



Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

**Piano Nazionale della
Prevenzione
2020-2025**

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 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 e 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 Psychoactive 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 alcolici 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.).
-

M03 - 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 Antiveleeni (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 basati 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 di 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 secondarie 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'appropriate 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 disuguaglianze 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 al fine 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 microrganismi, 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, la 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 requisiti:
 - 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 Nazioni 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 2030¹; 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 (BES²). 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 sull'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 disuguaglianza 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 trasformazione 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 Forze 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'intersectorialità 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 trasversale 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'intersectorialità, rivolgendosi anche agli amministratori e ai *policy maker* oltre che alla popolazione e agli operatori sanitari;
- in grado di contribuire significativamente al contrasto alle disuguaglianze, 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 partecipano 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 di 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.

LINEA N. 3: 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 CCM⁴ 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 antiveneni. 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.

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

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.