica annuale di graduale aumento di partecipazione (entro il 2025)<br>• Fonte: Regione |
| | **9. Sorveglianza e monitoraggio (d):**<br>• 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<br>• Standard: SI (entro il 2023)<br>• Fonte: Regione/IZS/CNR-LNR |
| | **10. Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d):**<br>• **A)**<br>• 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<br>• Standard: Produzione Report annuale (a partire dal 2022)<br>• Fonte: Regione<br>• **B)**<br>• Formula: coordinamento delle attività del piano regionale residui a livello locale annuale del piano come previsto dal PNCAR<br>• Standard: produzione report annuale<br>• Fonte: Regione<br>• **C)**<br>• 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<br>• Standard: almeno il 50% degli allevamenti deve essere monitorato con le DDDVET entro il 2025, con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo<br>• Fonte Regione/ASL/Ordini Professionali<br>• **D)**<br>• Formula: Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici *tool* informatici messi a disposizione dal Ministero<br>• Standard: 100% (entro il 2025), con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)<br>• Fonte Regione |
| | **11. Sorveglianza e monitoraggio (e):**<br>• 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)<br>• Standard: >90% (entro 2025), con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo<br>• Fonte: Regione/ISS |

| | |
|---|---|
| | **12. Sorveglianza e monitoraggio (f):**<br>• 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<br>• Standard: n. 3 sorveglianze (entro 2022)<br>• Fonte: Regione/ISS |
| | **13. Sorveglianza e monitoraggio (g):**<br>• 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<br>• Standard:100% (ANNUALE)<br>• Fonte: Regione |
| | **14. Promozione dell'applicazione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario (a):**<br>• 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<br>• Standard: 100% Asl aderiscono alle iniziative entro il 2025<br>• Fonte: Regione |
| | **15. Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (b):**<br>• 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,<br>• Standard: almeno 1 iniziativa annuale<br>• Fonte: Regione |
| | **16. Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano (c):**<br>• Formula: Esistenza di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di *Antimicrobial stewardship* (AS) in tutte le Aziende sanitarie/Ospedali: (N Aziende sanitarie/Ospedali in cui è stato predisposto un programma di AS) / (N. totale Aziende sanitarie-Ospedali) x 100<br>• Standard: 100%, entro il 2025<br>• Fonte: Regione |
| | **17. Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (a):**<br>• 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<br>• Standard:100% (entro 2022)<br>• Fonte: Regione |
| | **18. Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (b):**<br>• 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 *.<br>• Standard: 100% (entro 2024)<br>• Fonte: Regione<br>** Modalità di calcolo: Ogni ospedale deve disporre di una sorveglianza del consumo di prodotti idroalcolici in litri/1.000 giornate di degenza ordinaria, stratificato per le discipline maggiormente interessate dal fenomeno dell'AMR (terapia intensiva, medicina, chirurgia, ortopedia).* |

| | |
|---|---|
| | **19. Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA**<br>• 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<br>• Standard: 100% (a partire dal 2024)<br>• Fonte: Regione |

# Appendice

## Dai principi alla pratica: metodi e strumenti

### Agire con le lenti dell'equità

Agire con le lenti dell'equità richiede un cambiamento politico, istituzionale, organizzativo e professionale per indirizzare l'approccio della salute in tutte le politiche e le azioni più idonee per una *governance* intersettoriale verso una maggiore equità nella prevenzione.

Per implementare questo proposito sono disponibili numerosi strumenti, ad esempio *l'Health Equality Impact Assessment (HEIA)* per le valutazioni ex ante del potenziale impatto di una situazione o di un intervento e l'*Health Equity Audit* (*HEA*) sia per interventi già in corso che per nuove azioni da progettare. In generale questi strumenti sono affini per scopi e risultati e funzionano perché adottano le "lenti dell'equità" in una o più fasi del processo di realizzazione di ogni pratica di prevenzione, dalla pianificazione alla valutazione. Questo principio e i suoi metodi non richiedono tanto che la prevenzione faccia nuove cose, ma che, misurando e tenendo conto delle disuguaglianze di esposizione e di vulnerabilità, sappia differenziare la quantità e la destinazione degli interventi efficaci in proporzione alle disuguaglianze rilevate di esposizione e sappia correggere il disegno degli interventi che non sono abbastanza efficaci o che possono determinare disuguaglianze per qualche particolare condizione di vulnerabilità sanitaria o sociale (es. interventi non accessibili o non appropriati per persone di bassa istruzione, basso censo o di particolari culture ecc.). Queste "lenti dell'equità" sono uno strumento utile a supporto del processo di allocazione delle risorse, nell'identificazione di priorità e definizione di strategie, nella pianificazione regionale o locale o nell'individuazione di ambiti in cui inserire servizi innovativi in grado di integrare settori sanitari e non sanitari (es. casa, trasporti, tempo libero, educazione e sociale).

Il contesto ideale di applicazione dell'*HEA* è, anche in questo caso, quello dei *setting*. Quando l'approccio di *setting* ha come mandato la riduzione delle disuguaglianze di salute, gli interventi non riguardano solo i cambiamenti dei comportamenti individuali, ma anche la struttura e l'organizzazione del *setting* (l'ambiente sociale, economico, istituzionale, l'organizzazione della comunità e le interazioni interne al *setting*) che devono essere orientate a rendere l'ambiente e l'organizzazione in cui i soggetti vivono e lavorano meno disuguale con conseguenze sulla salute più eque. Si tratta quindi di interventi che richiedono una adeguata conoscenza del contesto e una capacità di pianificazione e di *leadership* in grado di sostenere nel lungo periodo la partecipazione di tutti gli attori e il cambiamento strutturale ma che, se ben condotti, sono in grado di ridurre l'esposizione a condizioni avverse e di promuovere l'*empowerment* degli individui e delle comunità.

Valore aggiunto dell'*HEA* è che può contribuire anche al miglioramento della *performance* e dell'*effectiveness* dei servizi in quanto produce evidenze periodiche riguardo al reale soddisfacimento dei bisogni degli individui che compongono la popolazione di riferimento e informa sullo sviluppo di disuguaglianze a livello locale.

Per funzionare al meglio, l'*HEA* deve essere però accompagnato da un processo "culturale" o meglio di costruzione di competenze, capacità e regole di sistema in grado di garantire che tutti i professionisti e gli attori coinvolti siano adeguatamente "formati" per una *governance* partecipata verso la salute equa in tutte le politiche. Anche con questa finalità, in continuità con il progetto "*Equity audit* nei PRP", l'azione centrale del CCM 2018, adottata a supporto della *Joint Action Health Equity* (*JAHEE*) coordinata dall'Italia, si propone tra l'altro di fornire assistenza tecnica e didattica ai gruppi di coordinamento regionali dei PRP allo scopo di introdurre o ulteriormente sviluppare il principio di equità nei PRP, applicare adeguatamente le lenti dell'equità agli interventi programmati e favorire l'implementazione di interventi di *HEA* nei Piani 2020-2025. Il modello operativo dell'*HEA,* pertanto, può contribuire a sviluppare una *governance* intersettoriale per la promozione di salute "più equa" in tutte le politiche.

## Utilizzare le evidenze per scegliere

Il PNP 2014-2019 nel fissare gli obiettivi comuni prioritari richiamava l'opportunità di far ricorso a strategie e azioni *evidence based*, in grado nel medio-lungo termine di produrre un impatto sia di salute sia di sistema.

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

i. la sostenibilità (sia in termini di costo della applicazione che di potenzialità per il radicamento strutturale);
ii. la trasferibilità (che includa gli strumenti operativi necessari a realizzarla ed una loro facile fruibilità);
iii. 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*);
iv. l'effetto positivo sull'equità e quindi, tra l'altro, la capacità di generare un alto grado di copertura della popolazione target dell'intervento.

L'ulteriore requisito indispensabile per determinare un impatto concreto sulla salute è assicurare la misurabilità dello stesso.

L'adozione dell'approccio sopradescritto permette di orientare la programmazione, riducendo pratiche non sostenute da prove di efficacia, o implementate in modo inappropriato, e quindi anche l'allocazione delle risorse, garantendo obiettivi di efficienza e contestualmente massimizzando i potenziali benefici di salute per la popolazione.

## Individuare interventi efficaci e/o buone pratiche per la promozione della salute: criteri di selezione

Molte azioni di prevenzione e promozione della salute che si propongono di cambiare comportamenti e condizioni individuali di rischio vengono spesso adottate, sia nei *setting*, sia, soprattutto, in interventi ad hoc, senza un adeguato scrutinio della loro efficacia e convenienza. È invece riconosciuta la necessità di documentare l'efficacia anche degli interventi di prevenzione primaria miranti a modificare comportamenti o condizioni individuali che possono generare un rischio per la salute (o di ancorare questi interventi ad indicazioni di buona pratica[7]), così come avviene per gli interventi clinici rivolti al trattamento di soggetti sintomatici e per gli interventi di prevenzione quali vaccinazioni e screening oncologici. Tale lavoro è di estrema utilità per guidare, anche nella allocazione delle risorse, i decisori e chi si occupa a vari livelli di organizzare il sistema di prevenzione. A tal fine occorre tener conto di quali sono i fattori di rischio associati al più alto carico di malattia, quali sono gli interventi in grado di ridurre questi fattori di rischio e come agiscono, quali risorse sono disponibili per implementare gli interventi suddetti.

La selezione degli interventi che dovrebbero essere implementati in modo omogeneo a livello nazionale, si basa su una valutazione degli interventi stessi che integra:

- l'impatto atteso sul carico di disabilità (funzione dell'efficacia dell'intervento e del target di popolazione);
- l'efficacia teorica e pratica degli interventi;
- il rapporto costo/efficacia degli interventi;
- i *setting* di applicazione;
- l'impatto atteso sulle disuguaglianze di salute;

[7] Le buone pratiche sono interventi/attività/programmi che "in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione (Kahan e Goodstadt, 2001).

- il livello di implementazione (nazionale, regionale, locale);
- la trasferibilità[8];
- un giudizio di sostenibilità (risorse organizzative e di personale necessarie per l'implementazione, oltre alla presenza di elementi promettenti il radicamento strutturale del cambiamento atteso).

Pertanto tali interventi dovrebbero essere: mirati a problemi di salute con una elevata prevenibilità, misurabile ad esempio con i *DALYs*; basati su convincenti prove di efficacia; dotati di un rapporto costo-efficacia rilevante; in grado di produrre un impatto significativo sulle diseguaglianze di salute; trasferibili e sostenibili.

Interventi che rispondono ai suddetti criteri dovrebbero essere implementati con un obiettivo di copertura più ampio possibile della popolazione destinataria, in quanto l'impatto di salute a livello di popolazione risulta proprio da una combinazione di efficacia e copertura. Occorre quindi includere tra i criteri di selezione degli interventi il potenziale target e il costo necessario a garantirne la copertura teoricamente totale. Questo è ancor più vero e necessario in un contesto di risorse limitate, in cui l'uso delle risorse disponibili va ottimizzato combinando appunto la dimensione dell'efficacia con quella del costo dell'intervento.

Relativamente a quest'ultimo, la valutazione economica aiuta a decidere fra scelte alternative di interventi attraverso la stima, in modo congiunto, delle differenze in termini di costo e di ricadute sulla salute tra le diverse alternative a confronto, quantificando il costo per unità addizionale di beneficio di salute, ovvero il costo per unità di efficacia guadagnata grazie a un programma rispetto ad uno alternativo, al netto degli eventuali risparmi. Tale parametro diventa una informazione addizionale da utilizzarsi nel processo decisionale complessivo[9].

Negli ultimi anni il concetto di "costo sanitario" si è evoluto verso quello di "investimento" per la salute e si è tradotto nella quantificazione del "rientro" dell'investimento (*Return of Investement*: ROI) ovvero nella possibilità di misurare a distanza di quanto tempo si rientra della spesa effettuata e dopo quanto tempo l'investimento porta dei guadagni (costi sociali e sanitari evitati). Il risparmio per il sistema sanitario, derivante da investimenti in programmi di prevenzione primaria, è solo una parte del beneficio conseguente alla riduzione della morbosità in una popolazione; a questo devono infatti aggiungersi una riduzione dei decessi e degli anni di vita vissuti in disabilità oltre a una minore perdita di produttività e di capitale sociale. Pertanto per risparmio si intende non solo quello relativo ai costi di trattamento delle patologie, che vengono posticipati e impegnati su un periodo più breve, o del tutto evitati, ma anche quello inerente i costi a livello sociale.

L'adozione dell'approccio sopradescritto permette, come già accennato, di concentrare l'attenzione su poche azioni ad alto impatto e sostenibili sulle quali dovrebbe orientarsi tutta la programmazione e attraverso le quali si possono cambiare le conoscenze, i metodi ed i comportamenti di tutti gli attori della società per raggiungere gli obiettivi di salute concordati, favorendo l'adozione di misure coerenti a livello nazionale, regionale e locale.

Occorre però tener conto che tutti questi criteri di selezione devono essere comunque integrati in una valutazione multidimensionale e multidisciplinare, basata su strumenti consolidati di analisi decisionale che prevedono anche la comunicazione e il coinvolgimento dei destinatari degli interventi proposti, in tutte le fasi di lavoro, come di fatto avviene nell'approccio per *setting*.

Tra le metriche più utilizzate per la valutazione di impatto della distribuzione dei fattori di rischio e del carico di malattia nelle diverse fasce di età e nei diversi gruppi di popolazione, al fine di prioritizzare

---

[8] La non trasferibilità può riguardare:

1) la non trasferibilità delle prove di efficacia dal contesto dove sono state ottenute al contesto dove si vuole trasferire l'intervento;
2) la non trasferibilità dell'intervento ad un altro contesto.

Nel primo caso si tratta di un problema di mancanza di evidenze o di *indirectness* delle evidenze. Nel secondo caso si possono avere due problemi: a) l'intervento non è applicabile ad un altro contesto, non è fattibile; b) l'intervento è fattibile in alcuni contesti e non in altri e dunque potenzialmente genera diseguaglianze orizzontali. Ma può anche non essere trasferibile perché è un intervento rilevante per un contesto e non per altri.

[9] Questo tipo di valutazione richiede pertanto di conoscere:

- l'efficacia del programma di prevenzione;
- il costo del programma;
- la valutazione dei risparmi conseguenti al programma ovvero il costo degli eventi evitati;
- la stima dell'impatto in termini sanitari.

gli interventi di salute, vi è il *Burden of Disease*, metrica che consente di generare stime sull'impatto sulla salute di singoli fattori (ad esempio, il consumo di tabacco) o gruppi di fattori (l'ambiente fisico, gli incidenti) misurate con un'unica metrica, quella dei *DALYs (Disability-Adjusted Life Year).*

Il *DALY* combina mortalità e morbilità in un unico indicatore, che include gli anni di vita potenziali persi a causa di una morte prematura e gli anni di vita "sana" persi in virtù del cattivo stato di salute o disabilità. Pertanto il *DALY* è una misura comunemente utilizzata in sanità pubblica per la valutazione dell'impatto sulla salute delle malattie in quanto, pur con alcune criticità, dovute sia alla parziale sovrapposizione delle stime della frazione attribuibile a diverse patologie/fattori di rischio sia alla generalizzabilità dei pesi utilizzati per le stime delle limitazioni funzionali, esso misura e confronta sulla stessa scala il carico di patologia e disabilità a livello di popolazione (o di sottogruppi della medesima) causato dalle patologie più rilevanti e dai principali fattori di rischio (comportamentali, metabolici e ambientali) ad esse associati.

Stime del carico di malattia sono disponibili anche per l'Italia nell'ambito del progetto *Global Burden of Disease* (*GBD*), avviato nel 2010 dall'*Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), dell'Università di Washington, con l'obiettivo di mappare e quantificare il carico di malattie e i fattori di rischio che lo causano. Lo studio coinvolge più di 1600 collaboratori, provenienti da più di 120 nazioni, che contribuiscono ad aggiornare i dati relativi alla mortalità prematura e alla disabilità causate da più di 300 malattie ed altre cause accidentali in 188 Paesi diversi, tra cui anche l'Italia. I dati sono stratificati per età e sesso, dal 1990 ad oggi (per l'Italia aggiornati al 2017), permettendo il confronto delle stime nel tempo, sia tra gruppi di età, sia tra popolazioni diverse, e quindi fornendo un valido strumento per effettuare il profilo di salute/epidemiologico a livello nazionale. Il gruppo GBD Italia si è posto l'obiettivo di produrre entro il 2020 anche le stime a livello regionale le quali potrebbero consentire di considerare, nella elaborazione dei PRP 2020-2025, la variabilità inter-regionale della distribuzione della disabilità per diverse cause, riconducibile principalmente alla diversa prevalenza di esposizione ad alcuni fattori di rischio comportamentali (stili di vita) nelle Regioni italiane e quindi di tarare meglio gli interventi di promozione della salute da mettere in campo.

Un limite in questo sistema di quantificazione delle quote prevenibili di malattia nella scelta delle priorità è tuttavia rappresentato dal fatto che le stime degli anni di vita persi prodotte dal GBD sono calcolate a partire dalle variazioni stimate nella distribuzione dei fattori di rischio negli anni precedenti. Questo approccio permette di rappresentare anche eventuali riduzioni del carico di malattia attribuibile a specifici fattori di rischio per cui si sia ridotta la quota di popolazione esposta (ad esempio la riduzione del carico di patologia attribuibile alla malattie infettive, dovuto a miglioramento delle condizioni igieniche degli ambienti di vita e alla diffusione delle vaccinazioni), ma non può offrire indicazioni sul peso relativo di diversi fattori/interventi che hanno contribuito all'effetto osservato. Il contributo di specifici interventi alla riduzione del carico di malattia può essere stimato sulla base delle prove di efficacia che ne supportano l'adozione, (come nel caso dei programmi di vaccinazione e di screening oncologico), e che permettono di stimare il beneficio attribuibile alla loro implementazione e quindi anche di attribuire loro la giusta priorità.

## Modelli interpretativi di supporto alla pianificazione e alla valutazione

Al fine di valutare l'impatto delle politiche, è necessario che il "nesso causale" fra le azioni intraprese e le variazioni degli indicatori che misurano i risultati sia riconoscibile e plausibile. Una interpretazione il più possibile corretta dei nessi causali fra azioni e risultati misurati dovrebbe infatti rendere maggiormente responsabili del loro operato (*accountability*) i decisori a tutti i livelli poiché, almeno potenzialmente, permette di fornire prove dei risultati raggiunti, come richiesto dai meccanismi di finanziamento di impatto che sempre più spesso vengono utilizzati per sostenere le innovazioni sociali di valore intersettoriale; inoltre consente anche di distinguere quando il mancato raggiungimento degli obiettivi è dovuto ad una errata definizione delle azioni, ad una mancata implementazione delle stesse, o a fattori di contesto che hanno interferito, e così di apprendere cosa o come "correggere" per la riprogrammazione delle attività.

Il progetto finanziato dal Ministero della Salute-CCM (Programma 2014) e coordinato da AGENAS, denominato "Progetto di supporto alla valutazione del Piano Nazionale per la Prevenzione

2014-2018"[10] è stato pensato per utilizzare al meglio i Quadri logici del PNP proprio al fine di identificare le relazioni fra politiche di programmazione e risultati osservati e misurati dagli indicatori centrali di valutazione del PNP 2014-2019. Per fare ciò sono stati disegnati e proposti, per alcuni ambiti di applicazione del Piano, modelli interpretativi delle catene di influenza ambientale che determinano i comportamenti ed i fattori di rischio che conducono ai problemi di salute, e alle relative azioni di contrasto. Tra i possibili modelli concettuali strumentali a questo tipo di analisi, sulla base dei risultati di una revisione della letteratura, è stato individuato il modello *DPSEEA*: *Driving Force* (Determinanti), *Pressure* (Pressione), *State* (Stato), *Exposure* (Esposizione), *Effect* (Effetto), *Action* (Azione) il quale è stato applicato a 8 aree di azione coperte dai macro obiettivi del PNP 2014-2019: incidenti sul lavoro, incidenti stradali, screening oncologici, prevenzione dell'obesità infantile e nell'adolescente, inquinamento dell'aria, tabagismo, sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti e intolleranze alimentari.

A partire dal Quadro Logico centrale del macro obiettivo considerato, la declinazione del modello *DPSEEA* è consistita nel definire, tramite un'analisi della letteratura scientifica sull'argomento, i possibili determinanti e fattori di contesto che influenzano la diffusione dei fattori di rischio e delle patologie prese in considerazione in ogni ambito. I fattori vengono poi inseriti nel modello cercando di interpretare la catena causale che li connette, portandola ad una sintesi e semplificazione estrema, che consente però allo stesso tempo di chiarire dove le azioni intraprese intendono agire e di esplicitare i nessi causali che dovrebbero provocare l'impatto delle azioni sui fattori di rischio e sulla salute. Chiarire il modello concettuale porta in sostanza a, eventualmente, "completare" l'elenco degli indicatori centrali già inclusi nel PNP per quell'ambito con quelli di contesto, possibili confondenti, che siano disponibili e/o fattibili. A livello regionale e locale chiarire il modello concettuale può facilitare in fase di pianificazione, la valutazione dei problemi di salute, dei possibili obiettivi e l'analisi dei rischi per la riuscita del programma/progetto/azione, nonché l'individuazione di indicatori che sintetizzino il livello di implementazione delle strategie e azioni proposte dal Piano a livello regionale e aziendale.

Per la maggior parte degli ambiti indagati, gli indicatori aggiuntivi, rispetto a quelli centrali del Piano, proposti dal modello *DPSEEA* per interpretare la valutazione d'impatto delle azioni del PNP 2014-2019 sono stati ritenuti, attraverso una *survey* ad hoc, rilevabili a livello regionale/locale.

Un punto cruciale di questo approccio è quindi la definizione degli ambiti di intervento ai quali applicarlo. Un ambito deve infatti essere sufficientemente focalizzato da permettere di individuare un insieme finito di determinanti e un insieme coerente di azioni la cui efficacia sia stata dimostrata in letteratura; allo stesso tempo deve essere sufficientemente ampio da favorire l'approccio integrato (aggredire più fattori di rischio con un intervento) e l'intersettorialità delle azioni (un'azione coinvolge più settori del servizio sanitario, dei servizi pubblici e della società in generale); inoltre deve essere chiara la relazione con un insieme di obiettivi del PNP. In altre parole, gli ambiti costruiscono nel loro insieme una "matrice" che può aiutare a programmare le azioni oltre che a definire il piano di monitoraggio.

Gli otto ambiti per cui è stato possibile definire dei modelli concettuali già nel progetto di supporto alla valutazione del PNP 2014-2018, rappresentano un punto di partenza che fornisce esempi per tutte le tipologie di interazioni fra obiettivi e ambiti e, sebbene non siano esaustivi, coprono già la gran parte dei macro obiettivi e degli obiettivi centrali ad essi sottesi.

Di fatto, l'intera impostazione del PNP 2014-2019, ovvero l'adozione di un approccio integrato e per *setting* dei programmi e degli interventi, ha portato ad una struttura dei PRP a matrice, e quindi coerente con quella propria del modello sopra esposto, nella quale cioè le diverse azioni o programmi messi in atto dalle Regioni agiscono su più obiettivi contemporaneamente e gli stessi programmi hanno una logica di *setting*, cioè legata al contesto in cui gli interventi vengono messi in atto, che ha facilitato la programmazione di azioni coerenti, proprio perché si svolgono nello stesso ambiente, come la scuola, i luoghi di lavoro, o gli ambulatori del servizio sanitario, orientate però all'intersettorialità e all'integrazione. Questo approccio matriciale può utilmente continuare ad essere alla base della programmazione dei nuovi PRP, utilizzando modelli interpretativi che su tale approccio si fondano come contributo alla individuazione delle azioni, all'identificazione dei criteri di valutazione, e degli indicatori di processo e di risultato di ogni programma a livello regionale.

[10] http://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/1911&idP=740

Il progetto CCM sopracitato ha fatto tuttavia emergere anche la necessità di applicare in modo sistematico un disegno di studio e un modello appropriato per valutare l'efficacia e l'impatto del PNP e dei PRP, tenendo conto delle discontinuità temporali e geografiche nell'attuazione degli interventi, le quali sono comunque lo scenario reale per la valutazione di "esperimenti naturali" di politiche di prevenzione. Sarebbe quindi opportuno procedere in maniera non discontinua nella definizione e applicazione dei modelli interpretativi (verosimilmente prevendo anche risorse dedicate a tale attività).

Pertanto l'uso di modelli concettuali, quale il Modello *DPSEEA,* costituisce un valido supporto metodologico per la programmazione delle azioni e per la valutazione del loro impatto sugli esiti a livello regionale.